



**HUBUNGAN ANTARA PERSONAL HYGIENE DAN
PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG DIRI DENGAN
KEJADIAN PENYAKIT KULIT PADA PEMULUNG
DI TPA TANJUNG REJO KECAMATAN JEKULO
KABUPATEN KUDUS**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh:

Rahayu Maryani Kusnin
NIM. 6411411242

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2015**

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian maupun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam daftar pustaka.

Semarang, Oktober 2015



Penulis

ABSTRAK

Rahayu Maryani Kusnin

Hubungan antar *Personal Hygiene* dan Pemakaian Alat Pelindung Diri dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus,

XV + 175 Halaman + 31 Tabel + 12 Gambar + 17 Lampiran

Penyakit kulit disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, investasi oleh parasit dan reaksi alergi. Di Indonesia pada tahun 2010, penyakit kulit dan jaringan subkutan lainnya berada diperingkat ketiga sebanyak 247.179 kasus. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara *personal hygiene* dan pemakaian alat pelindung diri dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kasus kontrol. Populasi penelitian adalah semua pemulung di TPA Tanjung Rejo yang berjumlah 127 orang. Sampel berjumlah 22 kasus dan 22 kontrol yang diperoleh dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Instrumen penelitian berupa kuesioner.

Hasil penelitian didapatkan bahwa variabel yang berhubungan dengan kejadian penyakit kulit yaitu: kebersihan tangan, kaki dan kuku (*p value*=0,004), kebersihan kulit (*p value*=0,0001), pemakaian alat pelindung pakaian panjang (*p value*=0,012), dan pemakaian alat pelindung sepatu boot (*p value*=0,002). Sedangkan variabel kebersihan rambut dan kulit kepala (*p value*=0,457), pemakaian alat pelindung topi (*p value*=0,128), dan pemakaian alat pelindung sarung tangan karet (*p value*=1,000) tidak berhubungan dengan kejadian penyakit kulit.

Saran bagi pemulung untuk memperhatikan perilaku hidup bersih dan sehat dengan cara menjaga kebersihan diri dan selalu menggunakan alat pelindung diri saat bekerja.

Kata Kunci : Penyakit Kulit, *Personal Hygiene*, Pemakaian Alat Pelindung Diri
Kepustakaan : 57 (1995-2015)

Public Health Departement
Sport Science Faculty
Semarang State University
September 2015

ABSTRACT

Rahayu Maryani Kusnin

The Relationship between *Personal Hygiene* and Use of Personal Protective Equipment with The Incidence of Skin Disease on Landfill Scavengers in Tanjung Rejo Jekulo District Kudus Regency,

XV + 175 pages + 31 tables + 12 pictures + 17 pictures attachments

Skin diseases caused by bacteria, viruses, fungi, parasites and investment by allergic reactions. In Indonesia in 2010, diseases of the skin and subcutaneous tissue of the third rank was rated as 247.179 cases. The purpose of this study was to determine the relationship between personal hygiene and the use of personal protective equipment with the incidence of skin diseases on waste pickers at Tanjung Rejo landfill Jekulo District Kudus Regency.

This study uses a case-control approach. The study population was all scavengers in landfill Tanjung Rejo totaling 127 people. Samples numbered 22 cases and 22 controls were obtained using simple random sampling technique. This research instrument in the form of a questionnaire.

The result showed that the variables associated with the incidence of skin diseases, namely: the cleanliness of the hands, feet and nails (p value=0,004), skin hygiene (p value=0,0001), the use of protective gear long clothing (p value=0,012), and the use of protective gear boots (p value=0,002). While variable hair and scalp hygiene (p value=0,457), the use of protective caps (p value=0,128), and the use of protective equipment rubber gloves (p value=1,000) was not associated with the incidence of skin diseases.

Suggestions for scavengers to pay attention to the behavior of a clean and healthy life by maintaining personal hygiene and always use personal protective equipment while working.

Keywords: Skin Diseases, Personal Hygiene, Use of Personal Protective Equipment

Literature: 57 (1995-2015)

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan panitia sidang skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Rahayu Maryani Kusnin, NIM : 6411411242, dengan judul "**Hubungan antara *Personal Hygiene* dan Pemakaian Alat Pelindung Diri dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus**".

Pada Hari : Selasa

Tanggal : 13 Oktober 2015



Dr. H. Harry Pramono, M.Si.
NIP. 19591019.198503.1.001

Panitia Ujian

Sekretaris

Irwan Budiono, S.KM., M.Kes (Epid)
NIP. 19751217.200501.1.003

	Dewan Penguji:	Tanggal
Ketua Penguji	 <u>Rudatin Windraswara, S.T., M.Sc</u> NIP. 19820811.200812.1.004	<u>2 Nov 2015</u>
Anggota Penguji	 <u>Sofwan Indarjo, S.KM, M.Kes</u> NIP.19760719.200812.1.002	<u>4 Nov 2015</u>
Anggota Penguji	 <u>Arum Siwiendrayanti, S.KM, M.Kes</u> NIP. 19800909.200501.2.002	<u>5/11 - 2015</u>

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO:

- ❖ “Pendidikan merupakan senjata paling ampuh yang bisa kamu gunakan untuk merubah dunia” (Nelson Mandela)
- ❖ Jadilah seperti karang di lautan yang tetap kokoh diterjang ombak, walaupun demikian air laut tetap masuk ke dalam pori-porinya.
- ❖ Ku olah kata, kubaca makna, kuikat dalam alinea, kubingkai dalam bab sejumlah enam, jadilah mahakarya, gelar sarjana kuterima, orang tua, calon suami dan calon mertua pun bahagia.

PERSEMBAHAN:

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Bapak Kusnin (Alm) dan Ibu Nurlaela Gaelea
2. Kakak (Fathur Rahman dan Hadi Mulyo)
3. Teman-temanku IKM angkatan 2011.
4. Almamaterku Unnes.

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat, berkah dan karunia-Nya, sehingga skripsi yang berjudul **“Hubungan antara *Personal Hygiene* dan Pemakaian Alat Pelindung Diri dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus”** dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian sampai penyelesaian skripsi ini, dengan rendah hati disampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Dr. H. Harry Pramono, M.Si., atas izin penelitian yang diberikan.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Irwan Budiono, S.KM., M.Kes (Epid), atas persetujuan yang diberikan.
3. Pembimbing, Ibu Arum Siwiendrayanti, S.KM., M.Kes., atas bimbingan, arahan serta motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
4. Pengguji I, Bapak Rudatin Windraswara, S.T., M.Sc., atas bimbingan, arahan dan masukan yang diberikan.
5. Pengguji II, Bapak Sofwan Indarjo, S.KM., M.Kes., atas bimbingan, arahan dan masukan yang diberikan.

6. Dosen-dosen dan karyawan di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, atas bimbingan dan bantuannya.
7. Kepala Kesbangpolinmas Kabupaten Kudus, Ibu Djati Solechah, S.Sos. M.M.
8. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus, dr. Maryata
9. Kepala Puskesmas Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus, Bapak Afandi Sudarnoto, S.KM.
10. Ibu (Nurlaela Gaelea), Kakak (Fathur Rahman dan Hadi Mulyo) atas do'a, bantuan, pengorbanan, semangat, kasih sayang, dan motivasinya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
11. Sahabat-sahabatku di Ashidi Kost, yudia, mbak nila, biuty, riana, mbak ela, mbak dewy, atas do'a dan motivasinya.
12. Teman-teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2011, atas bantuan serta motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
13. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, atas bantuannya dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini bermanfaat.

Semarang, September 2015

Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
PERNYATAAN.....	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
PENGESAHAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Rumusan Masalah	9
1.3. Tujuan Penelitian	9
1.4. Manfaat Penelitian	10
1.5. Keaslian Penelitian.....	11
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	16
2.1. Penyakit Kulit	16
2.1.1. Definisi	16

2.1.2. Anatomi Kulit	17
2.1.3. Fungsi Kulit	19
2.1.4. Penyakit Kulit	21
2.1.5. Jenis-Jenis Penyakit Kulit	22
2.1.6. Gejala Penyakit Kulit	25
2.1.7. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penyakit Kulit	28
2.1.8. Faktor Penyebab Tidak Langsung	31
2.1.9. Pengobatan Topikal	34
2.2. Pemulung	35
2.2.1. Definisi	35
2.2.2. Karakteristik Demografi, Sosial, Ekonomi Pemulung	36
2.3. Sampah	37
2.3.1. Definisi	37
2.3.2. Penggolongan Sampah Berdasarkan Asalnya	38
2.3.3. Penggolongan Sampah Berdasarkan Bentuknya	39
2.3.4. Dampak Sampah Terhadap Masyarakat dan Lingkungan	39
2.4. <i>Personal Hygiene</i>	40
2.4.1. Definisi	40
2.4.2. Tujuan Umum Perawatan <i>Personal Hygiene</i>	41
2.4.3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi <i>Personal Hygiene</i>	41
2.4.4. Bentuk Perilaku <i>Personal Hygiene</i>	43
2.4.5. Dampak yang Sering Timbul di dalam <i>Personal Hygiene</i>	45
2.5. Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD)	46

2.5.1. Definisi	46
2.5.2. Pemilihan Alat Pelindung Diri	46
2.5.3. Dasar Hukum	47
2.5.4. Jenis-Jenis Alat Pelindung Diri	48
2.5.5. Alat Pelindung Diri yang Digunakan Pemulung	52
2.6. Kerangka Teori	54
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	55
3.1. Kerangka Konsep	55
3.2. Variabel Penelitian	56
3.3. Hipotesis Penelitian.....	57
3.4. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	59
3.5. Jenis dan Rancangan Penelitian	63
3.6. Populasi dan Sampel Penelitian	64
3.7. Sumber Data Penelitian	67
3.8. Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data	67
3.9. Teknik Pengolahan Data	68
3.10. Analisis Data	63
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	73
4.1. Deskripsi Data Penelitian.....	73
4.1.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	73
4.1.2. Karakteristik Responden	74
4.2. Hasil Penelitian	79
4.2.1. Analisis Univariat Variabel Penelitian.....	79

4.2.2. Analisis Bivariat Variabel Penelitian	86
4.3. Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat	94
BAB V PEMBAHASAN	95
5.1. Pembahasan.....	95
5.2. Hambatan dan Kelemahan Penelitian	108
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	109
6.1. Simpulan	109
6.2. Saran.....	110
DAFTAR PUSTAKA	112
LAMPIRAN.....	117

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1. Keaslian Penelitian.....	11
Tabel 1.2. Matrik Perbedaan Penelitian	14
Tabel 3.1. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	59
Tabel 3.2. OR Penelitian Sebelumnya	65
Tabel 3.3. Tabulasi Distribusi Frekuensi Observasi Berdasarkan Faktor Risiko dan Efek	70
Tabel 4.1. Distribusi Responden Kasus Berdasarkan Umur	74
Tabel 4.2. Distribusi Responden Kontrol Berdasarkan Umur	75
Tabel 4.3. Distribusi Responden Kasus Berdasarkan Jenis Kelamin.....	75
Tabel 4.4. Distribusi Responden Kontrol Berdasarkan Jenis Kelamin.....	76
Tabel 4.5. Distribusi Responden Kasus Berdasarkan Masa Kerja.....	76
Tabel 4.6. Distribusi Responden Kontrol Berdasarkan Masa Kerja	77
Tabel 4.7. Distribusi Responden Kasus Berdasarkan Tingkat Pendidikan	77
Tabel 4.8. Distribusi Responden Kontrol Berdasarkan Tingkat Pendidikan	78
Tabel 4.9. Distribusi Responden Kasus Berdasarkan Jenis Penyakit	78
Tabel 4.10. Distribusi Responden Kontrol Berdasarkan Jenis Penyakit	79
Tabel 4.11. Distribusi Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala Responden Kasus	80
Tabel 4.12. Distribusi Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala Responden Kontrol	80

Tabel 4.13. Distribusi Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku Reponden	
Kasus	80
Tabel 4.14. Distribusi Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku Responden	
Kontrol	81
Tabel 4.15. Distribusi Kebersihan Kulit Responden Kasus.....	81
Tabel 4.16. Distribusi Kebersihan Kulit Responden Kontrol	82
Tabel 4.17. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Topi Responden	
Kasus	82
Tabel 4.18. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Topi Responden	
Kontrol	82
Tabel 4.19. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang (Baju	
Lengan Panjang dan Celana Panjang) Responden Kasus	83
Tabel 4.20. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang (Baju	
Lengan Panjang dan Celana Panjang) Responden Kontrol.....	83
Tabel 4.21. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet	
Responden Kasus	84
Tabel 4.22. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet	
Responden Kontrol.....	84
Tabel 4.23. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot Responden	
Kasus	85
Tabel 4.24. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot Responden	
Kontrol	85

Tabel 4.25. Hubungan antara Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala dengan Kejadian Penyakit Kulit	86
Tabel 4.26. Hubungan antara Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku dengan Kejadian Penyakit Kulit	87
Tabel 4.27. Hubungan antara Kebersihan Kulit dengan Kejadian Penyakit Kulit.....	88
Tabel 4.28. Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Topi dengan Kejadian Penyakit Kulit	89
Tabel 4.29. Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang (Baju Lengan Panjang dan Celana Panjang) dengan Kejadian Penyakit Kulit.....	90
Tabel 4.30. Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet dengan Kejadian Penyakit Kulit.....	92
Tabel 4.31. Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot dengan Kejadian Penyakit Kulit	93
Tabel 4.32. Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat dengan Uji <i>Chi-square</i>	94
Tabel 4.33. Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat dengan Uji <i>Fisher</i>	94

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Struktur Kulit Manusia	18
Gambar 2.2. Pioderma	22
Gambar 2.3. Scabies	23
Gambar 2.4. Tinea Cruris	23
Gambar 2.5. Penyakit Kulit Alergi	25
Gambar 2.6. Topi Pelindung	48
Gambar 2.7. Sarung Tangan Kain, Sarung Tangan Asbes, Sarung Tangan Kulit, Sarung Tangan Karet, Sarung Tangan PVC	50
Gambar 2.8. Baju Pelindung, Celemek	51
Gambar 2.9. Sepatu Kulit, Sepatu Boot	51
Gambar 2.10. Masker	52
Gambar 2.11. Kerangka Teori	54
Gambar 3.1. Kerangka Konsep	55

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Keputusan Dosen Pembimbing	117
Lampiran 2. Ethical Clearance	118
Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian Kesbangpolinmas Kabupaten Kudus.....	119
Lampiran 4. Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus	121
Lampiran 5. Surat Ijin Penelitian CipKaTaRu	122
Lampiran 6. Surat Selesai Penelitian di Puskesmas Tanjung Rejo	123
Lampiran 7. Data Responden Kelompok Kasus	124
Lampiran 8. Data Responden Kelompok Kontrol	127
Lampiran 9. Hasil Pemeriksaan Kesehatan.....	129
Lampiran 10. Lembar Persetujuan Keikutsertaan Responden	135
Lampiran 11. Kuesioner Penelitian.....	136
Lampiran 12. Karakteristik Responden	142
Lampiran 13. Data Hasil Penelitian	147
Lampiran 14. Rekapitan Hasil Penelitian.....	156
Lampiran 15. Analisis Data Univariat	160
Lampiran 16. Analisis Data Bivariat.....	164
Lampiran 17. Dokumentasi	174

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Sampah adalah barang-barang atau sesuatu benda yang sudah tidak terpakai lagi baik berasal dari rumah-rumah maupun sisa-sisa proses industri. Dalam kehidupan sehari-hari sampah yang dihasilkan masyarakat terdiri dari berbagai macam, seperti sampah basah (*garbage*) atau sampah organik yang sangat mudah mengurai atau membusuk seperti sisa-sisa makanan, dan sampah kering (*rubbish*) atau sampah anorganik yang sulit membusuk seperti kaleng-kaleng bekas makanan, kaleng-kaleng susu, pecahan kaca, plastik-plastik pembungkus, besi-besi tua, sampah berbahaya atau beracun (*hazardous waste*) seperti bekas batu baterai, bekas kaleng baygon, bekas kaleng pestisida, bekas pembungkus obat-obatan hama tanaman, dan lain-lain. Di mana kesemua jenis sampah ini masing-masing mempunyai kontribusi yang sangat besar terjadinya pencemaran lingkungan dan dapat menyebabkan terjadinya penyakit (Suprpto, 2005: 1-2).

Sampah menjadi masalah penting untuk kota yang padat penduduknya. Hal tersebut disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya volume sampah sangat besar sehingga melebihi kapasitas daya tampung tempat pemrosesan akhir sampah atau TPA, lahan TPA semakin sempit karena tergeser tujuan penggunaan lain, dan teknologi pengelolaan sampah tidak optimal sehingga sampah lambat membusuknya. Hal ini menyebabkan percepatan peningkatan volume sampah

lebih besar dari pembusukannya. Oleh karena itu, selalu diperlukan perluasan areal TPA baru (Sudradjat, 2006: 5).

Manusia selalu berinteraksi dengan lingkungan dan *agent* penyakit, tetapi apabila manusia tidak bisa mengendalikan *agent* penyakit dapat terjadi ketidakseimbangan dan manusia akan jatuh sakit. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Gordon (1950), bahwa hubungan antara manusia (*host*), penyebab penyakit dan lingkungan (*environment*) dalam bentuk interaksi. Interaksi manusia dengan lingkungan telah menyebabkan kontak antara kuman dengan manusia. Sering terjadi, kuman yang tinggal di tubuh inang (*host*) kemudian berpindah ke manusia karena manusia tidak mampu menjaga kebersihan lingkungannya (Anies, 2006: 10).

