

**HUBUNGAN TINGKAT *PERSONAL HYGIENE* TERHADAP  
KEJADIAN INFEKSI *PITYRIASIS VERSICOLOR* (PANU) PADA  
SANTRI DI PONDOK PESANTREN ASY-SYIFA AL-KHOERiyAH  
DESA KAPUTIHAN KECAMATAN JATIWARAS KABUPATEN  
TASIKMALAYA**

**SKRIPSI**

Oleh:  
**CEP REZA ALAM WAHID**  
**NIM. 18910034**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER  
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU-ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM  
MALANG  
2021**

**HUBUNGAN TINGKAT *PERSONAL HYGIENE* TERHADAP  
KEJADIAN INFEKSI *PITYRIASIS VERSICOLOR* (PANU) PADA  
SANTRI DI PONDOK PESANTREN ASY-SYIFA AL-KHOERiyAH  
DESA KAPUTIHAN KECAMATAN JATIWARAS KABUPATEN  
TASIKMALAYA**

**SKRIPSI**

**Diajukan Kepada:  
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang  
Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Dalam  
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked)**

**Oleh:  
CEP REZA ALAM WAHID  
NIM. 18910034**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER  
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU-ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM  
MALANG  
2021**

**HUBUNGAN TINGKAT *PERSONAL HYGIENE* TERHADAP  
KEJADIAN INFEKSI *PITYRIASIS VERSICOLOR* (PANU) PADA  
SANTRI DI PONDOK PESANTREN ASY-SYIFA AL-KHOERiyAH  
DESA KAPUTIHAN KECAMATAN JATIWARAS KABUPATEN  
TASIKMALAYA**

**SKRIPSI**

Oleh:  
**CEP REZA ALAM WAHID**  
**NIM. 18910034**

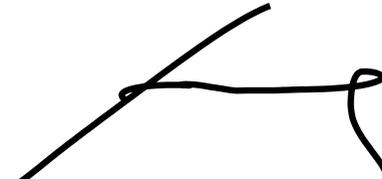
Telah Diperiksa dan Disetujui untuk Diuji:  
Tanggal: 20 Januari 2022

Pembimbing I,



dr. Prida Ayudianti, Sp. KK  
NIDT. 19830524201701012117

Pembimbing II,



Yossi Indra Kusuma, S.Ked., M.Med.,Ed  
NIDT. 19810102201701011120

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Pendidikan Dokter



dr. Tias Pramesti Griana, M.Biomed  
NIP. 198105182011012000

**HUBUNGAN TINGKAT *PERSONAL HYGIENE* TERHADAP  
KEJADIAN INFEKSI *PITYRIASIS VERSICOLOR* (PANU) PADA  
SANTRI DI PONDOK PESANTREN ASY-SYIFA AL-KHOERiyAH  
DESA KAPUTIHAN KECAMATAN JATIWARAS KABUPATEN  
TASIKMALAYA**

**SKRIPSI**

Oleh:

**CEP REZA ALAM WAHID**

**NIM. 18910034**

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji Skripsi dan  
Dinyatakan Diterima sebagai Salah Satu Persyaratan untuk  
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked)  
Tanggal 20 Januari 2022

Penguji Utama	<u>dr. Nurfianti Indriana, Sp. OG</u> NIP. 198406072019032006	
Ketua Penguji	<u>Yossi Indra Kusuma, S.Ked., M.Med.Ed.</u> NIDT. 19810102201701011120	
Sekretaris Penguji	<u>dr. Prida Ayudianti, Sp. KK</u> NIDT. 19830524201701012117	
Penguji Integrasi Islam	<u>dr. Doby Indrawan, MMRS</u> NIDT. 19781001201701011113	

Mengesahkan,  
Ketua Program Studi Pendidikan Dokter

  
dr. Tias Pramesti Griana, M.Biomed  
NIP. 198105182011012000

## HALAMAN PERSEMBAHAN

*“Man jadda wajada, man shabara zhafira, man saara a’la ad-darbi washala”.*

Kutipan *mahfudzhat* bahasa Arab ini penulis baca dari buku karya A. Fuadi, trilogi buku novel “Negeri 3 Menara” yang menceritakan tentang mimpi seorang anak dari tanah Minangkabau, datang ke Pondok Pesantren Gontor dan memulai untuk menyusun mimpinya dari lingkungan pondok. Hal ini yang menjadi inspirasi penulis untuk selalu percaya, dari mana pun asal tinggal, tempat bersekolah atau tempat mengabdikan selama Allah ada dalam setiap langkah dan tahapan untuk meraih cita-cita akan dimudahkan. Sedalam-dalamnya lautan, mutiara terbaik tentu dapat ditemukan.

Setelah menjalani pendidikan selama 7 semester, izinkan penulis mempersembahkan skripsi ini untuk Bapak (Ucu Cukarta, S.Pd.SD. M.Pd) dan Ibu (Nina Meli Herlina) serta adik (Ade Dimas Andika) yang selalu menjadi tujuan utama, pendorong serta pemberi semangat penulis agar selalu berjuang meraih cita-cita dan mimpinya. Setiap tetes keringat, tetes air mata, napas yang berhembus menjadi saksi perjuangan bersama hingga sampai titik ini. Terima kasih atas segala perjuangan dan mohon maaf karena tulisan ini tentu belum dapat membayar jasa Bapak dan Ibu selama ini.

Selanjutnya saya ucapkan terima kasih untuk guru-guru saya, Guru di SD Negeri Sindangrahayu, Pondok Pesantren Riyadul Ulum Kertarahayu, SMP Islam Terpadu Al-Amin, SMA Negeri 2 Tasikmalaya, Pondok Pesantren Al-Mukhlisun Indihiang, Pondok Pesantren Miftahul Huda Al-Husna Indihiang, SC An-Nahl, Mu’allim di Ma’had Sunan Ampel Al-‘Aly (MSAA) Ar-Razi UIN Malang dan dosen-dosen di lingkungan Program Studi Pendidikan Dokter UIN Malang. Terima kasih untuk selalu menjadi guru yang sabar serta tabah mengajari dan menjadi suri tauladan bagi penulis untuk selalu menjadi pribadi yang baik dan bermanfaat.

Skripsi ini kami persembahkan untuk almarhum dan almarhumah kakek dan nenek kami, yang selalu memberi semangat dan menjadi penyemangat walau sudah dipanggil ke hadirat-Nya. Penulis berjanji kepada beliau untuk dapat menyelesaikan pendidikan setinggi-tinggi sampai menjadi orang yang bermanfaat dan maslahat untuk masyarakat.

Untuk sahabat saya, Cecep Nurjaman dan Refly M. Bahtiar yang selalu menjadi *support system*, teman berbagi cerita dan keluh kesah. Terima kasih atas perjuangan kita. Ini bukan akhir teman, ini adalah awal. Mohon doanya selalu.

Untuk teman-teman OSIS SMP Terpadu Al-Amin periode 2012/2013, FARIH (Ikatan Remaja Islam Masjid Al-Hidayah), Ikatan Pelajar Muslim Tasikmalaya (IPMT) dan OSIS SMA Negeri 2 Tasikmalaya Kabinet *Multis E Gentibus Vires* (MGV), terima kasih atas sarana untuk penulis belajar dan mengatur diri menjadi insan yang lebih baik.

Untuk sahabat teman-teman kontrakan Pak Bahmid yang selalu rusuh. Kita selalu berjuang bersama menghadapi perjuangan sebagai pendatang di Kota Malang dan makan pecel hampir setiap hari. Sukses selalu dan semoga semua cita-cita tercapai.

Terakhir, saya persembahkan skripsi ini untuk pimpinan, para *asatidz* dan santri di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah atas kesediaannya untuk menjadi tempat mengabdikan, tempat berserah dan tempat berjuang penulis untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Mohon maaf atas segala kekurangan dan kekhilafan dalam proses penelitian ini. Semoga bermanfaat untuk pihak pondok dan santri.

*“Remember, with great power comes great responsibility.”* Kutipan terakhir ini menjadi pengingat penulis untuk mengingat dan menjadi pembelajar sepanjang hayat.

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Cep Reza Alam Wahid

NIM : 18910034

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan data, tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dengan mencantumkan sumber cuplikan pada daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan skripsi ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 27 Desember 2021

Yang membuat pernyataan

A handwritten signature in black ink is written over a rectangular postage stamp. The stamp is yellow and green, featuring a portrait of a man and the text '1000' and 'REPUBLIK INDONESIA'. The signature is written in a cursive style.

Cep Reza Alam Wahid

NIM 18910034

## KATA PENGANTAR

*Assalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi ini dengan baik.

Selanjutnya penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu hingga terselesainya proposal skripsi ini. Ucapan terima kasih ini penulis sampaikan kepada:

1. Prof. Dr. M. Zainuddin, MA, selaku rektor UIN Maulana Malik Ibrahim Malang, yang telah banyak memberikan pengetahuan dan pengalaman yang berharga,
2. Prof. Dr. dr. Yuyun Yueniwati, M.Kes, Sp.Rad (K) selaku Dekan FKIK UIN Malang,
3. dr. Tias Pramesti Griana, M.Biomed, selaku ketua Program Studi Pendidikan Dokter FKIK UIN Maulana Malik Ibrahim Malang,
4. dr. Prida Ayudianti, Sp.KK selaku dosen pembimbing pertama yang telah banyak memberikan pengarahan dan pengalaman selama mengerjakan skripsi,
5. Bapak Yossi Indra Kusuma, S.Ked., M.Med.Ed, selaku dosen pembimbing kedua dan dosen pembimbing akademik penulis yang telah banyak memberikan pengarahan dan pengalaman, baik dalam proses pembelajaran dan penulisan skripsi penulis,
6. dr. Nurfiandi Indriana, Sp.OG selaku penguji utama yang telah memberikan masukan dan arahan untuk skripsi kepada penulis,

7. dr. Doby Indrawan, MMRS selaku penguji integrasi keislaman yang telah memberikan masukan dan arahan untuk keislaman kepada penulis,
8. Ayahanda (Ucu Cukarta, S.Pd.SD, M.Pd.) dan Ibunda (Nina Meli Herlina) serta adik (Ade Dimas Andika) yang selalu senantiasa memberikan doa, restu dan semangat kepada penulis dalam menuntut ilmu sampai terselesainya proposal skripsi ini,
9. Segenap sivitas akademika Program Studi Pendidikan Dokter, terutama seluruh dosen dan tenaga kependidikan, terima kasih atas segala ilmu, bimbingan serta bantuan selama dalam proses pendidikan,
10. Pengurus dan seluruh santri dari Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah yang telah membantu penulis untuk menyelesaikan skripsi dengan bersedia untuk menjadi tempat pelaksanaan penelitian,
11. Semua pihak yang ikut membantu dalam menyelesaikan proposal skripsi yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan proposal skripsi ini masih terdapat kekurangan dan penulis berharap semoga proposal skripsi ini bisa memberikan manfaat kepada para pembaca khususnya bagi penulis secara pribadi. *Amiin Yaa Rabbal A'lamiiin*

*Wassalamu'alaikum Wr. Wb.*

Malang, 27 Desember 2021

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
ABSTRAK.....	xvi
ABSTRACT.....	xvii

### BAB I

PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	6
1.3. Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1. Tujuan Umum.....	6
1.3.2. Tujuan Khusus.....	6
1.4. Manfaat Penelitian.....	7
1.4.1. Manfaat Untuk Institusi Pendidikan.....	7
1.4.2. Manfaat Untuk Pondok Pesantren.....	7
1.4.3. Manfaat Untuk Peneliti Lain.....	7

### BAB II

TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1. <i>Pityriasis Versicolor</i> .....	8
2.1.1. Definisi <i>Pityriasis Versicolor</i> .....	8
2.1.2. Epidemiologi <i>Pityriasis Versicolor</i> .....	8
2.1.3. Etiologi <i>Pityriasis Versicolor</i> .....	10
2.1.4. Faktor Risiko <i>Pityriasis Versicolor</i> .....	13
2.1.5. Patogenesis <i>Pityriasis Versicolor</i> .....	14
2.1.6. Manifestasi Klinis <i>Pityriasis Versicolor</i> .....	17
2.1.7. Diagnosis <i>Pityriasis Versicolor</i> .....	20
2.1.8. Diagnosis Banding <i>Pityriasis Versicolor</i> .....	23
2.2. <i>Personal Hygiene</i> .....	24
2.2.1. Definisi <i>Personal Hygiene</i> .....	24
2.2.2. Tujuan <i>Personal Hygiene</i> .....	24
2.2.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi <i>Personal Hygiene</i> .....	25
2.2.4. Dampak Penerapan <i>Personal Hygiene</i> .....	27
2.2.5. Kebersihan Kulit.....	27
2.3. Pondok Pesantren.....	28
2.4. Kerangka Teori.....	32

<b>BAB III</b>		
<b>KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS.....</b>		34
3.1.	Kerangka Konsep.....	34
3.2.	Hipotesis Penelitian.....	35
3.2.1.	Hipotesis Nol ( $H_0$ ) .....	35
3.2.2.	Hipotesis Kerja ( $H_1$ ) .....	35
<b>BAB IV</b>		
<b>METODOLOGI PENELITIAN.....</b>		36
4.1.	Desain Penelitian.....	36
4.2.	Tempat dan Waktu Penelitian.....	36
4.2.1.	Lokasi Penelitian.....	36
4.2.2.	Waktu Penelitian.....	36
4.3.	Populasi Penelitian.....	36
4.4.	Sampel Penelitian.....	36
4.4.1.	Besar Sampel.....	36
4.4.2.	Teknik Pengambilan Sampel.....	38
4.5.	Variabel Penelitian.....	39
4.5.1.	Variabel Dependen.....	39
4.5.2.	Variabel Independen.....	39
4.6.	Alat dan Bahan Penelitian.....	39
4.7.	Definisi Operasional.....	40
4.8.	Prosedur Penelitian.....	42
4.9.	Alur Penelitian.....	43
4.10.	Analisis Data.....	43
4.11.	Etika Penelitian.....	46
4.11.1.	<i>Respect for Autonomy</i> .....	46
4.11.2.	<i>Anomity &amp; Confidentialy</i> .....	47
4.11.3.	<i>Justice</i> .....	47
4.11.4.	<i>Beneficience &amp; Nonmaleficence</i> .....	47
<b>BAB V</b>		
<b>HASIL PENELITIAN.....</b>		49
5.1.	Gambaran Lokasi Penelitian.....	49
5.2.	Karakteristik Responden.....	50
5.2.1.	Umur.....	50
5.2.2.	Jenjang Pendidikan.....	51
5.2.3.	Lama Pendidikan di Pondok Pesantren.....	51
5.3.	Analisis Univariat.....	52
5.3.1.	Hasil Kuesioner Kebersihan Kulit.....	52
5.3.2.	Hasil Kuesioner Kebersihan Tangan dan Kuku.....	55
5.3.3.	Hasil Kuesioner Kebersihan Pakaian.....	57
5.3.4.	Hasil Kuesioner Kebersihan Handuk.....	59
5.3.5.	Tingkat <i>Personal Hygiene</i> Responden.....	61
5.3.6.	Indikasi Pemeriksaan Lampu Wood Responden.....	61
5.3.7.	Kejadian Infeksi <i>Pityriasis Versicolor</i> .....	62
5.4.	Analisis Bivariat.....	62

<b>BAB VI</b>	
<b>PEMBAHASAN</b> .....	65
6.1. Tingkat <i>Personal Hygiene</i> Santri Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah.....	65
6.2. Angka Kejadian <i>Pityriasis Versicolor</i> Santri Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah.....	71
6.3. Hubungan Tingkat <i>Personal Hygiene</i> dengan Angka Kejadian <i>Pityriasis Versicolor</i> Santri Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah.....	78
6.4. Kajian Integrasi Keislaman.....	80
<b>BAB VII</b>	
<b>KESIMPULAN</b> .....	84
7.1. Kesimpulan.....	84
7.2. Saran.....	84
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	86
<b>LAMPIRAN</b> .....	92

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 4.1.</b>	Definisi Operasional.....	40
<b>Tabel 4.2.</b>	Simulasi <i>Prevalence Ratio</i> (PR) Hubungan <i>Personal Hygiene</i> dan <i>Pityriasis Versicolor</i> .....	45
<b>Tabel 5.1.</b>	Distribusi Frekuensi Usia Responden .....	50
<b>Tabel 5.2.</b>	Distribusi Frekuensi Jenjang Pendidikan Responden .....	51
<b>Tabel 5.3.</b>	Distribusi Frekuensi Lama Pendidikan di Pondok Pesantren Responden.....	52
<b>Tabel 5.4.</b>	Distribusi Frekuensi Hasil Kuesioner Kebersihan Kulit Responden.....	53
<b>Tabel 5.5.</b>	Distribusi Frekuensi Tingkat Kebersihan Kulit Responden.....	55
<b>Tabel 5.6.</b>	Distribusi Frekuensi Hasil Kuesioner Kebersihan Tangan dan Kuku Responden.....	56
<b>Tabel 5.7.</b>	Distribusi Frekuensi Tingkat Kebersihan Tangan dan Kuku Responden.....	57
<b>Tabel 5.8.</b>	Distribusi Frekuensi Hasil Kuesioner Kebersihan Pakaian Responden.....	58
<b>Tabel 5.9.</b>	Distribusi Frekuensi Tingkat Kebersihan Pakaian Responden.....	59
<b>Tabel 5.10.</b>	Distribusi Frekuensi Hasil Kuesioner Kebersihan Handuk Responden.....	59
<b>Tabel 5.11.</b>	Distribusi Frekuensi Tingkat Kebersihan Handuk Responden.....	60
<b>Tabel 5.12.</b>	Distribusi Frekuensi Tingkat <i>Personal Hygiene</i> Responden.....	61
<b>Tabel 5.13.</b>	Distribusi Frekuensi Indikasi Pemeriksaan Lampu Wood Responden....	61
<b>Tabel 5.14.</b>	Distribusi Frekuensi Fluoresensi Kulit Pada Pemeriksaan Lampu Wood Responden.....	62
<b>Tabel 5.15.</b>	Distribusi Kasus <i>Pityriasis Versicolor</i> Responden.....	62
<b>Tabel 5.16.</b>	Hasil Tabulasi Silang Hubungan Tingkat <i>Personal Hygiene</i> dengan Angka Kejadian Kasus <i>Pityriasis Versicolor</i> di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah.....	63
<b>Tabel 6.1.</b>	Profil Responden Positif <i>Pityriasis Versicolor</i> .....	75

## DAFTAR BAGAN

<b>Bagan 1.</b>	Kerangka Teori.....	33
<b>Bagan 2.</b>	Kerangka Konsep.....	34
<b>Bagan 3.</b>	Variabel Bebas dan Terikat.....	39
<b>Bagan 4.</b>	Alur Penelitian.....	43

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 2.1.</b>	Gambaran mikroskopis jamur <i>Malassezia furfur</i> dengan pembesaran mikroskop 10 x 10.....	12
<b>Gambar 2.2.</b>	Gambaran mikroskopis hasil <i>skin scraping</i> dengan perwarnaan <i>periodic acid- Schiff-stained</i> berupa <i>pseudohifa</i> dan <i>yeast</i> bercabang ke ujung dengan pembesaran 100 x.....	13
<b>Gambar 2.3.</b>	Gambaran <i>Malassezia furfur</i> pada mikrograf elektron.....	13
<b>Gambar 2.4.</b>	Mekanisme imunologis pelepasan histamin yang dapat menimbulkan manifestasi klinis gatal.....	17
<b>Gambar 2.5.</b>	Gambaran lesi <i>pityriasis versicolor</i> .....	19
<b>Gambar 2.6.</b>	Gambaran lesi <i>pityriasis versicolor</i> dengan manifestasi makula hipopigmentasi berskuama halus pada bagian punggung.....	20
<b>Gambar 2.7.</b>	Gambaran mikroskopis <i>spaghetti and meatballs appearance</i> dari <i>Malassezia sp.</i> pada pemeriksaan skuama penderita dengan larutan KOH 10% .....	22
<b>Gambar 2.8</b>	Gambaran uji fluoresensi dengan lampu Wood pada lesi penderita <i>pityriasis versicolor</i> menunjukkan perubahan warna kuning keemasan.....	22

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Lampiran 1.</b>	Kuesioner Tingkat <i>Personal Hygiene</i> .....	92
<b>Lampiran 2.</b>	Formulir Pemeriksaan Dermatologis Pasien.....	97
<b>Lampiran 3.</b>	Penjelasan Sebelum Persetujuan Untuk Mengikuti Penelitian (PSP).....	100
<b>Lampiran 4.</b>	<i>Informed Consent</i> .....	102
<b>Lampiran 5.</b>	Data Induk Penelitian.....	103
<b>Lampiran 6.</b>	Hasil Pengolahan Statistik.....	105
<b>Lampiran 7.</b>	Surat Keterangan Kelaikan Etik.....	115
<b>Lampiran 8.</b>	Surat Izin Penelitian Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Tasikmalaya.....	116
<b>Lampiran 9.</b>	Surat Permohonan Izin Penelitian Pondok Pesantren.....	117
<b>Lampiran 10.</b>	Dokumentasi.....	118

## ABSTRAK

### HUBUNGAN TINGKAT *PERSONAL HYGIENE* TERHADAP KEJADIAN INFEKSI *PITYRIASIS VERSICOLOR* (PANU) PADA SANTRI DI PONDOK PESANTREN ASY-SYIFA AL-KHOERiyAH DESA KAPUTIHAN KECAMATAN JATIWARAS KABUPATEN TASIKMALAYA

*Pityriasis versicolor* atau panu, merupakan suatu penyakit infeksi jamur spesies *Malassezia* pada kulit. Penyakit ini terjadi karena infeksi jamur superfisial pada lapisan tanduk kulit. Penyakit ini merupakan penyakit infeksi jamur kronis kulit yang ditandai dengan gambaran makula / *patch* hipopigmentasi atau hiperpigmentasi dan skuama. *Pityriasis versicolor* ditemukan pada banyak penderita yang berhubungan dengan buruknya kebersihan diri. Kebersihan yang kurang dijaga di lingkungan pondok pesantren dapat meningkatkan risiko kejadian penyakit ini. Penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui hubungan tingkat *personal hygiene* dengan angka kejadian *pityriasis versicolor* di pondok pesantren di wilayah Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya, Jawa Barat. Penelitian ini memakai jenis penelitian kuantitatif menggunakan studi observasional dan metode survei analitik melalui pendekatan potong lintang (*cross sectional*). Subjek penelitian ini adalah santri dari Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah berusia 12-17 tahun. Penentuan sampel penelitian dilakukan dengan teknik *simple random sampling*. Jumlah sampel dalam penelitian ini minimal 50 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat *personal hygiene* dengan angka kejadian *pityriasis versicolor* ( $p = 0.024$ ) pada santri di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah dengan uji statistik *Chi-Square*. Dasar pengambilan hipotesis penelitian diambil berdasarkan tingkat signifikansi dengan derajat kepercayaan ( $\alpha < 0,05$ ). Hal tersebut menunjukkan bahwa *personal hygiene* santri berhubungan dengan kejadian infeksi *pityriasis versicolor*.

**Kata kunci:** *pityriasis versicolor*, *personal hygiene*, santri, pondok pesantren

## **ABSTRACT**

### **THE RELATIONSHIP OF PERSONAL HYGIENE LEVEL WITH INCIDENCE OF PITYRIASIS VERSICOLOR INFECTION (PANU) AMONG STUDENTS OF ASY-SYIFA AL-KHOERiyAH ISLAMIC BOARDING SCHOOL, KAPUTIHAN VILLAGE, JATIWARAS DISTRICT, TASIKMALAYA REGENCY**

*Pityriasis versicolor is an infectious skin disease caused by the fungi Malassezia sp.. This disease is caused by a fungal infection of the epidermis layer of the skin. This disease is a chronic fungal infection in the superficial layer of the skin characterized by macules, hypopigmentation or hyperpigmentation, and squama. Pityriasis versicolor is found in with poor self-hygiene. Crowded living conditions and poor hygiene in Islamic boarding schools can increase the risk of incidence this disease. This study aims to understand the relationship between personal hygiene and the incidence of pityriasis versicolor in Asy-Syifa Al-Khoeriyah Islamic Boarding School, Kaputihan Village, Jatiwaras Sub-district, Tasikmalaya Regency, West Java. This study used the quantitative method of observation and the analytic survey method through the cross-sectional approach. The subject of this research is students from Asy-Syifa Al-Khoeriyah Islamic Boarding School aged 12-17. The samples used in this study were selected through simple random sampling method. The minimal number of subjects is 50 students. The result of this study shows that there is a significant connection between personal hygiene and pityriasis versicolor incidence ( $p=0.024$ ) among students in Asy-Syifa Al-Khoeriyah Islamic Boarding School using the Chi-Square test. The basis of this study's hypothesis is taken based on the significance level ( $\alpha < 0,05$ ). This shows that students' personal hygiene must be maintained in order to prevent pityriasis versicolor.*

**Keywords:** *pityriasis versicolor, personal hygiene, Islamic students, Islamic boarding schools*

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kulit adalah organ yang paling luar dan berhubungan langsung dengan lingkungan (Eroschenko, 2016). Permasalahan penyakit kulit dapat terdiri dari infeksi jamur, virus, parasit, tumor, alergi ataupun penyakit sistemik. Indonesia sebagai daerah tropis dengan suhu dan kelembaban yang tinggi memiliki risiko tinggi masyarakatnya penyakit kulit akibat infeksi jamur (Djuanda, 2016)

Infeksi jamur pada kulit dan kuku merupakan predileksi paling sering dari semua dermatomikosis. Selama beberapa dekade terakhir, prevalensi dari infeksi kulit superfisial meningkat hingga 20 – 25 % dari populasi dunia (Djuanda, 2016). Distribusi dermatomikosis berdasarkan penyebabnya dipengaruhi oleh lingkungan, lokasi dan faktor budaya (Soepardiman, 2015).

