

**HUBUNGAN PERILAKU *PERSONAL HYGIENE* DAN
PERILAKU PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD) DENGAN
KEJADIAN DERMATOFITOSIS
PADA PETANI PENGGARAP SAWAH DI DESA TAMAN CARI
KECAMATAN PURBOLINGO LAMPUNG TIMUR**

(Skripsi)

Oleh

**MEYLIANA SUWANDA
1818011015**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2022**

**HUBUNGAN PERILAKU *PERSONAL HYGIENE* DAN
PERILAKU PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD) DENGAN
KEJADIAN DERMATOFITOSIS
PADA PETANI PENGGARAP SAWAH DI DESA TAMAN CARI
KECAMATAN PURBOLINGGO LAMPUNG TIMUR**

Oleh
MEYLIANA SUWANDA
1818011015

Skripsi

**Sebagai Salah satu Syarat untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran
Universitas Lampung**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG**

2022

Judul Skripsi

**HUBUNGAN PERILAKU PERSONAL
HYGIENE DAN PERILAKU PENGGUNAAN
ALAT PELINDUNG DIRI (APD) DENGAN
KEJADIAN DERMATOFITOSIS PADA
PETANI PENGGARAP SAWAH DI DESA
TAMAN CARI KECAMATAN-
PURBOLINGGO LAMPUNG TIMUR**

Nama Mahasiswa

: **Meyliana Suwanda**

No. Pokok Mahasiswa

: **1818011015**

Program Studi

: **PENDIDIKAN DOKTER**

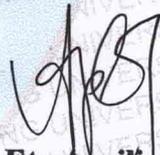
Fakultas

: **KEDOKTERAN**

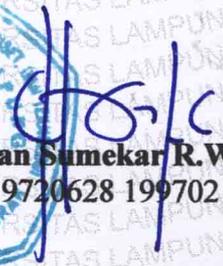
MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing


dr. Diana Mayasari, M.K.K., Sp. KKL.
NIP. 19840926 200912 2 002


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

2. Dekan Fakultas Kedokteran

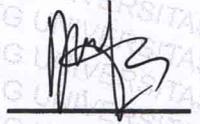

Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar R.W., S.K.M., M. Kes
NIP. 19720628 199702 2 001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

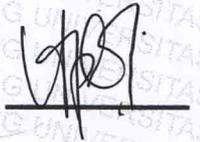
Ketua

: dr. Diana Mayasari, M.K.K., Sp. KKLK.



Sekretaris

: Dr. dr. Ety Apriliana, M.Biomed.



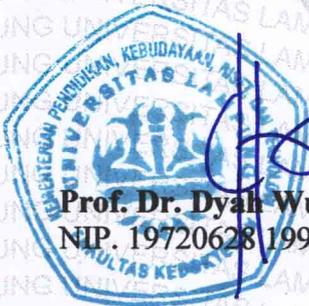
Penguji

Bukan Pembimbing

: dr. Fitria Saftarina, S.Ked., M.Sc., Sp. KKLK.



2. Dekan Fakultas Kedokteran



Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar R.W., S.K.M., M. Kes
NIP. 197206281997022001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 20 April 2022

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Skripsi dengan judul **“HUBUNGAN PERILAKU *PERSONAL HYGIENE* DAN PERILAKU PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD) DENGAN KEJADIAN DERMATOFITOSIS PADA PETANI PENGGARAP SAWAH DI DESA TAMAN CARI KECAMATAN PURBOLINGGO LAMPUNG TIMUR”** adalah hasil karya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam akademik atau yang dimaksud dengan plagiarisme..
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung

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

Bandar Lampung, 19 April 2022

Penulis



Meyliana Suwanda

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Purbolinggo, Kecamatan Lampung Timur pada tanggal 11 Mei 2000, sebagai anak pertama dari 2 bersaudara yang dilahirkan dari pasangan Bapak Tilam dan Ibu Sukiyem. Penulis memiliki adik laki-laki bernama Dhaniel Muhammad Fadhilah.

Penulis menyelesaikan pendidikan Taman Kanak-Kanak (TK) di RA Al-Fatah Cileungsi Bogor pada tahun 2006, Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SD N 2 Taman Cari Purbolinggo pada tahun 2012, Sekolah Menengah Pertama (SMP) di SMP Negeri 1 Purbolinggo pada tahun 2015 dan Sekolah Menengah Atas (SMA) di SMA Negeri 1 Purbolinggo pada tahun 2018.

Penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung Program Studi Pendidikan Dokter pada tahun 2018 melalui jalur Seleksi Nasional Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SNMPTN). Selama menjadi mahasiswa, penulis aktif mengikuti kegiatan lembaga kemahasiswaan, yaitu PMPATD PAKIS Rescue Team serta menjadi Sekretaris Divisi Pengabdian Masyarakat periode 2020/2021.

SANWACANA

Puji syukur diucapkan penulis untuk Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Shalawat serta salam senantiasa tercurah kepada Rasulullah SAW yang mengantarkan manusia dari zaman kegelapan ke zaman yang terang benderang ini. Skripsi dengan judul “Hubungan Perilaku *Personal Hygiene* dan Perilaku Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dengan Kejadian Dermatofitosis pada Petani Penggarap Sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Pubrbolinggo Lampung Timur” ini disusun untuk memenuhi sebagian syarat-syarat guna mencapai gelar sarjana kedokteran. Penyusunan skripsi terselesaikan juga karena penulis banyak mendapat masukan, kritik dan saran, serta dukungan dari berbagai pihak.

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Allah SWT, atas izin-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi untuk gelar sarjana.
2. Prof. Dr. Karomani, M.Si., selaku Rektor Universitas Lampung.
3. Prof. Dr. Dyah Wulan SRW, S.K.M., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
4. dr. Diana Mayasari, M.K.K., Sp. KKLK., selaku Pembimbing I atas kesediaan dan kesabarannya memberikan bimbingan, kritik, saran, nasihat, motivasi, arahan dalam proses penyusunan skripsi yang sangat berharga bagi penulis.
5. Dr. dr. Ety Apriliana, M.Biomed., selaku Pembimbing II atas kesediaan dan kesabarannya memberikan bimbingan, kritik, saran, nasihat, motivasi, bantuan bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.

6. dr. Fitria Saftarina, S.Ked., M.Sc., Sp. KKLK., selaku Pembahas atas kesediaan dan kesabarannya memberikan koreksi, kritik, saran, nasihat, motivasi, bantuan untuk perbaikan skripsi penulis.
7. dr. Rizki Hanriko, S. Ked., Sp. PA. dan dr. Diana Mayasari, M.K.K., Sp. KKLK. selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan masukan dan dukungannya dalam bidang akademik.
8. Seluruh dosen Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu dan bimbingan yang telah diberikan selama proses perkuliahan penulis di masa preklinik.
9. Seluruh staf dan civitas akademik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung yang telah membantu proses penyusunan skripsi ini.
10. Kepada orang tua penulis, Bapak (Tilam), Mama (Sukiyem) dan adik penulis (Dhaniel Muhammad Fadhilah) terimakasih atas segala doa yang selalu dipanjatkan untuk keberhasilan penulis, terimakasih atas dukungan, motivasi, dan kebahagiaan yang terus diberikan selama ini.
11. Segenap keluarga besar penulis yang telah memberi dukungan dan doa kepada penulis.
12. Sahabatku terkasih Dwi Wulan Noviyanti, Putri Ulayya Anjaya, Zakiah Nur Rohmah, Tasya Ellyana, Nisrina Ayu, terimakasih telah membantu dan selalu memberi dukungan kepada penulis selama perkuliahan preklinik.
13. Sahabat selama masa SMA, Adinda Nurulita, Anggun Novita, Asmi Ramiyati, Febyola Ayu, Indah Nur, Reni Rahmawati, dan Alm. Fernanda Evan, terimakasih atas kasih sayang, motivasi dan dukungan untuk penulis.
14. Rekan-rekan seperbimbingan, Anisa Aulia, Afriza Alafwandi dan Didi Sujadi yang telah berjuang bersama selama proses bimbingan.
15. Teman-teman DPA, Erliana Liwanty, Dwi Wulan Noviyanti, Hasri Aghnia Salsabila, Jessica Bonaria, M. Sultan Fadel, Alfi Hakim, M. Farid terimakasih atas semangat dan dukungannya selama ini.
16. Teman-Teman FK UNILA 2018 (F18RINOGEN) yang telah berjuang bersama dari awal sampai sekarang, semoga kita dapat menjadi dokter yang profesional dikemudian hari nanti.

17. Yuliana Permata serta Bapak dan Ibu Petani Desa Taman Cari yang telah membantu jalannya penelitian ini.
18. Keluarga PMPATD PAKIS Rescue Team, terutama divisi Pengabdian Masyarakat; terimakasih telah menjadi tempat penulis berkembang menjadi lebih baik lagi.
19. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu, memberikan pemikiran dan dukungan dalam pembuatan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi perbaikan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembacanya.

Wassalammua'laikum Wr. Wb.

Bandar Lampung, 19 April 2022

Penulis

Meyliana Suwanda

ABSTRACT

ASSOCIATION OF PERSONAL HYGIENE BEHAVIOUR AND THE BEHAVIOUR OF USING PERSONAL PROTECTION EQUIPMENT (PPE) WITH DERMATOPHYTOSIS INCIDENCE AMONG RICE FARMERS IN TAMAN CARI VILLAGE PURBOLINGGO DISTRICT LAMPUNG TIMUR

By
MEYLIANA SUWANDA

Background: Rice farmers are a profession that has a risk of dermatophytosis. Knowing the relationship between personal hygiene behavior and the behavior of using personal protective equipment (PPE) with dermatophytosis incidence may help prevent the worst possibility in the future for rice farmers.

Research Methods: This research is an analytic study with a cross-sectional research design. Respondents were 107 farmers selected by consecutive sampling technique. The data were taken with form of personal hygiene behavior and the use of PPE using a questionnaire and a diagnosis of dermatophytosis through a questionnaire, physical examination, and KOH examination. Univariate and bivariate analyze with $\alpha = 5\%$ was used for this study.

Research Results: The results showed that rice farmers in Taman Cari Village, Purbolinggo Subdistrict, East Lampung had good personal hygiene behavior (2.8%), sufficient (55.1%), poor (42.1%). The behavior of using PPE is good (8.4%), sufficient (27.1%), and less (64.5%). Dermatophytosis prevalence (59.8%) with the most locations on the nails. There is a relationship between personal hygiene behaviour ($p = 0.001$) and the the behavior of using PPE ($p = 0.001$) with dermatophytosis incidence.

Conclusion: There is relationship between personal hygiene behavior and dermatophytosis and there is a relationship between the behavior of using PPE and dermatophytosis incidence in rice farmers in Taman Cari Village, Purbolinggo District, East Lampung.

Keywords: dermatophytosis, rice farmers, hygiene, PPE

ABSTRAK

HUBUNGAN PERILAKU *PERSONAL HYGIENE* DAN PERILAKU PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD) DENGAN KEJADIAN DERMATOFITOSIS PADA PETANI PENGGARAP SAWAH DI DESA TAMAN CARI KECAMATAN PURBOLINGGO LAMPUNG TIMUR

Oleh
MEYLIANA SUWANDA

Latar Belakang: Petani penggarap sawah merupakan pekerjaan yang berisiko mengalami dermatofitosis. Mengetahui hubungan antara perilaku *personal hygiene* dan perilaku penggunaan alat pelindung diri (APD) dengan kejadian dermatofitosis dapat membantu mencegah kemungkinan terburuk dimasa mendatang bagi petani penggarap sawah.

Metode Penelitian: Penelitian ini merupakan studi analitik dengan desain penelitian *cross sectional*. Responden merupakan 107 petani yang dipilih dengan teknik *consecutive sampling*. Data yang diambil berupa perilaku *personal hygiene* dan perilaku penggunaan APD menggunakan kuesioner serta diagnosis dermatofitosis melalui kuesioner, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan KOH yang kemudian dianalisis univariat dan bivariat dengan $\alpha=5\%$.

Hasil Penelitian: Hasil penelitian menunjukkan petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur memiliki perilaku *personal hygiene* baik (2,8%), cukup (55,1%), kurang (42,1%). Perilaku penggunaan APD baik (8,4%), cukup (27,1%), kurang (64,5%). Prevalensi dermatofitosis (59,8%) dengan lokasi terbanyak di kuku. Terdapat hubungan antara perilaku *personal hygiene* ($p = 0,001$) dan perilaku penggunaan APD ($p = 0,001$) dengan kejadian dermatofitosis.

Kesimpulan: Terdapat hubungan antara perilaku *personal hygiene* dengan dermatofitosis serta terdapat hubungan antara perilaku penggunaan APD dengan kejadian dermatofitosis pada petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur.