Sampah tidak akan berbahaya apabila dikelola dengan baik dan benar. Namun bila sampah dibiarkan begitu saja tanpa pengelolaan yang baik, sampah lambat laun akan berbahaya dan berisiko menimbulkan gangguan kesehatan. Sebab sampah merupakan sumber tempat berkumpulnya kuman-kuman dan sebagai sarana berkembang biaknya vektor penyakit. Ditambah dengan selalu berinteraksi dan bergelut dengan sampah bahkan dijadikan sebagai sumber mata pencaharian seperti yang diperankan oleh pemulung (Mahyuni, 2012: 101).

Pemulung yaitu orang yang bekerja mengambil barang-barang bekas atau sampah tertentu untuk proses daur ulang. Pemulung juga telah membantu mengurangi biaya pemerintah untuk pengumpulan, pengangkutan, dan pengolahan sampah dari masyarakat. Pekerjaan memulung yang selalu berhubungan dengan sampah menimbulkan pandangan bahwa cara hidup pemulung adalah cara hidup

yang kotor. Profesi pemulung dapat digolongkan ke dalam definisi kerja sektor informal, yaitu bagian dari sistem ekonomi yang tumbuh untuk menciptakan kerja dan bergerak di bidang produksi serta barang dan jasa dalam usahanya menghadapi keterbatasan modal, keterampilan, dan pengetahuan. Pekerjaan di sektor informal ini sangat membantu sistem pengelolaan sampah untuk meringankan beban daya dukung lingkungan. Akan tetapi, kondisi lingkungan kerja pemulung langsung berhubungan dengan debu, sampah, dan sengatan matahari tentunya dapat menyebabkan gangguan kesehatan.

Pemulung termasuk pekerja sektor informal yang sampai saat ini belum mendapatkan pelayanan kesehatan atau jaminan kesehatan sebagaimana mestinya. Apabila dilihat dari segi kesehatan, pemulung memiliki risiko yang sangat tinggi untuk terkena penyakit. Dengan lingkungan kerja yang tidak kondusif serta kotor, kemungkinan besar pemulung dapat terjangkit berbagai macam penyakit, seperti batuk, gatal-gatal, diare, dan lain-lain. Dari segi keselamatan kerja, pemulung juga memiliki risiko yang cukup tinggi untuk mengalami kecelakaan (Abbas, 2013: 2).

Dalam melakukan aktivitas, pemulung tidak terlalu memperhatikan kesehatan diri maupun lingkungan sekitarnya. Bau tidak sedap, benda-benda berbahaya yang mengandung zat kimia dan bakteri di tempat tumpukan sampah, dianggap tidak menjadi risiko bagi kesehatan mereka. Padahal barang bekas yang sebelumnya digunakan sebagai bahan pembungkus zat kimia sangat berbahaya apabila bersentuhan langsung dengan kulit atau terhirup melalui hidung (Abbas, 2013: 3).

Salah satu masalah kesehatan pada pemulung di Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) adalah penyakit kulit. Kulit adalah suatu organ pembungkus seluruh permukaan luar tubuh. Kulit merupakan organ terberat dan terbesar dari tubuh. Fungsi proteksi kulit adalah melindungi dari kehilangan cairan dari elektrolit, trauma mekanik, ultraviolet, dan sebagai barrier dari invasi mikroorganisme patogen. Kulit berperan pada pengaturan suhu dan keseimbangan cairan elektrolit.

Penyakit kulit disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, investasi oleh parasit dan reaksi alergi. Faktor yang berperan dalam penularan penyakit kulit adalah sosial ekonomi yang rendah, *personal hygiene* yang jelek, lingkungan yang tidak saniter, dan perilaku yang tidak mendukung kesehatan. Faktor yang paling dominan adalah kemiskinan dan *personal hygiene* (Astriyanti, 2010: 33).

Menurut Isro'in (2012: 2), *Personal hygiene* adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik maupun psikis. *Personal hygiene* meliputi kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga, dan kebersihan tangan, kaki, dan kuku. Kebersihan kulit merupakan faktor utama yang dapat menimbulkan penyakit kulit.

Alat pelindung diri adalah kelengkapan yang wajib dikenakan saat bekerja sesuai kebutuhan untuk menjaga keselamatan dan kesehatan pekerja. Salah satu orang yang berisiko terkena penyakit kulit adalah pemulung. Semakin sering dan lamanya kontak dengan sampah dan apabila tidak memperhatikan kesehatan perorangan yang baik dan penggunaan alat pelindung diri, maka dapat berisiko terkena penyakit kulit. Pemulung harus menggunakan alat pelindung diri seperti

menggunakan sepatu boot saat bekerja dan menggunakan sarung tangan agar dapat melindungi dirinya dari penyakit (Mustikawati, 2012: 352).

Morbiditas penyakit kulit tidak terdokumentasi dengan baik di sebagian besar negara. Di Amerika Serikat, penyakit kulit dilaporkan sebagai gangguan kesehatan kerja yang paling umum pada tahun 1970 dan 1980-an. Jumlah penyakit ini melebihi 45% seluruh penyakit akibat kerja yang dilaporkan, tetapi angka yang dilaporkan diperkirakan masih terlalu rendah dibandingkan jumlah penyakit yang sebenarnya. Di Swedia, pencatatan penyakit pekerja sangat lengkap, penyakit kulit akibat kerja meliputi kurang lebih 50% dari semua penyakit pekerja yang sudah terdaftar (J.Jeyaratnam, 2009: 97).

Menurut Hafez Kamal Abdel (2003: 889), angka prevalensi gangguan kulit pada penduduk pedesaan di Mesir Hulu mencapai 86,93%. Di pedesaan yang sama tepatnya di El-Tall El-Kabir (Mesir), tingkat prevalensi penyakit kulit yang tercatat mencapai 72,3%. Angka yang tinggi dalam penelitian ini merupakan hasil yang nyata, karena penelitian tersebut dilakukan di daerah pedesaan dengan status sosial ekonomi dan sanitasi lingkungan yang rendah.

Data gambaran sepuluh (10) peringkat terbesar penyakit pada penderita rawat jalan di Rumah Sakit di Indonesia tahun 2009 yang diperoleh dari Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS), penyakit kulit dan jaringan subkutan lainnya berada diperingkat kedua setelah penyakit infeksi saluran napas bagian atas akut lainnya (ISPA) dengan presentase 3,69% (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2012: 8). Sedangkan pada tahun 2010 yang diperoleh dari Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI, penyakit kulit dan jaringan subkutan

lainnya menduduki peringkat ketiga setelah penyakit hipertensi esensial (primer) sebanyak 247.179 kasus dengan prevalensi sebesar 60,77% (Profil Kesehatan Indonesia, 2011: 60).

Berdasarkan penelitian Agus Widodo dengan judul Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Para Pekerja Pengelola Sampah di TPA Jatibarang Semarang pada tahun 2001 didapatkan hasil responden yang menderita penyakit kulit sebesar 52,9%. Sedangkan hasil penelitian Suhaerun dengan judul Hubungan *Personal Hygiene* dan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dengan Keluhan Penyakit Kulit pada Petugas Pengelola Sampah Tempah Pembuangan Akhir (TPA) di Piyungan Kabupaten Bantul pada tahun 2010 didapatkan prevalensi sebesar 59,38%.

Berdasarkan data 10 besar penyakit di Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus tahun 2013, penyakit kulit jamur merupakan salah satu dari 10 penyakit terbanyak yaitu berada dalam urutan ke 10 dengan total 8683 penderita penyakit kulit.

Menurut laporan bulanan penyakit kulit tahun 2014 di Puskesmas Tanjung Rejo, bulan Maret memiliki kasus penyakit kulit infeksi 101 kasus, penyakit kulit jamur 59 kasus, penyakit kulit alergi 183 kasus. Bulan April penyakit kulit infeksi sebanyak 81 kasus, penyakit kulit jamur 63 kasus, penyakit kulit alergi 126 kasus. Bulan Mei penyakit kulit infeksi sebanyak 53 kasus, penyakit kulit jamur 26 kasus, penyakit kulit alergi 187 kasus. Bulan Juni penyakit kulit infeksi sebanyak 61 kasus, penyakit kulit jamur 39 kasus, penyakit kulit alergi 138 kasus. Bulan Juli penyakit kulit infeksi sebanyak 42 kasus, penyakit kulit jamur 29 kasus, penyakit kulit alergi 128 kasus. Bulan Agustus penyakit kulit infeksi sebanyak 55

kasus, penyakit kulit jamur 40 kasus, penyakit kulit alergi 100 kasus. Bulan September penyakit kulit infeksi sebanyak 55 kasus, penyakit kulit jamur 57 kasus, penyakit kulit alergi 113 kasus. Bulan Oktober penyakit kulit infeksi sebanyak 62 kasus, penyakit kulit jamur 51 kasus, penyakit kulit alergi 137 kasus. Bulan November penyakit kulit infeksi sebanyak 44 kasus, penyakit kulit jamur 20 kasus, penyakit kulit alergi 117 kasus. Bulan Desember penyakit kulit infeksi sebanyak 54 kasus, penyakit kulit jamur 52 kasus, dan penyakit kulit alergi 68 kasus. Sedangkan pada tahun 2015, bulan Januari memiliki kasus penyakit kulit infeksi sebanyak 54 kasus, penyakit kulit jamur 42 kasus, dan penyakit kulit alergi 132 kasus.

Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) Tanjung Rejo terletak di Desa Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus. TPA Tanjung Rejo dibangun pada tahun 1991 dan di bawah naungan Dinas Cipta Karya dan Tata Ruang Kabupaten Kudus. Luas area total TPA Tanjung Rejo $\pm 5,6$ Ha, dan luas area efektif $\pm 3,5$ Ha. Jarak TPA dari pusat kota ± 15 km, jarak dari pemukiman ± 200 m, dan jarak dari badan air ± 100 m. TPA Tanjung Rejo memiliki dua TPA yaitu TPA milik perusahaan Pura, dan TPA milik pemerintah. Pengelolaan sampah di TPA Tanjung Rejo menggunakan sistem *semi control landfill*, di mana sebagian sel telah ditutup dengan lahan penutup dan ada sebagian yang masih terbuka. Sampah yang baru datang dibongkar di zona aktif. Zona aktif adalah zona yang masih aktif digunakan untuk pembuangan sampah. Kemudian terjadi pemilahan sampah seperti sampah plastik, kertas, kaca, logam, dan sampah lain yang masih bisa dijual terhadap sampah yang baru datang yang dilakukan para pemulung.

Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator TPA Tanjung Rejo, jumlah pemulung di bagian atas 87 orang, dan di bagian bawah 40 orang tetapi jumlah tersebut tidak menentu karena pemulungnya ada yang berangkat dan ada yang tidak. Selama pengumpulan sampah berlangsung, pemulung di TPA Tanjung Rejo hanya memakai sepatu kain dan sebagian menggunakan sepatu *boot*, pakaian lengan panjang. Sebagian pemulung ada yang menggunakan topi, ada juga yang tidak menggunakan penutup kepala. Rata-rata pemulung tidak menggunakan sarung tangan dan hanya sebagian kecil yang memakai sarung tangan kain dengan kondisi yang sudah tidak layak dipakai seperti kotor, bolong-bolong. Hal ini dapat menyebabkan timbulnya penyakit, salah satunya adalah penyakit kulit. Penyakit kulit dapat terjadi karena tumpukan sampah yang ada merupakan tempat yang baik bagi pertumbuhan jamur.

Berdasarkan wawancara dengan para pemulung, hampir semuanya mengalami gatal-gatal baik di badan, tangan, maupun kaki. Apabila musim hujan, banyak pemulung yang mengalami gatal-gatal di kaki. Tetapi para pemulung menganggap gatal-gatal tersebut hal yang wajar, mereka tidak memeriksakannya ke puskesmas. Mereka akan berobat ketika ada test kesehatan yang diselenggarakan di TPA tersebut. Menurut koordinator TPA, pada saat diadakannya test kesehatan bulan November 2014 jumlah pemulung yang menderita penyakit kulit kurang lebih sebanyak 56 orang.

Alat pelindung diri harus dijaga kebersihannya karena dapat juga menyebabkan timbulnya penyakit kulit. Penyakit kulit timbul salah satunya karena faktor dari kebersihan diri pemulung sendiri.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti ingin mengetahui hubungan antara *Personal hygiene* dan pemakaian alat pelindung diri (APD) dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, dapat disimpulkan rumusan masalah:

1. Apakah ada hubungan antara *Personal Hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus?
2. Apakah ada hubungan antara pemakaian APD dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara *personal hygiene* dan pemakaian APD dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran *Personal hygiene* pada pemulung yang ada di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
2. Mengetahui gambaran pemakaian APD pada pemulung yang ada di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
3. Mengetahui gambaran kejadian penyakit kulit pada pemulung yang ada di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

4. Mengetahui hubungan *Personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
5. Mengetahui hubungan pemakaian APD dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah:

1.4.1 Untuk Instansi Terkait

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus dapat digunakan sebagai masukan terutama bidang P2M dalam usaha pencegahan dan cara pengobatan dari permasalahan kesehatan yang terjadi yang berhubungan dengan kejadian penyakit kulit khususnya pada pemulung.
2. Bagi Puskesmas Tanjung Rejo dapat digunakan sebagai bahan masukan mengenai kejadian penyakit kulit sehingga bisa diciptakan program kesehatan yang dapat dijangkau oleh pekerja di sektor informal khususnya bagi pemulung.

1.4.2 Untuk Akademis

Dapat dijadikan bahan informasi untuk kepentingan perkuliahan maupun sebagai data dasar dalam penelitian di bidang Kesehatan Lingkungan.

1.4.3 Untuk Pemulung

Sebagai informasi dan sumbangan pemikiran bagi pemulung untuk memperhatikan *personal hygiene* dan pemakaian APD serta menambah pengetahuan para pemulung tentang risiko terkena penyakit yang berhubungan dengan sampah khususnya kejadian penyakit kulit.

1.4.4 Untuk Peneliti

Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat selama kuliah dibidang Kesehatan Lingkungan dalam bentuk penelitian ilmiah mengenai Hubungan antara *Personal Hygiene* dan Pemakaian APD dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

1.5 Keaslian Penelitian

Keaslian penelitian ini merupakan matriks yang memuat tentang judul penelitian, nama peneliti, tahun dan tempat penelitian, rancangan penelitian, variabel yang diteliti, dan hasil penelitian (Tabel 1.1)

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Hubungan antara sanitasi lingkungan dan hygiene perorangan dengan penyakit <i>Scabies</i> di Dusun Kalitangi Desa Genting Kecamatan Jambu Kabupaten Semarang Tahun	Gupita Dyah Ardhiti	2007, Dusun Kalitangi Desa Genting Kecamatan Jambu Kabupaten Semarang	<i>Explanatory Research</i> dengan metode survey analitik dan pendekatan <i>Case Control</i>	Variabel bebas: sanitasi lingkungan rumah, penyediaan air bersih, dan hygiene perorangan. Variabel terikat: penyakit <i>scabies</i>	Hasil <i>p</i> value untuk hubungan antara sanitasi lingkungan dengan <i>scabies</i> sebesar 0,247 OR 1,989 dan CI mencakup angka 1 (0,613-6,462). <i>p</i> value untuk hubungan antara hygiene

Lanjutan (Tabel 1.1)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(7)	
	2006				perorangan dengan scabies sebesar 0,012, OR 4,290 dan CI tidak mencakup angka 1 (1,655 – 11,119). <i>p</i> value untuk hubungan antara penyediaan air bersih dengan scabies sebesar 0,003, OR 3,611 dan CI tidak mencakup angka 1 (1,510 – 8,637)	
2.	Hubungan kebersihan diri dan kontak perorangan dengan kejadian <i>Scabies</i> pada anak di Desa Pidodokulon Kecamatan Patebon Kabupaten Kendal	Sofyan Oky Widyantana	2010, Desa Pidodokulon Kecamatan Patebon Kabupaten Kendal	Survey analitik, pendekatan <i>Case Control</i>	Variabel bebas: kebersihan diri dan kontak perorangan. Variabel terikat: kejadian <i>scabies</i>	Ada hubungan yang signifikan antara kebersihan diri dan kontak perorangan dengan kejadian <i>scabies</i> pada Anak di Desa Pidodokulon Kecamatan Patebon Kabupaten

Lanjutan (Tabel 1.1)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
						Kendal tahun 2010, hasil analisis uji korelasi <i>Chi-square</i> dengan nilai <i>p value</i> 0,028 ($p < 0,05$) untuk variabel kebersihan diri dan untuk variabel kontak perorangan dengan nilai <i>p value</i> 0,000 ($p < 0,05$).
3.	Hubungan tingkat pengetahuan dan perilaku santri dengan kejadian <i>scabies</i> di Pondok Pesantren Sukahideng Kabupaten Tasikmalaya Periode Januari-Desember 2013	Ina Ratna	2014, Pondok Pesantren Sukahideng Kabupaten Tasikmalaya	Observasional Analitik dengan pendekatan metode <i>Case Control</i>	Variabel bebas: tingkat pengetahuan dan perilaku santri Variabel terikat: kejadian <i>scabies</i>	Ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan santri dengan kejadian <i>scabies</i> di Pondok Pesantren Sukahideng dengan hasil uji <i>Chi-square p value</i> sebesar 0,012 ($p < 0,05$) dan antara perilaku

Lanjutan (Tabel 1.1)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

santri
dengan
kejadian
scabies *p*
value
sebesar
0,011
($p < 0,05$)