*Pityriasis versicolor* atau panu, merupakan suatu penyakit infeksi jamur spesies *Malassezia* pada kulit (Djuanda, 2016). Penyakit ini terjadi karena infeksi jamur superfisial pada lapisan tanduk kulit (Sudiadnyani, 2016). Kondisi ini merupakan salah satu jenis infeksi jamur superfisial kulit yang paling umum terjadi di seluruh dunia, terutama di daerah beriklim tropis. *Pityriasis versicolor* sulit disembuhkan dan kemungkinan kambuh atau infeksi berulang tinggi karena adanya *Malassezia* dalam flora kulit normal (Gupta, 2015). Penyakit ini merupakan penyakit infeksi jamur kronis pada superfisial kulit yang ditandai

dengan gambaran makula / *patch* hipopigmentasi atau hiperpigmentasi dan skuama (Brooks, 2017).

*Pityriasis versicolor* telah dilaporkan ditemukan di seluruh negara. Penyakit ini ditemukan pada semua ras di berbagai wilayah. Tidak ada perbedaan prevalensi kasus antara jenis kelamin pria dan wanita, walaupun di Amerika Serikat ditemukan bahwa penderita *pityriasis versicolor* berusia 20-30 tahun dengan besar perbandingan antara pria dan wanita 1,09% dan 0,6% (Nathalia., dkk. 2015). Diperkirakan bahwa 40-50% dari populasi penduduk di negara tropis dan 1,1 % di wilayah iklim dingin seperti Swedia yang terkena penyakit *pityriasis versicolor* (Karray dan McKinney, 2020). Di Indonesia, insiden kasusnya belum dilaporkan secara akurat dan sulit diakses karena mayoritas penderita yang tidak melakukan pengobatan ke petugas medis ataupun fasilitas pelayanan kesehatan. Kelainan ini merupakan penyakit yang paling sering ditemukan dari berbagai jenis penyakit kulit akibat jamur (Djuanda, 2016).

*Pityriasis versicolor* ditemukan pada banyak penderita dengan strata ekonomi rendah dan berhubungan dengan buruknya kebersihan diri (Djuanda, 2016). Kepadatan tempat tinggal dan kebersihan yang kurang dijaga dapat meningkatkan risiko terkena penyakit ini, baik secara kontak langsung dengan penderita maupun tidak langsung. Jamur berpindah dari kulit yang terkena infeksi ke kulit sehat melalui kontak langsung dengan bersentuhan, maupun tidak langsung dengan kulit penderita misalnya dibawa oleh peralatan pribadi yang digunakan bersama (Kambil, 2017).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mustofa (2014) di Semarang, tingkat *personal hygiene* yang buruk merupakan faktor risiko terjadinya *pityriasis versicolor*. Paparan penelitian lain oleh Raples (2013) menuturkan bahwa ada hubungan antara *personal hygiene* dengan penyakit kulit di SDN 38 Kuala Alam, Kecamatan Ratu Agung, Kota Bengkulu. Dengan hasil tingkat pengetahuan *personal hygiene* cukup yakni sebanyak 25 anak dari 34 responden (26,3%) penderita penyakit kulit.

*Personal hygiene* adalah pengetahuan tentang upaya-upaya kesehatan diri untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi *personal hygiene* antara lain adalah citra tubuh/*body image*, praktik sosial, status sosial ekonomi, pengetahuan, budaya, pilihan pribadi, dan kondisi fisik (Wardana, 2020). *Personal hygiene* merupakan masalah yang belum mendapat perhatian dari para remaja, khususnya untuk remaja laki-laki di pondok pesantren. Kurangnya menjaga *personal hygiene* dapat menyebabkan dan meningkat risiko penyakit kulit, termasuk *pityriasis versicolor* (Hermanto, 2017).

Pondok pesantren merupakan tempat yang rawan untuk timbulnya keluhan penyakit kulit. Infeksi kulit merupakan salah satu penyakit yang terbanyak dialami oleh santri. Salah satunya adalah infeksi kulit dikarenakan jamur yaitu *pityriasis versicolor* atau panu (Wardana, 2020). Sebagian santri berperilaku hidup tidak sehat dan memiliki tingkat kesadaran yang rendah terhadap kesehatan. Dari perilaku santri yang kurang sehat, dapat muncul berbagai jenis penyakit (Ramdan, 2013). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wardana (2020)

menyatakan bahwa sebagian besar santri pondok pesantren Darussa'adah, Mojo Agung, Lampung Tengah memiliki *personal hygiene* rendah yaitu sebesar 58,4 %. Kejadian *pityriasis versicolor* pada santri di pondok pesantren Darussa'adah Mojo Agung adalah 21,4 %.

Beberapa pesantren di Indonesia saat ini memiliki lingkungan yang kumuh, seperti: kamar mandi kotor, lingkungan lembab dan sanitasi yang buruk. Perilaku tidak sehat juga dilakukan oleh santri sehari-hari, seperti menggantung pakaian di kamar atau tidak dijemur di bawah terik matahari dan saling berbagi pakai barang seperti handuk, sisir dan pakaian (Ramdan, 2013).

Berdasarkan data dari Kementerian Agama (2020), Jawa Barat merupakan provinsi dengan jumlah lembaga pondok pesantren terbanyak di Indonesia. Sebanyak 8343 lembaga pesantren dan sebanyak 148.987 santri. Jawa Barat terdiri atas 27 kabupaten/kota dengan beragam tingkat pembangunan daerah dan sumber daya manusia. Kabupaten Tasikmalaya sebagai salah satu wilayah di Provinsi Jawa Barat memiliki jumlah lembaga pondok pesantren terbanyak sekitar 1.318 lembaga dengan 33.239 santri mukim. Menurut data dari Forum Pondok Pesantren (FPP) Kecamatan Jatiwaras, terdapat 14 pondok pesantren di wilayah Kecamatan Jatiwaras yang terdaftar di Kementerian Agama dengan jumlah santri 712 orang, baik santri mukim maupun santri yang tinggal di rumah.

Penyakit-penyakit yang timbul di Pondok Pesantren Assalamah, Semarang, Jawa Tengah berdasarkan hasil kesimpulan penelitian yang dilakukan oleh Ramdan (2013) disebabkan oleh tingkat imunitas santri terhadap infeksi, perilaku

kebiasaan hidup santri sehari-hari yang kurang terjaga dan faktor lingkungan serta sosial yang tidak sehat. Salah satu penyakit yang paling banyak diderita oleh santri laki-laki, yaitu penyakit kulit dengan manifestasi klinis gatal-gatal.

Penjelasan mengenai pentingnya menjaga *personal hygiene* dijelaskan secara terstruktur dalam islam dengan memerintahkan menjaga kebersihan yang dikaitkan dengan bersuci dalam ilmu fiqh islam (*taharah*). Salah satu cara yang diajarkan oleh Islam dalam menjaga kesehatan adalah memelihara kebersihan. Selain itu, Islam juga mengajarkan kesucian. Bersih dan suci adalah dua hal yang tidak dapat di pisahkan, keduanya erat kaitannya dengan kesehatan (Shihab, 2017). Menurut Yusuf Al-Qardhawi, munculnya kewajiban menjaga kebersihan dikarenakan beberapa sebab, yaitu (1) sesungguhnya kebersihan adalah sesuatu yang disukai Allah SWT. Sebagaimana dalam firmanNya dalam Q.S al-Baqarah ayat 222:

...إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ (البقرة: ٢٢٢)

Artinya : “*Sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang bertaubat dan menyukai orang-orang yang mensucikan diri.*” ( Q.S al-Baqarah ayat 222).

Demikian juga, Rasulullah SAW. memaparkan pentingnya menjaga kebersihan. Sebagaimana sabdanya dengan arti : “*Sesungguhnya Allah itu baik, menyukai sesuatu yang baik, Allah itu suci (bersih) dan menyukai sesuatu yang bersih, Allah itu mulia dan menyukai kemuliaan, Allah itu penderma dan menyukai kedermawanan maka bersihkanlah teras rumahmu dan janganlah menyerupai kaum Yahudi.*” (HR. Tirmidzi)

Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah dengan jumlah santri sebanyak 128 orang memiliki kondisi kepadatan jumlah santri dalam satu kamar yang sesak, tempat mandi yang kotor, lingkungan yang lembab, sanitasi yang buruk dan kebiasaan santri yang belum menjaga *personal hygiene* sehingga meningkatkan risiko dari infeksi penyakit *pityriasis versicolor*.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk meneliti hubungan tingkat *personal hygiene* dengan angka kejadian *pityriasis versicolor* pada santri di lingkungan Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah terdapat hubungan antara tingkat *personal hygiene* dengan kejadian *pityriasis versicolor* pada santri di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan *personal hygiene* dengan kejadian *pityriasis versicolor* santri di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Untuk mengetahui tingkat *personal hygiene* santri di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya.

2. Untuk mengetahui angka kejadian *pityriasis versicolor* santri di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat Untuk Institusi Pendidikan**

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai referensi dan studi pendahuluan terkait *personal hygiene* dan *pityriasis versicolor* di lingkungan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan (FKIK) Universitas Islam Negeri (UIN) Maulana Malik Ibrahim Malang.

##### **1.4.2 Manfaat Untuk Pondok Pesantren**

1. Dapat digunakan sebagai sarana pertimbangan untuk tindakan preventif dan promotif dalam upaya mengurangi angka kejadian *pityriasis versicolor*, khususnya di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya.
2. Dapat digunakan sebagai informasi bagi santri untuk menjaga *personal hygiene*.

##### **1.4.3 Manfaat Untuk Peneliti Lain**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu referensi untuk penelitian-penelitian selanjutnya terkait *personal hygiene* dan angka kejadian *pityriasis versicolor*

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 *Pityriasis Versicolor*

##### 2.1.1 Definisi *Pityriasis Versicolor*

*Pityriasis versicolor* atau dikenal di masyarakat sebagai penyakit panu, merupakan suatu penyakit infeksi pada kulit disebabkan oleh jamur spesies *Malassezia* (Djuanda, 2016). Penyakit ini terjadi karena infeksi jamur superfisial kronis pada lapisan tanduk kulit ditandai dengan makula / *patch* hipopigmentasi atau hiperpigmentasi dan skuama (Brooks, 2017). Menurut Persatuan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (Perdoski), *pityriasis versicolor* merupakan penyakit infeksi kulit yang bersifat oportunistik epidermomikosis yang disebabkan oleh jamur *Malassezia* sp. (*Pityrosporum orbiculare*/ *P. ovale*) yang ditandai dengan gambaran makula hipopigmentasi atau hiperpigmentasi dan kadang eritematosa (Widaty, dkk. 2017). *Pityriasis versicolor* sebagai penyakit jamur superfisial dapat menyerang seluruh tubuh dan biasanya hanya berupa bercak bersisik halus (skuama) dengan gradasi warna kulit coklat hitam hingga putih sesuai dengan warna kulit penderita. Penyakit ini menyerang dalam jangka waktu sekian tahun dengan gejala ringan dan biasanya tanpa gejala radang di area ketiak, lipatan paha, lengan, tungkai atas, leher, wajah dan kulit kepala berambut (Susanto dan Made, 2013).

##### 2.1.2 Epidemiologi *Pityriasis Versicolor*

*Pityriasis versicolor* merupakan salah satu infeksi jamur superfisial yang paling umum terjadi di seluruh dunia, terutama di daerah beriklim tropis. Prevalensi *pityriasis versicolor* di negara Amerika Serikat diperkirakan sekitar 2-8% dari seluruh penduduk. Penyakit ini sering ditemukan pada interval usia 13-24 tahun (Lyakhovitsky, 2013). Penyakit ini ditemukan pada semua ras tetapi lebih sering dapat teridentifikasi pada orang-orang berkulit hitam dikarenakan adanya perubahan pada gambaran klinis pigmentasi kulitnya (Lowell, 2012).

*Pityriasis versicolor* menginfeksi sekitar 20-25% penduduk dunia. Menurut *World Health Organization* (WHO), kejadian *pityriasis versicolor* di negara berkembang memiliki persentase sebesar 16% pada usia 13 tahun, 8-18% pada usia 14-15 tahun, dan 1% pada usia 5-9 tahun. Penyakit ini menyerang semua ras. Diperkirakan bahwa 40-50% dari populasi penduduk di negara tropis dan 1,1 % di wilayah iklim dingin seperti Swedia yang terkena penyakit *pityriasis versicolor* (Karray dan McKinney, 2020). Di Indonesia, prevalensi kasusnya dapat ditentukan secara pasti karena banyak pasien yang tidak berobat ke dokter (Nathalia., dkk. 2015). Kelainan ini merupakan penyakit yang paling umum ditemukan dari penyakit kulit akibat jamur (Djuanda, 2016).

Pada hasil penelitian di beberapa negara tropis, laki-laki cenderung lebih banyak menderita *pityriasis versicolor* dibandingkan dengan perempuan, hal ini terjadi karena jenis pekerjaan laki-laki yang lebih mendukung untuk meningkatkan risiko menderita *pityriasis versicolor*. Insiden *pityriasis versicolor* di berbagai rumah sakit pendidikan di Indonesia berkisar antara 8,8 % – 38,2 % (Widyawati, 2017).

*Pityriasis versicolor* juga umum terjadi pada orang dengan penyerta defisiensi imun antara lain pasien sindrom Cushing ataupun HIV/AIDS. Pada penderita AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), prevalensi penderita *pityriasis versicolor* bertambah sampai 80% dan terlihat variasi klinisnya sangat berbeda (Hay & Ashbee, 2010).

### 2.1.3 Etiologi *Pityriasis Versicolor*

Kulit memiliki beberapa flora normal yang berhubungan dengan timbulnya *pityriasis versicolor*, yaitu *Pityrosporum orbiculare* dengan bentuk bulat dan *Pityrosporum ovale* yang berbentuk oval. Keduanya merupakan organisme identik yang dapat berubah sesuai dengan lingkungannya dengan pengaruh suhu, media, kelembaban dan lainnya (Lowell, 2012). Flora normal pada kulit beberapa diantaranya termasuk golongan jamur lipofilik berupa jamur *polimorphic single species* seperti *Pityrosporum orbiculare* atau *Pityrosporum ovale*. Selanjutnya berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan, sekarang diakui bahwa penggolongan tersebut tidak sesuai, dan jenis fungi ini sudah dikategorikan dalam genus *Malassezia* sebagai golongan spesies tunggal *Malassezia furfur*. Spesies yang paling sering ditemukan sebagai penyebab dari *pityriasis versicolor* adalah *Malassezia furfur* dan *Malassezia sympodialis* dengan pemeriksaan morfologi dengan gambaran mikroskopis berupa spora-spora bundar dengan lapisan dinding jamur tebal secara berkelompok dan *pseudohifa* sehingga menimbulkan *spaghetti and meatballs appearance* (Djuanda, 2016). Hasil analisa teknik molekular dari *Malassezia sp.* telah diketahui 13 spesies yang bersifat *lipid dependent* yakni *M. furfur* , *M.*

*sympoidalis*, *M. sloffiae*, *M. dermatis*, *M. globosa*, *M. obtusa*, *M. restricta*, *M. japonica*, *M. yamatoensis*, *M. caprae*, *M. nana*, *M. equina*, dan *M. cuniculi* ; serta satu spesies lainnya yang bersifat kurang memerlukan lemak dalam kultur yaitu *M. pachydermatis* (Gaitanis, dkk. 2012).

*Pityriasis versicolor* disebabkan oleh jamur dimorfik, lipofilik (*Lipophilic yeast*) yang dapat tumbuh secara *in vitro* dengan penambahan *fatty acid* jenis C12- C14 yang terdapat dalam minyak zaitun dan lanolin dengan *Malassezia furfur* yang pada keadaan tertentu dapat berubah dari bentuk jamur saprofit menjadi bentuk dominan miselium parasitik yang menyebabkan timbulnya gejala klinis (Brooks, 2017).

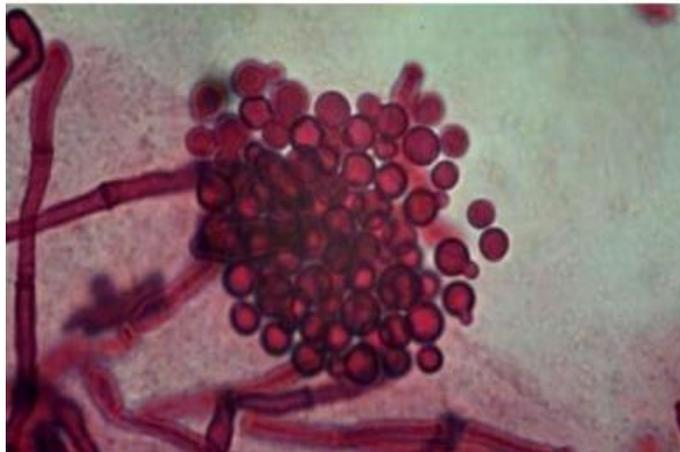
*Malassezia furfur* membutuhkan waktu lama untuk dapat dilihat sifat ketergantungan pada zat lemak serta proses kulturnya. Berdasarkan karakteristik tersebut, teknik kultur standar yang biasa digunakan untuk penentuan tidak dapat diterapkan pada *Malassezia* sp. *Sabouraud Dextrose Agar* (SDA) yang mengandung *cycloheximide* dan lapisan *olive oil* serta *Modified Dixon Agar* (MDA) adalah media khusus untuk visualisasi isolasi koloni *Malassezia furfur* (Chaudary, dkk. 2010). Tingkat pertumbuhan *Malassezia* sp. berkaitan dengan *fatty acid* rantai sedang atau panjang pada kultur. Kultur *malassezia furfur* bertumbuh dan tergambar setelah 2-4 hari pada temperatur 34-37°C, dan pH optimum untuk pertumbuhan sekitar 5,5 - 6,5. *Malassezia furfur* dapat hidup dan berkembang secara anaerob (Mardiana dan Farhan, 2017).

*Pityriasis versicolor* dapat terjadi karena terjadi tidak seimbangnya interaksi antara host dan agen infeksi jamur. Ada beberapa faktor berkontribusi

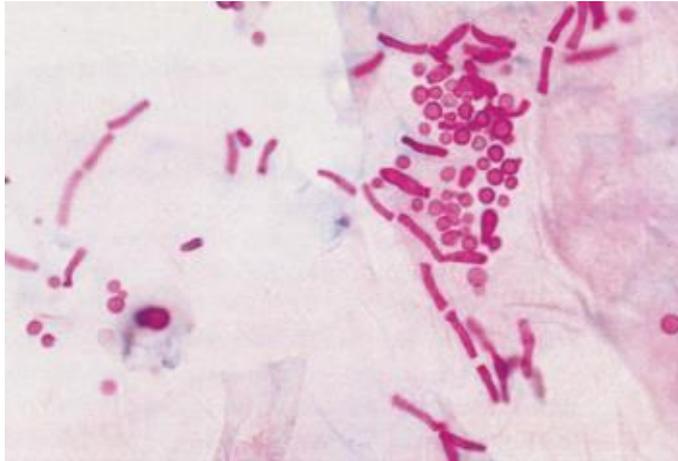
mengganggu keseimbangan host dan flora, salah satunya dengan beberapa keluarga dengan riwayat terkena *pityriasis versicolor* lebih sering terkena penyakit tersebut. (Maharani, 2015)

Klasifikasi jamur *Malassezia furfur*

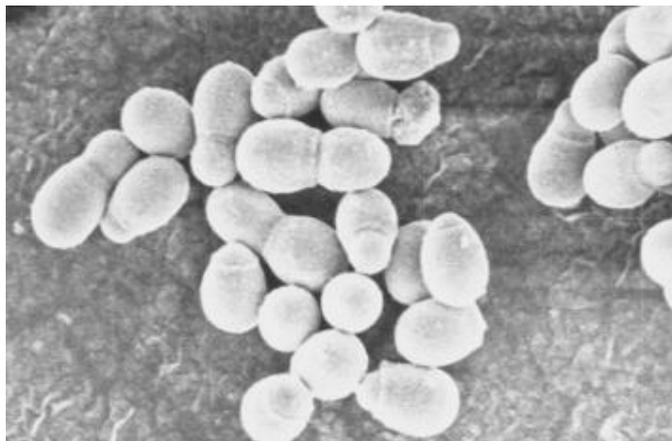
- a. Kingdom : Fungi
- b. Divisi : Basidiomycota
- c. Kelas : Hyenomycetes
- d. Ordo : Tremellales
- e. Familia : Filobasidiaceac
- f. Genus : Malassezia
- g. Spesies : *Malassezia furfur* (Brooks, 2017).



**Gambar 2.1.** Gambaran mikroskopis jamur *Malassezia furfur* dengan pembesaran mikroskop 10 x 10 (Purwani, 2013)



**Gambar 2.2.** Gambaran mikroskopis hasil *skin scraping* dengan perwarnaan *periodic acid- Schiff-stained* berupa *pseudohifa* dan *yeast* bercabang ke ujung dengan pembesaran 100 x (Brooks, 2017)



**Gambar 2.3.** Gambaran *Malassezia furfur* pada mikrograf elektron (Cynthia., dkk., 2012)

#### **2.1.4 Faktor Risiko *Pityriasis Versicolor***

*Pityriasis versicolor* dapat menimbulkan keluhan klinis ketika *Malassezia furfur* berubah menjadi bentuk miselium oleh faktor eksogen maupun endogen. Faktor eksogen meliputi suhu, kelembaban udara dan keringat. Faktor eksogen lain adalah tertutupnya kulit oleh pakaian dan riasan yang meningkatkan kadar CO<sub>2</sub>, mikroflora dan kadar keasamaan lingkungan (pH). Faktor endogen antara lain malnutrisi, dermatitis seboroik, *cushing syndrome*, terapi immunosupresan,

hiperhidrosis, dan riwayat keluarga yang tegak mengalami *pityriasis versicolor*, diabetes mellitus, pemakaian obat golongan steroid dalam jangka waktu yang lama, kehamilan, dan penyakit lainnya yang dapat mendorong timbulnya *pityriasis versicolor* (Djuanda, 2016).

Kelembaban dan suhu yang tinggi akan meningkatkan produksi kelenjar *sebaceous* sehingga menghasilkan lebih banyak keringat yang dikeluarkan. *Malassezia furfur* terjadi ketika stratum korneum melunak saat keadaan basah dan lembab (Mustofa, 2014).

Pertumbuhan *Malassezia furfur* akan lebih mudah menjadi parasit dengan penggunaan zat topikal yang mengandung minyak sehingga terjadi sumbatan terhadap saluran kelenjar sebum. Selain itu juga beberapa obat-obatan sistemik seperti kontrasepsi oral, steroid, antibiotik dan golongan obat immunosupresif dapat merangsang progresivitas penyakit (Maharani, 2015).

### **2.1.5 Patogenesis *Pityriasis Versicolor***

*Pityriasis versicolor* terjadi karena jamur *Malassezia furfur* menyerang lapisan stratum korneum epidermis kulit, biasanya diderita oleh individu yang banyak beraktifitas dan mengeluarkan keringat. Seseorang sangat mudah mengalami infeksi *Malassezia furfur* terutama pada orang yang kontak dengan air dalam waktu yang lama dan disertai dengan lalai menjaga kebersihan diri dan lingkungan (Supriyanto dan Purwaningsih, 2017).

Sebagian besar kasus *pityriasis versicolor* terjadi karena aktivasi *Malassezia furfur* pada tubuh pasien sebagai flora normal (*autothocus flora*), walaupun ditemukan juga adanya penularan dari penderita lain. Kondisi patogen

terjadi bila terdapat perubahan keseimbangan hubungan antara inang dengan agen infeksi yaitu ragi sebagai flora normal. Dalam kondisi tertentu, *Malassezia furfur* dapat berkembang dari ragi ke bentuk miselium, sehingga lebih patogenik (Soepardiman, 2015).

*Malassezia furfur* merupakan flora normal yang dapat berubah bentuk menjadi abnormal karena berbagai faktor yang mempengaruhi, baik bersifat endogen maupun eksogen. Faktor eksogen meliputi panas dan kelembaban. Inilah penyebab mengapa *pityriasis versicolor* umumnya terjadi di daerah sub tropis dan daerah tropis pada musim panas. Faktor eksogen lainnya adalah penutupan kulit oleh pakaian atau kosmetik yang meningkatkan tingkat kadar CO<sub>2</sub>, mikroflora dan kadar keasaman (pH). Faktor endogen berupa malnutrisi, dermatitis seboroik, *cushing syndrome*, terapi immunosupresif, hiperhidrosis dan riwayat keluarga yang positif terkena *pityriasis versicolor* (Djuanda, 2016).

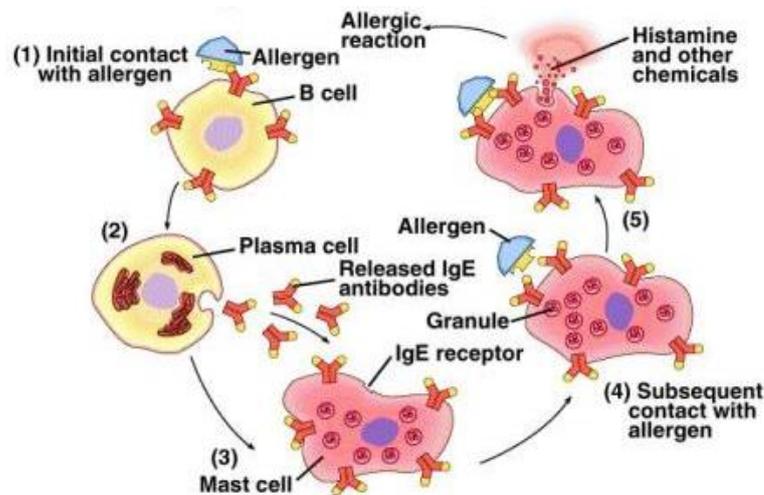
*Malassezia furfur* merupakan flora normal dan hidup sebagai saprofit di permukaan kulit manusia dan biasa terdapat pada area yang berminyak seperti daerah muka, kulit kepala dan punggung. Individu imunokompeten dapat mendegradasi *Malassezia* sp. di kulit melalui *monocyte-derived dendritic cells* yang melakukan fagositosis terhadap organisme ini, sehingga mengaktifkan respon adaptif sel *T-helper* (Hudson, 2018). Dalam keadaan yang tidak seimbang antara host dan flora dapat mengubah *Malassezia furfur* dari bentuk saprofit ke bentuk miselium yang lebih patogenik (Lowell, 2012).