Kata Kunci: dermatofitosis, petani padi, *hygiene*, APD

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR LAMPIRAN	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1. Tujuan Umum.....	4
1.3.2. Tujuan Khusus.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1. Bagi Masyarakat.....	5
1.4.2. Bagi Penulis.....	5
1.4.3. Bagi Fakultas Kedokteran	5
1.4.4. Bagi Fasilitas Kesehatan Setempat.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Petani	7
2.1.1. Definisi Petani	7
2.1.2. Jenis Petani	7
2.1.3. Profil Kerja Petani	8
2.2. Dermatofitosis	14
2.2.1. Definisi Dermatofitosis	14
2.2.2. Faktor Risiko Dermatofitosis	14
2.2.3. Patogenesis Dermatofitosis	14
2.2.4. Jenis Dermatofitosis	17
2.2.5. Diagnosa Dermatofitosis	22
2.2.6. Pencegahan Dermatofitosis	26
2.3 Kerangka Teori	36
2.4 Kerangka Konsep	37
2.5 Hipotesis	37

BAB III METODE PENELITIAN	38
3.1 Desain Penelitian	38
3.2 Tempat dan Waktu	38
3.2.1 Tempat	38
3.2.2 Waktu.....	38
3.3 Subjek Penelitian	39
3.3.1 Populasi	39
3.3.2 Sampel	39
3.3.3 Kriteria Penelitian.....	39
3.4 Metode Pengumpulan Data	40
3.4.1 Data Primer.....	40
3.4.2 Data Sekunder.....	40
3.5 Teknik Pengambilan Sampel.....	40
3.6 Besar Sampel	41
3.7 Variabel Penelitian	42
3.7.1 Variabel Bebas.....	42
3.7.2 Variabel Terikat	43
3.8 Definisi Operasional Variabel	43
3.9 Instrumen Penelitian.....	45
3.10 Alur Penelitian.....	46
3.10.1. Prosedur Pemeriksaan KOH.....	46
3.11 Pengolahan Data.....	50
3.12 Analisis Data	50
3.12.1 Analisis Univariat	50
3.12.2 Analisis Bivariat	51
3.13 Etika Penelitian.....	51
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	52
4.1 Gambaran Umum Penelitian.....	52
4.2 Hasil Uji Validitas dan Realibilitas	53
4.2.1. Uji Validitas	53
4.2.2. Uji Realibilitas.....	54
4.3 Hasil Penelitian.....	54
4.3.1 Karakteristik Responden	54
4.3.2 Analisis Univariat.....	55
4.3.3 Analisis Bivariat	68
4.4 Pembahasan	71
4.4.1. Analisis Univariat	71
4.4.2. Analisis Bivariat	75
4.5 Keterbatasan Penelitian	79
BAB V KESIMPULAN	81
5.1 Kesimpulan.....	81
5.2 Saran	82

DAFTAR PUSTAKA.....	83
LAMPIRAN.....	90

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Definisi Operasional Variabel.....	52
2. Karakteristik Petani di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur Tahun 2022.....	65
3. Distribusi Frekuensi Responden tentang Perilaku <i>Personal Hygiene</i>	67
4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Perilaku <i>Personal Hygiene</i>	72
5. Distribusi Frekuensi Responden tentang Perilaku Penggunaan APD.....	73
6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Perilaku Penggunaan APD.....	74
7. Distribusi Frekuensi Responden tentang Keluhan Kejadian Dermatofitosis	75
8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lokasi Keluhan Kejadian Dermatofitosis	77
9. Distribusi Frekuensi Responden Dermatofitosis Berdasarkan Pemeriksaan Fisik Kulit, Kuku, dan Rambut	78
10. Distribusi Frekuensi Responden Dermatofitosis Berdasarkan Pemeriksaan Kulit, Kuku, dan Rambut dengan KOH	78
11. Distribusi Frekuensi Diagnosis Dermatofitosis	79
12. Analisis Bivariat Perilaku <i>Personal Hygiene</i> dengan Kejadian Dermatofitosis	80
13. Analisis Bivariat Perilaku Penggunaan APD dengan Kejadian Dermatofitosis	82

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Effloresensi <i>Grey patch ringworm</i>	23
2. Effloresensi <i>Kerion</i>	23
3. Effloresensi <i>Black dot ringworm</i>	24
4. Effloresensi <i>Tinea Pedis</i>	26
5. Effloresensi <i>Subungual distal</i>	27
6. Effloresensi <i>Leukonikia trikofita</i>	27
7. Effloresensi <i>Subungual proksimal</i>	28
8. Effloresensi <i>Tinea corporis</i>	29
9. Hifa jamur pada pemeriksaan KOH perbesaran 400x.....	31
10. Hifa jamur dan spora pada pemeriksaan KOH perbesaran 400x	32
11. Hifa jamur pada pemeriksaan KOH perbesaran 400x.....	32
12. Hasil kultur dan pemeriksaan mikroskopis <i>T. rubrum</i>	33
13. Hasil kultur dan pemeriksaan mikroskopis <i>T. Mentagrophytes</i>	33
14. Hasil kultur dan pemeriksaan mikroskopis <i>M.canis</i>	33
15. Kerangka teori penelitian	46
16. Kerangka konsep penelitian	47
17. Alur penelitian.....	61

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kuesioner
Lampiran 2	Data Responden
Lampiran 3	Surat Persetujuan Etik
Lampiran 4	Dokumen Pengambilan Data
Lampiran 5	Hasil Uji Validitas dan Realibilitas
Lampiran 6	Hasil Analisis Data Penelitian

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Bidang pertanian merupakan salah satu bidang yang dalam melakukan proses kerjanya selain memiliki dampak positif, juga memiliki dampak yang merugikan. Akibat buruk ini dapat terjadi karena tenaga kerja selalu berinteraksi dengan pekerjaan dan lingkungan kerjanya yang mengandung banyak *hazard* dan faktor risiko. Terlebih di Indonesia bidang pertanian belum banyak memberikan perhatian pada pengendalian faktor risiko, sehingga faktor risiko saat ini terabaikan dan tidak dikendalikan secara ideal (Ernawati, 2013).

Petani merupakan pekerja informal yang termasuk dalam kelompok pekerja yang berisiko mengalami penyakit akibat kerja (Ernawati, 2013). Faktor risiko penyakit akibat kerja pada petani dapat disebabkan oleh faktor lingkungan kerja dan faktor individu. Lingkungan kerja merupakan tempat yang berpotensi mempengaruhi kesehatan pekerja. Faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan pekerja adalah faktor fisik, faktor kimia, dan faktor biologis (Achmadi, 2012). Faktor lingkungan fisik seperti suhu, kelembaban dan kondisi basah serta kebersihan diri yang buruk juga dapat menyebabkan penyakit kulit akibat kerja (Achmadi, 2012).

Tahun 2018, dilihat dari Profil Kesehatan Indonesia, persebaran pasien rawat jalan di rumah sakit Indonesia dengan golongan penyakit kulit adalah 115.000 kunjungan dengan 64.557 kasus baru (Kemenkes, 2018). Pada tahun 2011, penyakit kulit menempati urutan ketiga dari sepuluh penyakit terbanyak pada

pasien rawat jalan di rumah sakit di seluruh Indonesia, dengan 192.414 kunjungan dengan 48.576 kasus baru. Hal ini menunjukkan bahwa penyakit kulit di Indonesia semakin meningkat dan prevalensinya dominan, terutama di kalangan pekerja (Kemenkes, 2018).

Penyakit kulit akibat kerja yang terjadi akibat infeksi jamur merupakan penyakit yang umum ditemukan di negara tropis yang disebabkan oleh udara yang lembab yang mendukung perkembangan infeksi jamur. Angka tersebut tinggi di Indonesia, salah satu alasannya karena Indonesia merupakan negara tropis yang memiliki suhu dan kelembaban yang tinggi dan keadaan tersebut merupakan suasana yang positif bagi pertumbuhan jamur, sehingga penyebarannya juga sangat meningkat tajam (Siregar, 2018).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa 20% orang di seluruh dunia menderita infeksi kulit dengan jenis yang paling dominan adalah infeksi tinea korporis, diikuti oleh tinea cruris, tinea pedis, dan onikomikosis. Di Asia, prevalensi dermatofitosis adalah 35,6% (WHO, 2016).

Di Indonesia dermatofitosis menempati urutan kedua setelah pityriasis versikolor dengan prevalensi sebesar 52% dan kasus terbanyak yaitu tinea pedis dan tinea kruris (Kemenkes, 2018). Dari seluruh insidensi berhubungan dengan pekerjaan, maka sering disebut dengan istilah dermatofitosis akibat kerja (Kemenkes, 2018). Dermatofitosis sering menyerang orang dewasa berusia 20-50 tahun yang sering berkerja di tempat basah seperti petani, tukang cuci mobil dan motor, pemungut sampah atau orang yang memakai sepatu tertutup dalam waktu lama (Soekandar, 2011). Berdasarkan penelitian retrospektif oleh Devy dan Ervianti yang mengevaluasi data rekam medis elektronik Divisi Mikologi URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode Januari 2014 – Desember 2016, tingkat kasus dermatofitosis pada tahun 2014 sebesar 78,3%, tahun 2015 sebesar 62,2%, tahun 2016 sebesar 72,3% (Devy & Ervianti, 2016).

Dermatofitosis dipengaruhi oleh beberapa faktor, faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya infeksi ini adalah *personal hygiene*, penggunaan alat pelindung diri, kondisi tempat tinggal, serta lamanya masa kerja (Achmadi, 2012). Petani merupakan salah satu profesi dimana dalam menjalankan pekerjaannya mereka berada di tempat kerja yang panas dan berkeringat, petani sering bersentuhan langsung dengan tanah, air, dan lumpur dalam waktu lama tanpa menggunakan alat pelindung diri dan bahkan para petani jarang memperhatikan *personal hygiene* sehingga sering mengalami kejadian infeksi dermatofitosis (Nurhidayah *et al.*, 2021).

Berdasarkan penelitian pada petani padi di Desa Banitan Kecamatan Bakumpai Kabupaten Barito Kuala tahun 2017 diperoleh hasil yaitu sebanyak 61,5% petani padi mengalami dermatofitosis (Nurbidayah *et al.*, 2018). Penelitian Arjana tahun 2018 ini menemukan adanya hubungan antara perilaku penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dengan kejadian tinea pedis pada petani buah dan sayur di wilayah kerja UPT Puskesmas Bangli Utara, Bangli, Bali (Arjana, 2018). Dalam penelitian Amalia di petani ditemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara *personal hygiene* dengan infeksi tinea unguium yang merupakan salah satu jenis dermatofitosis (Amalia *et al.*, 2018).

Lampung Timur merupakan wilayah dengan fokus pertanian terbesar kedua setelah Lampung Tengah (BAPPEDA, 2020). Kecamatan Purbolinggo merupakan salah satu kecamatan yang merupakan daerah pertanian di Kabupaten Lampung Timur. Kecamatan Purbolinggo terbagi menjadi 12 desa yang semuanya merupakan daerah produksi pertanian. Desa Taman Cari merupakan salah satu desa di Kecamatan Purbolinggo yang berpenduduk sebanyak 4.428 dengan luas area tanam sawah seluas 486 Ha (BPS, 2018). Berdasarkan survei pendahuluan peneliti terhadap Kelompok Tani Desa Taman Cari, sebanyak 150 orang penduduknya adalah bekerja sebagai petani. Berdasarkan hasil survei awal yang dilakukan terhadap 10 petani di Desa Taman Cari, 6 diantaranya mengalami dermatofitosis. Dermatofitosis juga merupakan salah satu dari 10 Penyakit terbanyak di Puskesmas Kecamatan Purbolinggo.

Dari uraian tersebut, peneliti tertarik untuk mengetahui dan memahami lebih lagi tentang dermatofitosis khususnya pada petani penggarap sawah. Peneliti akan melakukan penelitian tentang "Hubungan Perilaku *Personal Hygiene* dan Perilaku Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dengan Dermatofitosis pada Petani Penggarap Sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur."

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas dapat maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut: "Apakah terdapat hubungan antara perilaku *personal hygiene* dan perilaku penggunaan alat pelindung diri (APD) dengan kejadian dermatofitosis pada petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur."

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara perilaku *personal hygiene* dan perilaku penggunaan alat pelindung diri (APD) dengan kejadian dermatofitosis pada petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur.

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini yaitu :

1. Mengetahui hubungan antara perilaku *personal hygiene* dengan kejadian dermatofitosis pada petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur.
2. Mengetahui hubungan antara perilaku penggunaan APD dengan kejadian dermatofitosis pada petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur.

3. Mengetahui karakteristik petani di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur.
4. Mengetahui gambaran kejadian dermatofitosis pada petani penggarap sawah Di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur.
5. Mengetahui gambaran perilaku *personal hygiene* pada petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur.
6. Mengetahui gambaran perilaku penggunaan alat pelindung diri (APD) pada petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Masyarakat

Dapat menjadi sumber informasi tentang perilaku *personal hygiene* dan perilaku penggunaan alat pelindung diri (APD) yang dapat memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan petani, serta memberi informasi kepada masyarakat petani padi di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur agar dapat lebih memperhatikan pencegahan terjadinya kejadian dermatofitosis.

1.4.2. Bagi Penulis

Hasil yang diperoleh dari penelitian ini hendaknya dapat menambah pengalaman dan pengetahuan penulis serta dapat menerapkan ilmu yang diperoleh selama perkuliahan.

1.4.3. Bagi Fakultas Kedokteran

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya pengetahuan di bidang kedokteran kerja mengenai hubungan perilaku *personal hygiene* dan perilaku penggunaan alat pelindung diri (APD) dengan kejadian dermatofitosis dan juga dapat menjadi masukan bagi peneliti selanjutnya yang tertarik meneliti tema ini.

1.4.4. Bagi Fasilitas Kesehatan Setempat

Hasil yang didapat dalam penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan informasi di bidang kesehatan masyarakat dalam menyusun program-program kesehatan baik sebagai upaya preventif maupun kuratif di fasilitas kesehatan setempat.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Petani

2.1.1. Definisi Petani

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia tahun 2016, petani adalah orang yang mata pencahariannya bercocok tanam (KBBI, 2016). UU No. 19 Tahun 2013 menyatakan petani adalah Warga Negara Indonesia (WNI) perseorangan dan/atau beserta keluarganya yang melakukan upaya budidaya di bidang tanaman pangan, hortikultura, perkebunan dan/atau peternakan. Petani ialah seseorang yang melakukan kegiatan mengatur atau mengelola kekayaan dan cara yang bergerak di bidang pertanian (Moehar, 2001). Petani juga dapat diartikan sebagai suatu kegiatan mengatur sarana produksi pertanian dan teknologi dalam suatu upaya yang terkait di bidang pertanian (Moehar, 2001). Petani merupakan pelaku yang berjalan di bidang pertanian, terutama dengan pengelolaan tanah yang sepenuhnya bertujuan untuk mengembangkan dan memelihara tanaman (contohnya padi, jagung, singkong, bunga, buah dan lain lain), kegiatan ini dilakukan dengan harapan dapat memperoleh hasil untuk diri sendiri atau dijual kepada orang lain (Moehar, 2001).

2.1.2. Jenis Petani

Menurut pendapat Nurmala, 2012 jenis-jenis petani menurut usahanya ialah :

1. Petani padi

Petani yang mengusahakan jenis tanaman berupa padi.

2. Petani padi dan jagung

Petani yang mengusahakan jenis tanaman berupa padi dan jagung.

3. Petani sayur

Petani yang mengusahakan jenis tanaman berupa sayur-sayuran.

4. Petani buah

Petani yang mengusahakan jenis tanaman berupa buah-buahan.

5. Petani buah dan sayur

Petani yang mengusahakan jenis tanaman buah-buahan dan sayur-sayuran.