Perbedaan penelitian dari penelitian sebelumnya dapat dilihat pada tabel

1.2 tentang matrik perbedaan penelitian di bawah ini:

Tabel 1.2. Matrik Perbedaan Penelitian

No	Perbedaan	Penelitian Gupita Dyah Ardhiti	Penelitian Sofyan Oky Widyantana	Penelitian Ina Ratna	Penelitian Rahayu Maryani K.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Judul Penelitian	Hubungan antara sanitasi lingkungan dan hygiene dan perorangan dengan penyakit scabies di Dusun Kalitangi Desa Genting Kecamatan Jambu Kabupaten Semarang tahun 2006	Hubungan kebersihan diri dan kontak perorangan dengan kejadian scabies pada anak di Desa Pidodokulon Kecamatan Patebon Kabupaten Kendal	Hubungan tingkat pengetahuan dan perilaku santri dengan kejadian scabies di Desa Pondok Pesantren Sukahideng Kabupaten Tasikmalaya Periode Januari- Desember 2013	Hubungan antara <i>personal</i> <i>hygiene</i> dan pemakaian alat pelindung diri dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

Lanjutan (Tabel 1.2)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.	Tempat	Dusun Kalitangi Desa Desa Genting Kecamatan Jambu Kabupaten Semarang	Desa Pidodokulon Kecamatan Patebon Kabupaten Kendal	Pondok Pesantren Sukahideng Kabupaten Tasikmalaya	TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus
3.	Waktu	2006	2010	2014	2015
4.	Variabel	Variabel bebas: Sanitasi Lingkungan rumah, penyediaan air bersih, dan hygiene perorangan. Variabel terikat: penyakit <i>scabies</i>	Variabel bebas: Kebersihan diri dan kontak perorangan. Variabel terikat: kejadian <i>scabies</i>	Variabel bebas: tingkat pengetahuan dan perilaku santri. Variabel terikat: kejadian <i>scabies</i>	Variabel bebas: <i>Personal hygiene</i> dan penggunaan alat pelindung diri. Variabel terikat: kejadian penyakit kulit

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup pada penelitian ini adalah:

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Lingkup tempat yang digunakan dalam penelitian ini adalah di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Lingkup waktu yang dilaksanakan dalam penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli 2015.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Penelitian ini dibatasi lingkup teorinya pada *personal hygiene*, penggunaan alat pelindung diri yang kemudian dihubungkan dengan kejadian penyakit kulit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Kulit

2.1.1 Definisi

Kulit merupakan organ terbesar dalam tubuh, luasnya sekitar 2 m². Kulit merupakan bagian terluar dari tubuh manusia yang lentur dan lembut. Kulit ini penting dan merupakan permukaan luar organisme untuk membatasi lingkungan dalam tubuh dengan lingkungan luar. Kulit merupakan benteng pertahanan pertama dari berbagai ancaman yang datang dari luar seperti kuman, virus, dan bakteri. Kulit adalah lapisan-lapisan jaringan yang terdapat di seluruh bagian permukaan tubuh (Maharani, 2015: 1).

Kulit merupakan suatu kelenjar holokrin yang cukup besar seperti jaringan tubuh lainnya. Kulit juga bernafas, menyerap oksigen yang diambil lebih banyak dari aliran darah dan membuang karbondioksida yang lebih banyak dikeluarkan melalui aliran darah. Kulit juga merupakan salah satu alat indra yaitu indra peraba karena di seluruh permukaan kulit tubuh banyak terdapat syaraf peraba (Maharani, 2015: 2).

Kulit merupakan organ yang esensial dan vital serta merupakan cermin kesehatan dan kehidupan. Kulit juga sangat kompleks, elastis, dan sensitif, bervariasi pada keadaan iklim, umur, seks, ras, dan juga bergantung pada lokasi tubuh (Wasitaatmadja, 2011: 3).

2.1.2 Anatomi Kulit

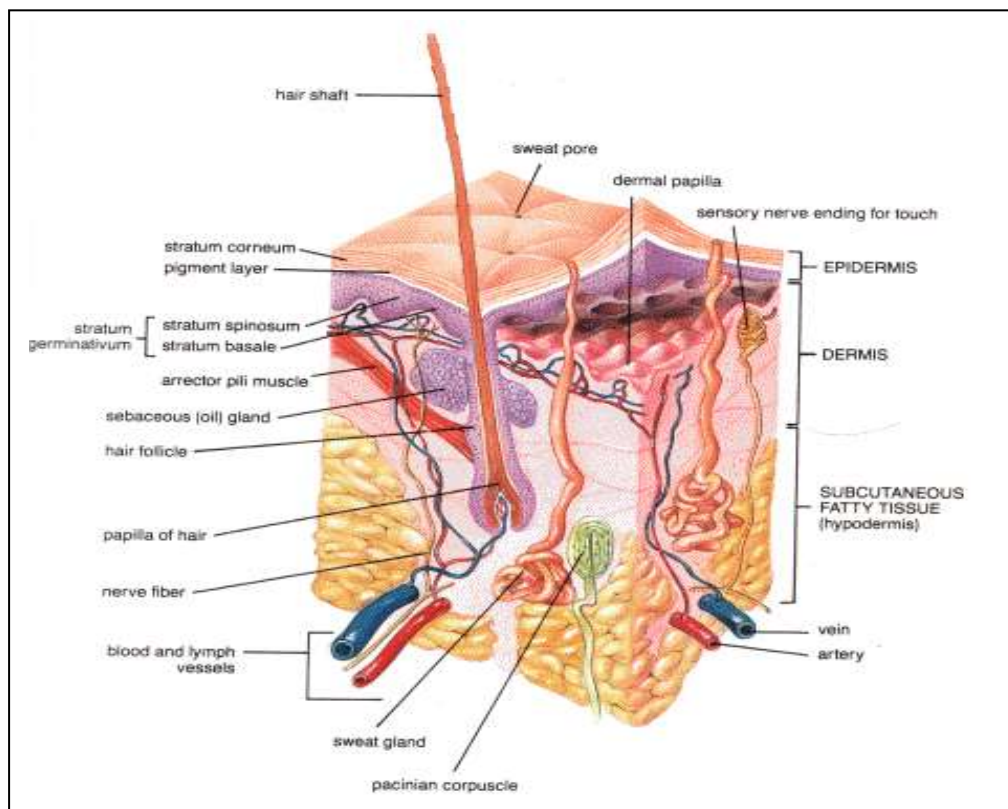
Kulit adalah suatu organ pembungkus seluruh permukaan luar tubuh, merupakan organ terberat dan terbesar dari tubuh. Seluruh kulit beratnya sekitar 16% berat tubuh, pada orang dewasa sekitar 2,7 – 3,6 kg dan luasnya sekitar 1,5 – 1,9 meter persegi. Tebalnya kulit bervariasi mulai 0,5 mm sampai 6 mm tergantung dari letak, umur, dan jenis kelamin. Kulit tipis terletak pada kelopak mata, labium minus, penis, dan kulit bagian medial lengan atas. Sedangkan kulit tebal terdapat pada telapak tangan, telapak kaki, punggung, bahu, dan bokong (pantat) (Perdanakusuma, 2007: 1).

Kulit terbagi menjadi 3 lapisan pokok yaitu :

- 1) Lapisan Epidermis adalah lapisan teratas pada kulit manusia dan memiliki tebal yang berbeda-beda : 400-600 μm untuk kulit tebal (kulit pada telapak tangan dan kaki) dan 75-100 μm untuk kulit tipis (kulit selain telapak tangan dan kaki, memiliki rambut) (Maharani, 2015: 8). Terdiri atas stratum korneum (lapisan kulit yang paling luar), stratum lusidum (lapisan yang tampak lebih jelas di telapak tangan dan kaki), stratum granulosum (lapisan keratohialin), stratum spinosum (lapisan Malpighi), stratum basale (lapisan paling bawah) (Wasitaatmadja, 2011: 3). Fungsi lapisan epidermis sebagai proteksi barrier, organisasi sel, sintesis vitamin D dan sitokinin, pembelahan dan mobilisasi sel, pigmentasi dan pengenalan alergen (sel Langerhans) (Perdanakusuma, 2007: 2).
- 2) Lapisan Dermis adalah lapisan di bawah epidermis yang jauh lebih tebal dari pada epidermis. Terdiri dari dua bagian yaitu pars papilare (bagian yang

menonjol ke epidermis), dan pars retikulare (bagian di bawahnya yang menonjol ke arah subkutan) (Wasitaatmadja, 2011: 4). Fungsi lapisan dermis sebagai struktur penunjang, suplai nutrisi, dan respon inflamasi (Perdanakusuma, 2007: 3).

- 3) Lapisan Subkutis adalah kelanjutan dermis, terdiri atas jaringan ikat longgar berisi sel-sel lemak di dalamnya. Pada lapisan kulit ini terdapat syaraf, pembuluh darah, dan limfe. Fungsi lapisan ini adalah membantu melindungi tubuh dari benturan-benturan fisik dan mengatur panas tubuh. Lemak yang terdapat dalam lapisan ini berfungsi sebagai stok energi tubuh yang siap dibakar pada saat diperlukan (Maharani, 2015: 16).



Gambar 2.1. Struktur Kulit Manusia

(Sumber : Teguh santoso, *Struktur Kulit Manusia*, 5 August 2011, diakses tanggal 2 Maret (<http://www.biesantos.blogspot.com>)).

2.1.3 Fungsi Kulit

Menurut Maharani (2015: 5-8), Kulit merupakan bagian terluar dari tubuh sehingga berperan sebagai pelindung tubuh dari kerusakan atau pengaruh lingkungan yang buruk. Beberapa fungsi kulit diantaranya :

1. Kulit sebagai pelindung

Kulit akan melindungi tubuh bagian dalam dari kerusakan akibat gesekan, tekanan, tarikan saat melakukan berbagai aktivitas. Kulit juga menjaga dari berbagai gangguan mikrobiologi seperti jamur dan kuman, melindungi tubuh dari serangan zat-zat kimia dari lingkungan yang polusif. Selain itu kulit juga melindungi jaringan terhadap kerusakan kimia dan fisika, terutama kerusakan mekanik dan terhadap masuknya mikroorganisme.

2. Fungsi absorpsi

Kemampuan absorpsi kulit dipengaruhi oleh tebal tipisnya kulit, hidrasi, kelembaban, metabolisme dan jenis vehikulum. Kulit tidak bisa menyerap air, tetapi dapat menyerap material larut lipid seperti vitamin A, D, E, dan K, obat-obatan tertentu, oksigen dan karbondioksida. Kulit dapat mencegah terjadinya pengeringan berlebihan, tetapi penguapan air secara fisiologi tetap terjadi (kehilangan air secara transdermal).

3. Kulit sebagai fungsi ekskresi

Kulit mempunyai fungsi sebagai tempat pembuangan suatu cairan yang keluar dari dalam tubuh berupa keringat dengan perantara dua kelenjar keringat yaitu kelenjar sebacea dan kelenjar keringat.

4. Kulit sebagai pengaturan suhu tubuh (termoregulasi)

Kulit bertindak sebagai pengatur suhu tubuh dengan melakukan konstriksi atau dilatasi pembuluh darah kulit serta pengeluaran keringat. Pada suhu tinggi, tubuh akan mengeluarkan keringat dalam jumlah banyak serta memperlebar pembuluh darah (vasodilatasi) sehingga panas akan terbawa keluar tubuh. Pada suhu rendah, tubuh akan mengeluarkan lebih sedikit keringat dan mempersempit pembuluh darah (vasokonstriksi) sehingga mengurangi pengeluaran panas oleh tubuh.

5. Kulit sebagai tempat penyimpanan

Kulit dapat menyimpan di dalam kelenjar lemak. Fungsi kulit dan jaringan bagian bawah bekerja sebagai tempat penyimpanan air. Cadangan lemak dapat dibakar sehingga menghasilkan panas dan energi untuk mengatasi udara dingin.

6. Kulit untuk penunjang penampilan

Fungsi yang terkait dengan kecantikan yaitu keadaan kulit yang tampak halus, putih, dan bersih akan dapat menunjang penampilan. Fungsi lain dari kulit yaitu kulit dapat mengekspresikan emosi seseorang seperti kulit memerah, pucat, maupun kontraksi otot penegak rambut.

7. Kulit sebagai pembentukan vitamin D

Dimungkinkan dengan mengubah 7 (tujuh) dihidroksi kolesterol dengan pertolongan sinar matahari. Tetapi kebutuhan tubuh akan vitamin D tidak cukup hanya dari hal tersebut, sehingga pembentukan vitamin D sistemik masih tetap diperlukan (Wasitaatmadja, 2011: 8). Pada manusia, kulit dapat

mengekspresikan emosi karena adanya pembuluh darah, kelenjar keringat, dan otot-otot di bawah kulit (Maharani, 2015:7).

2.1.4 Penyakit Kulit

Penyakit kulit adalah setiap penyakit kulit yang disebabkan oleh pekerjaan atau lingkungan kerja berupa faktor risiko mekanik, fisik, kimia, biologik, dan psikologik (PERMENAKERTRANS RI, 2008: 2).

Kulit adalah bagian tubuh manusia yang cukup sensitif terhadap berbagai macam penyakit. Penyakit kulit bisa disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya faktor lingkungan dan kebiasaan sehari-hari. Lingkungan yang sehat dan bersih akan membawa efek yang baik bagi kulit. Demikian pula sebaliknya. Salah satu lingkungan yang perlu diperhatikan adalah lingkungan kerja, apabila tidak dijaga dengan baik dapat menjadi sumber munculnya berbagai macam penyakit kulit (Somelus, 2008: 4).

Selain lingkungan kerja memegang peranan utama dalam perkembangan penyakit kulit akibat kerja, faktor genetik, dan faktor tidak langsung lain seperti hygiene perorangan (meliputi kebersihan kulit, kebersihan rambut dan kulit kepala, kebersihan kuku, intensitas mandi, dan lain sebagainya), usia, pengalaman kerja dan adanya penyakit kulit lain yang menyertai dapat juga memengaruhi tampilan penyakit kulit akibat kerja (J.Jeyaratnam, 2009: 98-99).

2.1.5 Jenis-Jenis Penyakit Kulit

1. Penyakit kulit karena infeksi bakteri yaitu *pioderma*, *tuberculosis kutis*, *kusta*.

Penyakit kulit yang paling sering dijumpai adalah *pioderma* (Djuanda, 2011: 57).



Gambar 2.2. Pioderma
(Sumber : escholarship.org, diakses tanggal 2 Maret 2015).

Faktor yang memicu timbulnya penyakit pioderma diantaranya hygiene yang kurang, menurunnya daya tahan tubuh seperti : kekurangan gizi, anemia, neoplasma ganas, dan diabetes mellitus (Djuanda, 2011: 57).

2. Penyakit kulit karena parasit dan insekta yaitu *pediculosis kapitis*, *pediculosis korporis*, *pediculosis pubis*, *scabies*, *creeping eruption*. Penyakit ini disebabkan karena hygiene yang buruk (Handoko, 2011: 119). Penularan penyakit kulit karena parasit dapat disebabkan karena kontak secara langsung yaitu kontak kulit dengan kulit, maupun kontak tidak langsung atau melalui benda seperti pakaian, handuk, sprei, bantal, dan lain-lain (Handoko, 2011: 123).



Gambar 2.3. Scabies

(Sumber : medicastore.com, diakses tanggal 2 Maret 2015)

3. Penyakit kulit karena jamur yaitu *misetoma*, *sporotrikosis*, *kromomikosis*, *tinea pedis*, *tinea kruris*, *tinea kapitis*, *pitiriasis versikolor* (panu), *tinea nigra palmaris*, *tinea unguis*, *tinea korporis*, *dermatofitosis* (kurap), *kandidosis* (Budimulja, 2011: 89).



Gambar 2.4. Tinea Cruris

(Sumber : <http://dermnetnz.org/fungal/tinea-cruris.html>, diakses tanggal 2 Maret 2015)

Penyakit kulit karena infeksi jamur pada kulit yang masih sering ditemukan adalah tinea kruris. Tinea kruris adalah dermatofitosis pada lipatan

paha, daerah perineum, dan sekitar anus. Penyebab tersering tinea kruris adalah *Trichophyton rubrum* dan *Epidermophyton floccosum* (Gadithya, 2014: 2).

Kelainan ini dapat bersifat akut atau menahun, bahkan dapat merupakan penyakit yang berlangsung seumur hidup. Apabila penyakit ini menahun, dapat berupa bercak hitam dan sedikit bersisik. Erosi dan keluarnya sedikit cairan biasanya akibat garukan (Budimulja, 2011: 94). Faktor yang mempengaruhi timbulnya tinea kruris adalah iklim panas, lembab, pemakaian bahan pakaian yang tidak menyerap keringat, kebersihan. Penularan tinea kruris dapat disebabkan karena kontak langsung dengan individu terinfeksi dan secara tidak langsung melalui benda yang mengandung skuama yang terinfeksi, misalnya handuk, celana (Mulyaningsih, 2004: 6).

4. Penyakit kulit karena alergi yaitu dermatitis kontak iritan, dermatitis kontak alergik, dermatitis atopik, neurodermatitis sirkumskripta, dermatitis numularis, dermatitis stasis, kelainan kulit akibat alergi makanan (Sularsito, 2011: 129). Penyakit dermatitis sangat rentan terhadap beberapa perubahan kondisi. Beberapa kondisi yang dapat memperburuk penyakit dermatitis adalah perubahan suhu atau kelembaban, bakteri infeksi kulit, kontak dengan jaringan yang bersifat iritan, pada beberapa anak alergi makanan dapat memicu dermatitis atopik (Maharani, 2011: 58).