Bentuk miselium dari *Malassezia furfur* dapat menyaring sinar matahari dan mengganggu proses pewarnaan kulit yang normal. Senyawa spesifik yang

disintesis oleh *Malassezia furfur* yang disebut *pityriacitrin* mampu menyerap sinar ultraviolet (UV). Metabolit lain *Malassezia* seperti asam azelaik dari *fatty acid* dalam serum adalah inhibitor kompetitif dari enzim tirosinase. *Malassezin*, *pitirialakton* dan *pitiriarubin* juga menyebabkan proses hipopigmentasi dengan menghambat enzim tirosinase dan mengganggu proses pembentukan melanosit. Kerusakan progresif dan menerus dari melanosit oleh metabolit tersebut menyebabkan gambaran hipopigmentasi pada kulit yang terinfeksi (Kallini, 2014).

Gambaran lesi hiperpigmentasi berdasarkan hasil penelitian diduga dikaitkan dengan efek progresif dari peradangan. Lesi hiperpigmentasi secara histologi ditemukan lapisan keratin yang lebih tebal, serta hifa yang lebih banyak dari *Malassezia furfur* dan spora *Pityrosporon* (Hudson, 2018).

Ketika flora normal (*Malassezia furfur*) tadi menjadi tidak normal atau patogen, maka akan merangsang sel mast basofil migrasi ke dermis akan membentuk granulasi yang akan melepaskan histamin, hingga muncul gejala gatal pada pasien. Maka dari itu, penderita sering mengeluhkan gatal-gatal ringan saat berkeringat dengan adanya makula berskuama berwarna putih (hipopigmentasi) atau kecoklatan (hiperpigmentasi) (Kallini, 2014).



**Gambar 2.4.** Mekanisme imunologis pelepasan histamin yang dapat menimbulkan manifestasi klinis gatal (Abbas, 2012)

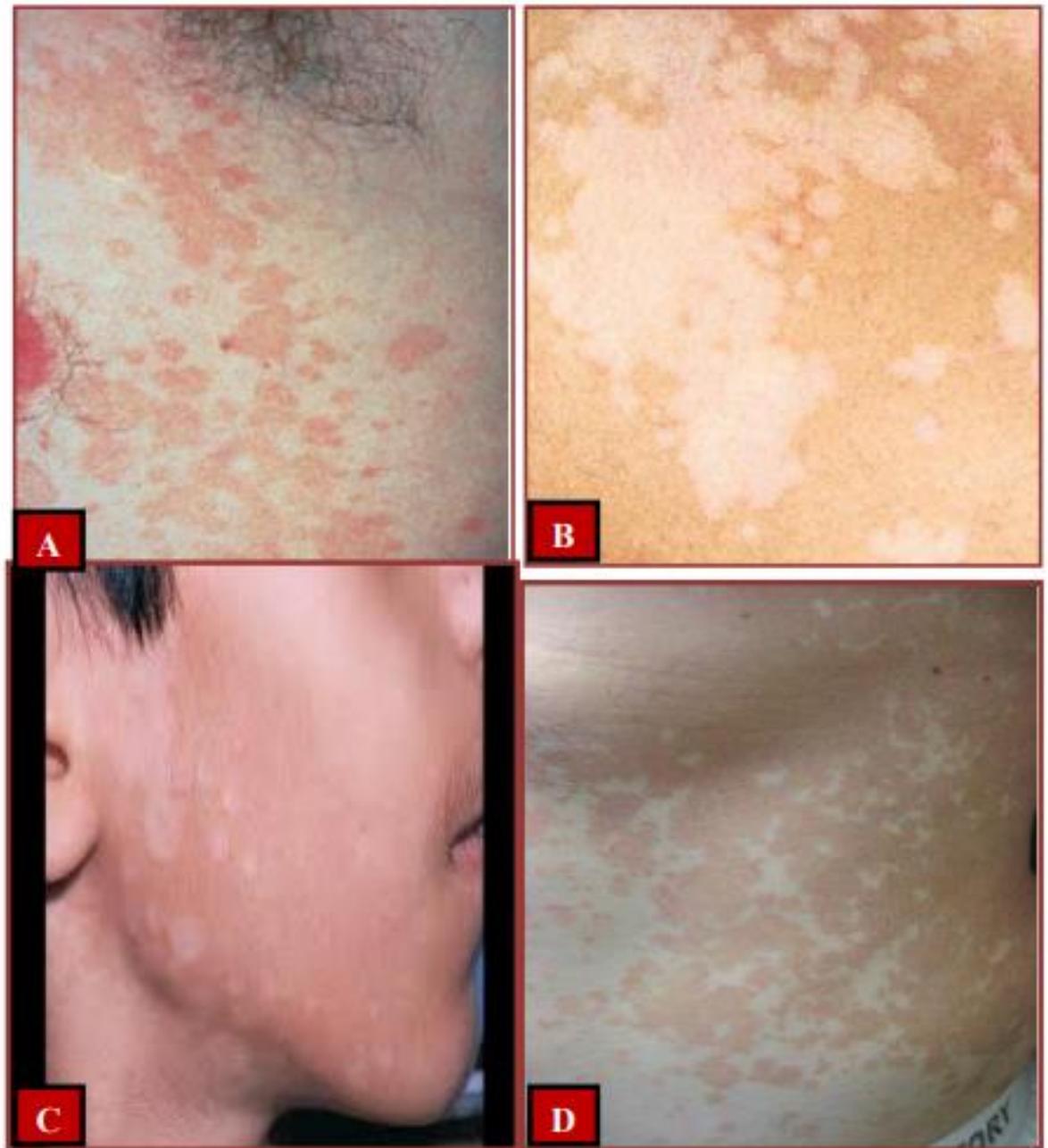
### 2.1.6 Manifestasi Klinis *Pityriasis Versicolor*

Manifestasi khas secara klinis dari *pityriasis versicolor* adalah gambaran makula oval atau bulat berskuama tersebar di kulit. Makula-makula ini membentuk pola gambaran perubahan pigmentasi kulit tidak teratur dengan warna bercak bervariasi dari warna putih hingga merah muda hingga coklat kemerahan atau berwarna coklat kekuningan (Lowell, 2012). Gambaran lesi pada penderita dengan kulit yang lebih putih berupa makula berwarna-warni dari hipopigmentasi atau hiperpigmentasi dengan sisik (skuama) halus. Skuama dapat ditemukan pada *pityriasis versicolor* berbentuk seperti *dust-like* atau *furfuraceous* dan bisa diambil dengan menggesekkan pisau bedah (*scalpel*) secara perlahan (Widyawati, 2017). Bentuk lesi mungkin tidak teratur dapat berbatas tegas atau menyebar/difus. Didapatkan pula lesi folikular atau lebih besar, atau numular yang meluas membentuk lesi plak. Dapat ditemui juga

efloresensi bentuk campuran, yaitu, folikular dengan plakak, folikular dengan numular ataupun folikular, atau numular dan plakak (Djuanda, 2016).

*Pityriasis versicolor* bermanifestasi pada lapisan kulit yang sangat superfisial. Gangguan ini muncul dengan gambaran bercak, bentuk tidak teratur sampai teratur, batas tegas sampai menyebar. Kelainan ini biasanya bersifat tanpa gejala, hanya berupa gangguan estetik tubuh (Maharani, 2015). Pada kulit yang lebih gelap, penampakan gambaran yang khas dapat ditemui berupa bercak-bercak kurang pigmentasi. Variasi perubahan warna tergantung pada warna kulit penderitanya merupakan arti dari kata “*Versicolor*” pada penyakit ini. Gambaran lesi tersebut dapat menampakkan fluoresensi salah satunya jika dilihat fluoresensi melalui modalitas lampu Wood. Bentuk lesi papulo-vesikular dapat terlihat secara klinis walaupun kasusnya jarang. Kelainan biasanya lesi tanpa keluhan dari penderita sehingga pasien tidak mengetahui bahwa ia terserang *pityriasis versicolor*. Tetapi pada penderita lainnya merasakan gatal ringan saat berkeringat sehingga memunculkan keluhan dan menjadi alasan penderita untuk berobat (Susanto dan Made, 2013).

Lesi-lesi *pityriasis versicolor* terutama ditemukan di bagian punggung atau dada dan menyebar ke lengan atas, leher, tungkai atas atau bawah. Kasus *pityriasis versicolor* lainnya memiliki karakteristik khusus dengan gambaran lesi hanya ditemukan pada bagian tubuh yang tertutup atau ada tekanan dari pakaian, misalnya pada bagian tertutup di pakaian dalam. Dapat juga ditemui lesi pada lipatan ketiak, paha atau kepala (Hay dan Ashbee, 2010).



**Gambar 2.5.** Gambaran lesi *pityriasis versicolor*. **A.** Lesi hiperpigmentasi dan lebih gelap karena hiperemis sekunder. **B.** Makula halus bertepi tegas, bentuk tidak beraturan dan hipopigmentasi, terdapat skuama halus yang diambil dengan kerokan *scalpel*. **C.** Makula halus hipopigmentasi bergabung membentuk bercak besar. **D.** Lesi hipopigmentasi tampak berskuama halus dengan gambaran *dust-like* (Lowell, 2012).



**Gambar 2.6.** Gambaran lesi *pityriasis versicolor* dengan manifestasi makula hipopigmentasi berskuama halus pada bagian punggung (Purwani, 2013)

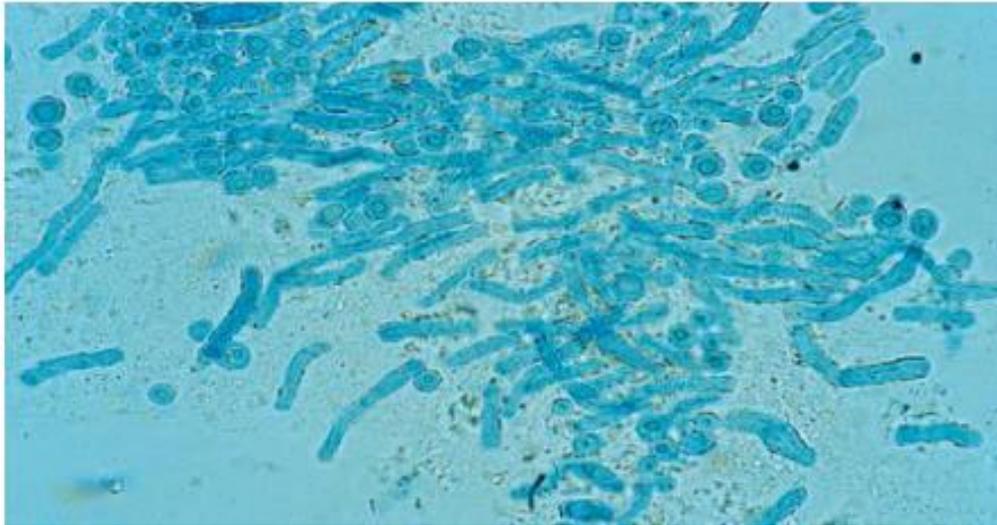
### **2.1.7** *Diagnosis Pityriasis Versicolor*

Diagnosa *pityriasis versicolor* dapat ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan status dermatologis dan pemeriksaan penunjang (Djuanda, 2016). Anamnesis dapat ditelusuri pada penderita semua usia, terutama pada usia antara 20 sampai 40 tahun. Penderita mengeluhkan adanya bercak di kulit dan menimbulkan rasa gatal terutama bila berkeringat. Warna dari bercak bervariasi dari putih, merah muda hingga coklat kemerahan. Riwayat keluarga penderita terhadap *pityriasis versicolor* dapat ditanyakan untuk menilai kecenderungan genetik ataupun penularan (Widaty, dkk. 2017).

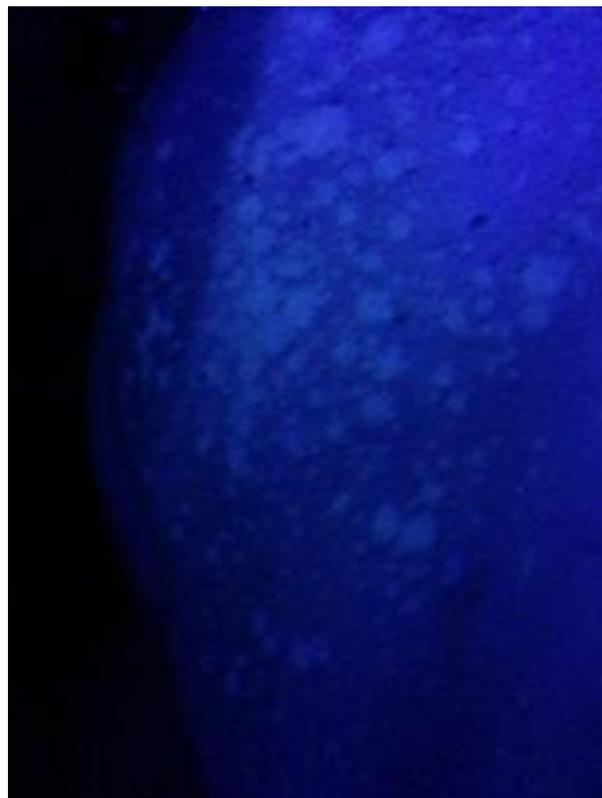
Pemeriksaan status dermatologis dapat ditemukan gambaran klinis berupa macula hiperpigmentasi atau hipopigmentasi berbentuk oval hingga bulat tidak beraturan. Permukaan kulit yang terkena berkeriput dan tertutup skuama atau sisik halus dengan warna yang bervariasi mulai dari putih bercampur merah muda

hingga coklat kemerahan atau coklat kehitaman yang dapat menyebar ke seluruh area tubuh sesuai keluhan penderita (Lowell, 2012). Area lesi biasanya berada di tubuh bagian atas, leher, wajah dan lengan atas (Widaty, dkk. 2017).

Diagnosa *pityriasis versicolor* dapat dibantu dengan pemeriksaan penunjang berupa kerokan kulit penderita menggunakan larutan kalium hidroksida (KOH) 10%. Pengambilan sampel skuama dapat dilakukan dengan mengerok kulit penderita menggunakan pisau bedah (*scalpel*) tumpul atau menggunakan selotip yang didekatkan pada lesi. Kerokan memperlihatkan gambaran kumpulan miselium kasar berbentuk huruf i, j dan v terputus-putus dengan sel ragi bulat berdinding tebal, yang akan lebih mudah diamati dengan penambahan zat warna tinta biru laktafenol atau *Parker blue-black*. Gambaran ragi dan miselium tersebut sering dilukiskan sebagai seperti untaian spageti dan bakso bulat (*meat ball and spaghetti appearance*) (Widyawati, 2017). Pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat dilakukan adalah dengan uji fluoresensi lampu Wood. Lampu Wood merupakan sebuah lampu merkuri dengan kemampuan memancarkan sinar ultraviolet A, sinar tersebut memiliki panjang gelombang 365 nm dan dapat memberikan perubahan warna pada seluruh daerah lesi *pityriasis versicolor* sehingga batas lesi lebih mudah dilihat. Daerah lesi akan memperlihatkan fluoresensi warna kuning keemasan sampai oranye (Djuanda, 2016). Kultur tidak perlu dilakukan untuk menegakkan diagnostik karena hasil biakan *Malassezia furfur* dalam media agar Sabourraud dengan tambahan minyak zaitun dari sampel kulit penderita tidak bernilai diagnostik karena *Malassezia sp.* merupakan flora normal kulit (Hay & Ashbee, 2010).



**Gambar 2.7.** Gambaran mikroskopis *spaghetti and meatballs appereance* dari *Malassezia sp.* pada pemeriksaan skuama penderita dengan larutan KOH 10% (Lowell, 2012)



**Gambar 2.8.** Gambaran uji fluoresensi dengan lampu Wood pada lesi penderita *pityriasis versicolor* menunjukkan perubahan warna kuning keemasan (Febriyanti, 2017)

### 2.1.8 Diagnosis Banding *Pityriasis Versicolor*

Beberapa kelainan kulit dengan klinis yang mirip dan perlu dibedakan dari *pityriasis versicolor*, antara lain *pityriasis alba*, vitiligo, *pityriasis rosea*, morbus Hansen tipe tuberkuloid dan berbagai jenis keluhan kulit lainnya. Perbedaan karakteristik klinis perlu dicermati, dan pemeriksaan penunjang dapat membantu untuk menegakkan diagnosis (Djuanda, 2016).

*Pityriasis alba* sering dialami oleh anak-anak (3-16 tahun), didahului dengan manifestasi eritema. Lokasi predileksi biasanya di sekitar mulut, dagu, pipi, serta dahi. Lesi berbentuk oval atau bulat. Pada awalnya, lesi kulit berwarna merah muda atau sesuai dengan warna kulit pasien dengan skuama halus di atasnya. Setelah eritema menghilang, lesi kulit terlihat berskuama halus dengan hipopigmentasi. (Soepardiman, 2015).

Vitiligo merupakan penyakit dengan gambaran hipomelanosis progresif ditandai dengan gambaran makula hipopigmentasi pada kulit, berbatas tegas tanpa gejala lain. Makula hipomelanosis yang khas pada vitiligo berupa bercak putih bergaris tengah, berbentuk lonjong atau bulat dengan batas tegas dan tidak mempunyai skuama. Vitiligo mempunyai lokasi predileksi khas yaitu di sekitar wajah, aksila, lipat paha, *dorsum manus* serta tidak dijumpai skuama pada lesi hipopigmentasinya. Pemeriksaan lampu Wood dapat membedakan *pityriasis versicolor* dan vitiligo dengan fluoresensi tampak putih berkilau (Lowell, 2012).

*Pityriasis rosea* dapat didiagnosis dengan didahului eritema dengan skuama halus (*herald patch*) kemudian muncul bersamaan lesi-lesi kecil berikutnya yang susunannya mengikuti garis kosta sehingga menyerupai gambaran pohon cemara

yang terbalik. Pada pemeriksaan skuama dengan larutan KOH akan menunjukkan hasil negatif (Djuanda, 2016).

Morbus Hansen / Lepra dapat dibedakan dari *pityriasis versicolor* dengan gambaran lesi makula hipopigmentasi yang hipoestesi atau anastesi, anhidrosis, alopesia dan atrofi. Lesi berbatas tegas dengan ukuran yang bervariasi (Widaty, dkk. 2017). Pada pemeriksaan histopatologi jumlah melanosit dapat normal atau menurun. Terdapat gambaran melanosit dengan vakuolisasi dan mengalami atrofi serta menurunnya jumlah melanosom (Lowell, 2012)

## **2.2 *Personal Hygiene***

### **2.2.1 Definisi *Personal Hygiene***

*Personal hygiene* adalah pengetahuan tentang upaya-upaya kesehatan diri untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit (Wardana, 2020). *Personal hygiene* atau kebersihan diri dapat diartikan pula sebagai suatu upaya untuk menjaga kebersihan dan kesehatan diri untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Lalainya individu terhadap merawat kebersihan diri dapat dilihat jika individu tidak dapat merawat kebersihan dirinya (Tarwoto, 2015).

### **2.2.2 Tujuan *Personal Hygiene***

Tujuan dari *personal hygiene* adalah untuk menerapkan kebiasaan perawatan diri dengan berbagai upaya untuk melatih hidup bersih dan sehat sehingga memperbaiki citra diri dan penampilan di masyarakat sesuai kebutuhan kesehatan fisik dan psikis (Yuni, 2015).

Kondisi tubuh seseorang yang bersih dapat mengurangi risiko terkena penyakit sehingga kemungkinan dapat terhindar dari penyakit, terutama pada penyakit yang berhubungan dengan kebersihan diri yang kurang baik sehingga tubuh dapat terserang penyakit salah satu contohnya adalah penyakit infeksi kulit, penyakit gigi dan mulut serta penyakit saluran pencernaan (Talukdar dan Baruah, 2015).

### **2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Personal Hygiene***

Faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang dalam menjaga *personal hygiene* dipengaruhi banyak hal. Seseorang dengan insan yang lain memiliki cara yang berbeda terhadap menjaga kebersihan dirinya. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi *personal hygiene*, yaitu citra tubuh/ *body image*, kondisi fisik dan adanya cacat mental bawaan, praktik sosial, kondisi status sosial ekonomi keluarga, tingkat pengetahuan, budaya lingkungan sekitar serta pilihan pribadi (Riyadi, 2015).

*Body image* atau citra diri merupakan konsep tentang bagaimana penampilan diri seseorang ingin dilihat oleh orang lain, *body image* dapat mempengaruhi terhadap pelaksanaan *personal hygiene* contohnya dapat dilihat jika adanya perubahan fisik sehingga individu tersebut tidak peduli terhadap kebersihan dirinya (Riyadi, 2015).

Praktik sosial seseorang akan sangat mempengaruhi perilaku dari kelompok sosial tertentu dalam menjaga *personal hygiene*. Hal ini dipengaruhi oleh jumlah

orang yang tinggal di rumah, kebiasaan keluarga dan ketersediaan air bersih akan berpengaruh terhadap praktik kebersihan diri (Isro'in. 2012).

Status sosial dan ekonomi seseorang dapat mempengaruhi upaya menjaga *personal hygiene* dikarenakan kegiatan ini memerlukan banyak hal dan uang untuk menyediakan alat-alat *personal hygiene*. Misalnya seperti sabun, sikat gigi, pasta gigi, sampo, deterjen dan alat kebersihan lainnya (Suciati, 2014).

Pengetahuan dapat mempengaruhi perilaku dan sikap individu terhadap kebersihan pribadi. Memahami pentingnya kebersihan pribadi, lingkungan serta aplikasinya bagi kesehatan fisik dan psikososial individu akan menjadi dasar pemikiran untuk mempengaruhi kondisi status *personal hygiene* seseorang (Mubarak, 2015).

Kebudayaan dapat mempengaruhi upaya *personal hygiene* seseorang. Hal ini disebabkan karena kebudayaan yang diyakini seseorang memiliki langkah khusus yang diatur dalam menerapkan kebutuhan perawatan kebersihan diri seseorang sesuai dengan budaya individu tersebut. Contohnya, suatu bagian dari masyarakat di Indonesia memiliki keyakinan jika seseorang sedang sakit tidak diperbolehkan untuk mandi (Riyadi, 2015).

Pilihan pribadi yang berasal dari kebiasaan serta kondisi fisik setiap individu pasti menghasilkan upaya serta pilihan yang berbeda-beda mengenai *personal hygiene*. Penggunaan produk yang dibutuhkan untuk perawatan kebersihan diri, tentang kapan harus mandi, pakai sampo dan cukuran serta hal lainnya merupakan contoh dari pilihan pribadi dalam upaya menjaga kebersihan diri (Mubarak, 2015).

#### **2.2.4 Dampak Penerapan *Personal Hygiene***

Dampak yang dapat muncul apabila penerapan *personal hygiene* kurang terjaga dapat dirasakan baik secara fisik dan psikososial (Yuni, 2015). Secara fisik, gangguan kesehatan dapat muncul karena tidak terjaganya kebersihan diri sehingga merusak fungsi dan struktur tubuh yang terkena infeksi (Rendy, 2013). Dampak psikososial yang dapat muncul berhubungan dengan kebersihan diri terkait dengan hubungan interpersonal sehingga menimbulkan gangguan sosial dari hubungan timbal-balik seperti saling menyayangi dan mencintai, aktualisasi individu, kepercayaan intrapersonal serta hambatan dalam hubungan timbal balik sosial lainnya (Riyadi, 2015).

#### **2.2.5 Kebersihan Kulit**

Kulit adalah organ luar dan berhubungan langsung dengan lingkungan (Eroschenko, 2016). Kulit berfungsi untuk melindungi permukaan tubuh, mengeluarkan sisa-sisa metabolisme, memelihara suhu basal tubuh, dan menerima rangsangan dari luar tubuh. Kulit juga berperan dalam proses pembentukan kalsiferol/vitamin D yang berasal dari 7-dehidrokolesterol dengan ditambah paparan sinar ultraviolet (UV) (Sherwood, 2018). Banyaknya fungsi fisiologis kulit yang dapat menopang hidup manusia, maka kulit perlu dirawat dan dibersihkan secara rutin (Riyadi, 2015).

Pemeliharaan kesehatan kulit akan berkaitan sekali dengan kebersihan sekitar, gizi, serta pola hidup bersih. Hal lain yang dijaga dalam menjaga kebersihan kulit yaitu membersihkan diri dengan mandi maksimal 2 kali dalam sehari dan

menggunakan sabun, memelihara kebersihan pakaian, memakai barang-barang keperluan milik pribadi yang bersih, memakan makanan bergizi seimbang serta memelihara kebersihan lingkungan sekitar (Kemenkes, 2011). Jika kulit tidak mendapatkan perawatan yang baik maka dapat terjadi keluhan kesehatan, seperti kulit mengalami abrasi, kulit menjadi kering dan kasar ataupun muncul bercak-bercak (Riyadi, 2015).

Kulit dapat menjadi lebih kering dan kaku karena mengikuti proses penuaan atau *aging*. Kelenjar keringat dan sebacea mengalami penurunan tingkat keaktifan sekresi dan ekresi. Sel-sel pelapis terdegradasi lebih cepat dan serat-serat kolagen elastis mengerut sehingga kulit memiliki risiko lebih tinggi terhadap kejadian lebam dan retakan kulit. Hal ini dapat dilihat pada kulit lansia yang umumnya kering dan berkeriput mengikuti proses *aging* (Eroschenko, 2016).

Kegiatan membersihkan kulit yang tidak tepat dapat menyebabkan kekeringan pada kulit secara berlebihan. Misalnya, mandi harian berlebih ataupun mandi dengan air terlalu panas atau penggosok yang terlalu kasar (Tarwoto, 2015).

Penyakit infeksi kulit dapat pula menyerang ketika produksi keringat yang dihasilkan kelenjar keringat meningkat dan dapat meningkatkan kelembaban sehingga bakteri dapat tumbuh (Mustofa, 2014). Upaya menjaga kebersihan kulit dapat dilakukan dengan mengganti pakaian jika sudah kotor. Pakaian yang dikatakan bersih berarti pakaian tidak nampak ada kotoran menempel dan bersih dari patogen serta harum (Tarwoto, 2015).

### **2.3 Pondok Pesantren**

Pondok pesantren merupakan salah satu lembaga pendidikan Islam tertua di Indonesia. Kemunculan pondok pesantren untuk mendalami studi agama Islam konvensional sebagai tatanan teguh dalam berkehidupan / *way of life (tafaqquh fi ad-din)* dengan menitikberatkan penanaman nilai tauhid dan akhlak dalam hidup (Syafe'i, 2017). Pesantren sebagai lembaga dengan metode pengajaran yang mengakar (*indigenous*) untuk muslim di Indonesia dan mampu menjaga eksistensi dalam pengajaran di lingkungan pendidikan non-formal di Indonesia dengan metode pengajaran terhadap pendidikan penguatan karakter dari berbagai lini untuk para santri dapat hidup berdikari (Usman, 2013).