Berdasarkan kepemilikannya terhadap lahan, seorang petani dibagi menjadi beberapa kelompok (Sastratmadja, 2010) :

1. Petani buruh atau buruh tani ialah seorang petani yang tidak mempunyai lahan sawah.
2. Petani gurem ialah seorang petani yang mempunyai lahan sawah dengan luas antara 0,1-0,50 hektar.
3. Petani kecil ialah seorang petani yang memiliki lahan sawah seluas 0,51-1 hektar.
4. Petani besar ialah petani yang mempunyai lahan sawah dengan luas lebih dari 1 hektar.

2.1.3. Profil Kerja Petani

2.1.3.1. Uraian Tugas dan Bahaya Potensial Petani

1. Pengolahan Lahan

Tahapan pengolahan lahan menurut Subnata (2014) dan Ernawati (2013) yaitu :

- a. Pembersihan galengan dan parit.
- b. Pencangkulan dari sudut petakan.
- c. Pembajakan serta penggaruan

Bahaya potensial yang mungkin terjadi pada proses pengolahan lahan yaitu seperti, alat pertanian yang memiliki ujung runcing, posisi kerja tidak ergonomis, panas, baju yang basah, mikroorganisme yang terdapat pada tanah, serta air parit yang kotor.

2. Pembibitan dan Penanaman

Pada proses pembibitan dan penanaman yang dilakukan petani padi, terdapat kemungkinan bahaya potensial ergonomi yaitu posisi membungkuk, gerakan menekan menggunakan ibu jari, panas, mikroorganisme yang terdapat di tanah dan pada air parit, paparan sinar UV, serta pakaian pelindung yang basah dan lembab akibat keringat (Ernawati, 2013).

3. Pemeliharaan

Proses pemeliharaan meliputi pengaturan irigasi, penyulaman, penyiangan dan pemupukan. Bahaya potensial yang terdapat pada proses pemeliharaan yang dilakukan petani yaitu, kehadiran mikroorganisme pada tanah, pupuk kandang, pada air parit yang kotor yang digunakan sebagai sumber irigasi, posisi kerja tidak ergonomis (posisi membungkuk dan posisi mengangkat yang salah), kondisi basah dan lembab akibat genangan air saat melakukan pengaturan irigasi, akomodasi mata, serta kurang konsentrasi sehingga tangan terkena alat pertanian yang digunakan untuk melakukan penyiangan (Ernawati, 2013).

4. Pengendalian Organisme Pengganggu Tanaman (OTP)

Terdapat beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengendalikan OTP, (1) cara biologis yaitu dengan pemberantasan melalui organisme yang merupakan predator alaminya, (2) cara kimiawi yaitu cara membasmi hama yang dilakukan dengan memakai pestisida, (3) cara mekanik merupakan cara pengendalian OTP dengan langsung

membunuhnya, (4) cara fisika yaitu cara membasmi OTP dengan memanfaatkan faktor alam. Proses pengendalian OTP yang dilakukan petani meliputi penggunaan pestisida, penakaran pestisida, pencampuran, penyemprotan pestisida, penyimpanan pestisida, pencucian peralatan penyemprotan. Dalam proses tersebut banyak melibatkan bahaya potensial yang dapat membahayakan petani seperti, kandungan zat kimia (pestisida), tangan yang berkontak langsung dengan zat kimia, konsentrasi pestisida melebihi dosis yang dianjurkan, aerosol pestisida, panas dan paparan sinar UV, penyemprotan pestisida yang arahnya berlawanan dengan angin, beban dari tangki yang harus digendong petani, bagian tutup dari pestisida yang tidak tertutup rapat sehingga isi pestisida dapat tumpah, sisa dari pestisida mencemari lingkungan (Ernawati, 2013).

5. Pemanenan

Proses pemanenan padi yang dilakukan petani memiliki kemungkinan bahaya potensial yaitu, posisi kerja tidak ergonomis (posisi membungkuk dan posisi angkut yang salah), tangan terkena alat pertanian yang tajam, gatal akibat terkena padi, panas dan paparan sinar UV, beban angkut berlebih, jalan licin (Ernawati, 2013).

2.1.3.2. Penyakit Akibat Kerja (PAK) Pada Petani

Penyakit yang penyebabnya berasal dari pekerjaan atau tempat kerja disebut Penyakit Akibat Kerja (PAK). Berdasarkan Keputusan Presiden (Kepres) RI No. 22 Tahun 1993 mengenai Penyakit yang Timbul Karena Hubungan Kerja, ada 31 jenis penyakit akibat kerja, 29 penyakit diantaranya adalah penyakit yang terdapat diseluruh dunia (Suma'mur, 2009).

Penyakit akibat kerja yang sering terjadi pada petani adalah Penyakit Kulit Akibat Kerja (PKAK). Penyakit kulit akibat kerja ialah semua kelainan yang terjadi pada kulit yang disebabkan oleh lingkungan kerja atau pekerjaan (Suma'mur, 2014). Penyakit kulit akibat kerja (PKAK) adalah penyakit kulit dengan bermacam-macam kelainan yang penyebabnya disebabkan oleh berbagai faktor, baik faktor pekerjaan ataupun faktor lingkungan pekerjaan (Supiyon, 2013). PKAK ini merupakan 50-60% dari seluruh penyakit akibat kerja, penyebab terbesarnya yaitu karena pekerja yang berkontak dengan bahan yang digunakan, diproses, ataupun diproduksi oleh pekerjaan tersebut. (Suma'mur, 2014).

Pekerja yang dalam melakukan pekerjaannya tidak menggunakan APD rentan mengalami penyakit kulit akibat kerja (PKAK). Jika dihubungkan dengan jenis pekerjaan, petani merupakan salah satu pekerjaan yang memiliki risiko terjadi penyakit kulit. Pada bidang pertanian PKAK dapat disebabkan oleh jamur, bakteri dan bahan kimia (Supiyon, 2013). Beberapa faktor dapat menyebabkan penyakit kulit ini, salah satunya adalah faktor lingkungan, karakteristik dan agen, serta faktor individu antara lain seperti usia, jenis kelamin serta *personal hygiene* (Supiyon, 2013). Higiene perorangan yang buruk dapat menyebabkan infeksi kulit akibat jamur, virus, bakteri, parasit, serta penyakit kulit dan banyak keluhan lainnya (Lestari, 2016). Penyakit kulit lebih mudah berkembang dalam keadaan tempat kerja yang kotor dan lembab, kondisi inilah yang dapat menyebabkan penyakit kulit lebih ideal untuk berkembang (Lestari, 2016). Contoh infeksi kulit yang sering terjadi pada petani yaitu infeksi jamur atau dermatofitosis.

2.1.3.3.Pencegahan Penyakit Akibat Kerja (PAK)

Pada PAK perlu tindakan pencegahan diantaranya yaitu dengan menerapkan lima tingkat pencegahan penyakit (*five level of prevention disease*) pada PAK. Lima tingkatan pencegahan penyakit menurut Liza (2015) yaitu :

a. Peningkatan tingkat kesehatan atau *health promotion*

Tindakan yang dapat dilakukan seperti dengan memberikan sosialisasi kesehatan dan keselamatan kerja (K3) pada pekerja, memberi edukasi kesehatan, rekreasi, perbaikan gizi yang baik bagi pekerja, kegiatan mengembangkan kepribadian pekerja, dan menyediakan lingkungan kerja yang memadai (Liza, 2015).

b. Perlindungan khusus atau *specific protection*

Dapat dilakukan dengan imunisasi, menjaga *personal hygiene* dan kebersihan serta sanitasi lingkungan, dan juga perlindungan terhadap *hazard* dan kecelakaan di tempat kerja yang dapat dicapai melalui penggunaan APD seperti pelindung mata khususnya *goggle*, pelindung kepala khususnya helm, masker, pelindung pendengaran (*ear muff* dan *ear plug*), pelindung badan khususnya pakaian pelindung serta sarung tangan, dan lain-lain (Liza, 2015).

c. Deteksi dini atau *ealy diagnosis*

Pengobatan segera bagi pekerja serta sebagai tindakan pencegahan terjadinya komplikasi lebih lanjut (Liza, 2015).

d. Pembatasan kecacatan atau *disability limitation*

Dapat dilakukan dengan pemeriksaan dan pengobatan pekerja yang dilakukan secara menyeluruh atau komprehensif, pengobatan sempurna bagi pekerja dan juga pendidikan kesehatan (Liza, 2015).

e. Pemulihan kondisi kesehatan atau rehabilitasi

Yaitu dengan tindakan rehabilitasi dan kembali mempekerjakan tenaga kerja yang cacat namun tetap disesuaikan dengan keterbatasannya (Liza, 2015).

Pengendalian pokok dalam pencegahan kecelakaan kerja ada 5 usaha yaitu (Ihdhar, 2020) :

a. Eliminasi

Eliminasi merupakan upaya yang bertujuan untuk mengurangi bahaya secara menyeluruh (Ihdhar, 2020).

b. Substitusi

Merupakan usaha mengganti proses ataupun bahan yang berisiko tinggi dengan yang berisiko lebih rendah (Ihdhar, 2020).

c. Pengendalian rekayasa

Pengendalian rekayasa adalah upaya mengubah struktur lingkungan kerja dengan tujuan mengurangi bahkan menghilangkan jalannya transmisi antara bahaya dengan pekerja (Ihdhar, 2020).

d. Pengendalian administrasi

Pengendalian administrasi merupakan cara pencegahan dengan meminimalisir jenis kandungan *hazard* dengan kegiatan pemenuhan tata cara serta instruksi. Tingkat keberhasilan dari upaya pencegahan ini yaitu bergantung kepada perilaku pekerja sebagai subjeknya (Ihdhar, 2020).

e. Alat Pelindung diri (APD)

Usaha ini merupakan upaya pencegahan terakhir yang tujuannya melindungi pekerja dari bahaya potensial (Tarwaka, 2015).

2.2. Dermatofitosis

2.2.1. Definisi Dermatofitosis

Setiati (2014) menyatakan bahwa dermatofitosis merupakan penyakit pada jaringan yang menginfeksi keratin, seperti lapisan korneum yang terdapat di epidermis kulit, rambut, dan kuku yang penyebabnya ialah organisme dermatofita. Dermatofitosis sering dikenal sebagai kurap, *ringworm*, tinea, *teigne*, sirsinata. Berdasarkan Sutanto *et al* (2008) dermatofitosis ialah infeksi jamur superfisial oleh jamur yang termasuk kelompok dermatofita. Dermatofita ini dapat memproses keratin yang terdapat di kuku, rambut, serta lapisan korneum pada kulit karena mengeluarkan senyawa enzim keratinase (Sutanto, 2008).

2.2.2. Faktor Risiko Dermatofitosis

Timbulnya dermatofitosis didukung oleh lingkungan panas dan lembab, dermatofita berkembang di kondisi ideal pada suhu 25- 28°C (Sutanto, 2008). Infeksi jamur superfisial umum terjadi di negara tropis, pada penduduk atau masyarakat dengan sosial ekonomi rendah yang bermukim di lingkungan cenderung padat dengan higienitas rendah (Achmadi, 2012). Infeksi dermatofitosis ini juga dapat ditransmisikan melalui paparan berkelanjutan dengan sumber infeksi terutama barang-barang yang telah terkontaminasi jamur dan digunakan setiap hari seperti pakaian, tempat tidur, sisir, topi, handuk, kursi, kaus kaki serta alas kaki (Anra, 2017).

2.2.3. Patogenesis Dermatofitosis

Untuk menyebabkan dermatofitosis, jamur harus mampu menaklukan perlindungan tubuh spesifik dan non spesifik dari inang (Rosita, 2008). Fungi harus mampu menempel pada bagian kulit serta mukosa inang, mampu untuk menginvasi jaringan inang, dapat bertahan hidup di

lingkungan inang, beradaptasi dengan temperatur dan kondisi biokimia inang kemudian bereproduksi dan menimbulkan respon jaringan atau peradangan (Rosita, 2008). Menurut Rosita (2008) dermatofitosis terjadi dalam tiga tahap, yaitu: perlekatan jamur pada keratinosit, penetrasi lintas dan antar sel, dan membentuk respon inang.

1. Perlekatan Jamur pada Keratinosit

Maksimal setelah 6 jam baru akan terjadi perlekatan artokonidia ke jaringan keratin inang, filamen dinding luar dermatofita yang menghasilkan keratinase (keratolitik) menjadi perantara dan memfasilitasi proses perlekatan dan pertumbuhan jamur di stratum korneum. Proses invasi sel inang dengan mengkatabolisme protein ekstraselular juga dibantu aktivitas proteolitik dan lipolitik yang mensekresi proteinase serin yaitu urokinase dan aktivator plasminogen jaringan. Kedekatan dinding kedua sel serta sebum antara artospores dan korneosit yang difasilitasi oleh adanya trauma atau lesi kulit juga mempengaruhi proses perlekatan ini. Tidak semua dermatofita memiliki kemampuan menempel pada korneosit karena tergantung pada jenis strain (Rosita, 2008).

2. Penetrasi Dermatofita Melewati serta diantara Sel

Spora harus berkembang dan menginfiltrasi lapisan korneum lebih cepat daripada siklus deskuamasi. Pelepasan enzim proteinase, lipase, dan musinolitik akan terjadi akibat proses infiltrasi dermatofita, pelepasan enzim tersebut berguna untuk menyediakan nutrisi bagi pertumbuhan jamur. Setelah spora melekat pada keratin dibutuhkan waktu 4-6 jam untuk germinasi dan penetrasi ke dalam lapisan korneum (Rosita, 2008).

3. Respons Imun Inang

Respon imun inang terkait infeksi dermatofita dibagi menjadi dua, yaitu respon cepat (imunitas non-spesifik) dan respon lambat (imunitas spesifik). Dermatofitosis dengan kondisi parah dan persisten lebih mungkin menyerang Individu dengan sistem imunitas yang rendah

(*immunocompromised*). Kemungkinan kejadian dermatofitosis non-patogen juga meningkat pada kondisi individu yang menggunakan obat kemoterapi, obat transplantasi, dan obat-obatan steroid (Rosita, 2008).