Gambar 2.5. Penyakit kulit alergi
(Sumber : health.detik.com, diakses tanggal 2 Maret 2015)

Faktor yang mempengaruhi tingginya prevalensi penyakit kulit adalah iklim yang panas dan lembab yang memungkinkan bertambah suburanya pertumbuhan jamur, kebersihan perorangan yang kurang baik, dan faktor sosio-ekonomi yang kurang memadai. Sedangkan faktor-faktor yang dapat mencegah terkena penyakit kulit diantaranya dengan meningkatkan sanitasi lingkungan mencakup perumahan, pembuangan kotoran, penyediaan air bersih; membuat rumah sehat, kondisi rumah dapat mempengaruhi perkembangan fisik dan mental penghuninya (Maharani, 2011: 36).

2.1.6 Gejala Penyakit Kulit

Menurut Maharani (2015: 49), untuk mendiagnosis penyakit kulit dan untuk melakukan penanganan terapeutik, maka harus dapat dikenali perubahan pada kulit yang dapat diamati secara klinis yaitu efloresen. Efloresensi kulit dapat berubah pada waktu berlangsungnya penyakit. Untuk mempermudah diagnosis, ruam kulit dibagi menjadi beberapa kelompok yaitu efloresen primer dan

sekunder. Efloresen primer terdapat pada kulit normal, sedangkan efloresen sekunder berkembang pada kulit yang berubah.

1. Eflorsen primer

- a. Bercak (macula), adalah perubahan warna pada kulit.
- b. Urtica, adalah bentol-bentol pada kulit yang berwarna merah muda sampai putih dan disebabkan oleh udem.
- c. Papula, bentuknya sebesar kepala jarum pentul sampai sebesar kacang hijau terjadi karena penebalan epidermis secara lokal.
- d. Tuber (nodus), mirip dengan papula, akan tetapi tuber jauh lebih besar.
- e. Vesikel, memiliki ukuran sebesar kepala jarum pentul sampai sebesar biji kapri merupakan rongga beruang satu atau banyak yang berisi cairan.
- f. Bulla, mirip dengan vesikel tetapi agak besar dan biasanya beruang satu.
- g. Pustule, merupakan vesikel yang berisi nanah, biasanya terdapat pada kulit yang berubah karena peradangan.
- h. Urtika, penonjolan di atas kulit akibat edema setempat dan dapat hilang perlahan-lahan, misalnya pada dermatitis medikamentosa dan gigitan serangga.
- i. Tumor, penonjolan di atas permukaan kulit berdasarkan pertumbuhan sel.
- j. Kista, penonjolan di atas permukaan kulit berupa kantong yang berisi cairan serosa.
- k. Plak, peninggian di atas permukaan kulit, permukaannya rata dan berisi zat padat.
- l. Abses, kumpulan nanah dalam jaringan.

2. Eflorsen sekunder

- a. Ketombe (squama).
- b. Crusta, terbentuk akibat mengeringnya eksudat, nanah, darah.
- c. Erosion, kerusakan kulit permukaan yang ada dalam epidermis.
- d. Ulcus, disebabkan oleh hilangnya komponen kulit pada bagian yang lebih dalam, epidermis, dan kelengkapannya juga rusak.
- e. Likenifikasi, penebalan kulit sehingga garis lipatan tampak lebih jelas.
- f. Ekskoriasi, kerusakan kulit sampai ujung stratum papilaris sehingga kulit tampak merah disertai bintik-bintik perdarahan. Ditemukan pada dermatitis kontak dan ektima.
- g. Keloid, hipertrofi yang pertumbuhannya melampaui batas.
- h. Rhagade, kerusakan kulit dalam bentuk celah misalnya pada telapak tangan, ujung bibir, atau diantara jari kaki.
- i. Hiperpigmentasi, penimbunan pigmen berlebihan sehingga kulit tampak lebih hitam dari sekitarnya.
- j. Hipopigmentasi, kelainan yang menyebabkan kulit menjadi lebih putih dari sekitarnya.
- k. Atrofi, terjadi pengecilan semua lapisan kulit, rambut tidak ada, kulit berkerut dan mudah diangkat dari lapisan di bawahnya.
- l. Abses, kantong berisi nanah di dalam jaringan.

2.1.7 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penyakit Kulit

a. Kondisi Lingkungan

Lingkungan merupakan sekeliling tempat organisasi beroperasi, termasuk udara, air, tanah, sumber daya alam, flora, fauna, manusia, serta hubungan diantaranya. Manusia memiliki hubungan timbal balik dengan lingkungan, dalam hal ini menitikberatkan pada interaksi-interaksi dengan memperkenalkan lingkungan hidup sebagai satu sistem yang terdiri atas bagian-bagian, diantara bagian-bagian tersebut terdapat interaksi atau hubungan timbal balik yang membentuk satu jaringan, dan bagian-bagian itu sendiri dapat merupakan satu sistem (Anies, 2006: 2).

Lingkungan mempunyai arti penting bagi manusia, dengan lingkungan fisik manusia dapat berinteraksi secara konstan sepanjang waktu dan masa, serta memegang peran penting dalam proses terjadinya penyakit pada masyarakat. Hubungan manusia dengan lingkungan biologisnya bersifat dinamis dan bila terjadi ketidakseimbangan antara hubungan manusia dengan lingkungan biologis maka manusia akan menjadi sakit. Sedangkan lingkungan sosialnya manusia dipengaruhi melalui berbagai media seperti radio, TV, pers, seni, lagu, dan sebagainya (Chandra, 2009: 12).

1. Penyediaan Air

Air adalah semua air yang terdapat pada, di atas, ataupun di bawah permukaan tanah, termasuk dalam pengertian ini air permukaan, air tanah, air hujan, dan air laut yang berada di darat. Sejalan dengan perkembangan jumlah penduduk dan meningkatnya kegiatan masyarakat mengakibatkan perubahan

fungsi lingkungan yang berdampak negatif terhadap kelestarian sumber daya air dan meningkatnya daya rusak air (UU No. 7 Tahun 2004).

Ditinjau dari sudut ilmu kesehatan masyarakat, penyediaan sumber air bersih harus dapat memenuhi kebutuhan masyarakat karena persediaan air bersih yang terbatas memudahkan timbulnya penyakit di masyarakat. Volume rata-rata kebutuhan air setiap individu per hari berkisar antara 150-200 liter atau 35-40 galon. Kebutuhan air tersebut bervariasi dan bergantung pada keadaan iklim, standar kehidupan, dan kebiasaan masyarakat (Chandra, 2006: 39). Menurut Chandra (2006: 41), penyakit-penyakit yang menyerang manusia dapat juga ditularkan dan disebarkan melalui air diantaranya:

- *Waterborne mechanism*

Di dalam mekanisme ini, kuman patogen dalam air yang dapat menyebabkan penyakit pada manusia ditularkan kepada manusia melalui mulut atau sistem pencernaan. Contoh penyakit kolera, tifoid, hepatitis viral.

- *Waterwashed mechanism*

Mekanisme penularan ini berkaitan dengan kebersihan umum dan perseorangan. Terdapat tiga cara penularan, yaitu infeksi melalui alat pencernaan seperti diare; infeksi melalui kulit dan mata seperti scabies dan trachoma; penularan melalui binatang pengerat seperti pada penyakit leptospirosis.

- *Water-based mechanism*

Penyakit yang ditularkan dengan mekanisme ini memiliki agen penyebab yang menjalani sebagian siklus hidupnya di dalam tubuh vektor atau *intermediate host* yang hidup di dalam air. Contohnya skistosomiasis.

- *Water-related insect vector mechanism*

Agen penyakit ditularkan melalui gigitan serangga yang berkembang biak di dalam air. Contohnya filariasis, malaria, *dengue*.

Berdasarkan penelitian Yasin (2009: 8) menunjukkan bahwa prevalensi penyakit skabies di Pondok Pesantren Darul Mujahadah cukup tinggi yaitu sekitar 61,8% di mana penyediaan air bersih menjadi faktor yang mempengaruhi terjadinya skabies.

2. Suhu dan Kelembaban

Suhu udara sangat berperan dalam kenyamanan bekerja karena tubuh manusia menghasilkan panas yang digunakan untuk metabolisme basal dan muskuler. Namun dari semua energi yang dihasilkan tubuh hanya 20% saja yang dipergunakan dan sisanya akan dibuang ke lingkungan. Kelembaban udara yang relatif rendah yaitu kurang dari 20% dapat menyebabkan kekeringan selaput lendir membran, sedangkan kelembaban tinggi akan meningkatkan pertumbuhan mikroorganisme (Prasasti, 2005: 165). Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1405/MENKES/SK/XI/2002 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Perkantoran dan Industri, suhu yang dianggap nyaman bekerja adalah 18-26⁰C dan kelembaban sekitar 40%-60% (KEPMENKES, 2002: 4).

Suhu tubuh dapat meningkat akibat adanya perbedaan suhu lingkungan dan kelembaban udara yang tinggi (Indra, 2007: 167). Berdasarkan penelitian

Ma'rufi (2005), terdapat hubungan yang bermakna antara kelembaban dengan penyakit skabies pada santri pondok pesantren.

2. Paparan Sinar Matahari

Matahari adalah sekumpulan gelombang (spectrum) elektromagnetik dengan berbagai ragam panjang gelombang dan frekuensi. Sinar matahari merupakan pancaran radiasi dari matahari (Achmadi, 2011).

Kekuatan sinar matahari tergantung dari jenis ultra violet (UV) yang terkandung. Jenis sinar UV terdiri atas sinar ultra violet A(UVA), sinar ultra violet B (UVB), dan *visible light*. Sinar UVB dengan panjang gelombang pendek, disaring oleh lapisan ozon sehingga mencapai atmosfer bumi dengan kadar yang cukup tinggi menyebabkan pemaparan pada kulit ari dengan gejala terbakar (*sunburn*) atau kecoklatan (*sutan*). Sementara itu, sinar UVA memiliki energi yang lebih rendah, tetapi mampu menembus lapisan lemak pada kulit. UVA inilah yang bertanggung jawab terhadap kerusakan kolagen dan jaringan elastin, yakni zat yang membuat kulit menjadi kuat dan kenyal (Dwikarya, 2007: 16).

2.1.8 Faktor Penyebab Tidak Langsung

Faktor penyebab tidak langsung (faktor predisposisi) bukan merupakan faktor utama terjadinya penyakit kulit. Akan tetapi, apabila faktor-faktor ini terjadi pada pekerja, maka akan meningkatkan risiko terkena penyakit kulit. Menurut Lestari (2007: 62), faktor-faktor tersebut diantaranya:

1. Usia

Usia merupakan salah satu unsur yang tidak dapat dipisahkan dari individu. Usia dewasa adalah masa produktif atau disebut masa bekerja. Usia dewasa dibagi menjadi 3, yaitu:

- a. Masa dewasa awal adalah periode perkembangan yang bermula pada akhir usia belasan tahun atau awal usia dua puluhan tahun dan yang berakhir pada usia tiga puluhan tahun.
- b. Masa pertengahan dewasa adalah periode perkembangan yang bermula pada usia kira-kira 30 hingga 45 tahun dan merentang hingga usia enam puluhan tahun.
- c. Masa akhir dewasa adalah periode perkembangan yang bermula pada usia enam puluhan atau tujuh puluh tahun dan berakhir pada kematian.

Pekerja yang usianya lebih muda cenderung bekerja kurang memperhatikan keselamatan dan kebersihan, sehingga lebih berpotensi terkena bahan kimia. Pada pekerja usia lanjut terjadi perubahan struktur kulit. Kulit menjadi kurang elastis, kehilangan lapisan lemak di atasnya, menjadi lebih kering dan menipis. Hal ini dapat mengakibatkan peningkatan kerentanan terhadap bahan iritan.

Berdasarkan penelitian Utomo (2007: 64), ada hubungan yang bermakna antara umur pekerja dengan penyakit dermatitis. Sebanyak 26 (60,5%) dari 43 pekerja yang berusia ≤ 30 tahun terkena dermatitis kontak, sedangkan diantara pekerja yang berusia > 30 tahun hanya sekitar 13 orang (35,1%) yang terkena dermatitis. Hal ini dapat diambil kesimpulan bahwa pekerja muda lebih mudah terkena dermatitis kontak.

2. Lama Bekerja

Lama bekerja dapat mempengaruhi terjadinya penyakit kulit. Hal ini berhubungan dengan pengalaman bekerja, sehingga pekerja yang lebih lama bekerja lebih jarang terkena penyakit kulit dibandingkan dengan pekerja yang sedikit pengalamannya. Tetapi, pekerja yang sudah lebih lama bekerja akan meningkatkan risiko terkena penyakit kulit karena lebih banyak terpajan bahan kimia. Lamanya seseorang bekerja dengan baik dalam sehari pada umumnya 8 jam.

Berdasarkan penelitian Utomo (2007: 65), ada hubungan antara lama bekerja dengan kejadian dermatitis kontak menunjukkan bahwa pekerja yang memiliki lama bekerja ≤ 2 tahun lebih banyak yang terkena dermatitis yaitu sebanyak 22 orang (66,7%), dibandingkan dengan 17 orang (36,2%) dari 47 pekerja yang telah bekerja di PT IPPI selama > 2 tahun.

3. Riwayat Penyakit Kulit Sebelumnya

Dalam melakukan diagnosis, dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya dengan melihat sejarah dermatologi termasuk riwayat keluarga, riwayat alergi, dan riwayat penyakit sebelumnya.

Berdasarkan penelitian Nurhidayat (2014: 100), ada hubungan yang signifikan antara riwayat penyakit sebelumnya dengan kejadian dermatitis kontak kosmetik pada penari studio fantasi di Dunia Fantasi Ancol tahun 2013 yaitu sebesar 94,2% (49 dari 49 pekerja) sedangkan pekerja yang tidak memiliki riwayat penyakit kulit sebelumnya dan mengalami dermatitis kontak kosmetik sebesar 5,8% (3 dari 36 pekerja).

4. Riwayat Alergi

Alergi adalah suatu penyakit yang berupa perubahan reaksi tubuh yang berlebihan terhadap suatu bahan tertentu di lingkungan yang disebut alergen. Reaksi alergi timbul segera dalam beberapa menit setelah ada rangsangan alergen pada seseorang yang hipersensitif. Penyebab alergi ditimbulkan oleh interaksi antara faktor genetik dan lingkungan.

Berdasarkan penelitian Nurhidayat (2014: 99), ada hubungan yang signifikan antara riwayat alergi dengan kejadian dermatitis kontak kosmetik pada penari studio fantasi di Dunia Fantasi Ancol tahun 2013 yaitu sebesar 61,5% (32 dari 37 pekerja) sedangkan pekerja yang tidak memiliki riwayat alergi dan mengalami dermatitis kontak kosmetik sebesar 38,5% (20 dari 48 pekerja).

2.1.9 Pengobatan Topikal

Pengobatan topikal adalah pemberian obat secara lokal pada kulit atau pada membran pada area mata, hidung, lubang telinga, dan sebagainya. Kegunaan dan khasiat pengobatan topikal dari pengaruh fisik dan kimiawi obat-obatan yang diaplikasikan di atas kulit yang sakit. Pengaruh fisik diantaranya mengeringkan, membasahi, melembutkan, mendinginkan, melindungi dari pengaruh buruk dari luar, serta menghilangkan rasa gatal dan panas (Hatami, 2013: 2).

Terapi topikal juga dapat menghindari risiko dari ketidaknyamanan seperti pada terapi yang diberikan secara intravena, serta berbagai hal yang mempengaruhi penyerapan obat pada terapi peroral, misalnya perubahan pH, aktivitas enzim, dan pengosongan lambung. Meskipun demikian, pengobatan

topikal juga memiliki kelemahan, diantaranya dapat menimbulkan iritasi dan alergi (dermatitis kontak), permeabilitas beberapa obat melalui kulit yang relatif rendah sehingga tidak semua obat dapat diberikan secara topikal, dan terjadinya denaturasi obat oleh enzim pada kulit (Asmara, 2012: 26). Efektivitas terapeutik obat topikal bergantung dari potensi bahan aktif yang dibawa oleh bahan dasar (vehikulum) yang mampu berpenetrasi menembus lapisan kulit. Vehikulum diantaranya cairan, bedak, dan salap. Cairan merupakan disolusi antara dua substansi atau lebih menjadi satu larutan homogen yang bening. Cairan selain sebagai obat oles dapat dipakai sebagai kompres atau perendam. Bedak bersifat menyerap cairan, mendinginkan dan mengurangi gesekan. Sedangkan salap adalah sediaan semisolid yang mudah menyebar, bersifat proteksi, hidrasi dan lubrikasi. Salap dengan dasar hidrokarbon tidak mampu menyerap air, bersifat lengket, berpenetrasi sangat baik, dapat mengatasi dermatosis tebal (Sjamsoe, 2005: 7).

2.2 Pemulung

2.2.1 Definisi

Pemulung didefinisikan sebagai pemulung yang mendapatkan barang bekas dengan cara memungut, mencari sampah di jalanan, TPS, TPA, atau rumah-rumah untuk dijual (Sutardji, 2009: 122).