Dalam catatan sejarah islam ke Indonesia, berdirinya pondok pesantren dimulai dari seorang pemuka agama islam atau disebut sebagai ustaz yang menetap di suatu tempat. Setelah ustaz tersebut menetap, datanglah para insan yang berkeinginan untuk menimba ilmu kepadanya dan ada pula yang ikut pula tinggal dalam asrama (mukim) bersama ustaz (Herman, 2013).

Pondok Pesantren memiliki pengaruh besar dalam penguatan pendidikan islam di Indonesia yang dimulai sejak zaman Walisongo di Pulau Jawa. Pondok pesantren menjadi tempat berinteraksi secara interpersonal antara ustaz dan santri sebagai kegiatan dakwah ilmu-ilmu keagamaan, pengalaman serta falsafah hidup untuk diterapkan di masyarakat (Ramdan, 2013). Sunan Ampel membangun sebuah tempat mengaji atau perguruan sebagai bentuk awal pondok pesantren pertama di Indonesia di wilayah Ampel, Surabaya. Santri datang dari berbagai pelosok Pulau Jawa untuk mengkaji ilmu keislaman sehingga menjadikannya pusat pendidikan agama islam di Pulau Jawa. Bahkan terdapat santri datang

berlayar dari wilayah kerajaan Gowa dan Tallo di kepulauan Sulawesi (Syafe'i, 2017).

Pondok sebagai tempat tinggal santri bermukim, masjid sebagai tempat ibadah dan pengajian bersama, santri, pendidikan dengan mengkaji kitab-kitab Islam karya ulama masa lalu/ kitab kuning serta ustaz/ *kyai* menjadi lima aspek dasar untuk membangun sebuah pondok pesantren. Pondok atau asrama merupakan tempat untuk tinggal dari para santri selama mengikuti proses menimba ilmu di pesantren (Ramdan, 2013)

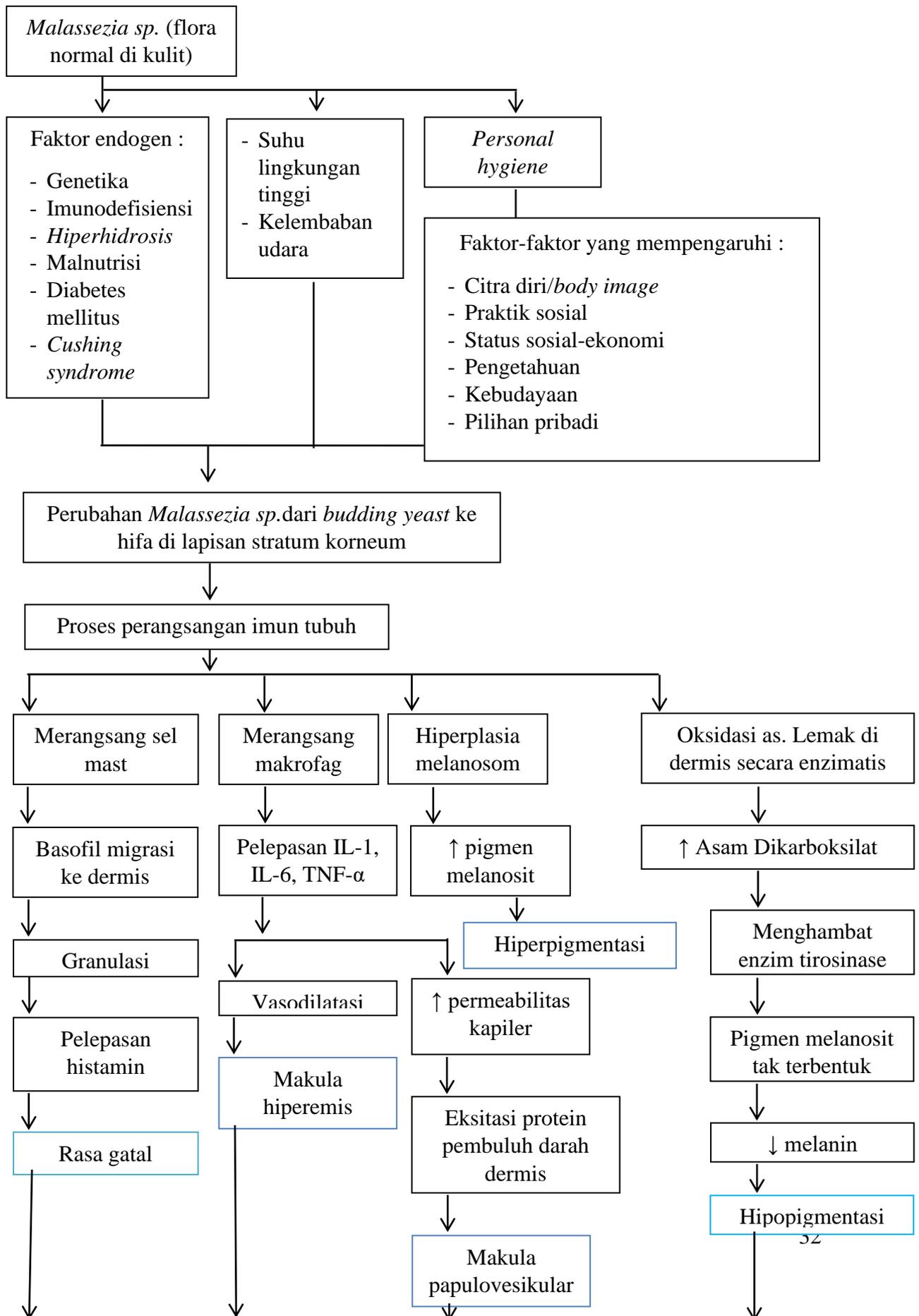
Pengelola pondok pesantren dapat digambarkan oleh *central figure* pada setiap pondok pesantren yang diwakili oleh pimpinan pondok pesantren. *Central figure* dalam pengelolaan pondok pesantren bukan hanya dalam keilmuannya, melainkan karena bisa saja pengelola tersebut sebagai pemilik dan pendiri pesantren sehingga nilai perjuangannya tak terbatas hanya pada ilmu, tenaga dan waktu. Pengelola adalah tokoh yang dicitrakan sangat kharismatik dan memiliki pemahaman keislaman yang luas/ *kaffah* sebagai *central figure* (Herman, 2013).

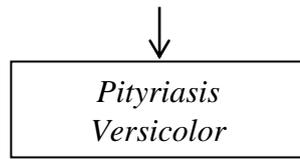
Pondok pesantren mempunyai kehidupan dengan kegiatan yang padat dengan keadaan penghuni yang tinggal di pondok begitu padat. Kehidupan dalam pondok pesantren tidak jauh dari sekolah formal pada umumnya. Santri tinggal bersama dalam tempat yang sama sehingga terjadi dampak tersendiri sebagai bentuk interaksi sosial dengan tinggal bersama dalam tempat yang sama (Hidayat, 2019).

Pondok pesantren di Indonesia hingga saat ini, beberapa pesantren tumbuh dalam lingkungan yang kumuh, seperti: kamar mandi yang kotor, lingkungan yang

lembab, dan kondisi sanitasi yang buruk. Perilaku tidak sehat, seperti menggantung pakaian di kamar, tidak memperbolehkan pakaian santri perempuan dijemur di bawah terik matahari, dan saling berbagi pakai pribadi seperti handuk, sisir dan pakaian (Ramdan, 2013). Santri yang tinggal bersama dalam satu pondok dengan kepadatan santri yang tidak terkontrol akan meningkat risiko penularan penyakit bila *personal hygiene* dan lingkungan dari setiap santri kurang diperhatikan. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) mengenai kebiasaan menjaga *personal hygiene* di pondok pesantren kurang memperhatikan aspek penting dari santri (Hidayat, 2019).

## 2.4 Kerangka Teori



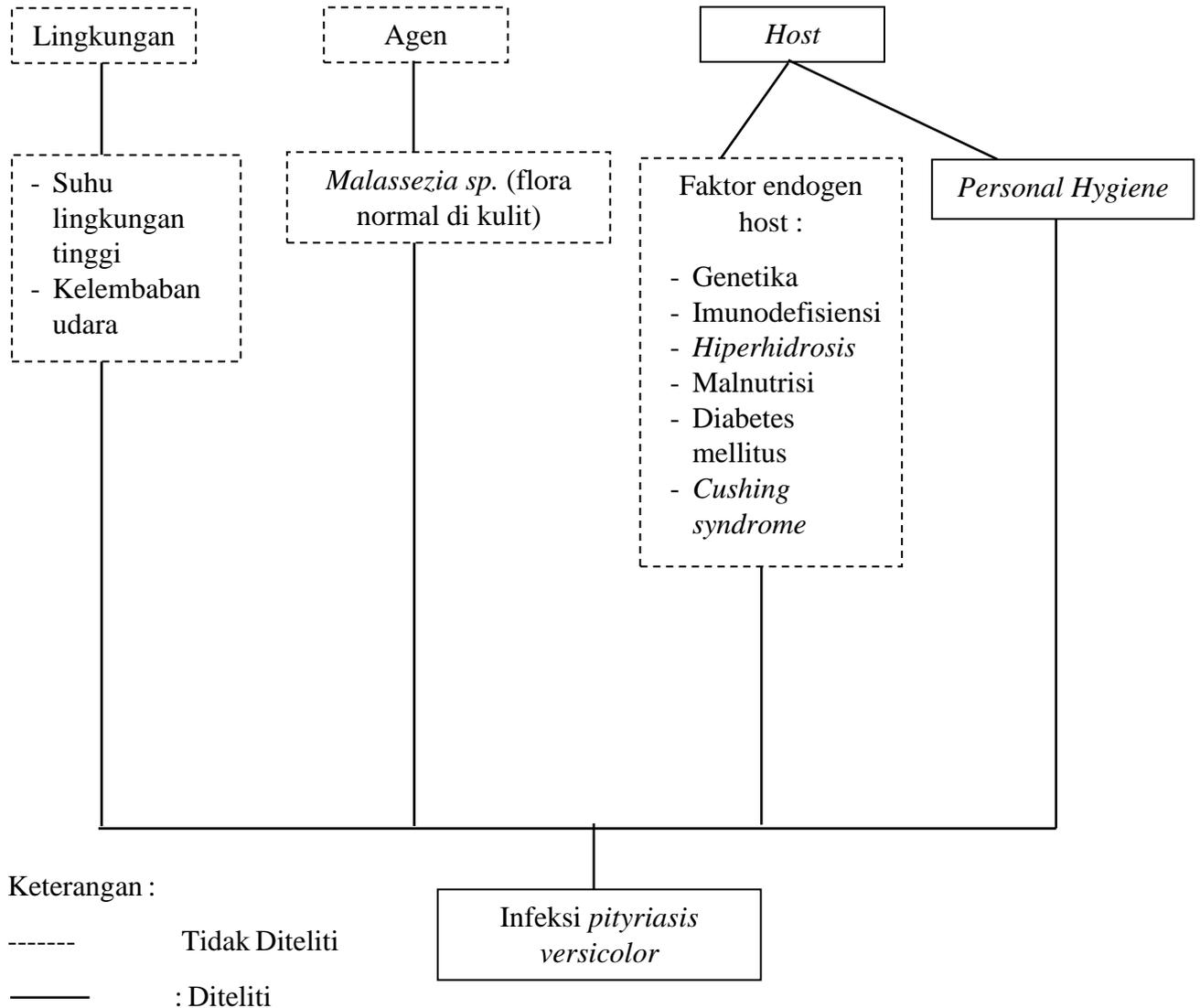


Bagan 1. Kerangka Teori

## BAB III

### KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

#### 3.1 Kerangka Konsep



Bagan 2. Kerangka Konsep

Sesuai dengan paparan sebelumnya dan bagan di atas, tingkat *personal hygiene* buruk dapat meningkatkan risiko seseorang terinfeksi *pityriasis versicolor*. Dampak dari ketidakpatuhan dalam menjaga *personal hygiene* muncul secara fisik pada penderita infeksi *pityriasis versicolor* sehingga merusak fungsi dan struktur kulit di lapisan epidermis dan dermis. Gambaran klinis yang ditemui berupa makula

hiperpigmentasi atau hipopigmentasi berbentuk oval hingga bulat tidak beraturan. Permukaan kulit yang terkena berkeriput dan tertutup skuama atau sisik halus dengan warna yang bervariasi mulai dari putih bercampur merah muda hingga coklat kemerahan atau coklat kehitaman yang dapat menyebar ke seluruh area tubuh sesuai keluhan penderita.

*Pityriasis versicolor* dapat didiagnosis berdasarkan anamnesis, pemeriksaan status dermatologis dan pemeriksaan penunjang. Penderita mengeluhkan adanya bercak di kulit, yang menimbulkan rasa gatal terutama bila berkeringat. Warna dari bercak bervariasi dari putih, merah muda hingga coklat kemerahan.

## **3.2 Hipotesis Penelitian**

### **3.2.1 Hipotesis Nol ( $H_0$ )**

Tidak ada hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian *pityriasis versicolor* di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya.

### **3.2.2 Hipotesis Kerja ( $H_1$ )**

Ada hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian *pityriasis versicolor* di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya.

## **BAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian dalam penelitian ini memakai jenis penelitian kuantitatif menggunakan studi observasional dan metode survei analitik melalui pendekatan potong lintang (*cross sectional*). Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui hubungan tingkat *personal hygiene* dengan angka kejadian *pityriasis versicolor* di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya.

#### **4.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

##### **4.2.1 Lokasi Penelitian**

Penelitian dilakukan di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya.

##### **4.2.2 Waktu Penelitian**

Waktu penelitian dilakukan pada Sabtu, 13 November 2021.

#### **4.3 Populasi Penelitian**

Populasi dalam penelitian ini adalah santri di atas 12-17 tahun yang sedang mengenyam pendidikan di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya.

#### **4.4 Sampel Penelitian**

##### **4.4.1 Besar Sampel**

Ukuran besar sampel dari suatu populasi yang ditentukan dapat memakai rumus Slovin (Dahlan, 2015), yaitu sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan :

n = ukuran sampel

N = ukuran populasi

e = nilai persentase *margin of error* atau nilai toleransi karena kesalahan pengambilan sampel (e = 0,1)

Menurut data dari Forum Pondok Pesantren (FPP) Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya pada tahun 2021 menjelaskan bahwa jumlah santri di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya sebanyak 128 orang, baik santri mukim maupun santri yang tinggal di rumah. Jumlah santri dengan usia diatas 12 tahun terhitung dari tanggal 31 Agustus 2021 sebanyak 101 orang. Sehingga nilai N (ukuran populasi penelitian) ditentukan sebesar 101 orang. Maka perhitungan ukuran sampel dihitung sebagai berikut.

$$n = \frac{101}{1 + 101 \times (0,01)^2}$$

$$n = \frac{101}{1 + 1,01}$$

$$n = \frac{101}{2,01}$$

$$n = 50,2487562189$$

$n \approx 50$  orang

Berdasarkan hasil di atas, maka jumlah minimal sampel yang diteliti adalah sebanyak 50 orang santri yang berasal dari Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya.

#### **4.4.2 Teknik Pengambilan Sampel**

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *simple random sampling*, yaitu subjek yang dipilih sebagai sampel telah memenuhi kriteria inklusi yang ditentukan dan diambil secara acak untuk menjadi responden.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Terdaftar sebagai santri yang mengenyam pendidikan di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah selama 3 bulan atau lebih.
2. Bersedia menjadi subjek penelitian.

Adapun kriteria ekslusinya adalah sebagai berikut.

1. Santri berusia di bawah 12 tahun.
2. Santri yang mengenyam pendidikan di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah kurang dari 3 bulan.
3. Terdiagnosis *pityriasis versicolor* (panu) dalam waktu lebih dari 3 bulan oleh dokter.
4. Tidak bersedia menjadi subjek penelitian.

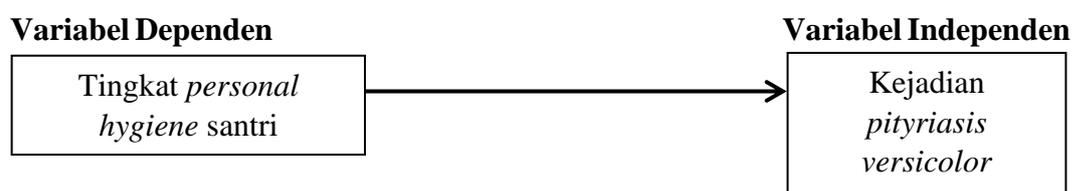
## 4.5 Variabel Penelitian

### 4.5.1 Variabel Independen

Variabel bebas pada penelitian ini adalah tingkat *personal hygiene* santri.

### 4.5.2 Variabel Dependen

Variabel terikat pada penelitian ini adalah angka kejadian *pityriasis versicolor* santri.



Bagan 3. Variabel Bebas dan Terikat

## 4.6 Alat dan Bahan Penelitian

Penelitian ini akan menggunakan beberapa alat dan bahan yang digunakan untuk mengumpulkan data beserta pendukungnya dari responden, yaitu :

- a. Formulir *informed consent* / Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP)

Formulir yang berisi kesediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian dan mengisi kuesioner yang disediakan.

- b. Kuesioner tentang tingkat pengetahuan *personal hygiene*

Kuesioner, pertanyaan yang diajukan sebanyak 12 pertanyaan mengenai *personal hygiene* (6 pertanyaan kebersihan kulit, 2 pertanyaan kebersihan tangan dan kuku, 2 pertanyaan kebersihan pakaian, dan 2 pertanyaan kebersihan handuk) dengan 3 pilihan jawaban dari penelitian yang dilakukan Febriyanti pada tahun 2017.

Kuesioner tersebut telah melalui tahap uji realibitas dan validitas oleh peneliti sebelumnya. Hasil uji validitas kuesioner dari nilai *Pearson Product Moment* adalah positif dan nilai  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel dengan jumlah pengujian pada 20 responden sebanyak 12 pertanyaan sehingga nilai  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel 0,444 dengan nilai taraf signifikan sebesar 0,05 (5%). Uji validitas dalam penelitian ini dilakukan di Kota Medan, Sumatera Utara pada tahun 2017. Hasil uji reliabilitas variabel tingkat *personal hygiene* diperoleh nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,850 sehingga variabel dikatakan reliabel. Pengukuran dilakukan di Kota Medan, Sumatera Utara pada tahun 2017.

c. Lembar status dermatologis

Lembar yang memuat hasil pemeriksaan kulit responden untuk menegakkan diagnosis *pityriasis versicolor*.

d. Lampu Wood

Alat pemeriksaan dermatologis dengan menggunakan lampu Wood untuk melihat fluoresensi dalam ruangan gelap.

#### 4.7 Definisi Operasional

Tabel 4.1. Definisi Operasional

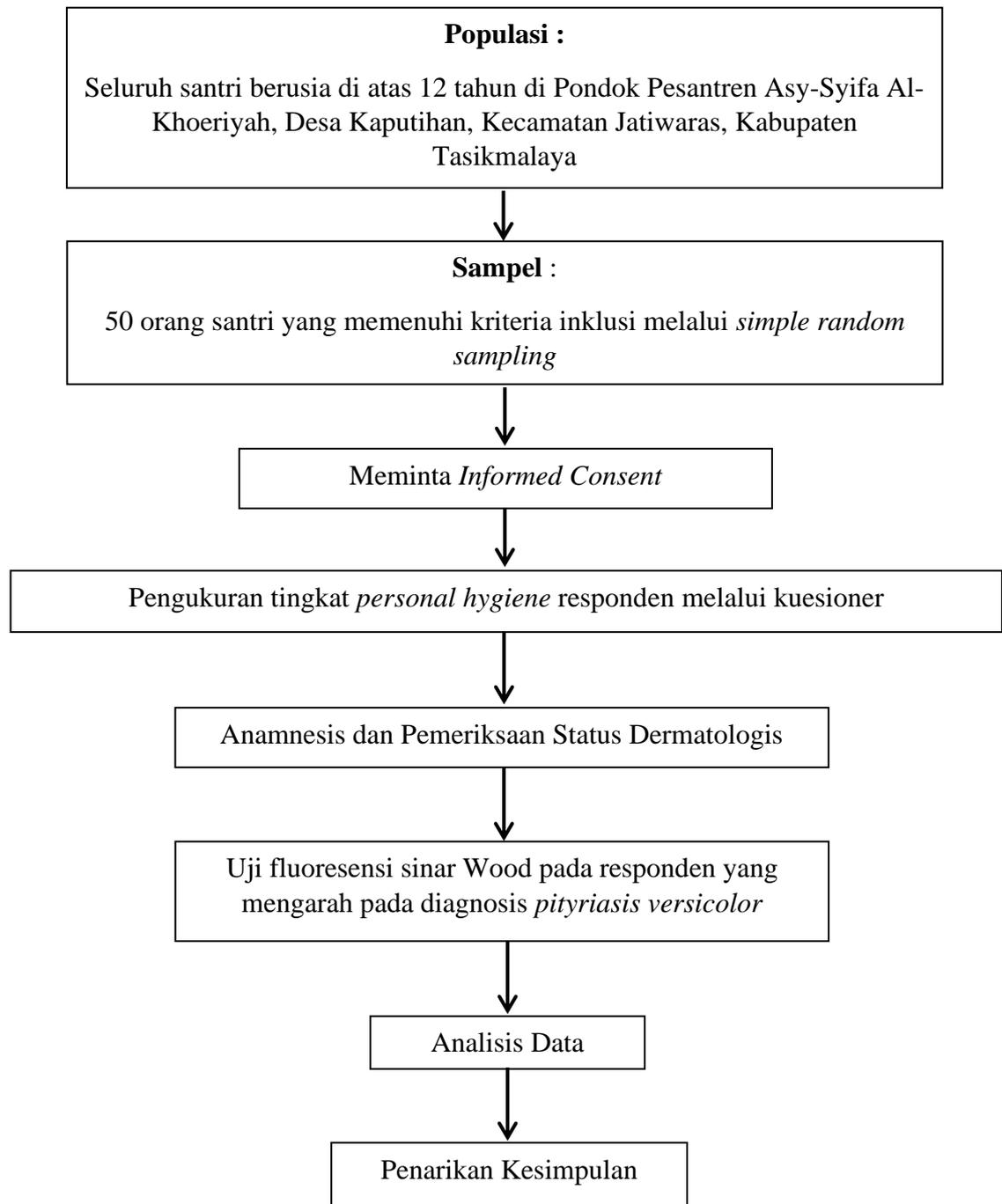
No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	<i>Personal hygiene</i>	<i>Personal hygiene</i> adalah pengetahuan	Kuesioner, terdiri atas 12 pertanyaan,	Kategori: - Baik, jika hasil diantara	Nominal

		tentang upaya-upaya kesehatan diri untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit.	dengan nilai : - A = 1 poin - B = 2 poin - C = 3 poin	27 – 36 poin - Kurang, jika hasil diantara 1 – 26 poin	
2	<i>Pityriasis versicolor</i>	Suatu penyakit kulit kronik dan dapat asimptomatik dikarenakan jamur <i>Malassezia sp.</i> serta di tandai dengan bercak putih sampai coklat bersisik.	Alat Ukur: Lampu Wood. Cara Ukur: Bagian lesi yang dicurigai pada pasien setelah dilakukan anamnesis dan pemeriksaan status dermatologis disinari oleh lampu Wood untuk melihat fluoresensi khas dari <i>pityriasis versicolor</i>	0 = Bukan Pityriasis versicolor. Jika manifestasi klinis (-) dan/atau fluoresensi lampu wood (-). 1 = <i>Pityriasis versicolor</i> . Jika manifestasi klinis (+) dan fluoresensi lampu wood (+)	Nominal

#### **4.8 Prosedur Penelitian**

Data yang digunakan dalam penelitian ini berasal dari data primer yang didapatkan dari responden penelitian. Responden setelah mendapat penjelasan mengenai penelitian ini dan menandatangani *informed consent*, mengisi kuesioner *personal hygiene*, melakukan anamnesis dan pemeriksaan status dermatologis untuk menilai apakah ada manifestasi klinis yang mengarah pada *pityriasis versicolor*. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan dengan sinar Wood di ruangan gelap. Hasil dari pemeriksaan ini, kulit yang terkena *pityriasis versicolor* akan menunjukkan fluoresensi kuning keemasan dengan menunjukkan batas lesi secara jelas, dan terdiagnosis *pityriasis versicolor* oleh dokter.

#### 4.9 Alur Penelitian



Bagan 4. Alur Penelitian

#### 4.10 Analisis Data

Pengolahan data dilakukan secara manual dari kuesioner responden, selanjutnya data diolah dengan menggunakan aplikasi *software* SPSS (*Statistical Package for Sosial Science*). Tahapan kegiatan analisis data terdiri dari:

- a. *Editing* : proses memeriksa kelengkapan data, kesinambungan dan kesesuaian data.
- b. *Coding* : proses memberi kode data dalam bentuk kalimat atau huruf dengan mengubahnya menjadi data angka atau bilangan tertentu. Pemberian kode spesifik ini berguna untuk *data entry*.
- c. *Entry* : proses memasukkan data dari kuesioner ke dalam program aplikasi entri data. Urutan *entry data* dimasukan berdasarkan nomor urut responden pada kuesioner.
- d. *Export* : proses memindahkan data ke aplikasi SPSS untuk pengolahan data
- e. *Tabulating* : proses mengelompokkan data sesuai variabel penelitian untuk keperluan analisis dan penarikan kesimpulan
- f. *Scoring* : proses memberikan interpretasi nilai dari jawaban kuesioner responden secara berurutan.

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini untuk melihat kemungkinan hubungan yang bermakna antara variabel dependen dan variabel independen terkait tingkat *personal hygiene* dengan kejadian santri penderita *pityriasis versicolor* dengan analisa univariat dan analisa bivariat.

Analisa univariat dilakukan dengan mengidentifikasi karakteristik sosiodemografi partisipan dan gambaran sebaran dari tingkat *personal hygiene* dan

angka kejadian *pityriasis versicolor* melalui uji normalitas dengan syarat nilai signifikansi lebih dari 0,05 sebagai distribusi data normal.