- Mekanisme pertahanan non spesifik

1. Pada mekanisme pertahanan non-spesifik yang berperan sebagai *barrier* terhadap masuknya dermatofita adalah bagian struktur, keratinisasi, dan proliferasi epidermis. Untuk menghilangkan infeksi dermatofita stratum korneum terus diperbarui melalui keratinisasi sel-sel epidermis. Selain itu, pertahanan non-spesifik terhadap infeksi jamur pada kulit adalah proliferasi dan inflamasi epidermal sebagai bentuk proliferasi akibat respon imun yang diperantarai sel-T (Rosita, 2008).
2. Mekanisme oksidatif menghambat pertumbuhan dermatofita dengan adanya akumulasi neutrofil di epidermis yang tampak secara makroskopis berupa pustul dan berupa mikroabses secara mikroskopis (Rosita, 2008).
3. Pertahanan dari invasi jamur juga dilakukan oleh substansi anti jamur, yaitu *unsaturated transferrin* dan *2-macroglobulin keratinase inhibitor* (Rosita, 2008).

- Mekanisme pertahanan spesifik

Lokasi infeksi yang superfisial masih dapat menimbulkan imunitas humoral dan *cell-mediated immunity* (CMI). Pembentukan CMI terkait dengan *Delayed Type Hypersensitivity* (DTH) biasanya dikaitkan dengan pemulihan klinis dan pembentukan stratum korneum baru di tempat yang terinfeksi. Kurangnya CMI dapat mencegah respon imun yang efektif sehingga dapat menyebabkan kemungkinan adanya infeksi dermatofita yang kronis atau berulang (Rosita, 2008).

2.2.4. Jenis Dermatofitosis

Dermatofitosis dilihat dari lokasinya dibagi menjadi tinea capitis, tinea corporis, tinea pedis et manum, tinea barbae, tinea cruris, tinea unguinum (Djuanda, 2013).

Dermatofitosis menurut Djuanda (2013):

1. Tinea Capitis

Infeksi kulit kepala yang penyebabnya adalah spesies dermatofita. Lesi dari penyakit ini bersisik, kemerahan, *alopecia*, atau dengan lesi yang lebih parah yang dikenal dengan kerion (Djuanda, 2013). Tinea capitis memiliki gambaran 3 bentuk yang berbeda, yaitu:

a. *Grey patch ringworm*

Sering didapat pada anak-anak, biasanya disebabkan oleh genus *Microsporum*. Gambaran papula merah kecil yang berlokasi di sekitar rambut merupakan gambaran awal lesi. Papula ini dapat meluas hingga tampak gambaran bercak pucat dan bersisik. Pasien biasanya datang dengan keluhan gatal pada lokasi lesi, warna rambut menjadi keabuan, rambut mudah patah membuat mudah dicabut menggunakan pinset tanpa rasa sakit (Djuanda, 2013).



Gambar 1. Effloresensi *Grey patch ringworm* (Siregar,2013)

b. *Kerion*

Merupakan reaksi inflamasi berat pada tinea capitis, memiliki gambaran bengkak yang terlihat seperti sarang lebah yang dikelilingi sebukan sel inflamasi. Gambaran ini dapat meninggalkan jaringan parut dan kondisi alopesia yang menetap (Djuanda, 2013).



Gambar 2. Effloresensi *Kerion* (Siregar, 2013)

c. *Black dot ringworm*

Infeksi jamur pada kepala dengan lesi berupa titik hitam di kulit kepala yang disebabkan rambut yang patah akibat infeksi. Titik hitam tersebut merupakan gambaran ujung rambut patah yang penuh spora. Sering disebabkan infeksi oleh genus *Trichophyton* (Harahap, 2013).



Gambar 3. Effloresensi *Black dot ringworm* (Siregar, 2013)

2. Tinea barbae

Berlokasi di sekitar jenggot yang tentunya hanya terjadi pada pria, kebanyakan memiliki ciri khas lesi yang unilateral (Djuanda, 2013).

3. Tinea cruris

Infeksi dermatofita yang berlokasi di selangkangan, sekitar anus, dan dapat meluas ke bokong dan perut bagian bawah berupa lesi bercak gatal dan simetris yang awalnya di daerah lipatan paha kanan dan kiri (Djuanda, 2013).

4. Tinea pedis

Infeksi dermatofita yang berlokasi di kulit telapak, punggung, jari-jari, serta di sela jari kaki. Banyak terjadi pada individu yang memakai sepatu tertutup dalam waktu lama serta pada individu yang sering bekerja pada lingkungan kerja basah seperti mencuci ataupun di sawah. Penderita tinea pedis dapat tidak memiliki keluhan sampai dengan keluhan seperti gatal juga rasa nyeri hebat akibat infeksi sekunder dan peradangan (Djuanda, 2013).

Tinea pedis dibagi menjadi tiga gambaran, yaitu:

a. Tinea pedis interdigitalis

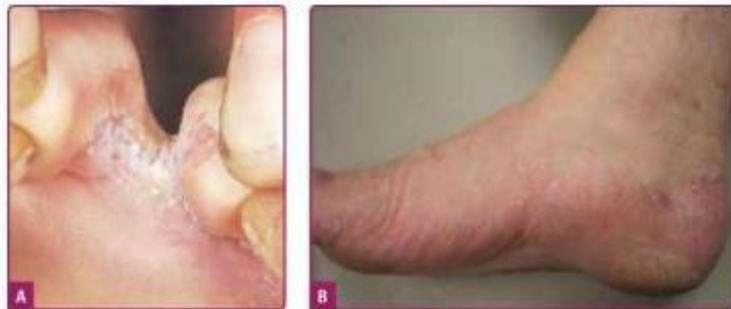
Berlokasi di interdigitalis (sela jari) khususnya pada jari IV dan V, lesi tampak dikelilingi oleh sisik halus yang tipis. Lesi ini dapat meluas ke sepanjang jari (subdigital) maupun ke antara jari-jari lainnya. Oleh sebab daerah ini lembab, maserasi (kulit putih dan rapuh) sering ditemukan. Ketika daerah kulit mati tersebut dibersihkan, akan ada kulit baru yang biasanya juga telah terinfeksi jamur dan kondisi ini dapat bertahan untuk waktu yang lama dengan menimbulkan sedikit keluhan atau tanpa keluhan (Djuanda, 2013).

b. *Moccasin foot*

gambaran lain tinea pedis yaitu *Moccasin Foot*. Berlokasi mulai dari tepi telapak kaki hingga belakang kaki. Lesinya memiliki gambaran kulit yang menebal dan bersisik (Djuanda, 2013).

c. Subakut

Lokasi lesi letaknya di area sela-sela jari kaki dapat memanjang ke bagian belakang kaki atau telapak kaki. Memiliki gambaran lesi dengan vesikel yang berisi cairan kental dan bening. Vesikel yang pecah dapat meninggalkan gambaran sisik berbentuk lingkaran (Djuanda, 2013).



Gambar 4. Effloresensi Tinea pedis a. Tipe Interdigitalis b. *moccasin* (Siregar, 2013)

5. Tinea unguium

Merupakan infeksi kuku oleh golongan dermatofita. Terdapat tiga gambaran klinis tinea unguium yaitu:

a. Subungual distal

Lesi yang berasal dari tepi bawah atau distolateral kuku. Infeksi ini dapat menyebar di bagian bawah kuku yang kemudian membentuk sisa kuku yang rapuh. Jika infeksi berlanjut, bagian permukaan dapat hancur dan akan tampak bagian kuku yang rapuh (Djuanda, 2013).



Gambar 5. Effloresensi Subungul distal (Siregar, 2013)

b. Leukonikia trikofita

Memiliki gambaran permukaan kuku yang berwarna keputihan seperti gambar dibawah ini (Djuanda, 2013).



Gambar 6. Effloresensi Leukonikia trikofita (Siregar, 2013)

c. Subunguai proksimalis

Lesi umumnya dimulai dari bagian proksimal kuku membentuk gambaran klinis yang khas, yaitu kuku yang rusak hanya pada bagian proksimal sedangkan bagian distal yang tampak masi utuh (Djuanda, 2013).



Gambar 7. Effloresensi Subungal proksimalis (Siregar, 2013)

6. Tinea corporis

Merupakan infeksi jamur yang berlokasi pada bagian kulit wajah, badan, serta lengan. Umumnya memiliki gambaran klinis berupa lesi dengan *efflorescence* (ruam) yang beragam dan memiliki gambaran lesi *central healing* (bagian tepi lebih aktif, sedangkan bagian tengah menipis dan cenderung mengalami penyembuhan) (Harahap, 2013).



Gambar 8. Effloresensi Tinea Corporis (Siregar, 2013)

2.2.5. Diagnosa Dermatofitosis

Diagnosis dibuat berdasarkan anamnesis, gambaran efloresensi, hasil pemeriksaan mikroskopis yang positif serta dapat dilanjutkan dengan kultur untuk identifikasi jenis jamur. Gambaran yang bisa didapat dari anamnesis antara lain, pada kulit ditemukan lesi yang sangat khas yaitu adanya bercak berbatas tegas dengan bagian tepi lebih aktif serta jaringan

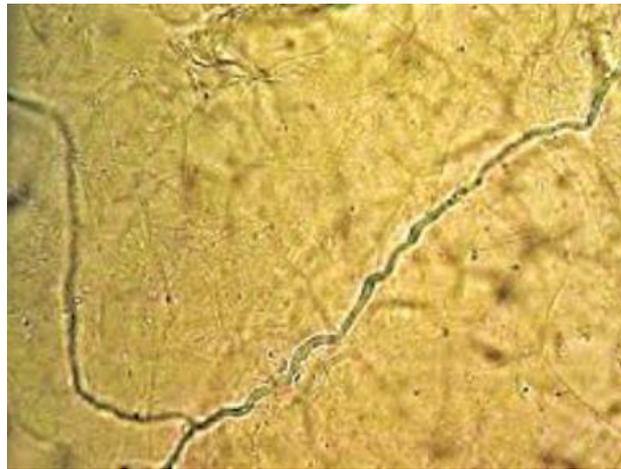
kulit yang rusak akibat dari reaksi inflamasi pada inang. Keluhan juga dapat disertai sensasi gatal yang jika digaruk, papula atau vesikel yang ada dapat pecah yang kemudian saat mengering terbentuk gambaran krusta dan skuama (Kurniawati 2015)

a. Pemeriksaan KOH

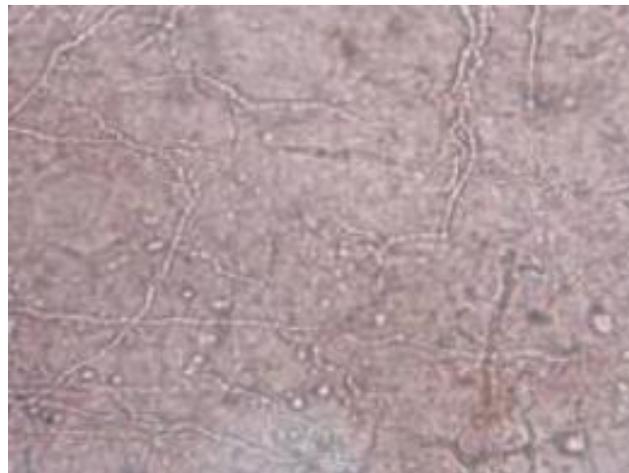
Penegakan diagnosis baku emas dermatofitosis ialah pemeriksaan mikroskopis dengan Kalium Hidroksida (KOH) 10-20%. Adanya hifa bersepta dan bercabang dan atau spora dalam sediaan mikroskopis dengan reagen KOH dapat menegakkan diagnosis dermatofitosis. Pemeriksaan KOH untuk mengidentifikasi adanya struktur jamur pada sampel dengan kecurigaan dermatofitosis merupakan metode yang cepat, sederhana, dan murah serta secara umum telah digunakan sebagai metode skrining awal dermatofitosis (Sarumpaet, 2019).

Prosedur pemeriksaan dermatofitosis dengan pemeriksaan KOH diawali dengan prosedur mengambil kerokan kulit, rambut, atau kuku lokasi terjadinya dermatofitosis. Bagian yang akan dilakukan kerokan terlebih dahulu dibersihkan dengan *alcohol swab*. Sampel yang digunakan adalah bagian lesi kulit yang aktif, yaitu yang berada di tepi lesi. Lakukan proses pengambilan sampel dengan bagian tumpul mata pisau bedah secara perlahan. Sampel yang didapat disimpan dalam cawan petri, kemudian sampel tersebut bisa digunakan sebagai bahan pemeriksaan dengan reagen KOH. Hasil sampel yang didapat juga bisa langsung ditempatkan pada *object glass* steril. Prosedur pemeriksaan KOH selanjutnya yaitu prosedur pembuatan preparat. Teteskan reagen KOH 10% (untuk sampel kulit dan rambut) atau KOH 20% (untuk sampel kuku) pada *object glass*, selanjutnya letakkan sampel kerokan kulit/rambut/kuku pada tetesan reagen KOH menggunakan ujung jarum ose yang sebelumnya sudah dibahasi dengan reagen KOH. Lalu preparat ditutup menggunakan *cover glass*. Preparat tersebut selanjutnya dilewatkan diatas api beberapa kali, setelah itu diamkan preparat selama sekitar 10 menit. Preparat yang sudah jadi dapat

langsung dilakukan pemeriksaan mikroskopis menggunakan mikroskop dengan kondensor rendah. Untuk pemeriksaan gunakan perbesaran lensa objektif 10x dan 40x.



Gambar 9.Hifa jamur pada pemeriksaan KOH Perbesaran 400x (Siregar, 2005)



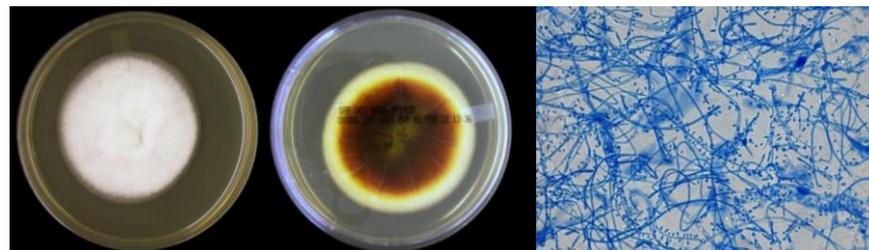
Gambar 10. Hifa dan spora jamur pada pemeriksaan KOH perbesaran 400x (Siregar, 2013)



Gambar 11. Hifa jamur pemeriksaan KOH perbesaran 400x (Siregar, 2013)

b. Kultur Jamur

Kultur jamur adalah metode diagnostik yang biasanya digunakan hanya pada kasus yang berat yang tidak berespon pada pengobatan sistemik. Kultur diperlukan untuk menentukan spesies karena semua spesies dermatofita tampak identik pada sediaan langsung. Sangat penting bahwa setiap laboratorium menggunakan media standar, yaitu terdapat beberapa varian untuk kultur, seperti *Sabouraud Dextrose Agar* (SDA) yang ditambahkan dengan antibiotik, *chloramphenicol*, dan *cycloheximide*. Media kultur diinkubasi pada suhu kamar maksimal 26°C hingga 4 minggu dan dibuang jika tidak ada pertumbuhan.