Pemulung adalah kelompok pekerja sektor informal yang perlu mendapat perhatian besar karena dalam melakukan pekerjaan berpotensi besar terkena penyakit akibat. Pada umumnya pemulung bekerja dengan jalan kaki

menggunakan alat kerja sederhana seperti karung dan ganco dan ada juga yang menggunakan sepeda berkeranjang, sepeda motor dan becak, mereka bekerja tidak dibatasi oleh waktu jadi bekerja sesuka hati mereka. Jenis sampah yang dipungut adalah jenis sampah plastik, karet, minuman kaleng dengan besi, dan sebagainya (Sutardji, 2009: 123).

2.2.2 Karakteristik Demografi, Sosial, Ekonomi Pemulung

Menurut Sutardji (2009: 129), karakteristik demografi, sosial, dan ekonomi yang dimaksud yaitu:

1. Umur

Umur adalah tingkat kematangan seseorang yang terjadi sebagai hasil dari perkembangan mental dan emosional serta pertumbuhan fisik dalam kurun waktu tertentu. Bekerja sebagai pemulung faktor usia tidak diperhatikan karena memulung tidak diperlukan keterampilan khusus sehingga banyak pemulung yang berumur di bawah usia 10 tahun.

2. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan kategori dalam masyarakat yang didasarkan pada seks atau jenis kelamin. Terdapat kelompok masyarakat laki-laki dan kelompok perempuan. Dalam hal penyakit kulit, perempuan dikatakan lebih berisiko terkena penyakit kulit dibandingkan dengan pria. Dibandingkan dengan laki-laki, kulit perempuan memproduksi lebih sedikit minyak untuk melindungi dan menjaga kelembaban kulit, selain itu kulit perempuan lebih tipis dari pada laki-laki sehingga lebih rentan untuk menderita penyakit kulit.

3. Pendidikan

Umumnya pemulung berpendidikan rendah. Karena rendahnya pendidikan yang mereka miliki, sehingga sangat sulit untuk mereka memperoleh pekerjaan sesuai bidang yang mereka miliki.

4. Status tempat tinggal (Lapak)

Kebanyakan tempat tinggal pemulung hanya bersifat sementara. Mereka bertempat tinggal di tempat pengumpul atau sering disebut rumah bos. Mereka yang tidak dapat bertempat tinggal bersama bos, membuat rumah-rumah tidak permanen di sekitar lahan kosong, sehingga membuat pemandangan kurang indah.

5. Masa bekerja

Masa kerja penting diketahui untuk melihat lamanya seseorang terpajan dengan berbagai sumber penyakit yang dapat mengakibatkan keluhan gangguan kulit. Pekerjaan sebagai pemulung cukup memberikan nafkah atau penghasilan. Hal ini dapat diketahui dari lama bekerja sebagai pemulung, bisa sampai 5 tahun ke atas. Semakin lama seseorang dalam bekerja, maka semakin banyak terpapar bahaya yang ditimbulkan oleh lingkungan kerja tersebut.

2.3 Sampah

2.3.1 Definisi

Menurut WHO (World Health Organization), sampah adalah suatu materi yang tidak digunakan, tidak terpakai, tidak disenangi, atau sesuatu yang dibuang yang berasal dari kegiatan manusia. Pengelolaan sampah yang kurang baik dapat

memberikan pengaruh negatif terhadap kesehatan. Setiap hari kita tidak dapat lepas dari sampah karena kita membuangnya baik di rumah atau di kantor dan di manapun berada sehingga akan menimbulkan pencemaran tanah, air, dan udara (Praditya, 2012: 2)

Sampah adalah sisa kegiatan sehari-hari manusia dan/atau proses alam yang berbentuk padat (Undang-Undang Republik Indonesia, 2008: 3). Sampah adalah suatu bahan yang terbuang atau dibuang; merupakan hasil aktivitas manusia maupun alam yang sudah tidak digunakan lagi karena sudah diambil unsur atau fungsi utamanya (Sejati, 2009: 12).

2.3.2 Penggolongan Sampah Berdasarkan Asalnya

Menurut Sejati (2009: 13), sampah dapat dijumpai di segala tempat dan hampir di semua kegiatan. Berdasarkan asalnya, maka dapat digolongkan sampah-sampah sebagai berikut:

1. Sampah hasil kegiatan rumah tangga, termasuk di dalamnya sampah rumah sakit, hotel, dan kantor.
2. Sampah hasil kegiatan industri atau pabrik.
3. Sampah hasil kegiatan pertanian meliputi perkebunan, kehutanan, perikanan, dan peternakan.
4. Sampah hasil kegiatan perdagangan, misalnya sampah pasar dan toko.
5. Sampah hasil kegiatan pembangunan.
6. Sampah jalan raya.

2.3.3 Penggolongan Sampah Berdasarkan Bentuknya

Menurut Sejati (2009: 14), berdasarkan bentuknya ada tiga macam sampah, diantaranya:

1. Sampah padatan (solid), misalnya daun, kertas, karton, kaleng, plastik, dan logam.
2. Sampah cairan (termasuk bubur), misalnya bekas air pencuci, bekas cairan yang tumpah, tetes tebu, dan limbah industri yang cair.
3. Sampah berbentuk gas, misalnya karbondioksida, ammonia, H₂S, dan lainnya.

2.3.4 Dampak Sampah Terhadap Masyarakat dan Lingkungan

Menurut Chandra (2009: 72), dampak sampah terhadap masyarakat terdiri dari dua jenis yaitu:

1. Dampak Positif

Pengelolaan sampah yang baik akan memberikan pengaruh yang positif terhadap masyarakat dan lingkungannya antara lain:

- Sampah dapat dipergunakan untuk menimbun tanah seperti rawa-rawa dan dataran rendah.
- Sampah dapat dimanfaatkan untuk pupuk.
- Dapat diberikan untuk makanan ternak melalui proses pengelolaan yang telah ditentukan lebih dahulu untuk mencegah pengaruh yang buruk dari sampah terhadap ternak.
- Berkurangnya tempat untuk berkembang biak serangga atau binatang pengerat.

- Menurunnya insiden penyakit menular yang erat hubungannya dengan sampah.

2. Dampak Negatif

a. Terhadap Kesehatan

- Pengelolaan sampah yang kurang baik akan menjadi tempat berkembang biak bagi vektor penyakit seperti lalat atau tikus sehingga insiden penyakit tertentu akan meningkat.
- Kecelakaan-kecelakaan timbul karena pembuangan sampah secara sembarangan, misalnya luka oleh benda tajam seperti besi, kaca.
- Gangguan psikosomatis seperti sesak nafas, insomnia, stress, dan lain-lain.

b. Terhadap Lingkungan

- Estetika lingkungan menjadi kurang sedap dipandang mata.
- Proses pembusukan sampah oleh mikroorganisme akan menghasilkan gas-gas tertentu yang menimbulkan bau busuk.
- Pembakaran sampah dapat menimbulkan pencemaran udara dan bahaya kebakaran yang lebih luas.
- Bila musim hujan akan menyebabkan banjir dan mengakibatkan pencemaran pada sumber air permukaan atau sumur menjadi dangkal.

2.4 Personal Hygiene

2.4.1 Definisi

Hygiene adalah usaha untuk memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan, atau ilmu yang mempelajari cara-cara yang berguna bagi kesehatan

(Jerusalem, 2010: 37). *Personal hygiene* berasal dari bahasa Yunani, *Personal* adalah perorangan, sedangkan *hygiene* adalah sehat. *Personal hygiene* adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan baik fisik maupun psikis (Isro'in, 2012: 2).

Personal hygiene atau kebersihan diri merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan baik secara fisik maupun psikologis (Hidayat, 2008: 84).

2.4.2 Tujuan Umum Perawatan *Personal Hygiene*

Menurut Hidayat (2008: 84), tujuan umum perawatan *Personal hygiene* diantaranya:

- a. Memelihara kebersihan diri
- b. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang
- c. Pencegahan penyakit
- d. Menciptakan keindahan
- e. Memperbaiki *personal hygiene* yang kurang

2.4.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Personal Hygiene*

Menurut Isro'in (2012: 3), faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* diantaranya:

- a. Citra tubuh

Citra tubuh adalah cara pandang seseorang terhadap bentuk tubuhnya, citra tubuh sangat mempengaruhi dalam praktik *hygiene* seseorang.

- b. Praktik Sosial

Manusia merupakan makhluk sosial dan karenanya berada dalam kelompok sosial. *Personal hygiene* atau kebersihan diri seseorang sangat mempengaruhi praktik sosial seseorang. Selama masa kanak-kanak, kebiasaan keluarga mempengaruhi praktik hygiene, misalnya mandi, waktu mandi. Pada masa remaja, hygiene pribadi dipengaruhi oleh kelompok teman sebaya. Pada masa dewasa, teman dan kelompok kerja membentuk harapan tentang penampilan pribadi. Sedangkan pada lansia, akan terjadi beberapa perubahan dalam praktik hygiene karena perubahan dalam kondisi fisiknya.

c. Status sosial ekonomi

Status ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik hygiene perumahan. Sosial ekonomi yang rendah memungkinkan hygiene perumahan rendah pula.

d. Pengetahuan dan motivasi

Pengetahuan tentang hygiene akan mempengaruhi praktik hygiene seseorang. Sedangkan motivasi merupakan kunci penting dalam pelaksanaan hygiene tersebut. Permasalahan yang sering terjadi adalah ketiadaan motivasi karena kurangnya pengetahuan.

e. Budaya

Kepercayaan budaya dan nilai pribadi akan mempengaruhi perawatan hygiene seseorang. Di Asia kebersihan dipandang penting bagi kesehatan sehingga mandi bisa dilakukan 2-3 kali sehari.

2.4.4 Bentuk Perilaku *Personal Hygiene*

Beberapa bentuk perilaku *personal hygiene* yang dapat meningkatkan status kesehatan manusia sebagai upaya mencegah penyakit kulit diantaranya :

1. Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala

Tujuan mencuci rambut adalah untuk menjaga kebersihan dan kesehatan kulit kepala, di samping itu untuk memudahkan dalam penataannya. Untuk membersihkan kotoran pada rambut, maka harus dilakukan pencucian terhadap rambut. Untuk menjaga kebersihan rambut dilakukan beberapa upaya diantaranya memperhatikan kebersihan rambut dengan mencuci rambut sekurang-kurangnya dua kali seminggu, mencuci rambut memakai shampoo atau bahan pencuci rambut lainnya dan menggunakan peralatan pemeliharaan rambut sendiri. Menurut Jerusalem (2010, 40), gangguan kesehatan batang rambut dan kulit kepala diantaranya:

- a. Infeksi jamur: pada permukaan batang rambut, dan dalam korteks batang rambut.
- b. Serangga: kutu rambut, kontak langsung.
- c. Kerusakan zat tanduk: pemakaian sisir yang terlalu keras, shampoo yang tidak sesuai, pencucian rambut yang tidak bersih dan rutin.
- d. Peradangan menahun dan ketombe.

Berdasarkan hasil penelitian Hiola (2012: 3), ada hubungan yang bermakna antara kebersihan kulit kepala dan rambut dengan kejadian penyakit kulit.

2. Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku

Menjaga kebersihan tangan, kuku, dan kaki merupakan salah satu aspek penting dalam mempertahankan kesehatan badan perseorangan, oleh karena itu tangan, kuku, dan kaki harus dijaga kebersihannya. Kuman penyakit dapat terbawa melalui tangan, kuku, dan kaki yang kotor. Tangan, kaki, dan kuku yang kotor membawa bibit penyakit. Bibit penyakit dan telur cacing yang mungkin ada dalam tangan atau kuku yang kotor ikut tertelan. Sebagian masyarakat mengetahui akan pentingnya mencuci tangan pakai sabun, tetapi dalam kenyataannya masih sangat sedikit yang tahu bagaimana cara melakukannya dengan benar. Cuci tangan adalah cara yang efektif untuk mencegah terjadinya penyebaran mikroorganisme (Sundari, 2014: 72).

Mencuci tangan sebaiknya dilakukan sesudah ke WC, sebelum membuat atau menyajikan atau makan makanan, setelah menyentuh sampah, setelah beraktivitas (Jerusalem, 2010: 43). Untuk menjaga kebersihan tangan, kaki, dan kuku dengan cara membersihkan tangan sebelum makan, memotong kuku secara teratur, mencuci kaki sebelum tidur dan membersihkan lingkungan.

Berdasarkan penelitian Sajida (2012: 87), terdapat hubungan yang bermakna antara kebersihan tangan, kaki, dan kuku terhadap keluhan penyakit kulit di Masyarakat Kelurahan Denai.

3. Kebersihan Kulit

Kulit merupakan salah satu bagian penting dari tubuh yang dapat melindungi tubuh dari berbagai kuman atau trauma, sehingga diperlukan perawatan yang adekuat (cukup) dalam mempertahankan fungsinya (Hidayat,

2008: 85). Di dalam memelihara kesehatan kulit, kebiasaan yang sehat harus sering diperhatikan seperti:

- a. Mandi menggunakan sabun mandi secara rutin minimal 2 kali sehari.
- b. Menggunakan pakaian yang bersih dan rapi (pakaian diganti 1 kali sehari atau jika pakaian sudah kotor atau basah).
- c. Menghindari penggunaan pakaian, handuk, selimut, sabun mandi, dan sarung tangan secara bersama-sama.
- d. Menghindari penggunaan pakaian yang lembab atau basah.
- e. Menggosok gigi 2 kali sehari atau sehabis makan.

Berdasarkan penelitian Faridawati (2013: 81), ada hubungan yang bermakna antara kebersihan kulit dengan keluhan gangguan kulit.

2.4.5 Dampak yang Sering Timbul di dalam *Personal Hygiene*

Menurut Isro'in (2012: 5), dampak yang timbul apabila *personal hygiene* kurang yaitu :

1. Dampak fisik, adalah gangguan fisik yang terjadi karena adanya gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan yang sering terjadi yaitu gangguan membran mukosa mulut, gangguan integritas kulit, infeksi pada mata dan telinga, serta gangguan fisik pada kuku.
2. Dampak psikososial, adalah masalah sosial yang berhubungan dengan *personal hygiene*, diantaranya gangguan kebutuhan rasa nyaman, gangguan interaksi sosial, dan aktualisasi diri.

2.5 Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD)

2.5.1 Definisi

Alat Pelindung Diri (APD) adalah suatu kewajiban di mana biasanya para pekerja atau buruh bangunan yang bekerja di sebuah proyek atau pembangunan sebuah gedung, diwajibkan menggunakannya. Kewajiban itu sudah disepakati oleh pemerintah melalui Departemen Tenaga Kerja Republik Indonesia (Anizar, 2012: 86).

Alat Pelindung Diri adalah suatu alat yang mempunyai kemampuan untuk melindungi seseorang yang fungsinya mengisolasi sebagian atau seluruh tubuh dari potensi bahaya di tempat kerja (PERMENAKER, 2010: 2).

2.5.2 Pemilihan Alat Pelindung Diri

Tujuan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) adalah untuk melindungi tubuh dari bahaya pekerjaan yang dapat mengakibatkan penyakit atau kecelakaan kerja, sehingga penggunaan alat pelindung diri memegang peranan penting. Menurut Anizar (2012: 89) perlu diperhatikan pula beberapa kriteria dalam pemilihan alat pelindung diri, diantaranya:

1. Enak dan nyaman dipakai.
2. Tidak mengganggu ketenangan kerja dan tidak membatasi ruang gerak pekerja.
3. Memberikan perlindungan yang efektif terhadap segala jenis potensi bahaya.
4. Memenuhi syarat estetika.
5. Mudah dalam pemeliharaan, tepat ukuran, tepat penyediaan, dan harga terjangkau.

6. Memperhatikan efek samping penggunaan alat pelindung diri.

2.5.3 Dasar Hukum

Undang-Undang Nomor 1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja menetapkan syarat-syarat keselamatan dan kesehatan kerja yang berkaitan dengan alat pelindung diri pada pekerja.

Pada pasal 9 ayat 1 (satu) Undang-Undang No. 1 tahun 1970 mewajibkan pengusaha atau pengurus menunjukkan dan menjelaskan pada setiap tenaga kerja baru tentang :

- a. Kondisi-kondisi dan bahaya-bahaya serta yang dapat timbul dalam tiap kerjanya.
- b. Semua pengamanan dan alat-alat perlindungan yang diharuskan dalam tempat kerjanya.
- c. Alat-alat perlindungan diri bagi tenaga kerja yang bersangkutan.
- d. Cara-cara dan sikap yang aman dalam melaksanakan pekerjaannya.

Pasal 13 UU No 1 tahun 1970 menyatakan barang siapa akan memasuki sesuatu tempat kerja, diwajibkan mentaati semua petunjuk keselamatan kerja dan memakai alat-alat perlindungan diri yang diwajibkan.

Sedangkan pada pasal 14 (c) menyediakan secara cuma-cuma semua alat perlindungan diri yang diwajibkan pada tenaga kerja yang berada di bawah pimpinannya dan menyediakan bagi setiap orang lain yang memasuki tempat kerja tersebut disertai dengan petunjuk yang diperlukan menurut petunjuk pegawai pengawas atau ahli-ahli keselamatan kerja (UU No. 1 tahun 1970).

Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No: PER.03/MEN/1982 tentang pelayanan kesehatan tenaga kerja. Pasal 1 ayat 2 (dua) tujuan pelayanan kesehatan kerja adalah melindungi tenaga kerja terhadap setiap gangguan kesehatan yang timbul dari pekerjaan atau lingkungan kerja (PERMENAKER No: PER.03/MEN/1982).