Analisa bivariat melalui uji statistika *Chi-Square*. Dasar pengambilan hipotesis penelitian diambil berdasarkan tingkat signifikansi dengan derajat kepercayaan dalam penelitian ini ( $\alpha < 0,1$ ) hubungan dikatakan bermakna jika nilai  $p \leq 0,05$ . Jika nilai  $p > 0,05$  maka dinyatakan tidak terdapat hubungan antara variabel dependen dan variabel independen.

Hasil tabulasi silang dari analisa bivariat dapat digunakan untuk menghitung kemungkinan berkembangnya faktor risiko dalam penelitian *cross-sectional* dengan menggunakan *prevalence ratio* (PR), nilainya dapat dihitung melalui model matematika di bawah ini:

**Tabel 4.2. Simulasi *Prevalence Ratio* (PR) Hubungan *Personal Hygiene* dan *Pityriasis Versicolor***

<i>Personal Hygiene</i>	<i>Pityriasis Versicolor</i>	
	Positif	Negatif
Kurang	a	B
Baik	c	D

Keterangan:

a = responden dengan faktor risiko yang mengalami penyakit (*personal hygiene* kurang dengan *pityriasis versicolor* +)

b = responden dengan faktor risiko yang tidak mengalami penyakit (*personal hygiene* kurang dengan *pityriasis versicolor* -)

c = responden tanpa faktor risiko yang mengalami penyakit (*personal hygiene* baik dengan *pityriasis versicolor* +)

d = responden tanpa faktor risiko yang tidak mengalami penyakit (*personal hygiene* baik dengan *pityriasis versicolor* -)

Selanjutnya dari model matematika diatas, dapat ditentukan nilai PR dengan rumus di bawah ini:

$$PR = \frac{a(a+b)}{c(c+d)}$$

Untuk membaca hubungan asosiasi ditentukan nilai *Prevalence Ratio* (PR), sebagai berikut:

- Bila nilai PR > 1 dan rentang interval kepercayaan tidak melewati angka 1, berarti variabel tersebut merupakan faktor risiko timbulnya kejadian *pityriasis versicolor*.
- Bila nilai PR < 1 dan rentang interval kepercayaan tidak melewati angka 1, berarti variabel tersebut merupakan faktor proteksi timbulnya kejadian *pityriasis versicolor*.
- Bila nilai PR = 1 dan rentang interval kepercayaan tidak melewati angka 1, berarti variabel tersebut tidak ada hubungan dengan kejadian *pityriasis versicolor*.

## **4.11 Etika Penelitian**

### **4.11.1 *Respect for Autonomy***

Responden memiliki hak untuk memutuskan secara sadar untuk menerima atau menolak menjadi responden. Sebelum dilakukan penelitian, peneliti

memberikan *informed consent* kepada responden dan menjelaskan kepada responden tentang proses penelitian meliputi proses pengisian kuesioner tingkat *personal hygiene* dan kejadian santri penderita *pityriasis versicolor*.

#### **4.11.2 Anonymity & Confidentialy**

Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa identitas responden dirahasiakan dengan menggunakan pengkodean melalui *coding*. Peneliti menyimpan hasil pengumpulan data berupa lembar *informed consent*, data diri, hasil pemeriksaan status dermatologis responden dan kuesioner di tempat yang hanya dapat diakses oleh peneliti. Semua data hanya digunakan untuk keperluan analisis sampai penyusunan laporan penelitian sehingga data tetap rahasia dan bersifat pribadi tanpa diketahui orang lain.

#### **4.11.3 Justice**

Peneliti memberikan kesempatan yang sama bagi responden yang memenuhi kriteria inklusi untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Peneliti juga memberikan kesempatan yang sama bagi responden untuk mengungkapkan dan menyikapi setiap tindakan dalam penegakan diagnosis *pityriasis versicolor* dan pengisian kuesioner tingkat pengetahuan santri tentang *personal hygiene*.

#### **4.11.4 Beneficence & Nonmaleficence**

Penelitian ini tidak membahayakan responden dan peneliti berusaha melindungi responden dari bahaya ketidaknyamanan. Peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian, penggunaan semua instrumen pendukung seperti lampu Wood dan kuesioner, serta penggunaan data yang diperoleh sehingga partisipan

bersedia menandatangani *informed consent* sebagai tanda kesediaan berpartisipasi dalam penelitian.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1. Gambaran Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan dasar persetujuan Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan (FKIK) Universitas Islam Negeri (UIN) Maulana Malik Ibrahim Malang dengan nomor surat No.059/EC/KEPK-FKIK/2021 dan Surat Pemberitahuan Penelitian dari Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik (Kesbangpol) Kabupaten Tasikmalaya dengan nomor surat B/070/075/Wasda dengan responden sebanyak 58 orang secara acak melalui *simple random sampling* dari 126 santri putra dan putri di yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian ini.

Penelitian dilakukan di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah yang terletak di Cimaja, Kp. Pasir Bitung RT 04/ RW 08 Desa Kaputih Kecamatan Jatiwaras Kabupaten Tasikmalaya Provinsi Jawa Barat dengan jumlah santri sebanyak 128 orang yang berasal dari berbagai daerah di Jawa Barat, Banten dan Jawa Tengah. Pondok pesantren ini telah berdiri sejak tahun 1995 dimulai dari kegiatan pengajian anak-anak sekitar dengan Ust. Epi Suhaepi, S.Pd.I. sebagai pimpinan pondok pesantren. Saat ini Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah memiliki dua lembaga pendidikan formal untuk menunjang kegiatan pesantren, yaitu Sekolah Menengah Pertama Islam Terpadu (SMP-IT) serta Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) Asy-Syifa Al-Khoeriyah.

Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kecamatan Jatiwaras, Kabupaten Tasikmalaya memiliki kondisi kepadatan jumlah santri dalam satu kamar yang sesak, dengan jumlah kamar tiga kamar asrama. Satu kamar asrama paling besar untuk putri diisi 64 orang santri dibagi dalam 4 sekat-sekat menggunakan lemari. Dua kamar asrama lainnya diisi oleh santri putra. Setiap kamar diisi oleh 20 santri. Untuk fasilitas lainnya terdapat kamar mandi sebanyak empat ruangan yang memiliki aliran air yang bersih serta tidak menggunakan bak. Terdapat juga sarana penunjang kegiatan pondok pesantren lainnya, seperti masjid, aula, kantin dan kolam ikan di depan asrama.

Lingkungan sekitar asrama yang lembab karena kurangnya pencahayaan sinar matahari serta kebersihan dari para santri putra maupun putri. Kebiasaan menggantung baju di dalam kamar dengan ventilasi yang kurang baik juga terlihat, pakaian tersimpan di atas lemari dengan tidak rapih.

## 5.2. Karakteristik Responden

### 5.2.1 Umur

Distribusi usia responden yang terlibat dalam penelitian ini, dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi Usia Responden**

No.	Umur (tahun)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	13	19	32.8
2	14	18	31.0
3	15	8	13.8
4	16	8	13.8
5	17	5	8.6

<b>Jumlah</b>	58	100
---------------	----	-----

Berdasarkan tabel 5.1. didapatkan data bahwa kelompok umur terbanyak adalah usia 13 tahun dengan 19 responden (32.8%) dan kelompok usia responden paling sedikit adalah usia 17 tahun sebanyak 5 orang (8.6%).

### 5.2.2. Jenjang Pendidikan

Distribusi jenjang pendidikan setiap responden berdasarkan kelas sekolah yang terlibat dalam penelitian ini, dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Jenjang Pendidikan Responden**

No.	Jenjang Pendidikan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	VII SMP	17	29.3
2	VIII SMP	18	31.0
3	IX SMP	14	24.1
4	X SMK	5	8.6
5	XI SMK	-	-
6	XII SMK	4	6.9
<b>Jumlah</b>		58	100

Berdasarkan tabel 5.2. dapat dilihat bahwa kelompok kelas jenjang terbanyak responden berasal dari kelas VIII (delapan) SMP sebanyak 18 responden (31.0%), dan paling sedikit berasal dari kelas XII (dua belas) SMK sebanyak 4 orang (6.9%).

### 5.2.3. Lama Pendidikan di Pondok Pesantren

Distribusi lama masa tinggal di pondok pesantren untuk masing-masing responden, dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 5.3. Distribusi Frekuensi Lama Pendidikan di Pondok Pesantren**

<b>Responden</b>			
<b>No.</b>	<b>Lama Pendidikan (tahun)</b>	<b>Frekuensi (n)</b>	<b>Persentase (%)</b>
1	0-6 bulan	10	17.2
2	7-12 bulan	2	3.4
3	13-18 bulan	20	34.5
4	19-24 bulan	-	-
5	25-30 bulan	17	29.3
6	31-36 bulan	-	-
7	37-42 bulan	4	6.9
8	43-48 bulan	3	5.2
9	49-54 bulan	-	-
10	55-60 bulan	1	1.7
11	61-66 bulan	-	-
12	67-72 bulan	1	1.7
<b>Jumlah</b>		58	100

Berdasarkan tabel 5.3. dapat dilihat bahwa kelompok masa tinggal/ lama pendidikan di pondok pesantren yang paling banyak berasal dari responden yang tinggal selama 13-18 bulan (1,5 tahun) sebanyak 20 orang (34.5%) dan terakhir dengan masa pendidikan di pondok selama 55-60 (5 tahun) dan 67-72 bulan (6 tahun) masing-masing 1 orang (1.7%).

### **5.3. Analisis Univariat**

#### **5.3.1. Hasil Kuesioner Kebersihan Kulit**

Kuesioner kebersihan kulit berisi 6 (enam) pertanyaan dengan 3 pilihan jawaban. Hasil kuesioner kebersihan kulit dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 5.4. Distribusi Frekuensi Hasil Kuesioner Kebersihan Kulit Responden**

No.	Kuesioner Kebersihan Kulit	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Berapa kali anda mandi dalam sehari? (Jumlah mandi)		
	a. 1 kali	1	1.7
	b. 2 kali	52	89.7
	c. 3 kali	5	8.6
2	Bagaimana cara anda mandi? (Cara mandi)		
	a. Mandi dengan air secukupnya	-	-
	b. Mandi dengan air lalu menggosok kulit kemudian seluruh tubuh disiram dengan air secukupnya	11	19.0
	c. Mandi dengan air dan sabun dan menggosok kulit kemudian seluruh tubuh disiram sampai bersih	47	81.0
3	Bagaimana kebiasaan anda dalam penggunaan sabun? (Kebiasaan pemakaian sabun)		
	a. Jarang memakai sabun	-	-
	b. Memakai sabun bergantian dengan teman di asrama	4	6.9
	c. Memakai sabun sendiri	54	93.1

4	Apakah dalam satu bulan terakhir anda mengalami keluhan gatal-gatal? (Keluhan gatal)		
	a. Ya	17	29.3
	b. Kadang-kadang	32	55.2
	c. Tidak	9	15.5
5	Apakah dalam satu bulan terakhir anda mengalami keluhan adanya bercak-bercak di tubuh anda? (Keluhan bercak kulit)		
	a. Ya	8	13.8
	b. Kadang-kadang	21	36.2
	c. Tidak	29	50.0
6	Apakah dalam satu bulan terakhir anda mengalami keluhan adanya kulit mengelupas seperti sisik dan kering? (Keluhan skuama)		
	a. Ya	4	6.9
	b. Kadang-kadang	20	34.5
	c. Tidak	34	58.6

---

Berdasarkan tabel 5.4. ditemukan jumlah mandi dalam sehari dari setiap responden paling banyak dengan frekuensi mandi 2 kali sebanyak 55 orang (89.7%) dan paling sedikit 1 kali sebanyak 1 responden (1.7%). Cara mandi responden didapatkan pada 11 orang (19%) responden yang mandi dengan air seadanya serta 47 orang (81%) responden yang mandi dengan sabun kemudian

menggosok kulit lalu dibilas sampai bersih. Untuk kebiasaan menggunakan sabun, dapat dilihat bahwa 4 orang (6.9%) memiliki kebiasaan memakai sabun bergantian dengan orang lain dan 54 orang (55.2%) memakai sabun sendiri. Untuk responden yang sedang mengalami keluhan gatal di kulit sebanyak 17 orang (29.3%), keluhan bercak di kulit sebanyak 8 orang (13.8%), dan keluhan adanya kulit mengelupas, kering dan berskuama sebanyak 4 orang (6.9%).

Jawaban responden terhadap 6 pertanyaan kuesioner di atas dapat mengetahui tingkat kebersihan kulit responden. Pembagian tingkat kebersihan kulit disesuaikan dengan definisi operasional penelitian sebanyak  $\geq 75\%$  dari nilai maksimal seluruh pertanyaan yang diuji. Kriteria baik ditentukan dari nilai total kuesioner 14-18 dan kurang dari 0-13. Hasil distribusi tingkat kebersihan kulit dapat dilihat dalam tabel di bawah ini.

**Tabel 5.5. Distribusi Frekuensi Tingkat Kebersihan Kulit Responden**

No.	Kebersihan Kulit	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Baik	47	81.0
2	Kurang	11	19.0
<b>Jumlah</b>		58	100

Berdasarkan tabel 5.5. didapatkan bahwa tingkat kebersihan kulit responden baik lebih banyak daripada tingkat kebersihan kulit kurang sebanyak 47 dari 58 orang (81.0%).

### 5.3.2. Hasil Kuesioner Kebersihan Tangan dan Kuku

Kuesioner kebersihan tangan dan kuku berisi 2 (dua) pertanyaan dengan 3 pilihan jawaban. Hasil kuesioner kebersihan tangan dan kuku dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 5.6. Distribusi Frekuensi Hasil Kuesioner Kebersihan Tangan dan Kuku Responden**

No.	Kuesioner Kebersihan Tangan dan Kuku	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Bagaimana cara anda mencuci tangan? (Cara cuci tangan)		
	a. Jarang mencuci tangan	5	8.6
	b. Membasuh kedua tangan dengan air memakai wadah/ mangkuk lalu tangan dikeringkan dengan lap	3	5.2
	c. Membasuh kedua tangan dengan air yang mengalir dan menggosok kedua permukaan tangan dan sela-sela jari dengan sabun dan disiram dengan air mengalir lalu tangan dikeringkan dengan lap yang bersih	50	86.2
2	Apakah anda menyikat kuku menggunakan sabun saat mandi? (Kebersihan kuku)		
	a. Tidak	5	8.6
	b. Kadang-kadang	32	55.2
	c. Ya	21	36.2

Berdasarkan tabel 5.6. didapatkan untuk kebiasaan mencuci tangan responden berupa jumlah orang yang mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebanyak 50 orang (86.2%), selanjutnya jumlah orang yang cuci

tangan di dalam mangkok/ wadah sebanyak 3 orang (5.2%). Untuk data kebersihan kuku ditemukan hasil paling sedikit untuk orang tidak mencuci kuku sebanyak 5 orang (8.6%), dan paling banyak pada kebiasaan kadang-kadang mencuci kuku sejumlah 32 orang (55.2%).

Jawaban responden terhadap 2 pertanyaan kuesioner di atas dapat mengetahui tingkat kebersihan tangan dan kuku responden. Pembagian tingkat kebersihan tangan dan kuku disesuaikan dengan definisi operasional penelitian sebanyak  $\geq 75\%$  dari nilai maksimal seluruh pertanyaan yang diuji. Kriteria baik ditentukan dari nilai total kuesioner 5-6 dan kurang dari 0-4. Hasil distribusi tingkat kebersihan tangan dan kuku dapat dilihat dalam tabel di bawah ini.

**Tabel 5.7. Distribusi Frekuensi Tingkat Kebersihan Tangan dan Kuku Responden**

No.	Kebersihan Tangan dan Kuku	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Baik	48	82.8
2	Kurang	10	17.2
<b>Jumlah</b>		58	100

Berdasarkan tabel 5.7. didapatkan bahwa tingkat kebersihan tangan dan kuku responden baik lebih banyak sejumlah 48 dari 58 orang (82.8%).

### 5.3.3. Hasil Kuesioner Kebersihan Pakaian

Kuesioner kebersihan pakaian berisi 2 (dua) pertanyaan dengan 3 pilihan jawaban. Hasil kuesioner kebersihan pakaian dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 5.8. Distribusi Frekuensi Hasil Kuesioner Kebersihan Pakaian Responden**

No.	Kuesioner Kebersihan Pakaian	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Berapa kali anda mengganti baju dalam sehari? (Jumlah ganti pakaian harian)		
	a. Tidak pernah	-	-
	b. 1 kali dalam sehari	27	46.6
	c. $\geq 2$ kali dalam sehari	31	53.4
2	Apakah anda mengganti baju setelah berkeringat? (Kebiasaan ganti baju setelah berkeringat)		
	a. Tidak	9	15.5
	b. Kadang-kadang	28	48.3
	c. Ya	21	36.2

Berdasarkan tabel 5.8. didapatkan untuk kebiasaan mengganti pakaian harian setiap responden dengan hasil jumlah orang yang mengganti pakaian 1 kali dalam sehari sebanyak 27 orang (46.6%) dan  $\geq 2$  kali dalam sehari sejumlah 31 responden (53.4%). Kebiasaan ganti baju setelah berkeringat responden dapat dijabarkan bahwa paling sedikit ditemukan pada 9 orang (15.5%) tidak mengganti baju setelah berkeringat dan paling banyak 28 orang (48.3%) kadang-kadang mengganti baju setelah berkeringat.

Jawaban responden terhadap 2 pertanyaan kuesioner di atas dapat mengetahui tingkat kebersihan pakaian responden. Pembagian tingkat

kebersihan pakaian disesuaikan dengan definisi operasional penelitian sebanyak  $\geq 75\%$  dari nilai maksimal seluruh pertanyaan yang diuji. Kriteria baik ditentukan dari nilai total kuesioner 5-6 dan kurang dari 0-4. Hasil distribusi tingkat kebersihan pakaian dapat dilihat dalam tabel di bawah ini.

**Tabel 5.9. Distribusi Frekuensi Tingkat Kebersihan Pakaian Responden**

No.	Kebersihan Pakaian	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Baik	34	58.6
2	Kurang	24	41.4
<b>Jumlah</b>		58	100

Berdasar dari tabel 5.9. ditemukan bahwa tingkat kebersihan pakaian responden baik lebih banyak sejumlah 34 dari 58 orang (58.6%).

#### 5.3.4. Hasil Kuesioner Kebersihan Handuk

Kuesioner kebersihan handuk berisi 2 (dua) pertanyaan dengan 3 pilihan jawaban. Hasil kuesioner kebersihan handuk dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 5.10. Distribusi Frekuensi Hasil Kuesioner Kebersihan Handuk Responden**

No.	Kuesioner Kebersihan Handuk	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Bagaimana anda meletakkan handuk yang telah dipakai mandi? (Cara meletakkan handuk)		
	a. Diletakkan di sembarang tempat	2	3.4
	b. Digantung dalam kamar	14	24.1
	c. Dijemur di luar/ di jemuran	42	72.4

2 Bagaimana keadaan handuk anda ketika sebelum mandi? (Keadaan handuk ketika akan dipakai mandi)

a. Basah	7	12.1
b. Lembab	5	8.6
c. Kering	46	79.3

Berdasar dari tabel 5.10. didapatkan untuk kebiasaan menyimpan handuk ditemukan paling sedikit dengan cara meletakkan handuk yang di sembarang tempat dilakukan oleh 2 responden (3.4%) dan paling banyak dengan cara dijemur di luar kamar sebanyak 42 orang (72.4%). Untuk keadaan handuk ketika akan dipakai mandi, keadaan handuk responden lembab 5 responden (8.6%) dan paling banyak pada kondisi kering sejumlah 46 orang (79.3%).

Jawaban responden terhadap 2 pertanyaan kuesioner di atas dapat mengetahui tingkat kebersihan handuk responden. Pembagian tingkat kebersihan handuk disesuaikan dengan definisi operasional penelitian sebanyak  $\geq 75\%$  dari nilai maksimal seluruh pertanyaan yang diuji. Kriteria baik ditentukan dari nilai total kuesioner 5-6 dan kurang dari 0-4. Hasil distribusi tingkat kebersihan handuk dapat dilihat dalam tabel di bawah ini.

**Tabel 5.11. Distribusi Frekuensi Tingkat Kebersihan Handuk Responden**

No.	Kebersihan Handuk	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Baik	45	77.6
2	Kurang	13	22.4
<b>Jumlah</b>		58	100

Berdasar dari tabel 5.11. ditemukan bahwa tingkat kebersihan handuk responden baik lebih banyak sejumlah 45 dari 13 orang (58.6%).

### 5.3.5. Tingkat *Personal Hygiene* Responden

Tingkat kebersihan responden dalam dilihat dari tabel di bawah ini.

**Tabel 5.12. Distribusi Frekuensi Tingkat *Personal Hygiene* Responden**

No.	<i>Personal Hygiene</i>	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Baik	55	94.8
2	Kurang	3	5.2
<b>Jumlah</b>		58	100

Berdasar dari tabel 5.12. ditemukan bahwa tingkat kebersihan diri responden baik lebih banyak sejumlah 55 dari 58 orang (94.8%).

### 5.3.6. Indikasi Pemeriksaan Lampu Wood Responden

Indikasi pemeriksaan lampu Wood dari hasil anamnesis dan pemeriksaan dokter dengan manifestasi keluhan bercak di kulit terhadap seluruh responden dapat dilihat dalam tabel di bawah ini.

**Tabel 5.13. Distribusi Frekuensi Indikasi Pemeriksaan Lampu Wood Responden**

No.	Indikasi Lampu Wood	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Ya	3	5.2
2	Tidak	55	94.8
<b>Jumlah</b>		58	100

Berdasar dari tabel 5.13. dapat dilihat bahwa responden yang tidak memiliki indikasi pemeriksaan lampu Wood lebih banyak dari yang memerlukan dengan jumlah 55 dari 58 responden (94.8%).

Fluoresensi lampu Wood terhadap responden yang memiliki indikasi dapat dilihat dalam tabel di bawah ini.

**Tabel 5.14. Distribusi Frekuensi Fluoresensi Kulit Pada Pemeriksaan Lampu Wood Responden**

No.	Fluoresensi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Keemasan	2	66.7
2	Lengan: Kehijauan, Tangan : Keemasan	1	33.3
<b>Jumlah</b>		3	100

Berdasar dari tabel 5.14. dapat dilihat semua responden memiliki fluoresensi keemasan. Satu responden memiliki gambaran fluoresensi kehijauan di bagian lengan.

### 5.3.7. Kejadian Infeksi *Pityriasis Versicolor*

Distribusi kasus infeksi *pityriasis versicolor* dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 5.15. Distribusi Kasus *Pityriasis Versicolor* Responden**

No.	<i>Pityriasis Versicolor</i>	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	+	3	5.2
2	-	55	94.8
<b>Jumlah</b>		58	100

Berdasar dari tabel 5.15. dapat dilihat bahwa angka kejadian *pityriasis versicolor* adalah 3 dari 58 orang (5.2%).

## 5.4. Analisis Bivariat

Uji statistik untuk dua variabel dalam penelitian ini terkait tingkat kebersihan diri santri dengan angka kejadian *pityriasis versicolor* melalui analisis bivariat dapat dilihat dengan hasil sebagai berikut:

**Tabel 5.16. Hasil Tabulasi Silang Hubungan Tingkat *Personal Hygiene* dengan Angka Kejadian Kasus *Pityriasis Versicolor* di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah**

No.	<i>Personal Hygiene</i>	<i>Pityriasis Versicolor</i>						<i>p-value</i>
		Positif		Negatif		Total		
		f	%	F	%	f	%	
1.	Baik	2	3.6	53	96.4	55	94.8	0.024
2.	Kurang	1	33.3	2	66.7	3	5.2	
<b>Jumlah</b>		3	5.2	55	94.8	58	100.0	

Hasil dari tabulasi silang pada tabel 5.16. didapatkan bahwa dari 58 responden terdapat 3 orang (5.2%) terkena *pityriasis versicolor* dan 55 orang (94.8%) tidak terkena *pityriasis versicolor*. Untuk *personal hygiene* ditemukan dari 58 responden didapatkan dengan kriteria baik lebih banyak sejumlah 55 dari 58 orang (94.8%) serta 3 orang yang tingkat kurang (5.2%). Tabel 5.19. juga menunjukkan dari 3 orang yang terkena *pityriasis versicolor*, 2 orang (66.7%) memiliki tingkat kebersihan diri yang baik dan 1 orang (33.3%) yang memiliki tingkat kebersihan diri kurang. Untuk responden yang tidak terkena *pityriasis versicolor* sebanyak 55 orang, terdapat 2 orang (3.6%) dengan tingkat kebersihan kurang dan 53 orang (96.4%) dengan tingkat kebersihan yang baik.

Uji *Chi-Square* dalam penelitian ini digunakan sebagai dasar pengambilan hipotesis penelitian diambil berdasarkan tingkat signifikansi. Hubungan dikatakan bermakna jika nilai  $p \leq 0,05$ . Jika nilai  $p > 0,05$  maka dinyatakan tidak terdapat hubungan antara variabel dependen dan variabel independen. Pada penelitian ini didapatkan nilai *p-value* sebesar 0.024, nilai  $p$  tersebut  $\leq 0,05$ . Sehingga variabel dalam penelitian ini memiliki hubungan antara *personal hygiene* dengan angka kejadian *pityriasis versicolor*.

Hasil tabulasi silang antara tingkat *personal hygiene* dengan angka kejadian *pityriasis versicolor* dapat digunakan untuk menghitung *prevalence rate* (PR), dengan perhitungan di bawah ini:

$$PR = \frac{a(a+b)}{c(c+d)}$$

$$PR = \frac{1(1+2)}{2(2+53)} = \frac{1(3)}{2(55)} = \frac{3}{110} = 0.0272727272727273 \approx 0.027$$

Hasil perhitungan nilai PR pada penelitian ini didapatkan sebesar 0.027 (PR < 1) dengan nilai kepercayaan dalam penelitian ini sebesar 90 % antara 0.005 - 1.222. Dapat diartikan bahwa variabel tingkat *personal hygiene* tersebut merupakan faktor proteksi timbulnya kejadian *pityriasis versicolor* sebesar 0.027 kali lipat.

## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### 6.1. Tingkat *Personal Hygiene* Santri Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah

Tingkat *personal hygiene* dalam penelitian ini terdiri dari penilaian untuk kebersihan kulit, kebersihan tangan dan kuku, kebersihan pakaian serta kebersihan handuk.

Untuk kebersihan kulit didapatkan bahwa tingkat kebersihan kulit responden baik lebih banyak daripada tingkat kebersihan kulit kurang sebanyak 47 dari 58 orang (81.0%). Responden secara umum memiliki kebiasaan mandi 2 kali sehari (89.7%), cara mandi dengan air dan sabun dan menggosok kulit kemudian seluruh tubuh disiram sampai bersih (81.0%), menggunakan sabun sendiri (93.1%), kadang-kadang memiliki keluhan gatal-gatal (55.2%), tidak memiliki keluhan bercak kulit (50%) serta tidak memiliki keluhan mengelupas seperti sisik dan kering (58.6%). Merawat kebersihan kulit di lingkungan santri diperlukan karena kulit berfungsi untuk melindungi permukaan tubuh, memelihara suhu tubuh dan mengeluarkan kotoran-kotoran tertentu. Mengingat kulit penting sebagai pelindung organ-organ tubuh, maka kulit perlu dijaga kesehatannya. Penyakit kulit dapat disebabkan oleh jamur, virus, kuman, parasit (Patmawati, 2020). Pemeliharaan kesehatan kulit akan berkaitan sekali dengan kebersihan sekitar, gizi, serta pola hidup bersih. Hal lain yang dijaga dalam kebersihan kulit yaitu membersihkan diri dengan mandi maksimal 2 kali dalam sehari dan menggunakan sabun, memelihara kebersihan pakaian, memakan

makanan bergizi seimbang serta memelihara kebersihan lingkungan sekitar (Kemenkes, 2011). Frekuensi mandi dapat menghilangkan kolonisasi jamur penyebab *pityriasis versicolor* yang terdapat di permukaan kulit, tetapi tidak menghilangkan jamur yang sudah terjadi perubahan bentuk dari ragi *Malassezia sp.* menjadi miselium dan memunculkan keluhan bercak kulit bersisik/ skuama di kulit. Mandi dapat menurunkan dan mempengaruhi suhu, kelembaban serta mampu menghilangkan kuman lain yang melekat pada permukaan kulit. Mandi yang baik adalah mandi minimal 2 kali sehari, seluruh tubuh dicuci dengan sabun mandi digosok hingga bersih (Mulyati, 2020). Santri di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah memiliki kebiasaan mandi minimal 2 kali sehari dan menggunakan sabun masing-masing, hal ini mendukung mayoritas santri tidak memiliki keluhan yang mengarah pada kasus *pityriasis versicolor*, seperti bercak putih dengan kulit bersisik.

Untuk kebersihan tangan dan kuku didapatkan bahwa tingkat kebersihan tangan dan kuku responden baik lebih banyak sejumlah 48 dari 58 orang (82.8%). Responden secara umum memiliki kebiasaan mencuci tangan dengan cara membasuh kedua tangan dengan air yang mengalir dan menggosok kedua permukaan tangan dan sela-sela jari dengan sabun dan disiram dengan air mengalir lalu tangan dikeringkan dengan lap yang bersih (86.2%), serta kadang-kadang membersihkan kuku saat mandi (55.2%). Dalam kondisi tertentu dimana pasien secara faktor endogen dan eksogen, *Malassezia furfur* yang sudah berkembang dari ragi ke bentuk miselium bersifat lebih patogenik ketika sudah mengalami oksidasi pada jaringan lipofilik di lapisan dermis (Soepardiman,

2015). Hal itu dapat menyebabkan perpindahan miselium *Malassezia sp.* di lapisan keratin stratum korneum ke area kulit yang belum ada manifestasi *pityriasis versicolor* dengan cara menggaruk dan berpindah ke area kulit sehat, selama tangan dan kuku yang kotor. Hal tersebut terjadi jika didukung oleh faktor eksogen dan endogen untuk terjadinya perubahan bentuk *budding yeast Malassezia sp.* (Velegraki, dkk. 2015). Oleh karena itu, diperlukan kebiasaan membersihkan tangan dan kuku untuk mengurangi risiko terjadinya perpindahan miselium *Malassezia sp.* yang lebih patogenik di kulit yang sehat.

Untuk tingkat kebersihan pakaian ditemukan responden yang dikategorikan baik lebih banyak sejumlah 34 dari 58 orang (58.6%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden secara umum mengganti pakaian sebanyak  $\geq 2$  kali dalam sehari (53.4%) serta kadang-kadang mengganti baju saat setelah berkeringat (48.3%). Pakaian memberi perlindungan pada kulit sehingga kulit terlindung dari gesekan, tekanan, panas dan dalam skala tertentu dapat menahan radiasi. Dengan memakai pakaian dapat menimbulkan kehangatan tubuh (Riyadi, 2015). Pakaian yang hangat lama-kelamaan dapat kotor dan tidak dapat menyerap keringat dan kotoran yang dikeluarkan oleh badan dan menjadi tempat berkembangnya jamur penyebab panu di kulit (Mulyati, 2020). Dalam penelitian ini, responden mayoritas sering mengganti pakaian minimal 2 kali sehari. Kebiasaan mengganti pakaian secara rutin dapat mengurangi risiko peningkatan kelembaban di kulit dan menurunkan risiko penularan bakteri atau jamur untuk penyakit infeksi kulit. Selanjutnya, responden mayoritas memiliki kebiasaan kadang-kadang mengganti pakaian saat berkeringat. Keringat dapat meningkatkan

kadar keasaman dan kelembaban di kulit. Tingkat keasaman di kulit dapat dilihat dari pH kulit. pH kulit normal harus bersifat asam yaitu antara 4.2 – 5.6. Nilai pH bervariasi antara satu bagian dengan bagian lain. pH kulit orang Indonesia adalah 5,6 yang berarti permukaan kulit agak asam (Musfirah, 2019). Sedangkan, untuk pH optimum pertumbuhan *Malassezia sp.* sekitar 5,5 - 6,5 (Mardiana dan Farhan, 2017). Dapat disimpulkan bahwa pada saat kondisi pH kulit normal, maka risiko terkena infeksi *pityriasis versicolor* akan berkurang selama tidak ada faktor endogen dan eksogen lain yang mempengaruhi.

Untuk tingkat kebersihan handuk pada penelitian ini didapatkan responden yang dikategorikan baik lebih banyak, yakni sejumlah 45 dari 58 orang (77.6%). Responden secara umum memiliki gambaran kebiasaan menjemur handuk setelah dipakai (72.4%) dan keadaan handuk kering saat akan dipakai mandi (79.3%). Handuk yang tidak dikeringkan dengan baik memiliki kelembaban yang tinggi dan mendukung perkembangan patogen jika berada di suhu yang tepat (Djuanda, 2016). Dalam penelitian ini, responden mayoritas sering menjemur handuk setelah dipakai dan keadaan handuk kering saat akan dipakai. Hal ini menunjukkan bahwa santri memiliki kebiasaan menyimpan handuk yang baik dengan menjemurnya hingga kering sehingga tidak terbentuk lingkungan lembab di handuk yang mendukung untuk perkembangan jamur di dalam handuk.

Tingkat *personal hygiene* santri pada penelitian ini didapatkan bahwa kebersihan diri responden baik lebih banyak, yakni sejumlah 55 dari 58 orang (94.8%). Hal ini dijabarkan dengan status kebersihan responden secara umum responden memiliki kebersihan kulit, kebersihan tangan dan kuku, kebersihan

pakaian serta kebersihan handuk yang baik. Faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang dalam menjaga *personal hygiene* dipengaruhi banyak hal. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nazaria (2017) mengenai hubungan *pityriasis versicolor* dengan kebersihan di siswa Madrasah Tsanawiyah yang berada di salah satu pondok pesantren di Kecamatan Mempawah Hilir, Kabupaten Mempawah, Kalimantan Barat dengan hasil 84 orang dinyatakan tingkat kebersihan baik (60,4%) dan gambaran PHBS subjek penelitian 126 orang dinyatakan baik (90,6%). Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi *personal hygiene*, yaitu citra tubuh/ *body image*, kondisi fisik dan adanya cacat mental bawaan, praktik sosial, kondisi status sosial ekonomi keluarga, tingkat pengetahuan, budaya lingkungan sekitar serta pilihan pribadi (Riyadi, 2015). Kondisi tubuh seseorang yang bersih dapat mengurangi risiko terkena penyakit sehingga kemungkinan dapat terhindar dari penyakit, terutama pada penyakit yang berhubungan dengan kebersihan diri yang kurang baik sehingga tubuh dapat terserang penyakit salah satu contohnya adalah penyakit infeksi kulit (Talukdar dan Baruah, 2015).

Dalam penelitian ini, didapatkan bahwa profil responden mayoritas memiliki kebersihan baik dengan responden tidak ada satupun yang memiliki kekurangan dalam kondisi fisik dan mental. Selanjutnya untuk ketersediaan air bersih di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah berasal dari air sumur yang disedot menggunakan pompa air, disimpan dalam penampungan tertutup dan dialirkan melalui keran. Ketersediaan air bersih dan pengelolaan air yang tepat akan berpengaruh terhadap praktik kebersihan diri (Isro'in. 2012). Ketersediaan

air yang baik dapat meningkatkan akses para santri untuk mandi dan mencuci pakaian dari keringat. Hal tersebut dapat menurunkan faktor eksogen yang mendukung untuk terjadinya perubahan bentuk *budding yeast Malassezia sp.* di lapisan tanduk kulit.

Tingkat pendidikan dalam penelitian ini mayoritas berasal dari siswa kelas VIII (delapan) SMP sebanyak 18 orang (31.0%) dan usia 13 tahun sebanyak 19 orang (32.8%). Tingkat pengetahuan dipengaruhi antara lain oleh usia dan tingkat pendidikan sehingga mempengaruhi tingkat *personal hygiene*. Hal ini dapat dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan oleh Putri (2019) di Panti Asuhan Puteri Aisyiyah Kota Medan dengan tingkat kebersihan diri kategori kurang sebanyak 43 orang (66.2%) dan dalam kategori baik sebanyak 22 orang (33.8%) dengan mayoritas yang mengikuti penelitian berasal dari usia sekolah dasar (SD). Perbedaan ini dipengaruhi oleh periode peralihan dari masa kanak – kanak ke masa dewasa yang meliputi perubahan biologik, perubahan psikologik, dan perubahan sosial. Semakin bertambah usia seseorang maka tingkat berpikir akan semakin matang. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima informasi. Seseorang yang memiliki pekerjaan akan semakin mudah mendapatkan informasi dan pengalaman, semakin banyak mendapat informasi dan pengalaman maka semakin tinggi pula tingkat pengetahuannya terhadap kebersihan (Soetjianingsih, 2014). Selanjutnya, Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) menjelaskan bahwa masa remaja awal (10-14 tahun) secara fisiologis mengalami peningkatan dari pertumbuhan dan pematangan fisik. Sebagian besar dari pemahaman dan emosional pada masa remaja awal ini menjadi proses untuk

penilaian kembali dan restrukturisasi dari jati diri dan kebiasaanya untuk dipandang dalam lingkungan sosial.

## **6.2. Angka Kejadian *Pityriasis Versicolor* Santri Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah**

Angka kejadian *pityriasis versicolor* dalam penelitian ini ditemukan 3 responden melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan *Wood lamp* dari 58 orang (5.2%). Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Sudiadnyani (2016) dengan hasil angka kejadian *pityriasis versicolor* pada santri di Pondok Pesantren Al Hijrotul Munawwaroh Bandar Lampung dengan hasil 54 dari 76 orang (71,1%). Perbedaan hasil ini terjadi karena mayoritas responden pada penelitian yang dilakukan oleh Sudiadnyani memiliki tingkat kebersihan diri yang buruk. Hal ini berkaitan dengan tingkat kelembaban ruangan asrama pondok yang tinggi di Pondok Pesantren Al Hijrotul Munawwaroh Bandar Lampung.

*Pityriasis versicolor* dalam menimbulkan keluhan klinis dipengaruhi oleh faktor eksogen maupun endogen. Faktor eksogen meliputi suhu, kelembaban udara dan keringat. Faktor eksogen lain adalah tertutupnya kulit oleh pakaian dan riasan yang meningkatkan kadar CO<sub>2</sub>, mikroflora dan kadar keasamaan lingkungan (pH). Faktor endogen antara lain malnutrisi, terapi dan kondisi immunosupresan, hiperhidrosis, dan riwayat keluarga yang tegak diagnosis *pityriasis versicolor*, diabetes mellitus, pemakaian obat golongan steroid dalam jangka waktu yang lama, kehamilan, dan penyakit lainnya yang dapat mendorong timbulnya *pityriasis versicolor* (Djuanda, 2016).

Faktor eksogen dalam penelitian ini, antara lain suhu serta kelembaban udara. Suhu rata-rata Kecamatan Jatiwaras berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Tasikmalaya didapatkan sebesar 25-28°C dengan kelembaban pada saat pengambilan data pada tanggal 13 November 2021 didapatkan nilai 72%. Suhu lingkungan yang sejuk dan tingkat kelembaban yang tidak terlalu tinggi di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah dapat mengurangi risiko dari kejadian infeksi *pityriasis versicolor*. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian dari Nazaria (2017) yang melakukan penelitian mengenai angka kejadian *pityriasis versicolor* di Mempawah Hilir, Mempawah, Kalimantan Barat dengan kelembaban dan temperatur yang cukup tinggi, misalnya Kalimantan Barat dengan suhu rata-rata 25,8-28,33°C dan kelembaban 60-98% dengan jumlah penderita *pityriasis versicolor* berjumlah 45 orang dari 139 orang (32,3%). Angka kejadian tersebut lebih besar dari yang didapatkan dalam penelitian ini dan menunjukkan hubungan suhu dan kelembaban dengan *pityriasis versicolor*. Selanjutnya untuk kamar di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah memiliki pencahayaan dan ventilasi yang baik. Ventilasi dan pencahayaan berasal dari jendela yang berada di lingkungan asrama putra maupun putri. Ventilasi yang baik menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), menguraikan persyaratan desain untuk sistem ventilasi alamiah yang bertujuan untuk mengendalikan penyebaran infeksi yang ditularkan melalui udara. Diperlukan setidaknya 80 liter per detik per orang udara segar mengalir di sirkulasi (Thaib, 2020). Tingkat pencahayaan yang baik didapatkan secara alamiah dengan intensitas sinar matahari yang masuk idealnya 15-20% dari luas dan buatan (lampu yang cukup terang, untuk malam

hari) (Setiawan, 2013). Udara segar diperlukan dalam rumah untuk mengganti udara di ruangan yang sudah terpakai. Udara segar diperlukan untuk menjaga temperatur dan kelembaban udara dalam ruangan. Kondisi asrama yang sehat dapat dihasilkan dengan adanya ventilasi yang berfungsi sebagai sirkulasi udara dalam rumah serta mengurangi kelembaban. Semakin banyak manusia dalam ruangan, kelembaban semakin tinggi khususnya karena uap air baik dari pernafasan maupun keringat. Kelembaban dalam ruangan tertutup dimana banyak terdapat manusia didalamnya lebih tinggi dibanding di luar ruangan. Kondisi kepadatan jumlah santri dalam satu kamar yang sesak, dengan jumlah kamar tiga kamar asrama. Satu kamar asrama paling besar untuk putri diisi 64 orang santri dibagi dalam 4 sekat-sekat menggunakan lemari. Dua kamar asrama lainnya diisi oleh santri putra. Setiap kamar diisi oleh 20 santri. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No. 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Rumah dari aspek kelembaban udara ruang, dipersyaratkan ruangan mempunyai tingkat kelembaban udara yang diperbolehkan antara 40-70%. Jamur *malassezia furfur* dan *pityrosporum orbiculare* sangat menyukai tempat-tempat yang memiliki kelembaban tinggi dan dapat meningkatkan risiko infeksi *pityriasis versicolor* lebih tinggi di daerah tropis yang bersuhu hangat dan lembab (Marlinae, dkk. 2019). Kelembaban yang dapat mendukung pertumbuhan *Malassezia sp.* sekitar 75-80% (Theelen, dkk. 2018). Lingkungan yang lembab, keadaan basah atau berkeringat banyak dapat menyebabkan lapisan kulit stratum korneum melunak sehingga mudah terjadi perubahan bentuk mikroskopis *Malassezia sp.* (Fitniani, 2017).

Untuk faktor endogen yang dapat menyebabkan peningkatan risiko infeksi *pityriasis versicolor* adalah keadaan immunosupresif dan riwayat keluarga pernah terkena panu. Di dalam penelitian ini, tidak didapatkan santri yang memiliki riwayat atau keluhan kondisi immunosupresif secara klinis (*Cushing syndrome*, diabetes mellitus atau HIV/AIDS) dan didapatkan satu orang dengan riwayat keluarga terkena panu. Kondisi immunosupresi mendukung terjadinya perubahan bentuk yang lebih patogen dari *Malassezia furfur* di stratum korneum karena ketidakmampuan *monocyte-derived dendritic cells* untuk melakukan fagositosis terhadap organisme ini dan menurunkan aktivasi respon adaptif sel *T-helper* (Hudson, 2018). Selanjutnya, untuk riwayat penyakit kulit pada keluarga sesuai dengan teori bahwa patogenesis *pityriasis versicolor* bisa didapatkan dari faktor kecenderungan genetik. Faktor genetik yang poligenik mungkin berpengaruh terhadap kerentanan terhadap infeksi *pityriasis versicolor* dan hal tersebut cenderung mempengaruhi awitan yang lebih muda pada pasien laki-laki, dan tingkat rekurensi yang tinggi pada pengobatan, serta penyakit yang lebih lama. Belum diketahui gen yang berperan dalam kerentanan terhadap *pityriasis versicolor* (Karran dan McKinney, 2020).

Untuk profil responden yang dinyatakan positif *pityriasis versicolor* dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 6.1. Profil Responden Positif *Pityriasis Versicolor***

No.	Kode Responden	JK	Kelas	Lama Tinggal	Kebersihan Kulit	Kebersihan Tangan dan Kuku	Kebersihan Pakaian	Kebersihan Handuk	Personal Hygiene	Predileksi	Riwayat Keluarga
1	R.25 (13 thn)	L	VII	4 bln	Baik	Kurang	Baik	Kurang	Baik	Leher bilateral depan - belakang, Bahu kiri - kanan, punggung bagian kiri	Tidak
2	R.56 (17 thn)	P	XII	3 thn	Baik	Baik	Kurang	Baik	Baik	Lengan kanan	Ya
3	R.57 (17 thn)	L	XII	6 thn	Kurang	Baik	Baik	Baik	Kurang	Leher sebelah kiri, lengan bawah kanan	Tidak

Berdasarkan tabel 6.1. dapat dipaparkan bahwa terdapat 3 responden yang dinyatakan positif *pityriasis versicolor* oleh dokter melalui anamnesis, pemeriksaan status dermatologis dan fluoresensi lampu Wood, yaitu responden berkode R. 25, R.56 dan R.57.

Responden R.25 merupakan santri laki-laki kelas VII SMP dengan lama tinggal di pondok pesantren selama 4 bulan, selanjutnya dari hasil kuesioner didapatkan responden memiliki tingkat kebersihan kulit baik, kebersihan tangan dan kuku kurang, kebersihan pakaian baik dan kebersihan handuk kurang. Tingkat kebersihan diri responden masuk dalam kriteria baik. Responden memiliki keluhan bercak-bercak kulit yang bersisik di bagian leher. Pada pemeriksaan status dermatologis ditemukan eflouresensi bercak-bercak putih di area predileksi leher bilateral depan-belakang, bahu kiri-kanan dan punggung bagian kiri.

Responden R.56 merupakan santri perempuan kelas XII SMA dengan lama tinggal di pondok pesantren selama 3 tahun. Hasil kuesioner menunjukkan responden memiliki tingkat kebersihan kulit kurang, kebersihan tangan dan kuku baik, kebersihan pakaian kurang dan kebersihan handuk baik. Tingkat kebersihan diri responden masuk dalam kriteria kurang. Responden memiliki keluhan gatal dengan bercak putih di bagian lengan kanan.

Responden R.57 merupakan santri laki-laki kelas XII SMA dengan lama tinggal di pondok pesantren selama 6 tahun. Hasil kuesioner menunjukkan responden memiliki tingkat kebersihan kulit baik, kebersihan tangan dan kuku baik, kebersihan pakaian kurang dan kebersihan handuk baik. Tingkat kebersihan diri responden masuk dalam kriteria baik. Responden memiliki keluhan bercak-bercak putih di leher sebelah kiri dan lengan bawah kanan.

Berdasarkan hasil dari tabel 6.1. didapatkan bahwa mayoritas santri yang terkena panu berasal dari kelas XII SMK dengan predileksi paling banyak berupa kombinasi dari bahu sampai lengan serta tidak memiliki riwayat keluarga. Kelas XII SMK di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah memiliki kesibukan harian yang padat. Dimulai dengan membantu memasak di dapur di pagi dan sore hari untuk semua santri yang berjumlah 128 orang dan dilanjutkan dengan kegiatan belajar formal di sekolah serta mengaji di malam hari. Kesibukan yang lebih padat dapat dilihat mempengaruhi risiko terkena *pityriasis versicolor* sesuai penelitian yang dilakukan Mustofa (2014) di lingkungan Polantas Kota Semarang didapatkan bahwa 10 dari 42 (19%) petugas polisi lalu lintas dengan durasi kerja lebih dari 4 jam dalam satu hari mengalami *pityriasis versicolor*.

Untuk predileksi kasus *pityriasis versicolor* secara teori dapat ditemukan di bagian atas badan (punggung dan dada) dan menyebar ke lengan atas, leher, perut, tungkai atas atau bawah (Hay dan Ashbee, 2010). Kasus *pityriasis versicolor* dalam penelitian ini memiliki karakteristik khusus dengan gambaran lesi hanya ditemukan pada bagian tubuh yang tertutup atau ada tekanan dari pakaian. Untuk santri sehari-hari sering menggunakan pakaian tertutup sampai lengan dengan durasi yang lama dari pagi hari saat salat subuh berjamaah sampai ke malam hari untuk pengajian kitab kuning bersama ustaz. Hal ini didukung oleh data penelitian deskriptif dari Nathalia (2017) bahwa distribusi pasien *pityriasis versicolor* berdasarkan lokasi lesi di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Prof. DR. R.D Kandou Manado periode Januari – Desember 2012 didapatkan sebanyak 30 kasus (60%) memiliki lesi kombinasi (terdapat di beberapa tempat seperti wajah, badan dan ekstremitas dengan mayoritas 12% pada wilayah tertutup pakaian, yaitu badan.

Keterbatasan penelitian untuk dapat menilai faktor selain *personal hygiene* yang mempengaruhi terjadi infeksi *pityriasis versicolor* pada 3 orang santri di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah, Desa Kaputihan, Kec. Jatiwaras, Kab. Tasikmalaya terkait hal-hal yang mendukung faktor eksogen dan endogen lebih kuat untuk menyebabkan perubahan bentuk *budding yeast Malassezia sp.*, seperti penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2017) di Kelas IX SMPN 4 Denpasar terkait prevalensi kasus *pityriasis versicolor* terhadap karakter indeks massa tubuh (IMT) dan aktivitas fisik. Penelitian ini mendapat hasil bahwa responden dengan IMT *underweight* ( $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ ) merupakan subjek yang paling banyak terinfeksi

*pityriasis versicolor*, yakni sebanyak 57,14% dari 14 orang. Hal ini mungkin terjadi karena adanya sistem imunitas yang rendah dan keadaan nutrisi responden menyebabkan terjadinya perubahan interaksi host dan agen yang menyebabkan jamur lebih cepat teradaptasi di kulit dan menyebabkan manifestasi klinis. Selain itu, hasil untuk responden yang sering melakukan aktivitas fisik yang positif *pityriasis versicolor* yaitu sebanyak 56,2% dari 18 orang. Aktivitas fisik yang berlebihan akan menimbulkan keringat yang akan menyebabkan jamur lebih mudah tumbuh di permukaan kulit dan mendukung terjadinya perubahan bentuk miselium *Malassezia sp.* pada suhu dan kelembaban yang optimum (Basti dan Shankar, 2016).

### **6.3. Hubungan Tingkat *Personal Hygiene* dengan Angka Kejadian *Pityriasis Versicolor* Santri Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah**

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan Uji *Chi-Square* didapatkan nilai *p-value* sebesar 0.024, nilai *p* tersebut  $\leq 0,05$ . Sehingga variabel dalam penelitian ini memiliki hubungan antara *personal hygiene* dengan angka kejadian *pityriasis versicolor*. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sudniadnyani (2016) dari 76 responden didapatkan hasil 54 orang diantaranya (71,1%) menderita *pityriasis versicolor* dan dengan menggunakan uji statistik *Chi-Square* didapatkan hubungan yang signifikan antara kebersihan diri santri di Pondok Pesantren Al-Hijrotul Munawwaroh, Bandar Lampung dengan angka kejadian *pityriasis versicolor* dengan  $p=0,000$  ( $p<0,05$ ). *Personal hygiene* yang tidak baik akan mempermudah tubuh terserang berbagai penyakit kulit dan dapat menghilangkan fungsi kulit secara utuh (Riyadi, 2015). Pada penelitian lain yang

dilakukan oleh Nazaria (2017) didapatkan berdasarkan hasil uji statistik bahwa nilai  $p > 0,05$  yang menunjukkan tidak terdapat hubungan antara *pityriasis versicolor* dan kebersihan diri pada santri MTs di salah satu pondok pesantren di Kecamatan Mempawah Hilir. Hal tersebut terjadi di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah disebabkan oleh sumber informasi lebih mudah diakses oleh santri baik dari pembelajaran di sekolah, pesantren atau sosial media, lalu adanya faktor sosial budaya solidaritas yang berkembang di lingkungan pesantren serta pengaruh dari fasilitas pesantren dan pengaruh perilaku hidup santri.