Gambar 12. Hasil kultur dan pemeriksaan mikroskopis *T. rubrum*



Gambar 13. Hasil kultur dan pemeriksaan mikroskopis *T. Mentagrophytes*



Gambar 14. Hasil kultur dan pemeriksaan mikroskopis *M. canis*

c. Lampu Wood

Penggunaan lampu *wood* menghasilkan sinar ultraviolet 360 nm (sinar hitam) yang dapat digunakan untuk mengevaluasi penyakit kulit dan rambut. Lampu *wood* dimungkinkan untuk memvisualisasikan pigmen fluoresen dan perbedaan halus dalam warna pigmentasi. Lampu *wood* bisa digunakan untuk menyingkirkan adanya eritrasma dimana fluoresensi merah bata akan muncul (Yossela T, 2015).

2.2.6. Pencegahan Dermatofitosis

Secara umum pencegahan yang dapat dilakukan untuk mencegah penyakit dermatofitosis adalah dengan memperhatikan *personal hygiene*, dekontaminasi tempat kerja, dan menjaga ketertiban di sekitar lingkungan

kerja. *Personal hygiene* atau kebersihan diri, seperti mencuci tangan dengan sabun, mandi setelah bekerja, membersihkan dan mengganti pakaian setiap hari, membersihkan APD dan sejenisnya (Suma'mur, 2009).

Personal hygiene merupakan kebersihan pribadi yang diterapkan untuk menjaga kesehatan perorangan baik dari segi fisik maupun psikologis. Pengertian *personal hygiene* atau kebersihan pribadi (*personal health effort*) adalah upaya dari seseorang untuk menjaga dan meningkatkan tingkat kesehatan. *Personal hygiene* berasal dari bahasa Yunani yaitu 'personal' yang berarti individu dan 'higiene' memiliki arti sehat. *Personal hygiene* adalah tindakan yang diambil untuk menjaga kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. *Personal hygiene* adalah hal yang sangat penting untuk diperhatikan, terutama selama masa perkembangan. Dengan *personal hygiene* yang buruk maka kondisi tersebut dapat menghambat perkembangan kualitas sumber daya manusia. Untuk mempertahankan kesehatan pribadi tentunya tidak bisa mengabaikan kebiasaan sehat yang dilakukan sehari-hari (Rejeki, 2015).

Upaya yang dapat dilakukan untuk menjaga *personal hygiene* antara lain dengan (Nahrajanti, 2020) :

1. Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala

Mempertahankan kebersihan rambut dan kulit kepala dapat dilakukan dengan mencuci rambut, hal ini tidak hanya bertujuan untuk membersihkan rambut dan kulit kepala tetapi juga bertujuan untuk memudahkan dalam perawatannya. Upaya menjaga kesehatan rambut dapat dilakukan dengan memperhatikan beberapa hal, antara lain :

- a. Jaga kebersihan rambut dengan mencucinya setidaknya dua kali seminggu.
- b. Cuci rambut dengan sampo, dan jangan menggunakan alat perawatan rambut bergantian dengan orang lain.

2. Kebersihan tangan, kaki dan kuku

Kebersihan tangan, kaki, dan kuku juga merupakan aspek yang penting karena dapat mencegah berbagai penyakit. Tangan, kaki, dan kuku yang kotor dapat menyebabkan kontaminasi dan menimbulkan banyak penyakit. Upaya mempertahankan kebersihan tangan, kaki dan kuku antara lain:

- a. Kuku tangan tumbuh sepanjang 0,5-1,5 mm setiap minggunya, kuku tangan memiliki kecepatan pertumbuhan empat kali lipat lebih cepat dibanding kuku kaki. Upayakan agar kuku tangan selalu dalam kondisi pendek untuk meminimalisir menjadi *port de entry* mikroorganisme patogen melalui kuku.
- b. Cat kuku yang digunakan secara terus menerus tidak baik karena dapat menimbulkan kuku yang terlihat berwarna kuning dan rapuh. Oleh karena itu, hendaknya biasakan tidak menggunakan cat kuku terlalu sering.
- c. Mencuci tangan dan kaki minimal dua kali sehari atau setiap kali nampak kotor.
- d. Untuk menjaga kuku tetap sehat, juga bisa dilakukan dengan meminum susu secara konsisten dan jika memungkinkan setiap hari, sebab susu mengandung kandungan kalsium yang tinggi yang berguna untuk menjaga kuku tetap kokoh.
- e. Mempertahankan kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan dengan sabun sebelum menyiapkan/menyajikan atau memakan makanan, setelah bersentuhan dengan hewan, setelah menyentuh sampah, setelah berkontak dengan orang yang sedang sakit, dan setelah mengganti popok anak.
- f. Bersihkan tangan menggunakan air bersih dan sabun untuk menghilangkan mikroorganisme, bersihkan sepenuhnya bagian jari-jari. Kebersihan kuku dijaga dengan rutin menjaga kuku senantiasa pendek dan tidak menggigit kuku. Ada tujuh langkah mencuci tangan menurut WHO (2020) agar mencuci tangan efektif untuk menghilangkan mikroorganisme, yaitu :

1. Menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir untuk membasahi tangan, lalu dengan perlahan gosok kedua telapak tangan dengan arah melingkar. Gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian.
 2. Dilanjutkan menggosok bagian sela-sela jari tangan sampai bersih.
 3. Cuci bagian ujung-ujung jari secara bergantian dengan posisi mengunci.
 4. Gosok tangan dengan gerakan memutar kedua ibu jari secara bergantian.
 5. Ujung jari diletakkan di telapak tangan kemudian gosok keduanya, lalu bilas kembali menggunakan air bersih dan keringkan dengan handuk kering dan bersih.
3. Kebersihan Badan

Bau badan yang menyengat sering menjadi masalah, hal ini dapat dicegah dengan menjaga kebersihan badan. Dalam tubuh terdapat dua kelenjar, yaitu kelenjar akrin dan apokrin yang memproduksi keringat. Kelenjar akrin berperan menghasilkan keringat yang biasanya muncul di tangan, punggung, dan dahi. Keringat yang dihasilkan kelenjar akrin adalah keringat yang jernih dan tidak berbau dan dikeluarkan sejak masa kanak-kanak. Kelenjar aprokrin berlokasi di area yang terdapat rambut, seperti ketiak, pubis dan bagian dalam hidung. Bau badan dapat dihindari dengan:

- a. Membersihkan badan dengan mandi menggunakan sabun minimal dua kali sehari.
- b. Kenakan pakaian yang bersih dan usahakan berganti pakaian sehari sekali atau tiap pakaian kotor atau basah.
- c. Tidak berbagi perlengkapan pribadi seperti pakaian, handuk, selimut, dan alat mandi.
- d. Tidak mengenakan pakaian yang lembab.

4. Kebersihan pakaian

Pakaian bersih adalah pakaian yang terbebas dari kotoran dan mikroorganisme yang dapat menyebabkan penyakit. Upaya yang dapat dilakukan untuk mempertahankan kebersihan pakaian yaitu seperti dibawah ini :

- a. Mencuci pakaian, handuk, serta sprei secara rutin dengan detergen dan jemur di bawah paparan matahari.
- b. Usahakan untuk tidak terbiasa memakai pakaian, handuk, dan sprei orang lain terutama dengan orang yang sedang mengalami penyakit kulit.
- c. Kenakan pakaian dalam yang bersih dan menggantinya minimal satu kali sehari.

Dalam membersihkan pakaian haruslah menggunakan air yang bersih. Air yang dapat digunakan untuk membersihkan pakaian yaitu sebagai berikut:

- a. Air bersih dan berwarna jernih, tidak memiliki rasa, warna, serta bau.
- b. Tidak mengandung NaCl karena dapat menyebabkan pakaian kaku dan mudah robek.

Kondisi lembab dan basah erat hubungannya dengan infeksi kulit dermatofitosis, penggunaan APD yang tepat diyakini dapat mengurangi paparan petani terhadap kondisi lingkungan kerja yang lembab dan basah (Tarwaka, 2015). Tarwaka tahun 2015 menyatakan APD merupakan alat yang harus digunakan saat bekerja dan disesuaikan dengan bahaya dan risiko pekerjaan sebagai perlindungan keselamatan pekerjaan dan orang di sekitarnya (Tarwaka, 2015). Seperti yang diungkapkan Budiono (2016) APD adalah seperangkat alat yang digunakan oleh pekerja sebagai proteksi sebagian atau seluruh tubuhnya dari kemungkinan bahaya atau kecelakaan kerja.

Pemilihan APD harus disesuaikan dengan peraturan yang telah ditetapkan yaitu sebagai berikut (Permenkertrans, 2010) :

1. Memberikan proteksi yang memadai terhadap suatu bahaya tertentu yang dihadapi oleh pekerja.
2. Ringan dan nyaman.
3. Fleksibel dalam penggunaannya.
4. Tidak mudah rusak.
5. Penggunaannya tidak menyebabkan bahaya tambahan bagi pemakainya.
6. Sesuai standar yang telah ditetapkan.
7. Perawatan APD mudah.
8. Tidak menghambat pengguna saat bergerak.

Perawatan dan kontrol terhadap APD sangat penting, sebab APD sensitif terhadap adanya perubahan tertentu. APD juga dapat menjadi sumber penularan berbagai jenis penyakit bila digunakan secara bergantian.

APD sangat penting bagi petani. Jenis dan fungsi APD bagi petani sebagai berikut :

1. Pakaian pelindung

Menurut Nanda (2019) sebagai proteksi tubuh terhadap pajanan pestisida, hendaknya petani mengenakan pakaian pelindung yang terdiri dari:

a. Baju panjang

Pemilihan baju panjang sebagai APD dihindari yang terdapat banyak lipatan, lebih utama tidak disediakan saku, kerah dan bagian depan baju dapat menutupi leher petani atau terdapat pengikat (Nanda, 2019).

b. Celana panjang

Hendaknya tidak memiliki banyak lipatan, sebab lipatan tersebut dapat menjadi tempat terakumulasinya partikel pestisida (Nanda, 2019).

c. Pakaian terusan

Pakaian lengan panjang yang langsung menutupi seluruh tubuh. Jenis ini lebih praktis digunakan (Nanda, 2019).

2. Alat Pelindung Tangan

Kecelakaan kerja pada tangan merupakan yang paling sering terjadi sehingga alat pelindung tangan merupakan alat yang paling umum digunakan (Nanda, 2019). Pekerja harus mengenakan alat pelindung tangan jika pada pekerjaannya ada kemungkinan kecelakaan kerja pada tangan, seperti cedera tangan dari benda tumpul, goresan, paparan bahan yang berisiko serta gigitan serangga (Nanda, 2013). Setiap petani bekerja dengan pestisida yang memiliki konsentrasi tinggi, penting untuk menggunakan sarung tangan (*gloves*). *Gloves* yang dipakai ialah *Gloves* elastis yang khusus serta cukup panjang untuk melindungi pergelangan tangan. Penggunaan *gloves* ditujukan guna memberi proteksi bagian tangan petani dari partikel pestisida (Nanda, 2019).

3. Alat Pelindung Kepala

Agar bahan berbahaya tidak masuk melalui kepala, menggunakan alat pelindung kepala sangatlah penting. Dalam pemilihan alat pelindung kepala yang perlu diperhatikan adalah (Nanda, 2019):

- a. Menggunakan bahan yang tahan dari cairan.
- b. Memiliki tepi yang lebar sehingga penggunaannya semaksimal mungkin melindungi kepala.
- c. Tidak menimbulkan ketidaknyamanan saat kondisi panas.

4. Alat Pelindung Kaki

Saat pekerja menyemprotkan pestisida sepatu *boots* sangat penting. *Boots* bisa dibuat dari bahan *neoprene*. Alat pelindung kaki harus dapat melindungi pekerja dari cairan. Pada petani yang bekerja di persawahan, harus mengenakan sepatu yang tidak licin agar tidak mudah terpeleset, sementara sepatu karet dapat digunakan saat bekerja bersama bahan kimia (Nanda, 2019).

5. Alat Pelindung Wajah

Alat yang berfungsi melindungi wajah. Harus transparan, ringan, dan terbuat dari bahan yang tahan api (Nanda, 2019). Penggunaannya dipasang menggantung di kepala dan harus dapat dengan mudah

dinaikkan dan diturunkan didepan wajah. Pada petani alat pelindung wajah dapat dipakai untuk melindungi wajah pada saat bekerja dengan pestisida untuk menghindari paparan partikel pestisida. Masker merupakan alat pelindung pernapasan yang digunakan untuk melindungi hidung, mulut, bawah rahang, dan rambut janggut (jenggot) dari pencemaran lingkungan oleh faktor senyawa seperti polutan, residu, asap, gas beracun, mikroba, serta untuk mencegah penularan penyakit. Umumnya masker terbuat dari bahan tahan air sehingga dapat melindungi wajah petani dari paparan partikel pestisida (Nanda, 2019).

6. Alat Pelindung Telinga

Gangguan pendengaran adalah gangguan yang seringkali terjadi namun juga seringkali diabaikan karena gangguan tersebut tidak langsung menyebabkan cedera (Nanda, 2019). Untuk meminimalisir bahaya yang timbul di tempat kerja terhadap pendengaran dapat digunakan alat pelindung telinga yang berperan sebagai *barrier* antara kebisingan dan telinga bagian dalam. Menurut Nanda (2019) dapat dibedakan menjadi :

a. Sumbat telinga (*ear plug*)

Penyumbat telinga memberikan proteksi paling maksimal karena dipasang ke telinga dan menghalangi bisung masuk ke liang telinga.

b. Tutup telinga (*ear muff*)

Perangkat yang dikenakan di bagian telinga luar dan disusun dari spons sebagai penutupnya yang bertujuan untuk memberi perlindungan dari kebisingan.

Upaya preventif yang dapat dilakukan oleh petani adalah (Hartati, 2017):

1. Infeksi jamur dapat diperburuk oleh panas, kelembaban, dan maserasi. Daerah yang terinfeksi jamur setelah mandi harus dikeringkan seluruhnya dengan baik dan dapat diberikan bedak anti jamur (Tinactin/Doctori) dapat dioleskan setelah bagian tubuh kering dan dapat dioleskan kembali setiap hari pada pagi hari.