2.5.4 Jenis-Jenis Alat Pelindung Diri

Menurut Anizar (2012: 103), jenis-jenis Alat Pelindung Diri (APD) yang perlu digunakan pada pekerjaan yang berhubungan dengan sampah diantaranya:

1. Alat Pelindung Kepala

Merupakan alat yang berfungsi untuk melindungi rambut dan kulit kepala dari debu, kotoran, maupun kejatuhan benda. Alat pelindung kepala dapat berupa topi atau tudung kepala. Alat pelindung kepala dapat dibuat dari berbagai bahan seperti plastik maupun serat gelas (*fiber glass*).



Gambar 2.6. Topi Pelindung

Sumber:<http://utamasafetyindonesia.indonetwork.co.id>,
(diakses tanggal 18 April 2014)

2. Alat Pelindung Tangan (*Hand Protection*)

Merupakan alat yang berfungsi untuk melindungi tangan dan jari-jari tangan dari terinfeksi zat patogen (virus, bakteri) dan jasad renik, benda-benda tajam, dan bahan-bahan zat kimia. Macam-macam alat pelindung tangan yaitu:

a. Sarung tangan kain

Digunakan untuk memperkuat pegangan. Hendaknya dibiasakan apabila memegang benda yang berminyak, bahan logam lainnya.

b. Sarung tangan asbes

Sarung tangan asbes digunakan untuk melindungi tangan terhadap bahaya pembakaran api.

c. Sarung tangan kulit

Sarung tangan kulit digunakan untuk memberi perlindungan dari ketajaman sudut pada pekerjaan pengecoran.

d. Sarung tangan karet

Sarung tangan karet digunakan untuk melindungi kulit tangan dari kelembaban air, bahan-bahan zat kimia.



Gambar 2.7. Sarung tangan kain, Sarung tangan asbes, Sarung tangan kulit, Sarung tangan karet
 Sumber : <http://www.indonetwork.co.id>, (diakses tanggal 18 April 2015)

3. Baju Pelindung

Baju pelindung digunakan untuk melindungi seluruh atau sebagian tubuh dari bahan-bahan zat kimia, mikroorganisme patogen dari manusia, binatang, tumbuhan dan lingkungan seperti virus, bakteri, dan jamur. Jenis baju pelindung diantaranya:

a. Pakaian Kerja

Pakaian kerja yang terbuat dari bahan-bahan yang bersifat isolasi seperti bahan dari wol, katun, asbes.

b. Celemek

Pelindung pakaian yang terbuat dari bahan-bahan yang bersifat kedap terhadap cairan dan bahan-bahan kimia seperti bahan plastik atau karet.



Gambar 2.8. Baju Pelindung, Celemek

Sumber: <http://indonesian.alibaba.com>, (diakses tanggal 18 April 2015)

4. Alat Pelindung Kaki (*Feet protection*)

Alat pelindung kaki digunakan untuk melindungi kaki dari tertusuk benda tajam, terkena bahan kimia berbahaya dan jasad renik. Jenis alat pelindung kaki diantaranya:

a. Sepatu kulit

Sepatu khusus yang digunakan pada pekerjaan yang membutuhkan keamanan oleh benda-benda keras, panas dan berat.

b. Sepatu boot

Sepatu khusus yang digunakan pada pekerjaan yang membutuhkan keamanan oleh zat kimia korosif, bahan-bahan yang dapat menimbulkan dermatitis. Sepatu boot terbuat dari kulit.

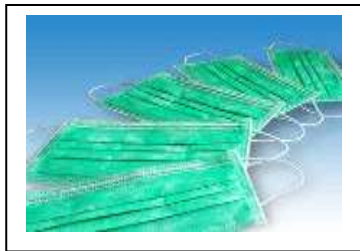


Gambar 2.9. Sepatu kulit, sepatu boot

Sumber : <http://sepatubootsafety.com>, (diakses tanggal 18 April 2015)

5. Alat Pelindung Pernafasan

Alat yang berfungsi untuk melindungi pernafasan terhadap debu, gas, atau udara yang terkontaminasi di tempat kerja. Alat pelindung pernafasan dapat berupa masker yang berguna mengurangi debu atau partikel-partikel yang lebih besar yang masuk ke dalam pernafasan. Masker ini biasanya terbuat dari kain.



Gambar 2.10. Masker

Sumber : <http://en.wikipedia.org>, (diakses tanggal 18 April 2015)

2.5.4 Alat Pelindung Diri yang Digunakan Pemulung

Pemulung adalah sebuah pekerjaan meskipun keberadaannya kurang disenangi oleh sebagian besar masyarakat. Bekerja sebagai pemulung memiliki risiko bahaya yang cukup besar, karena tempat kerja yang sangat berbahaya dan tidak adanya perlindungan kerja yang maksimal diberikan oleh pemerintah. Peralatan yang digunakan jauh dari kata aman. Peralatan yang digunakan standar, diantaranya:

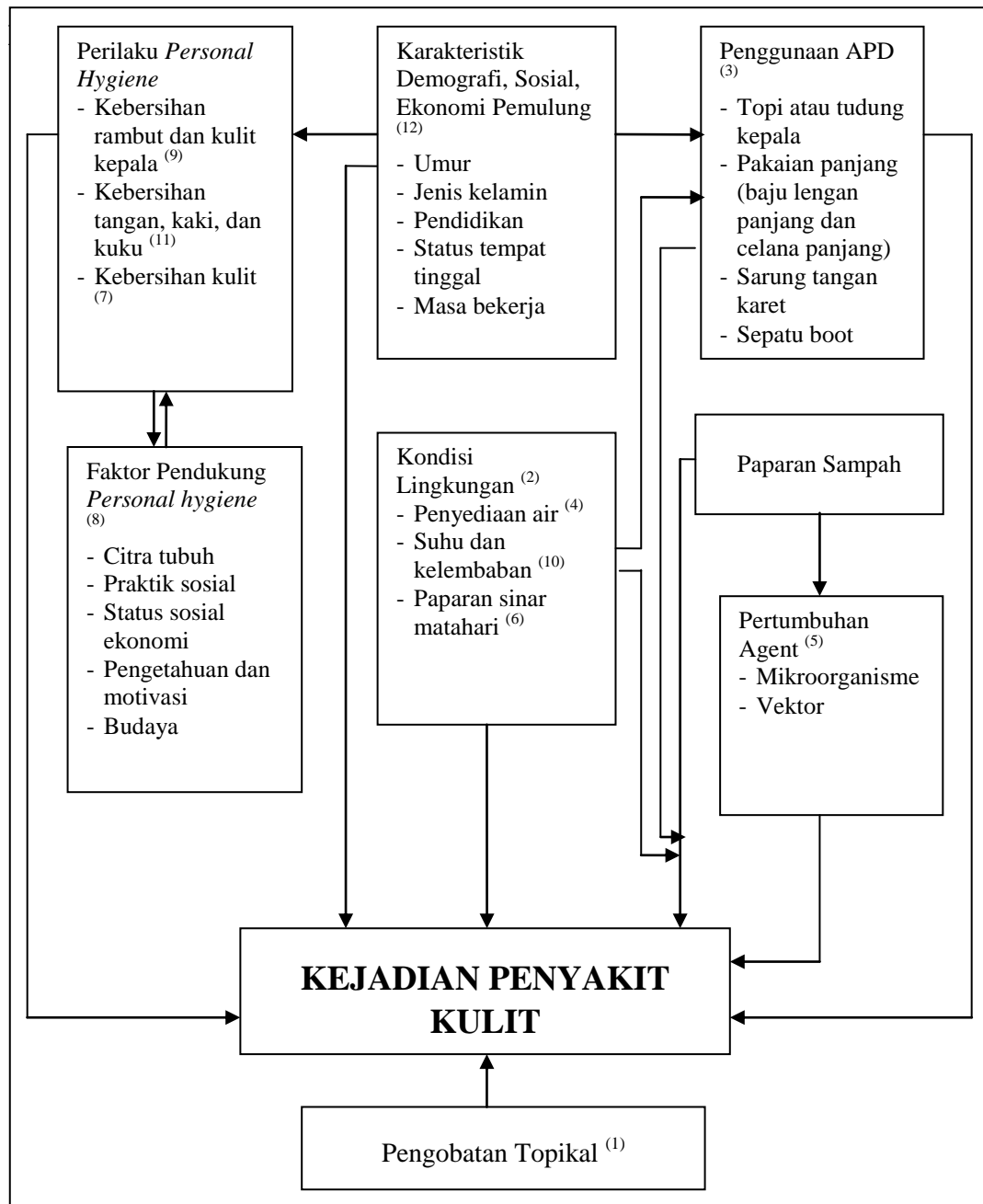
- a. Topi atau tudung kepala, untuk melindungi kepala dari cuaca panas, hujan, kotoran, sampah, maupun benda-benda tajam atau keras.
- b. Pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang), untuk melindungi kulit dari sengatan matahari dan untuk menjaga kebersihan badan dari sampah yang membawa kuman penyakit.

- c. Sarung tangan karet, untuk melindungi kulit bagian tangan terhadap kelembaban air, bahan-bahan zat kimia, dan agar tidak menyentuh sampah secara langsung sehingga terhindar dari bakteri yang terdapat pada sampah.
- d. Masker, untuk melindungi kulit wajah agar tidak terkontaminasi bakteri pada sampah. Masker pada pemulung sebaiknya terbuat dari bahan kain sehingga dapat menyerap keringat.
- e. Sepatu boot, untuk melindungi kaki dari barang-barang tajam dan dari parasit tanah. Sepatu boot yang cocok digunakan pemulung dari bahan karet atau kulit.

Selain alat pelindung tubuh, pemulung juga membawa alat lain yang berguna untuk mendukung pekerjaannya sebagai pengumpul barang bekas, yaitu:

- a. Keranjang yang dipanggul di pundak yang berguna untuk menampung barang hasil pulungan.
- b. *Ganco*, digunakan sebagai alat pengambil sampah untuk mempermudah pemungutan sampah.

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.11. Kerangka Teori

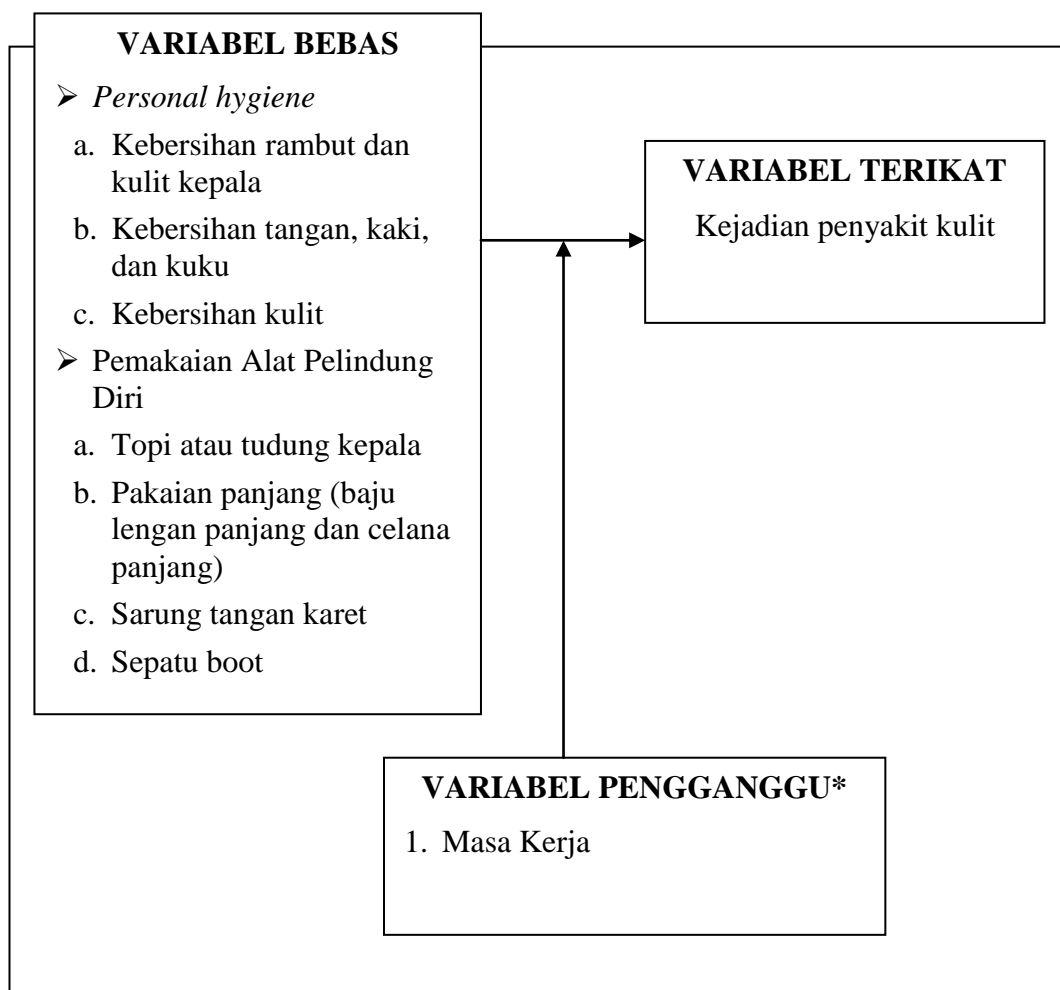
Sumber: Asmara Anjas (2012: 26)⁽¹⁾, Anies (2006: 2)⁽²⁾, Anizar (2012: 103)⁽³⁾, Chandra (2006: 39)⁽⁴⁾, Chandra (2009: 72)⁽⁵⁾, Dwikarya (2007: 16)⁽⁶⁾, Hidayat (2008: 85)⁽⁷⁾, Isro'in (2012: 3)⁽⁸⁾, Jerusalem (2010: 40)⁽⁹⁾, Prasasti (2005: 165)⁽¹⁰⁾, Sundari (2014: 72)⁽¹¹⁾, Sutardji (2009: 129)⁽¹²⁾.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo Soekidjo, 2005: 69).



Gambar 3.1: Kerangka Konsep

Keterangan *: dikendalikan

3.2 Variabel Penelitian

Menurut Notoatmodjo Soekidjo (2005: 70) variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain. Pada penelitian ini variabel yang digunakan adalah:

3.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas adalah variabel yang apabila berubah akan mengakibatkan perubahan variabel lain (Sastroasmoro Sudigdo, 1995: 157). Variabel bebas yang diteliti pada penelitian ini adalah:

3.2.1.1 *Personal Hygiene*

Perilaku *personal hygiene* yang diteliti dalam penelitian ini adalah kebersihan rambut dan kulit kepala; kebersihan tangan, kaki, dan kuku; dan kebersihan kulit.

3.2.1.2 Pemakaian Alat Pelindung Diri

Pemakaian alat pelindung diri yang diteliti dalam penelitian ini adalah topi atau tudung kepala, pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang), sarung tangan karet, sepatu boot.

3.2.2 Variabel Terikat

Variabel terikat adalah variabel yang berubah akibat perubahan variabel bebas (Sastroasmoro Sudigdo, 1995: 157). Variabel terikat pada penelitian ini adalah kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

3.2.3 Variabel Pengganggu

Variabel pengganggu adalah variabel yang berhubungan (asosiasi) dengan variabel bebas dan berhubungan dengan variabel tergantung, tetapi bukan merupakan variabel antara (Sastroasmoro Sudigdo, 1995: 158). Variabel pengganggu dalam penelitian ini yaitu:

1. Masa Kerja

Dikendalikan dengan cara memilih responden yang memiliki masa kerja kurang dari sepuluh tahun. Pengaruh masa kerja terhadap penyakit kulit apabila tidak diimbangi dengan *personal hygiene* pemulung, maka dapat berpengaruh terhadap kulit pemulung karena kontak langsung dengan sampah dalam jangka waktu yang lama. Semakin lama seseorang bekerja, dapat dimungkinkan telah memiliki resistensi terhadap bahan iritan.

3.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo Soekidjo, 2005: 72).

3.3.1 Hipotesis Umum

Hipotesis umum dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara *personal hygiene* dan pemakaian alat pelindung diri dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

3.3.2 Hipotesis Khusus

Hipotesis khusus dalam penelitian ini adalah:

- 3.3.2.1 Ada hubungan antara kebersihan rambut dan kulit kepala dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
- 3.3.2.2 Ada hubungan antara kebersihan tangan, kaki, dan kuku dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
- 3.3.2.3 Ada hubungan antara kebersihan kulit dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
- 3.3.2.4 Ada hubungan antara pemakaian alat pelindung topi atau tudung kepala dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
- 3.3.2.5 Ada hubungan antara pemakaian alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
- 3.3.2.6 Ada hubungan antara pemakaian alat pelindung sarung tangan karet dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
- 3.3.2.7 Ada hubungan antara pemakaian alat pelindung sepatu boot dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

3.4 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan pada variabel dengan cara memberikan arti atau menyepesifikasikan kegiatan atau memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur variabel tersebut. Adapun definisi operasional penelitian (Tabel 3.1).