Hasil perhitungan nilai PR pada penelitian ini didapatkan sebesar 0.027 ( $PR < 1$ ) dengan nilai kepercayaan dalam penelitian ini sebesar 90 % antara 0.005 - 1.222. Dapat diartikan bahwa variabel tingkat *personal hygiene* tersebut merupakan faktor proteksi timbulnya kejadian *pityriasis versicolor* sebesar 0.027 kali lipat. Hal ini jauh lebih kecil dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Prastian (2018) yang mendapatkan hasil untuk PR sebesar 11.5 (CI=95%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa seseorang dengan *personal hygiene* yang buruk memiliki risiko terkena *pityriasis versicolor* sebesar 11.5 kali di lingkungan Puskesmas Banjarejo, Kota Madiun, Jawa Timur.

Dari pemaparan diatas dapat disimpulkan bahwa santri di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah secara umum memiliki status kebersihan diri santri yang baik dan menunjukkan angka kejadian infeksi *pityriasis versicolor* yang rendah. *Personal hygiene* merupakan faktor proteksi dan banyak sekali faktor risiko lain yang dapat mempengaruhi kejadian panu pada santri. Faktor lain yang berpengaruh adalah suhu yang sejuk, kelembaban lingkungan yang tidak terlalu tinggi dan

didukung oleh tidak adanya kondisi immunosupresi pada santri di lingkungan Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah.

#### **6.4. Kajian Integrasi Keislaman**

Islam merupakan agama yang mengatur semua aspek kehidupan di muka bumi, termasuk mengenai bagaimana manusia menjaga kebersihan lingkungan. Dalam sumber ajaran islam yaitu al-Qur'an dan al-Sunnah diterangkan bagaimana ajaran Islam menyoroti masalah kebersihan dan kesehatan lingkungan (Rahmasari, 2017). Hal ini menunjukkan bahwa anjuran-anjuran untuk menjaga kebersihan dan kesehatan lingkungan bukanlah hal baru dalam Islam, karena sebagai agama yang menjadi rahmat bagi sekalian alam, Islam tidak akan membiarkan manusia merusak atau mengotori lingkungan sekitarnya. Kebersihan lingkungan itu sendiri akan sangat berpengaruh terhadap keselamatan manusia yang ada di sekitarnya, oleh sebab itu menjaga kebersihan lingkungan sama pentingnya dengan menjaga kebersihan diri.

Penjelasan mengenai pentingnya menjaga *personal hygiene* dijelaskan secara terstruktur dalam islam dengan memerintahkan menjaga kebersihan yang dikaitkan dengan bersuci dalam ilmu fiqh islam (*taharah*) (Iqbal, 2019). Salah satu cara yang diajarkan oleh Islam dalam menjaga kesehatan adalah memelihara kebersihan. Selain itu, Islam juga mengajarkan kesucian. Bersih dan suci adalah dua hal yang tidak dapat di pisahkan, keduanya erat kaitannya dengan kesehatan (Shihab, 2017). Menurut Yusuf Al-Qardhawi, munculnya kewajiban menjaga kebersihan dikarenakan beberapa sebab, yaitu (1) sesungguhnya kebersihan adalah sesuatu

yang disukai Allah SWT. Sebagaimana dalam firmanNya dalam Q.S al-Baqarah ayat 222:

...إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُنْتَظِرِينَ (البقرة: ٢٢٢)

Artinya : “*Sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang bertaubat dan menyukai orang-orang yang mensucikan diri.*” (Q.S al-Baqarah ayat 222).

Syaikh Muhammad Sulaiman Al-Asyqar menjelaskan dalam *Zubdatut Tafsir min Fathil Qadir* memaparkan dalam Q.S al-Baqarah ayat 222, sesungguhnya Allah Swt. menyukai orang yang bertaubat dari dosa serta menyucikan diri dari *hadats* atau najis dengan cara menjaga kebersihan dan bersuci (*thaharah*). Selanjutnya, dalam *tafsir al-Wajiz* karya Wahbah az-Zuhaili memaparkan tafsir Q.S al-Baqarah ayat 222 bahwa Allah Swt. memberikan ridha orang-orang yang bertaubat dari dosa dan orang yang bersuci dari *jinabat*, *hadats* dan zat kotor lain.

Demikian juga, Rasulullah SAW. memaparkan pentingnya menjaga kebersihan. Sebagaimana sabdanya dengan arti : “*Sesungguhnya Allah itu baik, menyukai sesuatu yang baik, Allah itu suci (bersih) dan menyukai sesuatu yang bersih, Allah itu mulia dan menyukai kemuliaan, Allah itu penderma dan menyukai kedermawanan maka bersihkanlah teras rumahmu dan janganlah menyerupai kaum Yahudi.*” (HR. Tirmidzi)

Selanjutnya, untuk kebersihan diri setiap umat muslim sudah diberikan tuntunan dalam ajaran islam. Rasulullah Saw. menjadikan kebersihan separuh dari keimanan. Dimana beliau bersabda:

الطُّهُورُ شَطْرُ الْإِيمَانِ

Artinya: “Kebersihan separuh dari keimanan.” (H.R. Muslim No. 211).

Untuk kebersihan diri, Rasulullah Saw. memerintahkan kepada para sahabat untuk mandi sebelum shalat Jum’at. Dalam kitab Shahih Bukhari, (903) dan Shahih Muslim, (847) dari Aisyah *radhiallahu anha* berkata:

كَانَ النَّاسُ مَهَنَةَ أَنْفُسِهِمْ ، وَكَانُوا إِذَا رَاحُوا إِلَى الْجُمُعَةِ ، رَاحُوا فِي هَيْئَتِهِمْ فَقِيلَ لَهُمْ : لَوْ اغْتَسَلْتُمْ

Artinya: “Dahulu orang-orang mempunyai pekerjaan sendiri. Ketika mereka pergi shalat Jum’at, mereka pergi dalam kondisi apa adanya, maka dikatakan kepadanya: ‘(Alangkah bagusnya) kalau mereka mandi.’” (H.R Bukhari-Muslim).

Dalam penelitian ini, santri di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah memiliki tingkat kebersihan diri yang diukur dari kebersihan kulit, tangan, kuku, pakaian dan handuk mayoritas dalam tingkat baik dan angka kejadian infeksi panu yang sangat rendah. Mereka belajar mengenai kebersihan dan kesucian secara rutin dari kajian islam melalui pengajian pemahaman tafsir Qur’an, hadits dan ijtima ulama dalam kitab-kitab kuning di Pondok Pesantren. Kebersihan dan kesucian menjadi syarat penting dalam keabsahan tata ibadah agama Islam. Secara fiqh, ibadah-ibadah dalam islam memiliki syarat untuk dilakukan dalam kondisi suci baik dari *hadats* besar maupun *hadats* kecil. Selain itu, kebersihan menjadi hal yang sangat penting dan diajarkan untuk kehidupan umat islam sehari-hari. Maka dapat disimpulkan bahwa kebersihan dan kesehatan santri yaitu upaya menciptakan atau mewujudkan suatu lingkungan pondok pesantren yang bersih dan sehat sehingga dapat mendukung kehidupan santri di asrama. Menjaga kebersihan

merupakan cara yang lebih efektif dalam mencegah timbulnya berbagai penyakit daripada mencegah atau memberantas suatu penyakit yang telah berkembang menjadi wabah.

## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1. Kesimpulan

Berdasarkan dari analisis data dan proses observasi, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Tingkat *personal hygiene* santri Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah dalam kategori baik, yakni sebesar 94.8% dari 58 responden.
2. Angka kejadian *pityriasis versicolor* dalam penelitian ini 5.2% dari 58 responden, yang ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan lampu Wood.
3. Terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat *personal hygiene* dan angka kejadian *pityriasis versicolor* di lingkungan santri Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah didapatkan dari nilai  $p = 0.024$  ( $p \leq 0,05$ ).

#### 7.2. Saran

Beberapa saran yang dapat dilaksanakan setelah hasil penelitian ini selesai, antara lain:

1. Bagi pengurus pondok pesantren, diharapkan dapat membina santri untuk terus menjaga kebersihan dan membagi jumlah santri dalam luas kamar yang sesuai untuk mengurangi risiko penyakit yang disebabkan oleh kepadatan kamar, kurangnya pencahayaan, ventilasi yang buruk dan lainnya.

2. Bagi santri, diharapkan dapat selalu dapat menerapkan Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) untuk menjaga kesehatan diri, memberikan kemanfaatan seluas-luasnya untuk agama, bangsa dan negara.
3. Bagi peneliti selanjutnya, peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih terdapat banyak keterbatasan dikarenakan waktu dan dana penelitian. Diharapkan penelitian selanjutnya dapat mengembangkan penelitian dengan variabel yang mempengaruhi faktor endogen atau eksogen host yang dapat mempengaruhi kejadian infeksi *pityriasis versicolor* seperti suhu, kelembaban, kondisi immunosupresi, IMT atau aktivitas fisik untuk mencegah peningkatan angka di lingkungan padat, seperti pondok pesantren. Selanjutnya untuk pengukuran *personal hygiene* diperlukan kuesioner yang dapat mengukur aspek-aspek kebersihan diri lebih spesifik mempengaruhi kejadian infeksi *pityriasis versicolor*. Selain itu, dapat digunakan modalitas penegakkan diagnosis yang lebih akurat menggunakan pengamatan mikroskopis KOH untuk mengurangi bias karena kesalahan pengamatan saat melihat fluoresensi dari lampu Wood.

## DAFTAR PUSTAKA

- \_\_\_\_\_. 2020. *Kecamatan Jatiwaras Dalam Angka 2020*. Tasikmalaya : Badan Pusat Statistik Kabupaten Tasikmalaya
- \_\_\_\_\_. 2014. *Al-Qur'an dan Terjemahannya*. Jakarta: Kementerian Agama Republik Indonesia
- Abbas, A.K., Lichtman, A.H., Pillai, S. 2012. *Cellular and Molecular Immunology*. 7th Ed. USA: Elsevier Saunder
- Afriani, B. Hubungan Personal Hygiene Dan Status Sosial Ekonomi Dengan Kejadian Skabies Di Pondok Pesantren. *Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*. 2017;2(1), hlm: 1 – 10.
- Al-albani dan Nashiruddin, M. 1996. *Terjemahan Jami' at-Tirmidzi*. Jakarta: Pustaka Azzam
- Al-Bukhari, Abu Muhammad Muhammad bin Isma'il. 2004. *Shahih Bukhari*. Damaskus: Maktabah Syamilah
- Al-Husein, A. 1918. *Shahih Muslim*. Kairo: Darul Kutub
- Ar-Rifa'i, U. 2012. *Tafsirul Wajiz: Terjemahan Tafsir al-Wajiz karya Wahbah al-Zuhaili*. Jakarta: Penerbit Gema Insani
- Asy-Syaukani, Imam Muhammad bin Ali. 2009. *Tafsir Fathul Qadhir/ Tafsir Imam Asy-Syaukani Jilid 2*. Jakarta: Pustaka Azzam
- Basti, B. dan Shankar, R. Prevalence Of Dermatological Manifestations Among The Tribal School Children Of South India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2016; 3(7); hlm: 1957-1962
- Brooks, G.F., Butel, J.S., Morse, S.A. 2017. *Mikrobiologi Kedokteran Jawetz, Melnick, dan Adelberg's*, 27-Ed: "Mikologi Kedokteran". Dalam : Saidah.R. (Editor). *Jawetz, Melnick, dan Adelberg's Medical Microbiology* ,27-Ed. EGC. Jakarta, Indonesia
- Chaudhary, R., Singh, S., Banerjee, T. & Tilak, R. *Prevalence of different Malassezia species in pityriasis versicolor in central India*. *Indian Journal Dermatol Venereol Leprol*, 2010. 76, hlm:159-64.
- Cynthia, N. C., Fisher, B.D dan Harvey, R.A. 2012 *Lippincott's Illustrated Reviews: Microbiology Third Edition*. Amerika Serikat: Lippincott Williams & Wilkins
- Dahlan, S. 2015. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan: Seri Evidence Based Medicine 1*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika
- Dewi, P.R.V., Rusyati, L.M.M. dan Praharsini, I.G.A.A. Prevalensi Pitiriasis Versikolor Pada Murid Kelas IX di SMPN 4 Denpasar Tahun 2017. *Jurnal Medika Udayana*. 2020 Vol.9, No.3, hlm: 75-81

- Djuanda, A, Hamzah, M, Aisah, S,. 2016, *Ilmu Penyakit Kulit Kulit dan Kelamin*, Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Eroschenko, V.P. 2016. *Atlas Histologi diFiore*. Edisi 12. Jakarta : EGC
- Febriyanti. 2017. *Hubungan Tingkat Kebersihan Diri Dengan Kejadian Pitiriasis Versikolor Pada Anak-Anak Sekolah Dasar Di Kecamatan Medan Labuham*. [Skripsi]. Medan: Universitas Sumatera Utara
- Fitniani, A.D. 2017. *Perbedaan Angka Kejadian Pityriasis Versicolor Pada Siswa Kelas Olahraga Dan Siswa Kelas Non Olahraga Di SMAN 2 Ngaglik, Sleman, Yogyakarta*. [Skripsi]. Yogyakarta: Universitas Islam Indonesia
- Gaitanis G, Magiatis P, Hantschke M, Bassukas ID, Velegrakid A. The Malassezia genus in skin and systemic diseases. *Clin Microbiol Rev*. 2012 25: 106-41
- Gupta, Aditya K., Folley, Kelley A. Antifungal Treatment for Pityriasis Versicolor. *Journal of Fungi* 2015 (1), 13-29;
- Hanafiah, J. dan Amir, A. 2016. *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan Edisi 5*. Jakarta: Penerbit EGC
- Hay RJ, Ashbee HR. 2010. *Mycology*. Dalam : Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C., ed. *Rook's Textbook of Dermatology 8 th edition*. USA: Blackwell Publishing Ltd.
- Herman, D.M. *Sejarah Pesantren Di Indonesia*. Jurnal Al-Ta'dib. 2013;2(6). hlm : 145 - 158
- Hermanto, Andrik. 2017. *Hubungan Personal Hygiene (Kebersihan Diri) Dengan Angka Kejadian Pityriasis Versicolor (Penyakit Panu) Pada Remaja Putra Di Pesantren Ilmu Al Qur'an Singosari*. Malang. [Skripsi]; Universitas Brawijaya
- Hidayat, S. 2019. *Pengetahuan Tentang Personal Hygiene Pada Santri dan Pengelola di Pondok Pesantren Fauzan IV Sukaresmi Garut*. Sumedang. [Skripsi]; Universitas Padjajaran
- Hudson A, Sturgeon A, Peiris A. Tinea versicolor. *Journal of American Medical Association*. 2018; 320(13):1396.
- Iqbal, R. 2019. *Kebersihan Lingkungan Dalam Al-Qur'an (Studi Tafsir Al-Mishbâh)*. Bandar Lampung. [Skripsi]; Universitas Islam Negeri Raden Intan Lampung
- Isro'in, L. dan Andarmoyo, S. 2012. *Personal Hygiene*. Yogyakarta: Graha Ilmu;
- Kallini JR, Riaz F dan Khachemune A. Tinea versicolor in dark-skinned individuals. *Internasional Journal of Dermatology*. 2014 ; 53 : 137-141
- Kambil, Srirath M. A Clinical and Epidemiological Study of Pityriasis Versicolor. *International Journal of Scientific Study*. 2017 (12), Vol 5, No. 9, p. 155-159
- Karray M dan McKinney WP. 2020. *Tinea Versicolor*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482500/>

*Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 829/Menkes/SK/VII/1999*

- Lowell AG, Stephen IK, Barbara AG, Amy SP, David JL, Klaus W, Dkk. 2012. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine 8 th edition*. New York: Mc-Graw Companies
- Lyakhovitsky A, Shemer A dan Amichai B. Molecular analysis of *Malassezia* species isolated from Israeli patients with pityriasis versicolor. *Int J Dermatol*. 2013;52:231-3
- Maharani, A. 2015. *Penyakit Kulit Perawatan Pencegahan dan Pengobatan*. Yogyakarta. Pustaka Baru Press
- Mardiana, V. dan Farhan, A. *Identifikasi Jamur Malassezia Furfur pada Petani (Studi di Dusun Bendung Rejo RT 11 RW 14 Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang)*. *Jurnal Insan Cendekia*. 2017; Vol. 5, No.1. hlm : 17 – 25
- Marlinae, L., Khairiyati, L., Rahman, F. dan Laily N. 2019. *Buku Ajar Dasar-Dasar Kesehatan Lingkungan*. Banjarbaru: Universitas Lambung Mangkurat
- Mubarak. 2015. *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika
- Mulyati., Latifah, I. dan Utama, A.P. *Hubungan Kebersihan Diri Terhadap Kejadian Tinea Versikolor Pada Santri di Pondok Pesantren Muthmainnatul Qulub Al-Islami Cibinong Bogor*. *Jurnal Ilmiah Analisis Kesehatan*. 2020. Vol. VII, No.2. hlm: 151-160
- Mustofa. 2014. *Prevalensi dan Faktor Risiko Terjadinya Pityriasis versicolor pada Polisi Lalu Lintas Kota Semarang*. [Skripsi]. Semarang: Universitas Diponegoro
- Nasution, N.A. 2021. *Hubungan Higiene Perseorangan Dengan Kejadian Pitiriasis Versikolor Pada Siswa SMA Negeri 1 Medan Tahun 2020*. [Skripsi]. Medan: Universitas Sumatera Utara
- Nathalia, D. *Hubungan antara Pengetahuan mengenai Pityriasis versicolor dan PHBS dengan Kejadian Pityriasis versicolor pada Santri Madrasah Tsanawiyah Pondok Pesantren X Kecamatan Mempawah Hilir*. 2018. Volume 45. Fakultas Kedokteran Universitas Tanjung Pura, Pontianak;.
- Nathalia S., Niode, N.J. dan Pandaleke, H.E.J. *Profil Pitiriasis Versikolor Di Poliklinik Kulit Dan Kelamin Rsup Prof. Dr. R.D Kandou Manado Periode Januari – Desember 2012*. *Jurnal e-Clinic (eCl)*. 2015, Volume 3, Nomor 1, hlm: 186-192
- Nazaria, R., Nathalia, D. dan Rahmayanti, S. *Hubungan Pengetahuan mengenai Pityriasis Versicolor dan PHBS dan Kejadian Pityriasis Versicolor pada Santri Madrasah Tsanawiyah di Pondok Pesantren*. *Jurnal Cerebellum*. 2017;3(4) : p. 927-933
- Parman, Hamdani, Rachman I., dan Pratama A. *Faktor Risiko Hygiene Perorangan Santri Terhadap Kejadian Penyakit Kulit Skabies Di Pesantren Al-Baqiyatushshalihat Tanjung Jabung Barat Tahun 2017*. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*. 2017. Vol.17 No.3, hlm: 243-252

- Patmawati dan Sumardi. *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Hygiene Perseorangan Santri Di Pondok Pesantren*. Jurnal Cendikia Utama Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat STIKES Cendekia Utama Kudus. 2020; 9(2) : hlm. 180-190
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 2269/Menkes/Per/XI/2011 Tentang Pedoman Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*
- Prastian, R. 2018. *Hubungan Personal Hygiene Dengan Kejadian Penyakit Kulit Pityriasis Versicolor di Wilayah Kerja Puskesmas Banjarejo Kota Madiun*. [Skripsi]. Madiun: STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun
- Purwani H. 2013. *Uji Efektivitas Ekstrak Daun Ketepeng Cina (Cassia alata L) Terhadap Pertumbuhan Jamur Malassezia furfur Penyebab Penyakit Panu*. [Skripsi]. Lampung: Poliklinik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjung Karang;
- Purwaningsih, I. dan Supriyanto. Personal Hygiene Terhadap Infeksi Pityriasis Versikolor Pada Nelayan Di Desa Penjajap Kecamatan Pemangkat. *Jurnal Laboratorium Khatulistiwa*. 2017. Vol 1, No. 1, hlm: 67-71
- Putri, T.Y. 2019. *Hubungan Personal Hygiene Terhadap Kejadian Pityriasis Versicolor Di Panti Asuhan Puteri Asiyiyah Kota Medan*. [Skripsi]. Medan : Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Medan
- Rahmasari, B. 2017. *Kebersihan dan Kesehatan Lingkungan dalam Perspektif Hadis*. [Skripsi]. Jakarta : Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta
- Ramdan AA, Iswari R, dan Wijaya A. Pola Penyakit Santri Di Pondok Pesantren Modern Assalamah. *Jurnal Unnes*. 2013;2(1):1–8
- Raples. 2013. *Hubungan personal hygiene dengan penyakit kulit di SDN 38 Kuala Alam Kecamatan Ratu Agung Kota Bengkulu*. [Skripsi].
- Rendy, C. 2013. *Keterampilan Dasar Keperawatan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Riyadi, S. Widuri, H. 2015. *Kebutuhan Dasar Manusia Aktivitas Istirahat Diagnosis Nanda*. Yogyakarta: Goysen Publishing.
- Setiawan, A. Optimasi Distribusi Pencahayaan Alami Terhadap Kenyamanan Visual Di Kota Malang. *Jurnal Intra*. 2013, Vol. 1, No. 2, hlm: 1-10
- Sherwood, L. 2018. *Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem Edisi 9*. Jakarta : Penerbit ECG
- Shihab, Q. 2017. *Tafsir al-Mishbāh: Pesan, Kesan dan Keserasian al-Qur'an volume 1-13*, Jakarta: Penerbit Lentera Hati,
- Soepardiman, Lily. 2015. *“Pityriasis Alba” dalam Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Edisi ketujuh*. Jakarta : Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Soetjjaningsih dan Ranuh, IGN G. 2014. *Tumbuh Kembang Anak Edisi 2*. Jakarta: Penerbit EGC

- Suciati, Dewi Kartika. (2014). *Ilmu Keperawatan Dasar*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Sudiadnyani. Ni Putu. Hubungan Kelembaban Ruangan Kamar Tidur Dan Kebersihan Diri Terhadap Penyakit Pityriasis Versicolor Di Pesantren Al Hijrotul Munawwaroh Bandar Lampung. *Jurnal Medika Malahayati*. 2018. Vol 3, No 2, hlm: 88 – 94
- Supriyanto & Purwaningsih, I. Personal Hygiene Terhadap Infeksi Pityriasis Versikolor Pada Nelayan Di Desa Penjajap Kecamatan Pemangkat. *Jurnal Laboratorium Khatulistiwa*. 2017 Vol. 1, No. 1, 2017. hlm : 67 - 71
- Susanto C. & Made, A. 2013. *Penyakit Kulit dan Kelamin*. Yogyakarta. Nuha Madika.
- Syafe'i, I. Pondok Pesantren: Lembaga Pendidikan Pembentukan Karakter. *Jurnal Pendidikan Islam Al-Tadzkiyyah*, Vol. 8, 2013, hlm. 85 - 103
- Talukdar K, Baruah R. Prevalence of Skin Infection and Personal Hygiene Practice Amongst Primary School Children: A Community Based Cross Sectional Study in Kamrup (Rural) District of Assam. *Int J Sci Stud* 2015;3(3): 11-14
- Tanuwijaya, S. dkk. 2008. *Buku Ajar Tumbuh Kembang dan Anak*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia dan Penerbit Sagung Seto
- Tarigan, C.V.R., Subchan, P. dan Widodo, A. Pengaruh Higiene Perorangan Terhadap Prevalensi Terjadinya Penyakit Scabies Di Pondok Pesantren Matholiul Huda Al Kautsar Kabupaten Pati. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*. 2018. Vol. 7, No. 1, hlm: 113-126
- Tarwoto, W. 2015. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 5*. Jakarta : Salemba Medika
- Thaib, R. Analisis Ventilasi Udara Alami Pada Rumah Sakit. *Jurnal Ilmiah Jurutera*. 2020. Vol. 7, No.2, hlm: 12–17
- Theleen, B., dkk. Malassezia ecology, pathophysiology, and treatment. *Medical Mycology Journal*, 2018, 56, S10–S25
- Usman, M.I. Pesantren Sebagai Lembaga Pendidikan Islam (Sejarah Lahir, Sistem Pendidikan, dan Perkembangannya Masa Kini). *Jurnal Al Hikmah*. 2013. Vol. XIV No. 1. hlm. 101 - 119
- Velegiraki A, Cafarchia C, Gaitanis G, Iatta R, Boekhout T. Malassezia Infections in Humans and Animals: Pathophysiology, Detection, and Treatment. *PLoS Pathog* 2015;11(1): e1004523. doi:10.1371/journal.ppat.1004523
- Wardana, S.S., Saftarina, F., Soleha., T.U. 'Hubungan Higiene Personal Terhadap Kejadian Tinea Versicolor Pada Santri Pria Di Pondok Pesantren Darussa'adah Mojo Agung, Lampung Tengah'. *Jurnal Medula*. 2020;10(1): 129-133
- Widaty, Sandra. dkk. 2017. *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Spesialis Kulit Dan Kelamin Di Indonesia*. Jakarta : Persatuan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (Perdoski)

Widyawati., Prasetyowati dan Subakir. Kajian Mengenai Jenis Spesies Malassezia Dan Warna Lesi Pityriasis Versicolor. *Jurnal Media Muda Medika*. 2017;3(2). hlm : 165 – 172

Yuni, N.E. 2015. *Buku Saku Personal Hygiene*. Yogyakarta : Nuha Medika

## LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Tingkat *Personal Hygiene*

### KUESIONER TINGKAT *PERSONAL HYGIENE*

No.Urut : \_\_\_\_\_

#### IDENTITAS RESPONDEN

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan<sup>\*)</sup>

Alamat :

Kelas : \_\_\_\_\_ SMP/SMA<sup>\*)</sup>

Lama Pendidikan di Pondok :

<sup>\*)</sup> Coret bagian yang tidak perlu

## **Kebersihan Kulit**

1. Berapa kali anda mandi dalam sehari?
  - a. 1 kali
  - b. 2 kali
  - c. 3 kali
  
2. Bagaimana cara anda mandi?
  - a. Mandi dengan air secukupnya
  - b. Mandi dengan air lalu menggosok kulit kemudian seluruh tubuh disiram dengan air secukupnya
  - c. Mandi dengan air dan sabun dan menggosok kulit kemudian seluruh tubuh disiram sampai bersih
  
3. Bagaimana kebiasaan anda dalam penggunaan sabun?
  - a. Jarang memakai sabun
  - b. Memakai sabun bergantian dengan teman di asrama
  - c. Memakai sabun sendiri
  
4. Apakah dalam satu bulan terakhir anda mengalami keluhan gatal-gatal?
  - a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak

5. Apakah dalam satu bulan terakhir anda mengalami keluhan adanya bercak-bercak di tubuh anda?
- a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak
6. Apakah dalam 1 bulan terakhir anda mengalami keluhan adanya kulit yang mengelupas seperti sisik dan kering?
- a. Ya
  - b. Kadang-kadang
  - c. Tidak

### **Kebersihan Tangan dan Kuku**

7. Bagaimana cara anda mencuci tangan?
- a. Jarang mencuci tangan
  - b. Membasuh kedua tangan dengan air memakai wadah/ mangkuk lalu tangan dikeringkan dengan lap
  - c. Membasuh kedua tangan dengan air yang mengalir dan menggosok kedua permukaan tangan dan sela-sela jari dengan sabun dan disiram dengan air mengalir lalu tangan dikeringkan dengan lap yang bersih

8. Apakah anda menyikat kuku menggunakan sabun saat mandi?
- a. Tidak
  - b. Kadang-kadang
  - c. Ya

### **Kebersihan Pakaian**

9. Berapa kali anda mengganti baju dalam sehari?
- a. Tidak pernah
  - b. 1 kali dalam sehari
  - c.  $\geq 2$  kali dalam sehari
10. Apakah anda mengganti baju setelah berkeringat?
- a. Tidak
  - b. Kadang-kadang
  - c. Ya

### **Kebersihan Handuk**

11. Bagaimana anda meletakkan handuk yang telah dipakai mandi?
- a. Diletakkan di sembarang tempat
  - b. Digantung dalam kamar
  - c. Dijemur di luar/ di jemuran

12. Bagaimana keadaan handuk anda ketika sebelum mandi?

- a. Basah
- b. Lembab
- c. Kering

**Lampiran 2.** Formulir Pemeriksaan Dermatologis Pasien

No. Urut Responden : \_\_\_\_\_

**S (Subjective)**

Keluhan Utama :

Keluhan Tambahan :

R. Penyakit Dahulu :

PV (+/-), hiperhidrosis (+/-), Cushing syndr. (+/-), DM (+/-), HIV/AIDS (+/-),

lainnya :

R. Penyakit Keluarga : PV (+/-), lainnya :

R. Sosial :

R. Pengobatan : steroid (+/-), kemo (+/-), lainnya :

R. Alergi :

**O (Objective)**

Keadaan umum : (Baik/Sedang/Buruk)

GCS : E = \_\_\_\_\_, M = \_\_\_\_\_, V = \_\_\_\_\_.