2. Penggunaan alat pelindung diri lainnya harus pas tetapi tidak terlalu ketat.
3. Pasien dengan hiperhidrosis dapat memakai alas kaki dari bahan katun yang mudah menyerap dan tidak memakai bahan berbulu/wol atau bahan sintetis.
4. Pakaian dan handuk harus sering diganti dan dicuci bersih dengan menggunakan air panas.

2.2.7. Pengobatan Dermatofitosis

Penatalaksanaan dermatofitosis terdapat dua cara yaitu pengobatan farmakologi serta non-farmakologi.

1. Tatalaksana Farmakologi

Penatalaksanaan dermatofitosis secara farmakologis diberikan dengan obat antijamur topikal. Agen antijamur topikal yang digunakan termasuk obat allylamine, imidazol, cyclopirox, benzylamine dan tolnaftate. Bentuk sediaan topikal yang optimal digunakan untuk pengobatan adalah krim atau solusio karena setelah obat dioleskan pada daerah lesi dapat dilakukan pemijatan untuk meningkatkan kontak obat dengan jamur. Dalam kasus yang parah, pengobatan dermatofitosis membutuhkan antijamur sistemik. Pilihan untuk dewasa adalah flukonazol oral 150-200 mg/hari selama 4-6 minggu, griseofulvin 500-1000 mg/hari selama 4 minggu, itrakonazol 200-400 mg/hari selama 1 minggu, atau terbinafine 250 mg/hari selama 2 minggu, Sedangkan untuk anak dosis yang digunakan adalah flukonazol 6 mg/kgBB/hari selama 4-6 minggu, griseofulvin 15-20 mg/kgBB/hari selama 4 minggu, dan itrakonazol 3-5 mg/kgBB/hari selama 1 minggu. akhir pekan (Djuanda, 2013).

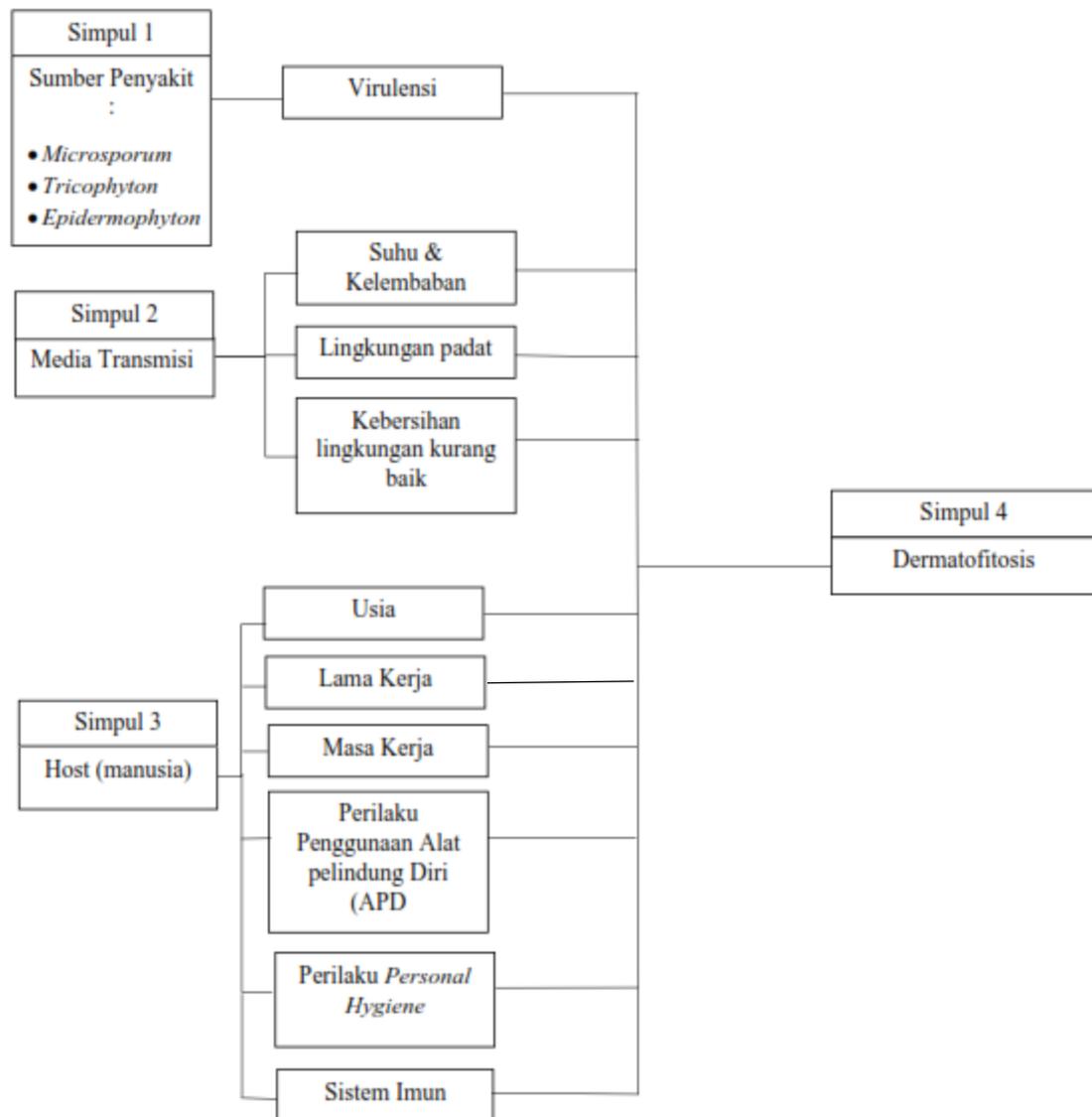
Antibiotik topikal dan sistemik juga dapat ditambahkan pada regimen pengobatan pasien dermatofitosis sesuai indikasi, misalnya terdapat infeksi sekunder oleh bakteri. Agen antibakteri topikal biasanya

mupirocin, retapamulin, neomycin, gentamicin, bacitracin dan polymyxin B untuk infeksi bakteri superfisial. Untuk agen antibakteri sistemik, hampir semua jenis antibiotik dapat digunakan, dengan penisilin dan sefalosporin sebagai pilihan pertama. Kortikosteroid seperti betametason juga dapat diberikan untuk membantu mempercepat penyembuhan (Djuanda, 2013).

2. Terapi non-farmakologi

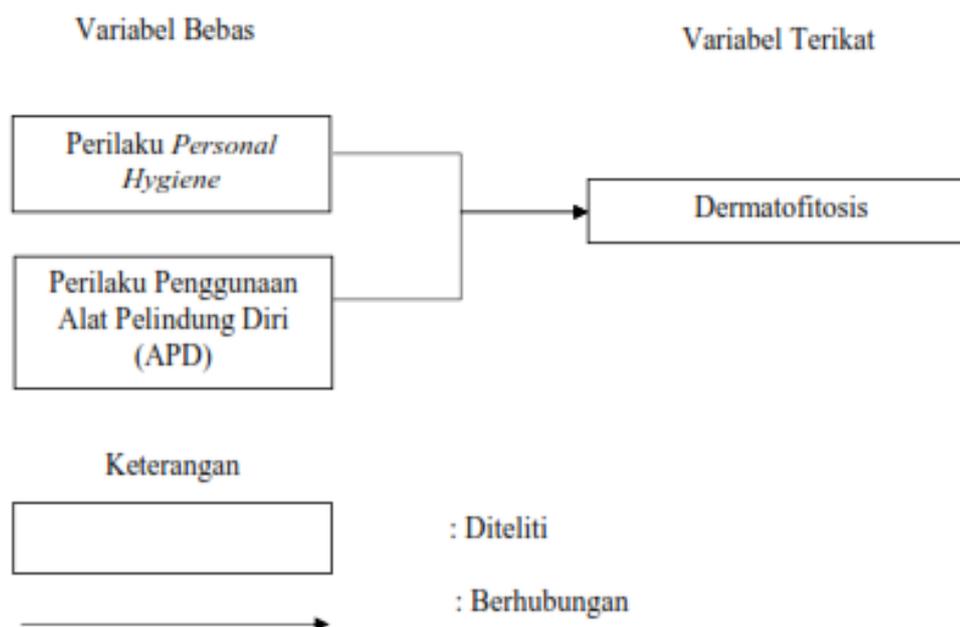
Pengobatan nonfarmakologis untuk dermatofitosis harus dapat dilakukan dengan memberikan edukasi penjelasan kepada pasien tentang pentingnya menjaga *personal hygiene*, menjaga daerah infeksi tetap kering, membersihkan tempat infeksi, dan menggunakan pakaian serta alas kaki atau APD yang bersih dan menyerap keringat. Menggunakan alas kaki saat di jamban atau kolam renang juga dapat mencegah terjadinya dermatofitosis (Arjana, 2018).

2.3 Kerangka Teori



Gambar 15. Kerangka Teori Penelitian
 Sumber : Siregar (2018), Syafina (2020), Achmadi (2012)

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 16. Kerangka Konsep Penelitian

2.5 Hipotesis

- H₀ = Tidak terdapat hubungan antara perilaku *personal hygiene* dengan kejadian dermatofitosis pada petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur.
- H₁ = Terdapat hubungan antara perilaku *personal hygiene* dengan kejadian dermatofitosis pada petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur.
- H₀ = Tidak terdapat hubungan antara perilaku penggunaan alat pelindung diri (APD) dengan kejadian dermatofitosis pada petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur.
- H₁ = Terdapat hubungan antara perilaku penggunaan alat pelindung diri (APD) dengan kejadian dermatofitosis pada petani di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur.

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian survei analitik dengan pendekatan observasional dan desain penelitian *cross sectional* karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel bebas dan variabel terikat dengan pengumpulan data yang dilakukan secara bersama-sama pada satu waktu (Notoatmodjo, 2012).

3.2 Tempat dan Waktu

3.2.1 Tempat

Penelitian ini dilakukan di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur dan Laboratorium Mikrobiologi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

3.2.2 Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari-April 2022.

3.3 Subjek Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. Populasi target pada penelitian ini adalah seluruh petani yang berasal dari Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Kabupaten Lampung Timur.

3.3.2 Sampel

Sampel merupakan sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti. Sampel dalam penelitian ini adalah Petani di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Kabupaten Lampung Timur dengan kriteria sebagai berikut :

3.3.3 Kriteria Penelitian

a. Kriteria Inklusi

1. Responden bersedia menjadi sampel penelitian
2. Lama bekerja lebih dari 3 tahun
3. Responden yang berusia 15-64 tahun
4. Bertempat tinggal di Desa Taman Cari Purbolinggo Lampung Timur

b. Kriteria eksklusi

1. Responden dengan penggunaan sitostatika
2. Responden dengan penggunaan kortikosteroid lebih dari 2 minggu
3. Responden dengan penyakit kronis immunosupresi

3.4 Metode Pengumpulan Data

3.4.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung yang berasal dari subjek penelitian melalui lembar kuesioner, wawancara, serta pemeriksaan. Data perilaku *personal hygiene*, perilaku penggunaan Alat Perlindungan Diri (APD) dan keluhan kejadian dermatofitosis diambil menggunakan kuesioner. Penegakan diagnosis dermatofitosis dilakukan dengan pemeriksaan fisik kulit kuku/rambut dan pemeriksaan kerokan kulit/rambut/kuku menggunakan KOH. Data primer lainnya adalah karakteristik responden yang terdiri dari usia, dan jenis kelamin.

3.4.2 Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari literatur, yaitu dengan mengumpulkan dan mempelajari data yang diperoleh dari profil kesehatan, catatan, literatur dan dokumentasi yang berkaitan dengan masalah penelitian terkait dermatofitosis, serta data demografi dan geografis Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur, serta literatur-literatur lain pada penelitian-penelitian terdahulu yang terkait dengan penelitian ini.

3.5 Teknik Pengambilan Sampel

Penelitian ini menggunakan teknik *consecutive sampling* yaitu teknik pengambilan *sampling* dimana semua subyek yang datang ke lokasi penelitian dan memenuhi kriteria inklusi dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang telah ditentukan terpenuhi (Arikunto,2013).

3.6 Besar Sampel

Rumus besar sampel minimal dihitung menggunakan Rumus Lemeshow dengan jumlah populasi yang sudah diketahui (Dahlan,2013) :

$$n = \frac{z^2 1 - \alpha/2 P(1 - P)N}{d^2(N - 1) + z^2 1 - \alpha/2 P(1 - P)}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

$z^2_{1-\alpha/2}$ = derajat kemaknaan 95 % ($\alpha = 0,05$) sehingga diperoleh nilai 1,96

P = proporsi populasi (0,61) (Amalia, 2018)

d = presisi absolut (0,05)

N = jumlah populasi

Dalam penelitian ini jumlah populasi petani ada 150 orang dengan batas ketelitian 5%. Maka jumlah sampel dalam penelitian ini adalah:

$$n = \frac{z^2 1 - \alpha/2 P(1 - P)N}{d^2(N - 1) + z^2 1 - \alpha/2 P(1 - P)}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,618 \times (1 - 0,61) \times 150}{(0,05)^2(150 - 1) + (1,96)^2 \times 0,61 \times (1 - 0,61)}$$

$$n = \frac{3,8416 \times 0,618 \times 0,39 \times 150}{0,0025 \times 149 + 3,8416 \times 0,61 \times 0,39}$$

$$n = \frac{136,03643424}{0,0025 \times 149 + 3,8416 \times 0,61 \times 0,39}$$

$$n = \frac{137,087496}{0,3725 + 0,9139}$$

$$\begin{aligned} n &= \frac{137,08496}{1,2864} \\ &= 106,6 \end{aligned}$$

$$n = 106,6$$

$$n \approx 107 \text{ orang}$$

Maka didapat besar jumlah sampel minimum yaitu 107 orang.

3.7 Variabel Penelitian

3.7.1 Variabel Bebas

Variabel bebas yang diamati dalam penelitian ini adalah perilaku *personal hygiene* dan perilaku penggunaan Alat Pelindung Diri (APD).

3.7.2 Variabel Terikat

Variabel terikat yang diamati dalam penelitian ini adalah kejadian dermatofitosis pada Petani di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur.