Tabel 3.1. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Kategori	Skala
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Kebersihan rambut dan kulit kepala	Kebersihan yang dilakukan responden dengan cara mencuci rambut minimal dua kali seminggu, mencuci rambut menggunakan shampoo, dan menggunakan peralatan pemeliharaan rambut sendiri.	Lembar kuesioner	Wawancara	1. Baik, jika skor yang diperoleh responden $\geq 50\%$. 0. Buruk, jika skor yang diperoleh responden $\leq 50\%$ (Leo Waldi Purba, 2012: 51)	Ordinal
2.	Kebersihan tangan, kaki, dan kuku	Kebersihan yang dilakukan responden dengan cara mencuci tangan menggunakan sabun, memotong kuku secara teratur, dan mencuci kaki	Lembar kuesioner	Wawancara	1. Baik, jika skor yang diperoleh responden $\geq 50\%$. 0. Buruk, jika skor yang diperoleh responden $\leq 50\%$ (Leo Waldi Purba, 2012: 51)	Ordinal

Lanjutan (Tabel 3.1)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
		Sebelum tidur				
3.	Kebersihan kulit	Kebersihan yang dilakukan responden dengan cara mandi menggunakan sabun secara rutin; mengganti pakaian sehari sekali; menghindari penggunaan pakaian, handuk secara bersama-sama.	Lembar kuesioner	Wawancara	1. Baik, jika skor yang diperoleh responden $\geq 50\%$. 0. Buruk, jika skor yang diperoleh responden $\leq 50\%$ (Leo Waldi Purba, 2012: 51)	Ordinal
4.	Pemakaian alat pelindung topi	Alat pelindung yang digunakan responden saat penelitian untuk melindungi kepala dari kotoran, sampah maupun benda-benda tajam atau keras.	Lembar kuesioner	Wawancara	1. Selalu memakai alat pelindung topi saat bekerja. 0. Kadang-kadang dan tidak pernah memakai alat pelindung topi saat bekerja (Carko Budiyanto, 2010: 24)	Ordinal
5.	Pemakaian alat pelindung pakaian panjang	Alat pelindung yang digunakan responden saat penelitian	Lembar kuesioner	Wawancara	1. Selalu memakai alat pelindung pakaian	Ordinal

Lanjutan (Tabel 3.1)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	(baju lengan panjang dan celana panjang)	Untuk melindungi kulit dari sengatan matahari dan untuk menjaga kebersihan badan dari sampah yang membawa kuman penyakit.				Panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) saat bekerja. 0. Kadang-kadang dan tidak pernah memakai alat pelindung pakaian (baju lengan panjang dan celana panjang) saat bekerja atau memakai baju lengan panjang saja atau celana panjang saja saat bekerja (Carko Budiyanto, 2010: 24)
6.	Pemakaian alat pelindung sarung tangan karet	Alat pelindung yang digunakan oleh responden saat penelitian untuk melindungi kulit bagian	Lembar kuesioner	Wawancara	1. Selalu memakai alat pelindung sarung tangan karet saat bekerja. 0. Kadang-kadang dan	Ordinal

Lanjutan (Tabel 3.1)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
		Tangan terhadap kelembaban air, bahan-bahan zat kimia, dan agar tidak menyentuh sampah secara langsung				Tidak pernah memakai alat pelindung sarung tangan karet saat bekerja atau selalu memakai sarung tangan tetapi tidak karet (Carko Budiyanto, 2010: 24)
7.	Pemakaian alat pelindung sepatu boot	Alat pelindung yang digunakan oleh responden saat penelitian untuk melindungi kaki dari barang-barang tajam dan dari parasit atau mikroorganisme lain	Lembar kuesioner	Wawancara	1. Selalu memakai alat pelindung sepatu boot saat bekerja 0. Kadang-kadang dan tidak pernah memakai alat pelindung sepatu boot saat bekerja (Carko Budiyanto, 2010: 24)	Ordinal
8.	Kejadian penyakit kulit	Ditemukan gejala-gejala pada perubahan kulit responden yang merujuk pada	Pemeriksaan dokter	Hasil pemeriksaan dokter	0. Tidak mengalami penyakit kulit 1. Mengalami penyakit kulit	Ordinal

Lanjutan (Tabel 3.1)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
		Penyakit kulit berdasarkan hasil dari pemeriksaan dokter				

3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian yang bersifat survey analitik dengan rancangan penelitian kasus kontrol (*case control study*) untuk mengetahui hubungan antara *personal hygiene* dan pemakaian alat pelindung diri dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus. Penelitian ini menggunakan pendekatan *retrospective*. Efek (penyakit atau status kesehatan) diidentifikasi pada saat ini, kemudian faktor risiko diidentifikasi ada atau terjadinya pada waktu yang lalu (Notoatmodjo, 2010: 42).

Pada studi kasus kontrol sekelompok kasus (kelompok yang menderita penyakit atau efek yang sedang diteliti) dibandingkan dengan kelompok kontrol (kelompok yang tidak menderita penyakit atau efek). Responden kasus dalam penelitian ini adalah pemulung di TPA Tanjung Rejo yang menderita penyakit kulit berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan pada bulan November 2014. Sedangkan responden kontrol dalam penelitian ini adalah pemulung di TPA Tanjung Rejo yang tidak menderita penyakit kulit. Dalam penelitian ini ingin diketahui apakah suatu faktor risiko tertentu benar berpengaruh terhadap terjadinya efek yang diteliti dengan membandingkan kekerapan pajanan faktor

risiko tersebut pada kelompok kasus dengan kekerapan pajanan pada kelompok kontrol.

3.6 Populasi dan Sampel Penelitian

3.6.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian (Arikunto, 2010: 130). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus yang berjumlah 127 orang.

3.6.1.1 *Populasi Kasus*

Populasi kasus dalam penelitian ini adalah pemulung di TPA Tanjung Rejo yang menderita penyakit kulit berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan pada bulan November 2014 yang berjumlah 56 orang.

3.6.1.2 *Populasi Kontrol*

Populasi kontrol dalam penelitian ini adalah pemulung di TPA Tanjung Rejo yang tidak menderita penyakit kulit.

3.6.2 Sampel Penelitian

Penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Purposive Sampling* yaitu pengambilan sampel didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2010: 124).

Penentuan besar sampel untuk kelompok kasus dan kelompok kontrol dalam penelitian ini adalah berdasarkan perhitungan dari nilai OR dari penelitian

terdahulu dengan tingkat kemaknaan 95% ($Z\alpha = 1,960$) dan kekuatan penelitian 80% ($Z\beta = 0,842$). Nilai OR penelitian terdahulu yaitu 2,679.

Dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$n1 = n2 = \left[\frac{\frac{Z\alpha}{2} + Z\beta \sqrt{PQ}}{\left(P - \frac{1}{2}\right)} \right]^2$$

(Sastroasmoro, 2011: 369)

Keterangan:

$n1=n2$: Besar sampel untuk kasus dan kontrol

$Z\alpha$: Tingkat kepercayaan (95% = 1,960)

$Z\beta$: Power penelitian (80% = 0,842)

P : Perkiraan proporsi efek pada kasus

Q : Proporsi kontrol terpapar

R : OR penelitian terdahulu (Riris Nur Rahmawati, 2010)

Tabel 3.2. OR Penelitian Sebelumnya

No	Nama Peneliti / Tahun	Variabel	OR
1.	Riris Nur Rahmawati / 2010	<i>Personal hygiene</i>	2,679

$$P = \frac{R}{1+R} = \frac{2,679}{1+2,679} = 0,73$$

$$Q = 1 - P = 1 - 0,73 = 0,27$$

$$n1=n2 = \left[\frac{\frac{Z\alpha}{2} + Z\beta \sqrt{PQ}}{\left(P - \frac{1}{2}\right)} \right]^2$$

$$= \left[\frac{\frac{1,96}{2} + 0,842 \sqrt{0,73 \times 0,27}}{\left(0,73 - \frac{1}{2}\right)} \right]^2$$

$$= 22,04$$

$$= 22 \text{ orang}$$

Berdasarkan hasil perhitungan, maka diperoleh sampel sebanyak 22 orang. Penelitian ini menggunakan perbandingan antara kelompok kasus dan kelompok kontrol 1:1 dengan jumlah kasus 22 dan kontrol 22.

3.6.2.1 Sampel Kasus

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2010: 131). Sampel kasus dalam penelitian ini adalah pemulung di TPA Tanjung Rejo dan terdiagnosis menderita penyakit kulit yaitu berjumlah 22 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

3.6.2.1.1 Kriteria Inklusi

1. Responden yang dapat diajak berkomunikasi dengan baik.
2. Responden dengan masa kerja kurang dari sepuluh tahun.
3. Responden setuju untuk mengikuti penelitian.

3.6.2.1.2 Kriteria Eksklusi

1. Responden tidak berada di tempat saat penelitian berlangsung.

3.6.2.2 Sampel Kontrol

Merupakan pemulung di TPA Tanjung Rejo dan tidak mengalami keluhan penyakit kulit yaitu berjumlah 22 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

3.6.2.2.1 Kriteria Inklusi

1. Responden yang dapat diajak berkomunikasi dengan baik.
2. Responden bersedia untuk mengikuti penelitian.

3.6.2.2.2 Kriteria Eksklusi

1. Responden tidak berada di tempat saat penelitian berlangsung.

3.7 Sumber Data Penelitian

Sumber data dalam penelitian ini terdiri dari data primer, diantaranya:

3.7.1 Data Primer

Dalam penelitian ini data primer berupa *personal hygiene* (kebersihan tangan, kaki, dan kuku, kebersihan kulit, praktik kebersihan mandi) dan pemakaian alat pelindung diri diperoleh dari hasil wawancara dan observasi kepada pemulung.

3.8 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data

3.8.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo Soekidjo, 2005: 48). Adapun instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kuesioner. Kuesioner dalam penelitian ini ditanyakan pada responden yang berisi pertanyaan nama, jenis kelamin, usia, pendidikan, masa kerja, *personal hygiene* (kebersihan kulit dan rambut kepala, kebersihan tangan, kaki dan kuku, kebersihan kulit), dan pemakaian alat pelindung diri (topi atau tudung kepala, pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang), sarung tangan karet, dan sepatu boot).

3.8.2 Teknik Pengambilan Data

Metode pengambilan data dalam penelitian ini yaitu:

3.8.2.1 Teknik Pengambilan Data Primer

1. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, di mana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut. Jadi data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu pertemuan atau percakapan (Notoatmodjo Soekidjo, 2005: 102). Dalam wawancara ini peneliti ingin mengetahui *personal hygiene* dan keluhan gangguan kulit pada pemulung.

2. Observasi

Observasi atau yang sering disebut pengamatan, meliputi kegiatan pemuatan perhatian terhadap sesuatu objek dengan menggunakan seluruh alat indera. Jadi, mengobservasi dapat dilakukan melalui penglihatan, penciuman, pendengaran, peraba, dan pengecap (Arikunto Suharsimi, 2010: 199). Observasi dilakukan melalui pengamatan langsung mengenai penggunaan alat pelindung diri.

3.9 Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data adalah proses yang sangat penting dalam penelitian. Oleh karena itu, harus dilakukan dengan baik dan benar (Budiarto Eko, 2001: 29).

Pengolahan data dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

3.9.1 *Editing*

Sebelum diolah, data perlu diedit terlebih dahulu. Data atau keterangan yang telah dikumpulkan dalam bentuk *record book*, daftar pertanyaan perlu dibaca lagi dan diperbaiki apabila masih ada kesalahan dan keraguan data.

3.9.2 Coding

Data yang telah dikumpulkan dapat berupa kalimat yang pendek atau panjang, untuk memudahkan menganalisa, maka jawaban tersebut perlu diberikan kode. Mengkode jawaban adalah menaruh angka pada setiap jawaban.

3.9.3 Processing

Setelah semua isian kuesioner terisi penuh dan benar, dan juga sudah melewati proses *coding*, maka langkah selanjutnya adalah memroses data agar dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-*entry* data dari kuesioner ke paket program komputer. Ada bermacam-macam paket program yang dapat digunakan untuk pemrosesan data dengan masing-masing mempunyai kelebihan dan kekurangan.

3.9.4 Cleaning

Tahap terakhir adalah pengecekan kembali data yang telah dimasukkan untuk memastikan data tersebut tidak ada yang salah, sehingga dengan demikian data tersebut sudah siap untuk dianalisa.

3.10 Analisis Data

3.10.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian dengan menggunakan distribusi frekuensi untuk mengetahui gambaran terhadap

variabel yang diteliti yaitu kejadian penyakit kulit, *personal hygiene* (kebersihan rambut dan kulit kepala; kebersihan tangan, kaki, dan kuku; dan kebersihan kulit), pemakaian alat pelindung diri (alat pelindung topi atau tudung kepala, pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang), sarung tangan karet, sepatu boot).

3.10.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yaitu variabel bebas *personal hygiene* dan pemakaian alat pelindung diri, serta variabel terikatnya kejadian penyakit kulit yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisis bivariat menggunakan uji *chi-Square* dengan taraf kepercayaan 95% sehingga dapat diketahui hubungan antar variabel penelitian. Syarat uji *Chi-square* yang harus dipenuhi adalah tidak terdapat sel dengan nilai *observed* yang bernilai nol (0) serta sel yang memiliki nilai *expected* kurang dari 5 maksimal 20% dari jumlah sel. Jika pada tabel silang 2×2 dijumpai nilai harapan (*Expected count*) kurang dari 5, lebih dari 20% jumlah sel, maka uji hipotesis yang digunakan adalah uji alternatif dari uji *Chi-square* yaitu uji *Fisher*. Dan untuk mengetahui besar faktor risiko digunakan analisis *Odd Ratio*.

Taraf signifikan yang digunakan adalah 95% atau taraf kesalahan 0,05%. Untuk menghitung *odds ratio* digunakan tabel 2×2, sedangkan untuk menghubungkan antara variabel bebas dengan variabel terikat digunakan:

$$\text{Uji OR} = \frac{\text{odd terpapar pada kelompok kasus}}{\text{odd terpapar pada kelompok kontrol}}$$

Tabel 3.3. Tabulasi Distribusi Frekuensi Observasi Berdasarkan Faktor Risiko dan Efek

Faktor Risiko	Efek		Total
	Kasus	Kontrol	
Ya (+)	A	B	A+B
Tidak (-)	C	D	C+D
Total	A+C	B+D	N = A+B+C+D

Sumber :Sastroasmoro, 2011: 148

Keterangan :

- A = Kasus yang mengalami paparan
- B = Kontrol yang mengalami pajanan
- C = Kasus yang tidak mengalami pajanan
- D = Kontrol yang tidak mengalami pajanan

Rumus perhitungan nilai OR:

$$\begin{aligned}
 \text{OR} &= \text{odds pada kelompok kasus} : \text{odds pada kelompok kontrol} \\
 &= \frac{(\text{proporsi kasus dengan faktor risiko})/(\text{proporsi kasus tanpa faktor risiko})}{(\text{proporsi kontrol dengan faktor risiko})/(\text{proporsi kontrol tanpa faktor risiko})} \\
 &= \{A/ (A+B) : B/ (A+B)\} / \{C/ (C+D) : D/ (C+D)\} \\
 &= A/B : C/D \\
 &= AD / BC
 \end{aligned}$$

Interpretasi nilai OR dan 95% CI:

- a. Bila $OR > 1$ dan 95% CI tidak mencakup angka 1, maka faktor yang diteliti merupakan risiko timbulnya penyakit.
- b. Bila OR hitung > 1 dan 95% CI mencakup angka 1, maka faktor yang diteliti belum tentu faktor risiko timbulnya penyakit.

- c. Bila OR hitung = 1 dan 95% *CI* tidak mencakup angka 1 atau 95% *CI* mencakup angka 1 menunjukkan bahwa faktor yang diteliti bukan merupakan faktor risiko.
- d. Bila OR hitung < 1 dan 95% *CI* tidak mencakup angka 1, maka faktor yang diteliti merupakan faktor protektif.
- e. Bila OR hitung < 1 dan 95% *CI* tidak mencakup angka 1, maka faktor yang diteliti belum tentu merupakan faktor protektif (Sastroasmoro, 2011: 120)

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Deskripsi Data Penelitian

4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) Tanjung Rejo terletak di Desa Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus. Luas TPA Tanjung Rejo $\pm 5,6$ Ha dan luas area efektif $\pm 3,5$ Ha. Jarak TPA dari pusat kota ± 15 km, jarak dari pemukiman ± 200 m, dan jarak dari badan air ± 100 m.

TPA Tanjung Rejo secara geografis terletak pada posisi $6^{\circ} 46' 20,7''$ - $6^{\circ} 40' 21,3''$ LS dan $110^{\circ} 54' 40,2''$ - $110^{\circ} 54' 33,8''$ BT. TPA Tanjung Rejo dibangun pada tahun 1991 dan di bawah naungan Dinas Cipta Karya dan Tata Ruang Kabupaten Kudus. TPA Tanjung Rejo memiliki dua TPA yaitu TPA milik perusahaan Pura dan TPA milik pemerintah.

Sistem pengelolaan sampah di TPA Tanjung Rejo menggunakan sistem *Semi control landfill*, di mana sebagian sel telah ditutup dengan lahan penutup dan ada sebagian yang masih terbuka. Sampah yang baru datang dibongkar di zona aktif. Zona aktif adalah zona yang masih aktif digunakan untuk pembuangan sampah. Kemudian terjadi pemilahan sampah seperti sampah plastik, kertas, kaca, dan sampah lain. Sampah organik yang telah dipilah kemudian dicacah menggunakan mesin pencacah kemudian diletakkan pada segitiga bambu selama satu bulan dengan perlakuan komposting, untuk selanjutnya dapat dipanen sebagai kompos.

Di sekitar TPA Tanjung Rejo juga terdapat pondok atau kemah yang dibuat seadanya dari bambu dan kain bekas dan dibangun atau dibuat di samping timbunan sampah untuk digunakan sebagai tempat peristirahatan para pemulung selama bekerja. Lingkungan TPA sangat terbuka dan dikelilingi oleh tumpukan sampah yang bercampur dan beraneka ragam sifat dan jenisnya. Para pemulung tetap dengan semangat dan giatnya berjalan di antara bukit-bukit sampah dan mengejar truk sampah yang baru datang serta mengais dan memilah jenis-jenis sampah yang mereka kumpulkan untuk dijual sekaligus menjadi penghasilan pemulung per hari.