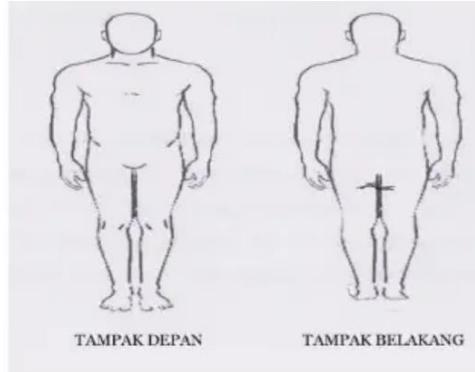
HR : \_\_\_\_\_ x/menit

Suhu axilla : \_\_\_\_\_ °C

TD : \_\_\_\_\_ mmHg

BB : \_\_\_\_\_ kg, TB : \_\_\_\_\_ cm, IMT: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

**Status Dermatologis :**



**A1 (Assesment)**

Indikasi Pemeriksaan Lampu Wood : (+/-)

Hasil Pemeriksaan :

**A2 (Assesment)**

Wdx : PV (+/-), lainnya : \_\_\_\_\_

Ddx :

### Lampiran 3

**PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN UNTUK MENGIKUTI  
PENELITIAN  
(PSP)**

1. Saya Cep Reza Alam Wahid berasal dari Program Studi Pendidikan Dokter UIN Maulana Malik Ibrahim Malang angkatan 2018 dengan ini meminta saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul "Hubungan Tingkat *Personal Hygiene* Terhadap Kejadian Infeksi *Pityriasis Versicolor* (Panu) Pada Santri Di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah Desa Kaputihan Kecamatan Jatiwaras Kabupaten Tasikmalaya."
2. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengukur tingkat kebersihan diri dan kejadian infeksi panu yang dapat memberi manfaat berupa data untuk meningkatkan tingkat kebersihan diri untuk mencegah penyakit kulit di lingkungan santri. Penelitian ini akan berlangsung selama 1 (satu) hari dan saudara adalah orang yang memenuhi persyaratan untuk terlibat dalam penelitian ini.
3. Prosedur pengambilan data/bahan penelitian dilakukan dengan cara mengisi kuesioner yang membutuhkan waktu 5 menit serta wawancara kesehatan dan mengikuti pemeriksaan kulit yang membutuhkan waktu 15 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidak nyamanan yaitu melihat bercak kulit pada bagian yang saudara keluhkan dan diperiksa menggunakan lampu Wood, tetapi saudara tidak perlu khawatir karena hasil pemeriksaan terjaga kerahasiaannya dan identitas saudara tidak akan dibuka ke siapapun. Saya berharap saudara bersedia menjadi partisipan pada penelitian ini dan dapat menjawab dengan jujur semua pertanyaan dan mengikuti dengan ikhlas setiap aktivitas yang akan kami lakukan.
4. Keuntungan yang saudara peroleh dalam keikutsertaan saudara pada penelitian ini adalah dapat membantu program perbaikan pencegahan penyakit kulit dan memperbaiki kebersihan diri santri di pesantren dan sebagai tanda terima kasih saya pada akhir kegiatan saudara akan menerima insentif sebesar Rp. 20.000,- (dua puluh ribu rupiah).

5. Seandainya saudara tidak setuju dengan cara penelitian ini, saudara boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Untuk itu saudara tidak akan dikenakan sanksi apapun
6. Nama dan jati diri serta seluruh data yang terkumpul akan dijaga kerahasiaannya
7. Apabila saudara memerlukan informasi/bantuan yang terkait dengan penelitian ini, silahkan menghubungi Cep Reza Alam Wahid di 0812-2286-9347 sebagai peneliti utama.

PENELITI

Cep Reza Alam Wahid

#### Lampiran 4

#### *INFORMED CONSENT*

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Cep Reza Alam Wahid dengan judul Hubungan Tingkat *Personal Hygiene* Terhadap Kejadian Infeksi *Pityriasis Versicolor* (Panu) Pada Santri Di Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah Desa Kaputihan Kecamatan Jatiwaras Kabupaten Tasikmalaya.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Tasikmalaya, 12 November 2021

Mengetahui  
Ketua Pelaksana Penelitian

(Cep Reza Alam Wahid)

Yang memberikan persetujuan

(..... )

Saksi

(.....)

## Lampiran 5

### DATA INDUK PENELITIAN

No. Resp.	Umur	JK	Kls	Keb. Kulit	Keb. Tangan Kuku	Keb. Pakaian	Keb. Handuk	Hygiene	WL	Dx
1	14	L	8	1	1	0	1	1	-	Scabies
2	15	P	10	1	0	1	0	1	-	-
3	13	L	7	1	1	1	1	1	-	-
4	14	P	9	1	0	1	1	1	-	-
5	16	L	9	1	1	1	1	1	-	-
6	17	L	9	1	1	1	1	1	-	-
7	14	P	8	1	1	0	1	1	-	-
8	14	P	8	1	1	1	1	1	-	-
9	14	L	8	0	1	1	1	1	-	Acne Vulgaris
10	14	P	9	1	1	0	0	1	-	-
11	13	L	7	1	1	0	1	1	-	-
12	13	P	7	1	1	0	0	1	-	-
13	14	L	8	0	1	1	1	1	-	-
14	15	P	9	0	1	0	1	1	-	-
15	13	L	8	1	1	1	1	1	-	-
16	14	P	9	1	0	0	1	1	-	-
17	14	L	8	0	0	1	1	1	-	-
18	14	P	8	1	1	0	1	1	-	-
19	14	L	8	0	1	1	1	1	-	Acne Vulgaris
20	14	P	8	1	0	0	1	1	-	-
21	15	L	9	1	0	0	0	0	-	Acne Vulgaris
22	13	P	8	0	1	1	1	1	-	-
23	15	L	9	1	1	1	1	1	-	Acne Vulgaris
24	13	P	7	1	1	0	1	1	-	-
25	13	L	7	1	0	1	0	1	Keemasan	PV
26	13	P	7	1	1	0	1	1	-	-
27	16	L	9	1	1	1	0	1	-	Acne Vulgaris
28	13	P	7	1	1	1	1	1	-	-
29	13	P	7	1	1	0	1	1	-	-
30	14	L	8	0	1	1	0	1	-	-
31	13	P	7	1	1	1	1	1	-	-
32	16	L	9	0	1	0	0	0	-	Scabies
33	15	P	9	1	1	1	0	1	-	-
34	13	P	7	1	0	1	1	1	-	-
35	13	P	7	1	1	0	0	1	-	-
36	15	P	7	1	1	1	1	1	-	-
37	14	L	8	1	1	1	1	1	-	-

38	14	P	8	1	1	1	1	1	-	-
39	13	L	7	0	1	1	1	1	-	-
40	14	P	8	1	1	0	1	1	-	-
41	16	L	10	1	0	1	1	1	-	Acne Vulgaris
42	14	P	8	1	1	1	1	1	-	-
43	16	L	10	1	0	1	1	1	-	-
44	13	P	7	1	1	0	1	1	-	-
45	15	L	9	1	1	0	1	1	-	-
46	13	P	7	0	1	1	1	1	-	-
47	14	P	8	1	1	1	1	1	-	-
48	15	P	9	1	1	1	0	1	-	-
49	13	P	7	1	1	1	1	1	-	-
50	13	P	7	1	1	1	1	1	-	-
51	16	P	9	1	1	0	1	1	-	-
52	13	P	8	1	1	0	0	1	-	-
53	16	P	10	1	1	0	1	1	-	-
54	16	P	10	1	1	0	0	1	-	-
55	17	P	12	1	1	0	1	1	-	-
56	17	P	12	1	1	0	1	1	Keemasan	PV
57	17	L	12	0	1	1	1	0	Lengan: Kehijauan Tangan : Keemasan	Lengan: Tinea corporis Leher: PV
58	17	P	12	1	1	1	1	1	-	-

## Lampiran 6

### Hasil Data Univariat

#### 1. Umur Responden

		Umur			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13	19	32.8	32.8	32.8
	14	18	31.0	31.0	63.8
	15	8	13.8	13.8	77.6
	16	8	13.8	13.8	91.4
	17	5	8.6	8.6	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Statistics

#### Umur

N	Valid	58
	Missing	0
Mean		14.34
Std. Error of Mean		.171
Median		14.00
Mode		13
Std. Deviation		1.305
Variance		1.704
Range		4
Minimum		13
Maximum		17

#### 2. Jenis Kelamin

### Statistics

#### Jenis Kelamin

N	Valid	58
	Missing	0

		Jenis Kelamin			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	L	21	36.2	36.2	36.2
	P	37	63.8	63.8	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### 3. Kelas Sekolah

		Kelas Sekolah			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	7	17	29.3	29.3	29.3
	8	18	31.0	31.0	60.3
	9	14	24.1	24.1	84.5
	10	5	8.6	8.6	93.1
	12	4	6.9	6.9	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### 4. Masa Tinggal di Pondok

		Lama Tinggal di Pondok			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	1 tahun	20	34.5	34.5	34.5
	2 tahun	17	29.3	29.3	63.8
	3 bulan	1	1.7	1.7	65.5
	3 tahun	4	6.9	6.9	72.4
	4 bulan	4	6.9	6.9	79.3
	4 tahun	3	5.2	5.2	84.5
	5 bulan	1	1.7	1.7	86.2
	5 tahun	1	1.7	1.7	87.9
	6 bulan	4	6.9	6.9	94.8
	6 tahun	1	1.7	1.7	96.6
	7 bulan	2	3.4	3.4	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

## 5. Hasil Kuesioner

### Berapa kali anda mandi sehari?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 kali	1	1.7	1.7	1.7
	2 kali	52	89.7	89.7	91.4
	3 kali	5	8.6	8.6	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Bagaimana cara anda mandi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mandi dengan air lalu menggosok kulit kemudian seluruh tubuh disiram dengan air secukupnya	11	19.0	19.0	19.0
	Mandi dengan air dan sabun dan menggosok kulit kemudian seluruh tubuh disiram sampai bersih	47	81.0	81.0	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Bagaimana kebiasaan anda dalam penggunaan sabun?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Memakai sabun bergantian dengan keluarga	4	6.9	6.9	6.9
	Memakai sabun sendiri	54	93.1	93.1	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

**Apakah dalam satu bulan terakhir anda mengalami keluhan gatal-gatal?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	17	29.3	29.3	29.3
	Kadang-kadang	32	55.2	55.2	84.5
	Tidak	9	15.5	15.5	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

**Apakah dalam satu bulan terakhir anda mengalami keluhan adanya bercak-bercak di tubuh anda?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	8	13.8	13.8	13.8
	Kadang-kadang	21	36.2	36.2	50.0
	Tidak	29	50.0	50.0	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

**Apakah dalam satu bulan terakhir anda mengalami keluhan adanya kulit mengelupas seperti sisik dan kering?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	4	6.9	6.9	6.9
	Kadang-kadang	20	34.5	34.5	41.4
	Tidak	34	58.6	58.6	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

**Status Kebersihan Kulit**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	11	19.0	19.0	19.0
	Baik	47	81.0	81.0	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Bagaimana cara anda mencuci tangan?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jarang mencuci tangan	5	8.6	8.6	8.6
	Membasuh kedua tangan dengan air memakai wadah/ mangkuk lalu tangan dikeringkan dengan lap	3	5.2	5.2	13.8
	Membasuh kedua tangan dengan air yang mengalir dan menggosok kedua permukaan tangan dan sela-sela jari dengan sabun dan disiram dengan air mengalir lalu tangan dikeringkan dengan lap yang bersih	50	86.2	86.2	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Apakah anda menyikat kuku menggunakan sabun saat mandi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	5	8.6	8.6	8.6
	Kadang-kadang	32	55.2	55.2	63.8
	Ya	21	36.2	36.2	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Status Kebersihan Tangan dan Kuku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	10	17.2	17.2	17.2
	Baik	48	82.8	82.8	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Berapa kali anda mengganti baju dalam sehari?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 kali dalam sehari	27	46.6	46.6	46.6
	Lebih dari sama dengan 2 kali sehari	31	53.4	53.4	100.0

Total	58	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

### Apakah anda mengganti baju setelah berkeringat?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	9	15.5	15.5	15.5
	Kadang-kadang	28	48.3	48.3	63.8
	Ya	21	36.2	36.2	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Status Kebersihan Pakaian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	24	41.4	41.4	41.4
	Baik	34	58.6	58.6	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Pertanyaan 11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Diletakkan di sembarang tempat	2	3.4	3.4	3.4
	Digantung dalam kamar	14	24.1	24.1	27.6
	Dijemur di luar/ di jemuran	42	72.4	72.4	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Bagaimana keadaan handuk anda ketika sebelum mandi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Basah	7	12.1	12.1	12.1
	Lembab	5	8.6	8.6	20.7
	Kering	46	79.3	79.3	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Status Kebersihan Handuk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	13	22.4	22.4	22.4
	Baik	45	77.6	77.6	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Tingkat Personal Hygiene

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	3	5.2	5.2	5.2
	Baik	55	94.8	94.8	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Keluhan Kulit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bercak putih bersisik	2	3.4	3.4	3.4
	Gatal	3	5.2	5.2	8.6
	Jerawat	6	10.3	10.3	19.0
	Tidak ada	47	81.0	81.0	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Predileksi Penyakit Kulit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Area kemaluan bilateral	1	1.7	1.7	1.7
	Leher bilateral depan-belakang, Bahu kiri-kanan, Punggung bagian kiri	1	1.7	1.7	3.4
	Leher sebelah kiri, lengan bawah kanan	1	1.7	1.7	5.2
	Lengan bawah bilateral dan bahu	1	1.7	1.7	6.9
	Lengan kanan	1	1.7	1.7	8.6
	Tidak ada	47	81.0	81.0	89.7
	Wajah	6	10.3	10.3	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Indikasi Lampu Wood

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	55	94.8	94.8	94.8
	Ya	3	5.2	5.2	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Efloresensi Lampu Wood

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Keemasan	2	3.4	3.4	3.4
	Lengan: Kehijauan, Tangan : Keemasan	1	1.7	1.7	5.2
	Tidak ada	55	94.8	94.8	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Diagnosis Penyakit Kulit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Acne Vulgaris	6	10.3	10.3	10.3
	Tinea corporis + PV	1	1.7	1.7	12.1
	Pityriasis Versicolor	2	3.4	3.4	15.5
	Scabies	2	3.4	3.4	19.0
	Tidak ada	47	81.0	81.0	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Diagnosis Pityriasis Versicolor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	55	94.8	94.8	94.8
	Ya	3	5.2	5.2	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

### Correlations

		Tingkat Personal Hygiene	Diagnosis Pityriasis Versicolor
Tingkat Personal Hygiene	Pearson Correlation	1	-.297*
	Sig. (2-tailed)		.024
	N	58	58
Diagnosis Pityriasis Versicolor	Pearson Correlation	-.297*	1
	Sig. (2-tailed)	.024	
	N	58	58

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

### Tingkat Personal Hygiene \* Status Diagnosis Pityriasis Versicolor Crosstabulation

Count

		Status Diagnosis Pityriasis Versicolor		Total
		Tidak	Ya	
Tingkat Personal Hygiene	Buruk	2	1	3
	Baik	53	2	55
Total		55	3	58

### Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			.075
ln(Estimate)			-2.584
Standard Error of ln(Estimate)			1.421
Asymptotic Significance (2-sided)			.069
Asymptotic 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.005
		Upper Bound	1.222
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-5.369
		Upper Bound	.201

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

### Tingkat Personal Hygiene \* Diagnosis Pityriasis Versicolor Crosstabulation

			Diagnosis Pityriasis Versicolor		Total
			Tidak	Ya	
Tingkat Personal Hygiene	Kurang	Count	2	1	3

	% within Tingkat Personal Hygiene	66.7%	33.3%	100.0%
Baik	Count	53	2	55
	% within Tingkat Personal Hygiene	96.4%	3.6%	100.0%
Total	Count	55	3	58
	% within Tingkat Personal Hygiene	94.8%	5.2%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5.115 <sup>a</sup>	1	.024		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.852	1	.356		
Likelihood Ratio	2.611	1	.106		
Fisher's Exact Test				.150	.150
Linear-by-Linear Association	5.027	1	.025		
N of Valid Cases	58				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .16.

b. Computed only for a 2x2 table

## Lampiran 7

	<p style="text-align: center;"><b>FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN</b> <b>UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG</b> <b>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN</b> Kampus 3 FKIK Gedung Ibnu Thufail Lantai 2 Jalan Locari, Tekung Kota Batu E-mail: <a href="mailto:kepk.fkik@uin-malang.ac.id">kepk.fkik@uin-malang.ac.id</a> - Website : <a href="http://www.kepk.fkik.uin-malang.ac.id">http://www.kepk.fkik.uin-malang.ac.id</a></p>
	<p style="text-align: center;"><b>KETERANGAN KELAIKAN ETIK</b> <b>(ETHICAL CLEARANCE)</b> <b>No. 059/EC/KEPK-FKIK/2021</b></p>

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN UIN MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG TELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN:

Judul : Hubungan Tingkat *Personal Hygiene* Dengan Kejadian Infeksi *Pityriasis Versicolor* (Panu) Di Lingkungan Pondok Pesantren As-Syifa AlKhoeriyah Desa Kaputihan Kecamatan Jatiwaras Kabupaten Tasikmalaya

Peneliti : Cep Reza Alam Wahid

Unit / Lembaga : Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang

Tempat Penelitian : Desa Kaputihan Kecamatan Jatiwaras Kabupaten Tasikmalaya

DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN TERSEBUT TELAH MEMENUHI SYARAT ATAU LAIK ETIK.

Malang, 5 November 2021

Ketua



dr. Doby Indrawan, MMRS  
NIP. 1978100120170101111

### Keterangan :

- Keterangan Laik Etik Ini berlaku 1 (satu) tahun sejak tanggal dikeluarkannya.
- Pada akhir penelitian, laporan Pelaksanaan Penelitian harus diserahkan kepada KEPK-FKIK dalam bentuk *soft copy*.
- Apabila ada perubahan protokol dan/atau Perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan Kajian Etik Penelitian (Amandemen Protokol).

## Lampiran 8



### PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN TASIKMALAYA KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

JALAN PEMUDA NOMOR 1 TELEPON (0265) 336438 FAKSIMILE (0265) 336438

WEBSITE : [WWW.KESBANG.TASIKMALAYA.go.id](http://WWW.KESBANG.TASIKMALAYA.go.id) email : [kesbang@tasikmalayakab.go.id](mailto:kesbang@tasikmalayakab.go.id)

TASIKMALAYA – Kode Pos 46113

Tasikmalaya, 11 November 2021

Nomor : B/070/755/Wasda

Sifat : Biasa

Lampiran : -

Hal : Pemberitahuan Penelitian

Kepada :

- Yth. 1. Kepala Dinas Kesehatan dan Pengendalian  
Penduduk  
2. Camat Jatiwaras  
3. Kepala UPTD Puskesmas Jatiwaras  
4. Kepala Desa Kaputihan  
5. Pimpinan Pondok Pesantren As- Syifa  
Al- Khoeriyah  
Kabupaten Tasikmalaya

Di-

Tempat

I Membaca : Surat dari Wakil Dekan Bidang Akademik Kemenag RI Universitas Islam Negeri Maulana  
Malik Ibrahim Malang Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Nomor:  
1661/FKIK/TL.00/09/2021 Tanggal: 09 September 2021 perihal tersebut di atas.

II Mengingat : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Tasikmalaya Nomor 1 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas  
Peraturan Daerah Kabupaten Tasikmalaya Nomor 7 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan  
Susunan Perangkat daerah;  
2. Peraturan Bupati Tasikmalaya Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Kedudukan, Susunan  
Organisasi, Tugas dan Fungsi Perangkat Daerah Kabupaten Tasikmalaya.  
3. Peraturan Bupati Tasikmalaya Nomor. 102 Tahun 2009 Tentang Tugas dan Fungsi Kantor  
Kesatuan Bangsa dan Politik ;

Memberitahukan bahwa :

Nama : **Cep Reza Alam Wahid**

Pekerjaan : Mahasiswa NPM/NIM: 18910034 Jurusan: Pendidikan Dokter

Alamat : Kp. Anggalasan Rt/Rw 001/001 Desa Kertarahayu Kec. Jatiwaras Kab. Tasikmalaya

Maksud / Tujuan : Untuk Ijin Penelitian Skripsi

Lamanya : 1 (Satu) Bulan (26 september s/d 26 Oktober) 2021

Banyaknya Peserta : 1 (satu) Orang

Tema/Judul : **"Hubungan Tingkat Personal Hygiene dengan Kejadian Infeksi Pityriasis  
Versicolor (Panu) di Lingkungan Pondok Pesantren As-Syifa Al- Khoeriyah Desa  
Kaputihan Kecamatan Jatiwaras Kabupaten Tasikmalaya."**

Penanggung Jawab : Prof. Dr. Roihatul Muti'ah, S.F.Apt., M.Kes

KETENTUAN – KETENTUAN YANG PERLU DITAATI :

1. Kegiatan tersebut tidak mengganggu keamanan dan ketertiban sosial politik;
2. Mentaati segala peraturan dan Perundang – undangan yang berlaku;
3. Menjaga tata tertib dan menghindari pernyataan baik lisan maupun tulisan yang sifatnya dapat mengganggu,  
menyinggung dan menghina Bangsa, Negara maupun Agama;
4. Yang bersangkutan terlebih dahulu melapor kepada Kepala Wilayah / Instansi yang di kunjungi.
5. Diakhir penelitian agar dilaporkan ke Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik;
6. Penyimpangan dari ketentuan tersebut di atas izinnnya akan dicabut kembali dan atau dinyatakan batal.

a.n. KEPALA KANTOR KESBANG DAN POLITIK

KABUPATEN TASIKMALAYA

Kas. Wabang

KANTOR  
KESBANGPOL

MARIYANI, SH

Penata III/c

NIP. 19820309 201101 2 001

Tembusan:

1. Yth. Bupati Tasikmalaya;  
Melalui Yth. Sekretaris Daerah Kabupaten Tasikmalaya;
2. Yth. Kepala Bappeda Kabupaten Tasikmalaya;
3. Yth. Kepala Dinas Kearsipan dan Perpustakaan;
4. Yth. Wakil Dekan Bidang Akademik Kemenag RI Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang Fakultas  
Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
5. Yth. Yang Bersangkutan;

## Lampiran 9



**KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA**  
**UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN**  
Jalan Locari Tlekung Junrejo Kota Batu 65151 Telepon (0341) 5057739  
Website: <http://fkik.uin-malang.ac.id> E-mail: [fkik@uin-malang.ac.id](mailto:fkik@uin-malang.ac.id)

Nomor : 1661/FKIK/TL.00/09/2021

09 September 2021

Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.  
**Pondok Pesantren Asy-Syifa Al-Khoeriyah**  
di Tempat

*Assalamu'alaikum Wr. Wb.*

Dengan hormat kami mengajukan permohonan izin untuk melakukan Penelitian Mahasiswa kami yang bernama :

Nama	: Cep Reza Alam Wahid
Jurusan	: Pendidikan Dokter
NIM	: 18910034
Judul Penelitian	: Hubungan Tingkat <i>Personal Hygiene</i> Dengan Kejadian Infeksi <i>Pityriasis Versicolor</i> (Panu) di Lingkungan Pondok Pesantren As-Syifa Al-Khoeriyah Desa Kaputihan Kec. Jatiwaras Kab. Tasikmalaya
Tempat	: Pondok Pesantren As-Syifa Al-Khoeriyah Desa Kaputihan Kec. Jatiwaras Kab. Tasikmalaya
Waktu	: 26 September – 24 Oktober 2021

Demikian surat permohonan Izin Penelitian dari kami, atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terimakasih.

*Wassalamu'alaikum Wr. Wb.*



An. Dekan,  
Wakil Dekan Bidang Akademik

Prof. Dr. Roihatul Muti'ah, S.F.Apt., M.Kes

## Lampiran 10

### DOKUMENTASI