3.8 Definisi Operasional Variabel

Tabel 1. Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen						
1. Perilaku <i>Personal Hygiene</i>		Kebersihan diri sendiri meliputi kebersihan kulit, kebersihan telapak tangan, kuku dan kaki, kebersihan pakaian, kebersihan rambut. (Siregar, 2018)	Kuesioner Selalu = 2 Kadang- Kadang = 1 Tidak Pernah = 0	Pengisian oleh responden dengan panduan dan penjelasan peneliti	0. Kurang (0-19) 1. Cukup (20-39) 2. Baik (40-58)	Ordinal
2. Perilaku Penggunaan Alat Pelindung Diri		Alat yang digunakan untuk melindungi pekerja dari cedera atau penyakit yang disebabkan oleh kontak dengan bahaya di tempat kerja (Siregar, 2018)	Kuesioner Selalu = 2 Kadang- Kadang = 1 Tidak Pernah = 0	Pengisian oleh responden dengan panduan dan penjelasan peneliti	0. Kurang (0-3) 1. Cukup (4-7) 2. Baik (8-10)	Ordinal
Variabel Bebas						
1. Dermatofitosis		Penyakit yang ditandai dengan kulit yang gatal, makula eritem numular sampai geografis berbatas tegas, papula eritem dapat dengan skuama, tepi aktif yang terdiri dari papul dan pustul, fisura pada kaki, hiperkeratosis, halus putih kecoklatan,	Kuesioner Ya = 1 Tidak = 0	Anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan kerokan kulit/rambut/ku	0. Ya (1-8) 1. Tidak (0)	Nominal

vesikopustulo miliar. Kuku ditemukan, bercak putih dan kasar, kuku yang rusak, rapuh, berwarna suram, permukaan menebal, dibawah kuku tampak detritus yang mengandung elemen jamur.

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Dependen						
		<p>Dan rambut tampak papula miliar sekitar rambut dapat dengan skuama, rambut mudah putus, rambut suram, alopesia coklat, radang pada folikel yang dikonfirmasi oleh dokter serta dengan pemeriksaan kerokan kuku, kulit, dan rambut (Rosita & Kurniati, 2008) (Siregar, 2018)</p>				

3.9 Instrumen Penelitian

1. Kuesioner perilaku *personal hygiene*, digunakan untuk menggali informasi mengenai perilaku *personal hygiene* yang meliputi kebersihan kulit, kebersihan telapak tangan, kuku dan kaki, kebersihan pakaian, kebersihan rambut. Berisi 29 pertanyaan dengan alternatif jawaban sebanyak 3 pilihan (selalu, kadang-kadang, tidak pernah)
 - a. Jika memilih selalu, mendapat skor 2
 - b. Jika memilih kadang-kadang, mendapat skor 1
 - c. Jika memilih tidak pernah, mendapat skor 0
2. Kuesioner perilaku penggunaan alat pelindung diri (APD), digunakan untuk menggali data mengenai perilaku penggunaan APD yang berisi 5 pertanyaan dengan alternatif jawaban 3 pilihan (selalu, kadang-kadang, tidak pernah)
 - a. Jika memilih selalu, mendapat skor 2
 - b. Jika memilih kadang-kadang, mendapat skor 1
 - c. Jika memilih tidak pernah, mendapat skor 0
3. Kuesioner timbulnya dermatofitosis, berisi pertanyaan masing-masing sebanyak 8 buah, dengan alternatif jawaban sebanyak 2 pilihan (ya dan tidak).
 - a. Jika memilih ya, mendapat skor 1
Jika memilih tidak, mendapat skor 0
4. Pemeriksaan KOH, dengan menggunakan sampel kerokan kulit, kuku dan rambut dengan reagen larutan KOH 10% untuk kulit dan rambut serta 20% untuk kuku.
 - a. Hasil positif jika ditemukan septa dan percabangan hifa dan atau spora
 - b. Hasil negatif jika tidak ditemukan septa dan percabangan hifa dan atau spora

3.10 Alur Penelitian

Penelitian dimulai dengan tahap persiapan meliputi: pembuatan proposal, pengurusan perizinan dan kordinasi. Setelah mendapat izin dilanjutkan dengan tahap pelaksanaan dimulai dengan pengisian persetujuan penelitian berupa *informed consent* oleh responden, proses pengisian daftar pertanyaan atau kuesioner dan pencatatan, pemeriksaan fisik yang dikonfirmasi oleh dokter serta pemeriksaan kerokan kulit, kuku, serta rambut dengan KOH. Pengumpulan data diambil dari data primer, diambil secara langsung dari responden.

3.10.1. Prosedur Pemeriksaan KOH

A. Pengambilan Spesimen

1. Alat

- a. Skalpel
- b. Pinset
- c. Alkohol 70%
- d. Kapas
- e. Kertas/ wadah bersih

2. Lokasi

- a. Kulit : bagian tepi lesi
- b. Kuku : kuku yang mengalami penebalan
- c. Rambut
 - Pada rambut yang rapuh dan berwarna agak pucat
 - Pada rambut terdapat benjolan
 - Daerah sekitar rambut yang menunjukkan kelianan kulit (bersisik, botak, dll)

3. Cara pengambilan

- a. Kerokan kulit
 - Bersihkan kulit yang akan dikerok dengan kapas alkohol 70% untuk menghilangkan lemak, debu, dan kotoran lainnya.

- Kerok bagian yang aktif dengan skalpel dengan arah dari atas ke bawah (cara memegang skalpel harus miring membentuk sudut 45° ke atas).

- Letakkan hasil kerokan kulit pada kertas atau wadah

b. Kerokan/gunting kuku

- Bersihkan kuku yang sakit dengan kapas alkohol 70%

- Kerok bagian kuku yang sakit pada bagian permukaan dan bagian bawah kuku yang sakit, bila perlu kuku tersebut digunting.

- Letakkan kuku tersebut pada kertas/wadah bersih

c. Rambut

- Rambut disekitar lesi dicabut dengan pinset

- Letakkan rambut pada kertas/wadah yang bersih

B. Pembuatan Sediaan

1. Alat

a. Kaca objek

b. Kaca penutup

c. Lampu spirtus

d. Pinset

2. Reagen

a. Larutan KOH 10% untuk kulit dan rambut.

b. Larutan KOH 20% untuk kuku.

3. Cara pembuatan sediaan

a. Teteskan 1-2 tetes larutan KOH pada kaca objek

b. Letakkan bahan yang akan diperiksa pada tetesan tersebut dengan menggunakan pinset yang sebelumnya dibasahi dahulu dengan larutan KOH tersebut. Kemudian tutup dengan kaca penutup.

c. Biarkan 15 menit atau dihangatkan diatas nyala api selama beberapa detik untuk mempercepat proses lisis.

C. Pengiriman Spesimen

1. Wadah

- Amplop yang bersih

2. Cara pengiriman

- Bungkus spesimen yang telah diletakkan pada kertas/wadah yang bersih dan kering
- Kemudian masukkan ke dalam amplop
- Tulis identitas responden di atasnya
- Kemudian masukkan lagi ke dalam amplop yang lebih besar dan tebal, lalu rekatkan.
- Spesimen siap dikirim

D. Cara pemeriksaan

1. Alat

- Mikroskop

2. Cara

- Periksa sediaan dibawah mikroskop
- Mula-mula dengan perbesaran objektif 10X kemudian dengan perbesaran 40X untuk mencari adanya hifa dan spora.

E. Hasil

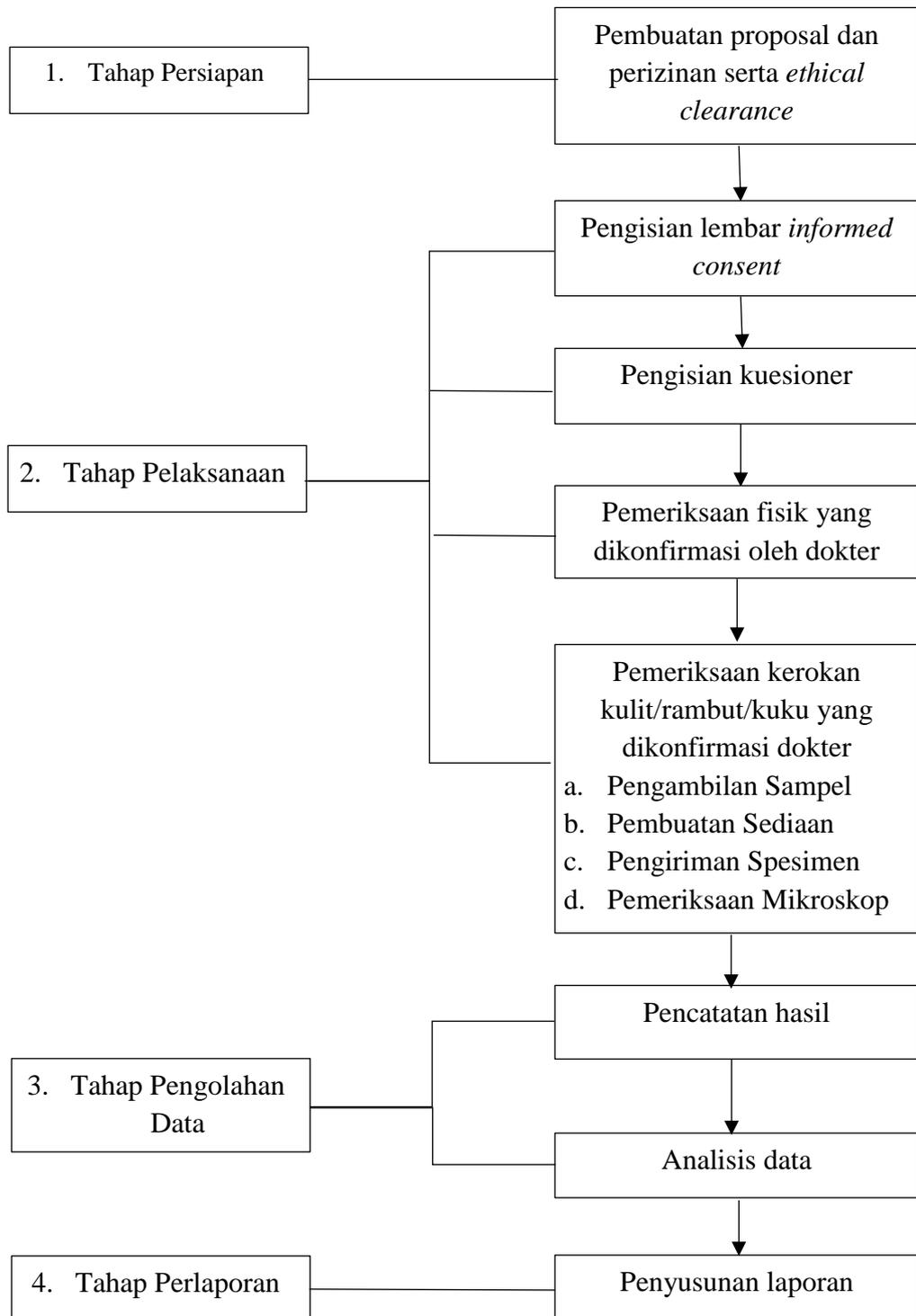
a. Positif

Bila ditemukan adanya septa dan percabangan hifa dan atau spora

b. Negatif

Bila tidak ditemukan septa dan percabangan hifa dan atau spora

Tahap selanjutnya adalah tahap pengolahan data berupa analisis data untuk mendapatkan hasil penelitian. Tahap akhir dalam penelitian adalah pengolahan hasil dan pembahasan dari hasil penelitian yang dilakukan.



Gambar 17. Alur Penelitian

3.11 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

- a. *Editing*, peneliti pada tahap ini akan melakukan pemeriksaan terhadap daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh responden, apakah terdapat kekeliruan dalam pengisiannya.
- b. *Coding*, melakukan pengklasifikasian kategori dimulai dari data yang diperoleh dan dilakukan dengan memberikan tanda atau *code* berbentuk angka pada setiap kategori.
- c. *Tabulating*, data yang telah diberi *code* kemudian dikelompokkan lalu dihitung dan dijumlahkan dan kemudian disajikan dalam bentuk tabel.
- d. *Cleaning*, proses pengolahan data dengan melakukan verifikasi terhadap data yang sudah dimasukkan. Untuk melihat apakah ada kesalahan atau tidak, terutama kompatibilitas pengkodean yang telah ditetapkan dengan pengetikan melalui komputer. Selanjutnya dianalisis dengan bantuan *software* SPSS.
- e. *Computer output*, merupakan proses akhir dalam pengolahan data dimana hasil analisis oleh komputer kemudian dicetak.

3.12 Analisis Data

3.12.1 Analisis Univariat

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini, antara lain dengan menggunakan analisis univariat. Analisis ini dilakukan terhadap tiap variabel penelitian dari hasil penelitian. Analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2012).

3.12.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012). Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui hubungan faktor risiko dengan kejadian dermatofitosis pada petani penggarap sawah Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur. Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan program SPSS. Uji yang digunakan dalam penelitian ini yaitu uji *Chi square* atau *Fisher*. Uji *Chi-square* digunakan untuk uji hipotesis data kategori tidak berpasangan yaitu untuk mengestimasi pengaruh dari masing-masing faktor-faktor yang diteliti terhadap kejadian *dermatofitosis*. Syarat uji *Chi-square* adalah sel yang memiliki *expected value* kurang dari 5 maksimal 20% dari jumlah sel. Jika uji *Chi-square* tidak terpenuhi, maka dipakai penggabungan sel atau uji alternatifnya yaitu uji *Fisher*.

3.13 Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan komisi etik fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan nomor 796/UN26.18/PP.05.02.00/2022.

BAB V **KESIMPULAN**

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang didapat mengenai hubungan perilaku *personal hygiene* dan perilaku penggunaan alat pelindung diri (APD) dengan kejadian dermatofitosis pada petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur, maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Terdapat hubungan antara perilaku *personal hygiene* ($p\text{-value} = 0,001$) dengan kejadian dermatofitosis pada petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur.
2. Terdapat hubungan antara perilaku penggunaan APD ($p\text{-value} = 0,001$) dengan kejadian dermatofitosis pada petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur.
3. Mayoritas umur petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur 56-64 tahun (lansia akhir) yaitu sebanyak 37 orang petani (34,6%) dan berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 63 orang (68,9%).
4. Mayoritas petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur mengalami kejadian dermatofitosis dengan jumlah 64 orang petani (59,8%).
5. Mayoritas perilaku *personal hygiene* petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur adalah cukup, dengan jumlah 59 orang pekerja (55,1%).

6. Mayoritas perilaku penggunaan APD petani penggarap sawah di Desa Taman Cari Kecamatan Purbolinggo Lampung Timur adalah kurang, dengan jumlah 69 orang (64,5%).

5.2 Saran

Adapun saran yang dapat diberikan oleh peneliti berdasarkan hasil penelitian adalah sebagai berikut:

1. Bagi peneliti lain, dapat menggunakan teknik *probability sampling* serta bisa juga dengan meneliti faktor risiko lain dari dermatofitosis serta melakukan identifikasi jamur penyebab dermatofitosis pada petani menggunakan pemeriksaan kultur.
2. Bagi dinas ketenagakerjaan setempat dapat membuat kebijakan serta sosialisai mengenai pentingnya perilaku penggunaan APD pada sektor pekerjaan non-formal seperti petani sebagai upaya pencegahan PAK dan kecelakaan kerja.
3. Bagi fasilitas kesehatan setempat, diharapkan dapat memberikan penyuluhan terkait penyakit dermatofitosis dan pentingnya perilaku *personal hygiene* terutama kebersihan tangan, kuku, dan kaki dan pentingnya perilaku penggunaan APD terutama sarung tangan karet dan sepatu *boots* dalam pencegahan penyakit dermatofitosis. Fasilitas kesehatan setempat juga dapat melakukan pembentukan dan pembinaan pos Unit Kesehatan Kerja (UKK) serta Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) bagi petani penggarap sawah untuk meminimalisir PAK dan kecelakaan kerja.
4. Bagi masyarakat yaitu petani penggarap sawah, diharapkan dapat menyadari pentingnya perilaku *personal hygiene* terutama meningkatkan kebersihan tangan, kuku, dan kaki serta menyadari pentingnya perilaku penggunaan APD terutama sarung tangan karet dan *boots* pada saat bekerja sebagai tindakan pencegah penyakit dermatofitosis.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, UF. 2012. Dasar-Dasar Penyakit Berbasis Lingkungan. Jakarta : Rajawali Pers.
- Amalia, R., Nurmansyah, D. 2018. Hubungan Personal Hygiene terhadap Infeksi Tinea Unguium pada Kuku Kaki Petani Penggarap Sawah Di Kelurahan Kebun Sari Kecamatan Amuntai Tengah. *Jurnal Ergasterio*. Vol. 3(2).
- Andriani, R., Hidayah, N., Hasmina. 2020. Hubungan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dengan Keluhan Penyakit Kulit pada Pekerja Daur Ulang Sampah Plastik Kamboja Di Kecamatan Wolio Kota Baubau. *Jurnal Kesehatan Global*. Vol. 3(2): 69–75.
- Anra., Yosie., Imam Budi, P., dan Isma Aprita, L. 2017. Profil Dermatofitosis Pada Narapidana Lembaga Pemasyarakatan Kelas I Tanjung Gusta Medan. *Majalah Kedokteran Nusantara*. Vol. 50 (2).
- Arikunto, S., 2013. Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arjana, K. 2018. Hubungan Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) dengan Kejadian Tinea Pedis pada Petani Buah dan Sayur di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Bangli [Skripsi]. Jember : Universitas Jember.
- Bachri, MR. 2016. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Adopsi Inovasi Teknologi oleh Petani Padi Sawah di Desa Kolam Kecamatan Perct Sei Tuan Kabupaten Deli Serdang [Skripsi]. Medan: Universitas Medan Area. Medan
- BAPPEDA. 2020. Pusat Data dan Informasi (PUSDATIN) Bappeda Lampung 2020. [Online] [diunduh 2 November 2021]. Tersedia dari: <http://bappeda.lampungprov.go.id>

- BPS. 2018. Kecamatan Purbolinggo Dalam Angka. [Online] [diunduh 3 November 2021]. Tersedia dari: <https://lampungtimurkab.bps.go.id>
- Budiono, I., Cahyawati, IN. 2016. Faktor Yang Berhubungan Denga Kejadian Dermatitis Pada Nelayan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Citrashanty, I., Suyoso, S., 2011. Penelitian Retrospektif Mikosis Superfisialis di Divisi Mikologi URJ Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2008-2010. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin*. Vol. 23(3): 200-206.
- Dahlan, SM. 2013. Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel. Jakarta : Salemba Medika.
- Devy, D., Ervianti, E. 2016. Studi Retrospektif: Karakteristik Dermatofitosis. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit Kelamin*. Vol. 30: 66–72.
- Djuanda, A., Hamzah, M.,, Aisah S. 2013. Ilmu penyakit Kulit dan Kelamin. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Ernawati, D., Tualeka, AR. 2013. *Risk Assesment* dan Pengendalian Risiko pada Sektor Pertanian (Studi Kasus Di Pertanian Bawang Merah Desa Kendalrejo. Kecamatan Bagor. Kabupaten Nganjuk). *The Indonesian Journal of Occupational Safety and Health*. Vol. 2(2): 154 – 161.
- Harahap, M. 2013. Ilmu Penyakit Kulit. Jakarta: Penerbit Hipokrates.
- Hartati., Firman, R. 2017. Identifikasi Jamur *Trichophyton Rubrum* pada Petani yang Terinfeksi *Tinea Pedis*. [Skripsi]. Jombang: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika.
- Harwati, MR. 2021. Analisis Faktor Risiko Kejadian Penyakit Kutu Air (*Tinea Pedis*) Pada Petani Sawah di Desa Pematang Palas Kecamatan Banyuasin I Kabupaten Banyuasin [Skripsi]. Palembang: Universitas Sriwijaya.

- Hidayat, R. 2018. Hubungan Kebersihan Diri (*Personal Hygiene*) dengan Kejadian Dermatofitosis di Desa Lereng Wilayah Kerja Puskesmas Kuok. *Jurnal Ners Universitas Pahlawan*. Vol. 2(1): 86-94.
- Hidayati *et al.* 2005. Mikosis Superfisial di Divisi Mikologi Unit Rawat Jalan Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr . Soetomo Surabaya Tahun 2003 – 2005. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin*. Vol. 21(1): 1–8.
- Ihdhar, NS. 2020. Hubungan Perilaku dengan Kecelakaan Kerja pada Petani Di Kelurahan Antirogo Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember [Skripsi]. Jember: Universitas Jember.
- Isro'in, L., Andarmoyo, S. 2012. *Personal Hygiene: Konsep, Proses dan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI). 2016. Arti Kata Kamus Besar Bahasa Indonesia. [Online] [diunduh 30 Oktober 2021]. Tersedia dari: <https://kbbi.kemdikbud.go.id/>
- Kemenkes RI. 2018. Profil Kesehatan Indonesia 2018. [Online] [diunduh 2 November 2021]. Tersedia dari: <https://pusdatin.kemkes.go.id>
- Keputusan Preseden RI No. 22 Tahun 1993 Tentang Penyakit yang Timbul Karena Hubungan Kerja.
- Kurniawati., Ratna, D. 2015. Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Tinea Pedis pada Pemulung Di TPA Jatibarang Semarang. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*. 5(1): 25–28.
- Latifah, Y. 2019. Identifikasi Jamur Penyebab Tinea Unguim pada Kuku Kaki Petani Kelapa Sawit Berdasarkan Penggunaan Alas Kaki di Desa Pauh Menang Kecamatan Pemenang Kabupaten Merangin, Jambi. *Jurnal Analis Kesehatan*. Vol 5(2): 189-197.
- Lestari, H., Karma, I. 2016. The Correlation of Personal Hygiene. Long Contact and Skin Disease History With Contact Dermatitis of Seaweed Farmers in Akuni Village Tinanggea Sub-District South Konawe Regency in 2016. *JIMKemas*. Vol. 1–10.

- Liza, S. 2015. Penyakit Akibat Kerja Dan Pencegahannya. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. 15(2): 91–95.
- Mansjoer *et al.* 2005. Kapita Selekta Kedokteran FKUI. Jakarta: Media Aeculapius.
- Moehar. 2001. Pengantar Ekonomi Pertanian. Bumi Aksara: Jakarta.
- Munadhifah, F. 2020. Prevalensi dan Pola Infeksi Jamur Dermatofita pada Petani. [Skripsi]. Jombang: Insan Medika Cendekia.
- Murdani, I. 2016. Pengaruh Lingkungan Fisik Rumah dan Personal Hygiene terhadap Kejadian Dermatofitosis pada Masyarakat Nelayan Di Kecamatan Meukek Kabupaten Aceh Selatan Tahun 2016 Sumatera Utara: Universitas Sumatera Utara.
- Nahrajanti, PFI., Sudiadnyana, IW. 2020. Pengetahuan Personal Hygiene Berhubungan dengan Timbulkan Gejala Penyakit Kulit pada Petugas Pengangkut Sampah. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*. Vol. 1(2) : 126-131.
- Nanda, A. 2019. Perilaku Petani pada Pemakai Alat Pelindung Diri (APD). Dalam Penyemrotan Pestisida di Desa Krueng Panto Kecamatan Kuala Batee Kabupaten Aceh Barat Daya [Skripsi]. Aceh: Universitas Teuku Umar.
- Natalia, EY. 2015. Buku Saku Personal Hygiene. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Notoatmodjo, S. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta
- Nurbidayah. 2018. Gambaran Infeksi Tinea Pedis dengan Pemeriksaan Secara Langsung pada Petani Padi Di Desa Banitan Kecamatan Bakumpai Kabupaten Barito Kuala Juli 2017. *Jurnal Ergasterio*. Vol. 5(02).
- Nurfadila, A *et al.* 2021. Gambaran Keberadaan Tinea Unguium pada Kuku Kaki Petani Padi di Kelurahan Sungai Selincah Kecamatan Kalidoni Kota Palembang Tahun 2021. *Jurnal Fatmawati Laboratory & Medical*

Science. 1(1) : 9

- Nurhidayah,, A., Kurnia, RD., Supriyadi. 2021. Identifikasi Jamur Patogen Penyebab Dermatofitosis pada Jari Kaki Petani Di Desa Bojongsari Banyumas. *Jurnal Labora Medika*. Vol. 5(1): 8–17.
- Nurmala, T *et al.* 2012. Pengantar Ilmu Pertanian. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi. 2010. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No. VIII Tahun 2010 Tentang Alat Pelindung Diri [diakses 26 November 2021]. Tersedia dari: https://jdih.kemnaker.go.id/asset/data_puu/peraturan_file_PER08.pdf
- Putri, AI., Linda, A. 2017. Profil Dan Evaluasi Pasien Dermatofitosis. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin*. Vol. ,29(2): 135–41.
- Rejeki, S. 2015. Sanitasi. Hygiene. dan Kesehatan & Keselamatan Kerja (K3). Bandung: Rekayasa Sains.
- Rhany, HR. 2019. Hubungan *Personal Hygiene* dengan Dermatofitosis pada Petugas Sampah di Tempat Penampungan Sementara (TPS) Kota Madiun [Skripsi]. Madiun: Stikes Bhakti Husada Mulia.
- Rosita, C., Kurniati. 2008. Etiopatogenesis Dermatofitosis (Etiopathogenesis of Dermatophytoses). *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin*. Vol. 20(318): 243–50.
- Sastraatmadja. 2010. Suara Petani. Bandung : Penerbit Masyarakat Geografi Indonesia.
- Sarumpaet MI. 2019. Profil Dermatofita pada Penderita Dermatofitosis Di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD dr. Ferdinand Lumbantobing Sibolga Tahun 2019 [Skripsi]. Sumatera Utara: Universitas Sumatera Utara.
- Setiati, S *et al.* 2014. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam jilid I Edisi VI. Jakarta: Interna Publishing.

- Siregar, MR. 2018. Hubungan *Personal Hygiene* dan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dengan Timbulnya Dermatofitosis pada Pekerja Penjual Ikan Basah Di Pasar Marelan Kota Medan 2018 [Skripsi]. Medan: Institusi Kesehatan Helvetia.
- Siregar, RI. 2013. Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit. Jakarta: EGC.
- Soekandar. 2011. Dermatologi dan Venerologi. Diktat kuliah. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada.
- Subnata, FR., Sugiyanta, IG., Nugraheni, IL. 2014. Deskripsi Usaha Pertanian Padi Sawah di Desa Natal. *Jurnal Penelitian Geografi*. Vol. 5(9): 1-12.
- Suma'mur. 2009. Hygiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja (Hiperkes). Jakarta: CV Sagung Seto.
- Supiyon, MJ. 2013. Hubungan Penggunaan Alat Pelindung Diri dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Petani Di Kelurahan Merjosari Malang [Skripsi]. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.
- Sutanto, I *et al.* 2008. Buku Ajar Parasitologi Kedokteran. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta
- Syafina, A. 2020. Hubungan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dengan Keluhan Penyakit Kulit pada Nelayan di Kelurahan Bagan Deli. [Skripsi]. Medan: Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.
- Tarwaka. 2015. Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Surakarta: Harapan Press.
- Thaha, M., Atkaf. 2008. Penyakit Kulit Akibat Kerja. *Jurnal Kedokteran & Kesehatan*. Vol. ,40(4): 1689–99.
- Undang Undang RI No. 19 Tahun 2013 Tentang Perlindungan dan Pemberdayaan Petani.
- Yossela, T. 2015. Diagnosis and Treatment of Tinea cruris. *Jurnal Majority*. Vol. 4(2).

- WHO. 2016. First meeting of the WHO antifungal expert group on identifying priority fungal pathogens [Diakses 13 Januari 2021]. Tersedia dari: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/04/07/default-calendar/first-meeting-of-the-who-expert-group-on-identifying-priority-fungal-pathogens>.
- WHO. 2020. Hand Hygiene : Why. How. & When [Diakses 10 Oktober 2021]. Tersedia dari: https://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Broche.pdf.
- Widiati, M., Nurmalasari, A., Andani, RG. 2016. Pemeriksaan Jamur Dermatofitota Kuku Kaki Petani di Desa Bunter Blok Ciledug Kecamatan Sukadana Kabupaten Ciamis. *STIKes Muhammadiyah Ciamis*. Vol. 5(1).
- Zara, N., Yasir, M. 2019. Pengaruh Lingkungan Fisik Rumah dan *Personal Hygiene* Terhadap Kejadian Tinea Pada Masyarakat Nelayan Kuala Kerto Barart Kecamatan Tanah Pasisir. *Jurnal Averrous*. 5(1).