4.1.2 Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini adalah pemulung yang menderita dan tidak menderita penyakit kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus sebanyak 44 responden yang terdiri dari 22 responden kasus dan 22 responden kontrol, dengan karakteristik sebagai berikut:

4.1.2.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel distribusi responden kelompok kasus dan kontrol berdasarkan umur merupakan matrik yang terdiri dari mean, median, dan modus umur responden (Tabel 4.1 dan Tabel 4.2):

Tabel 4.1. Distribusi Responden Kasus berdasarkan Umur

No.	Mean	Median	Modus
1.	54,18	54,00	54

Berdasarkan Tabel 4.1 dapat diketahui bahwa rata-rata umur responden kelompok kasus yaitu 54,18 tahun atau 54 tahun, nilai tengah dari umur responden

kelompok kasus yaitu 54,00 tahun, dan nilai yang sering muncul (responden yang paling banyak diwawancarai) pada kelompok kasus yaitu pada umur 54 tahun sebanyak 3 orang.

Tabel 4.2. Distribusi Responden Kontrol berdasarkan Umur

No.	Mean	Median	Modus
1.	52,95	52,50	49

Berdasarkan Tabel 4.2 dapat diketahui bahwa rata-rata umur responden kelompok kontrol yaitu 52,95 tahun atau 53 tahun, nilai tengah dari umur responden kelompok kontrol yaitu 52,50 tahun, dan nilai yang sering muncul (responden yang paling banyak diwawancarai) pada kelompok kontrol yaitu pada umur 49 tahun masing-masing sebanyak 4 orang.

4.1.2.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel distribusi responden kelompok kasus dan kontrol berdasarkan jenis kelamin merupakan matrik yang terdiri dari jenis kelamin responden kasus dan kontrol, jumlah dan prosentasinya (Tabel 4.3 dan Tabel 4.4).

Tabel 4.3. Distribusi Responden Kasus berdasarkan Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Laki-Laki	9	40,9
2.	Perempuan	13	59,1
	Jumlah	22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.3 dapat diketahui dari 22 responden kasus didapatkan bahwa jenis kelamin perempuan lebih banyak daripada jumlah jenis kelamin laki-laki, yaitu pada jenis kelamin perempuan sebanyak 13 orang (59,1%) dan jenis kelamin laki-laki sebanyak 9 orang (40,9%).

Tabel 4.4. Distribusi Responden Kontrol berdasarkan Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	Jumlah	Prosentase (%)
-----	---------------	--------	----------------

1.	Laki-Laki	10	45,5
2.	Perempuan	12	54,5
	Jumlah	22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.4 dapat diketahui dari 22 responden kontrol didapatkan bahwa jenis kelamin perempuan lebih banyak daripada jumlah jenis kelamin laki-laki, yaitu pada jenis kelamin perempuan 12 orang (54,5%) dan jenis kelamin laki-laki sebanyak 10 orang (45,5%).

4.1.2.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Masa Kerja

Tabel distribusi responden kasus dan kontrol berdasarkan masa kerja merupakan matrik yang terdiri dari mean, median, dan modus (Tabel 4.5 dan Tabel 4.6).

Tabel 4.5. Distribusi Responden Kasus berdasarkan Masa Kerja

No.	Masa Kerja	Jumlah	Prosentase (%)
1.	2	2	9,1
2.	3	2	9,1
3.	4	3	13,6
4.	5	2	9,1
6.	6	3	13,6
7.	7	3	13,6
8.	8	1	4,5
9.	9	4	18,2
10.	10	2	9,1
	Jumlah	22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.5 dapat diketahui dari 22 responden kasus didapatkan bahwa masa kerja responden selama 2 tahun berjumlah 2 orang (9,1%), masa kerja selama 3 tahun berjumlah 2 orang (9,1%), masa kerja selama 4 tahun berjumlah 3 orang (13,6%), masa kerja selama 5 tahun berjumlah 2 orang (9,1%), masa kerja selama 6 tahun berjumlah 3 orang (13,6%), masa kerja selama 7 tahun berjumlah 3 orang (13,6%), masa kerja selama 8 tahun berjumlah 1 orang (4,5%),

masa kerja selama 9 tahun berjumlah 4 orang (18,2%), dan masa kerja selama 10 tahun berjumlah 2 orang (9,1%).

Tabel 4.6. Distribusi Responden Kontrol berdasarkan Masa Kerja

No.	Masa Kerja	Jumlah	Prosentase (%)
1.	5	2	9,1
2.	6	1	4,5
3.	7	1	4,5
4.	8	3	13,6
5.	9	4	18,2
6.	10	11	50,0
	Jumlah	22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.6 dapat diketahui dari 22 responden kontrol didapatkan bahwa masa kerja responden selama 5 tahun berjumlah 2 orang (9,1%), masa kerja selama 6 tahun berjumlah 1 orang (4,5%), masa kerja selama 7 tahun berjumlah 1 orang (4,5%), masa kerja selama 8 tahun berjumlah 3 orang (13,6%), masa kerja selama 9 tahun berjumlah 4 orang (18,2%), dan masa kerja selama 10 tahun berjumlah 11 orang (50,0%).

4.1.2.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel distribusi responden kasus dan kontrol berdasarkan tingkat pendidikan merupakan matrik yang terdiri dari tingkat pendidikan responden, jumlah dan prosentasenya (Tabel 4.7 dan Tabel 4.8).

Tabel 4.7. Distribusi Responden Kasus berdasarkan Tingkat Pendidikan

No.	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Tidak Sekolah	9	40,9
2.	Tamat SD	12	54,5
3.	Tamat SMP	1	4,5
	Jumlah	22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.7 dapat diketahui dari 22 responden kasus sebagian besar tingkat pendidikannya yaitu SD yang berjumlah 12 orang (54,5%),

sedangkan yang paling sedikit tingkat pendidikannya yaitu SMP berjumlah 1 orang (4,5%).

Tabel 4.8. Distribusi Responden Kontrol berdasarkan Tingkat Pendidikan

No.	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Tidak Sekolah	5	22,7
2.	Tamat SD	15	68,2
3.	Tamat SMP	2	9,1
Jumlah		22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.8 dapat diketahui bahwa dari 22 responden kontrol sebagian besar tingkat pendidikannya yaitu SD yang berjumlah 15 orang (68,2%), sedangkan yang paling sedikit tingkat pendidikannya yaitu SMP yang berjumlah 2 orang (9,1%).

4.1.2.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Penyakit

Tabel distribusi responden kasus dan kontrol berdasarkan jenis penyakit merupakan matrik yang terdiri dari jenis penyakit yang dialami responden, jumlah dan persentasenya (Tabel 4.9 dan Tabel 4.10).

Tabel 4.9. Distribusi Responden Kasus berdasarkan Jenis Penyakit

No.	Jenis Penyakit	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Dermatitis Kontak Alergi	4	18,2
2.	<i>Tinea corporis</i>	5	22,7
3.	<i>Tinea manus</i>	5	22,7
4.	<i>Tinea pedis</i>	7	31,8
5.	Urtikaria	1	4,5
Jumlah		22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.9 dapat diketahui bahwa dari 22 responden kasus sebagian besar responden mengalami penyakit kulit *Tinea pedis* sebanyak 7 orang (31,8%), dan sebagian kecil responden mengalami penyakit kulit Urtikaria yaitu hanya 1 orang (4,5%).

Tabel 4.10. Distribusi Responden Kontrol berdasarkan Jenis Penyakit

No.	Jenis Penyakit	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Gastritis	2	9,1
2.	Hipertensi	8	36,4
3.	Nyeri Dada	1	4,5
4.	Nyeri sendi pada lutut	2	9,1
5.	Pegal-pegal	2	9,1
6.	Rhinitis alergika	1	4,5
7.	Sakit pinggang	4	18,2
8.	Sakit punggung	2	9,1
Jumlah		22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.10 dapat diketahui bahwa dari 22 responden kontrol sebagian besar responden mengalami penyakit Hipertensi sebanyak 8 orang (36,4%) dan sebagian kecil responden mengalami penyakit Nyeri dada dan Rhinitis alergika yaitu hanya 1 orang (4,5%).

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Analisis Univariat Variabel Penelitian

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi dan prosentase dari tiap variabel.

4.2.1.1 Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala

Tabel distribusi responden kasus dan kontrol tentang kebersihan rambut dan kulit kepala merupakan matrik yang terdiri dari kebersihan kulit dan rambut kepala, jumlah dan prosentasenya (Tabel 4.11 dan Tabel 4.12).

Tabel 4.11. Distribusi Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala Responden Kasus

No.	Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Buruk	6	27,3
2.	Baik	16	72,7

Jumlah	22	100,0
---------------	----	-------

Berdasarkan Tabel 4.11 dapat diketahui bahwa responden kasus yang memiliki kebersihan rambut dan kulit kepalanya buruk berjumlah 6 orang (27,3%) dan responden kasus yang memiliki kebersihan rambut dan kulit kepalanya baik berjumlah 16 orang (72,7%).

Tabel 4.12. Distribusi Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala Responden Kontrol

No.	Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Buruk	3	13,6
2.	Baik	19	86,4
Jumlah		22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.12 dapat diketahui bahwa responden kontrol yang memiliki kebersihan rambut dan kulit kepalanya buruk berjumlah 3 orang (13,6%) dan responden kontrol yang memiliki kebersihan rambut dan kulit kepalanya baik berjumlah 19 orang (86,4%).

4.2.1.2 Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku

Tabel distribusi responden kasus dan kontrol tentang kebersihan tangan, kaki, dan kuku merupakan matrik yang terdiri dari kebersihan kulit dan rambut kepala, jumlah dan persentasenya (Tabel 4.13 dan Tabel 4.14).

Tabel 4.13. Distribusi Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku Responden Kasus

No.	Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Buruk	19	86,4
2.	Baik	3	13,6
Jumlah		22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.13 dapat diketahui bahwa responden kasus yang memiliki kebersihan tangan, kaki dan kukunya buruk berjumlah 19 orang (86,4%), dan responden kasus yang memiliki kebersihan tangan, kaki, dan kukunya baik berjumlah 3 orang (13,6%).

Tabel 4.14. Distribusi Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku Responden Kontrol

No.	Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Buruk	10	45,5
2.	Baik	12	54,5
Jumlah		22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.14 dapat diketahui bahwa responden kontrol yang memiliki kebersihan tangan, kaki dan kukunya buruk berjumlah 10 orang (45,5%), sedangkan responden kontrol yang memiliki kebersihan tangan, kaki, dan kukunya baik berjumlah 12 orang (54,5%).

4.2.1.3 Kebersihan Kulit

Tabel distribusi responden kasus dan kontrol tentang kebersihan kulit merupakan matrik yang terdiri dari kebersihan kulit, jumlah dan prosentasenya (Tabel 4.15 dan 4.16).

Tabel 4.15. Distribusi Kebersihan Kulit Responden Kasus

No.	Kebersihan Kulit	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Buruk	17	77,3
2.	Baik	5	22,7
Jumlah		22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.15 dapat diketahui bahwa responden kasus yang memiliki kebersihan kulitnya buruk berjumlah 17 orang (77,3%), sedangkan responden kontrol yang memiliki kebersihan kulitnya baik berjumlah 5 orang (22,7%).

Tabel 4.16. Distribusi Kebersihan Kulit Responden Kontrol

No.	Kebersihan Kulit	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Buruk	3	13,6
2.	Baik	19	86,4
Jumlah		22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.16 dapat diketahui bahwa responden kontrol yang memiliki kebersihan kulitnya buruk berjumlah 3 orang (13,6%), sedangkan responden kontrol yang memiliki kebersihan kulitnya baik berjumlah 19 orang (86,4%).

4.2.1.4 Pemakaian Alat Pelindung Topi

Tabel distribusi responden kasus dan kontrol tentang pemakaian alat pelindung topi merupakan matrik yang terdiri dari pemakaian alat pelindung topi, jumlah dan prosentasenya (Tabel 4.17 dan Tabel 4.18).

Tabel 4.17. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Topi Responden Kasus

No.	Pemakaian Alat Pelindung Topi	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	12	54,5
2.	Selalu Memakai	10	45,5
Jumlah		22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.17 dapat diketahui bahwa responden kasus yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung topi sebanyak 12 orang (54,5%), sedangkan responden yang selalu memakai alat pelindung topi sebanyak 10 orang (45,5%).

Tabel 4.18. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Topi Responden Kontrol

No.	Pemakaian Alat Pelindung Topi	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	7	31,8
2.	Selalu Memakai	15	68,2
Jumlah		22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.18 dapat diketahui bahwa responden kontrol yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung topi sebanyak 7 orang (31,8%), sedangkan responden yang selalu memakai sebanyak 15 orang (68,2%).

4.2.1.5 Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang (Baju Lengan Panjang dan Celana Panjang)

Tabel distribusi responden kasus dan kontrol tentang pemakaian alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) merupakan matrik yang terdiri dari pemakaian alat pelindung pakaian panjang, jumlah dan prosentasenya (Tabel 4.19 dan Tabel 4.20).

Tabel 4.19. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang (Baju Lengan Panjang dan Celana Panjang) Responden Kasus

No.	Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	12	54,5
2.	Selalu Memakai	10	45,5
	Jumlah	22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.19 dapat diketahui bahwa responden kasus yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) sebanyak 12 orang (54,5%), sedangkan responden yang selalu memakai alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) sebanyak 10 orang (45,5%).

Tabel 4.20. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang (Baju Lengan Panjang dan Celana Panjang) Responden Kontrol

No.	Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	4	18,2
2.	Selalu Memakai	18	81,8
	Jumlah	22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.20 dapat diketahui bahwa responden kontrol yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) sebanyak 4 orang (18,2%), sedangkan

responden yang selalu memakai alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) sebanyak 18 orang (81,8%).

4.2.1.6 Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet

Tabel distribusi responden kasus dan kontrol tentang pemakaian alat pelindung sarung tangan karet merupakan matrik yang terdiri dari pemakaian alat pelindung sarung tangan karet, jumlah dan prosentasenya (Tabel 4.21 dan Tabel 4.22).

Tabel 4.21. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet Responden Kasus

No.	Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	21	95,5
2.	Selalu Memakai	1	4,5
Jumlah		22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.21 dapat diketahui bahwa responden kasus yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sarung tangan karet sebanyak 21 orang (95,5%), sedangkan responden yang selalu memakai sarung tangan karet hanya 1 orang (4,5%).

Tabel 4.22. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet Responden Kontrol

No.	Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	21	95,5
2.	Selalu Memakai	1	4,5
Jumlah		22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.22 dapat diketahui bahwa responden kontrol yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sarung tangan karet

sebanyak 21 orang (95,5%), sedangkan responden yang selalu memakai sarung tangan karet hanya 1 orang (4,5%).

4.2.1.7 Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot

Tabel distribusi responden kasus dan kontrol tentang pemakaian alat pelindung sepatu boot merupakan matrik yang terdiri dari pemakaian alat pelindung sepatu boot, jumlah dan prosentasenya (Tabel 4.23 dan Tabel 4.24).

Tabel 4.23. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot Responden Kasus

No.	Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	18	81,8
2.	Selalu Memakai	4	18,2
	Jumlah	22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.23 dapat diketahui bahwa responden kasus yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sepatu boot sebanyak 18 orang (81,8%), sedangkan responden yang selalu memakai alat pelindung sepatu boot hanya 4 orang (18,2%).

Tabel 4.24. Distribusi Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot Responden Kontrol

No.	Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	8	36,4
2.	Selalu Memakai	14	63,6
	Jumlah	22	100,0

Berdasarkan Tabel 4.24 dapat diketahui bahwa responden kontrol yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sepatu boot sebanyak 8 orang (36,4%), sedangkan responden yang selalu memakai alat pelindung sepatu boot sebanyak 14 orang (63,6%).

4.2.2 Analisis Bivariat Variabel Penelitian

Analisis bivariat merupakan analisis yang menghubungkan 2 variabel yang sekaligus juga sebagai penguji hubungan antara 2 variabel yang diteliti. Penelitian ini menggunakan analisis *Chi-square*, dimana data penelitian dianalisis dengan terlebih dahulu menyajikannya dalam kategori. Uji *Chi-square* digunakan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan variabel bebas dan variabel terikat. Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan program SPSS diperoleh hasil analisis bivariat sebagai berikut:

4.2.2.1 Hubungan antara Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala dengan Kejadian Penyakit Kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

Hasil uji statistik dengan *Fisher*, diperoleh hubungan antara kebersihan rambut dan kulit kepala dengan kejadian penyakit kulit (Tabel 4.25).

Tabel 4.25. Hubungan antara Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala dengan Kejadian Penyakit Kulit

Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala	Kejadian Penyakit Kulit				p-value
	Kasus		Kontrol		
	N	%	N	%	
Buruk	6	27,3	3	13,6	0,457
Baik	16	72,7	19	86,4	
Jumlah	22	100,0	22	100,0	

Tabel 4.25 menunjukkan bahwa dari 22 responden kasus (Penderita penyakit kulit) yang memiliki kebersihan rambut dan kulit kepalanya buruk sebanyak 6 orang (27,3%) dan yang memiliki kebersihan rambut dan kulit kepalanya baik sebanyak 16 orang (72,2%). Sedangkan dari 22 responden kontrol (bukan penderita penyakit kulit) yang memiliki kebersihan rambut dan kulit

kepalanya buruk hanya 3 orang (13,6%) dan yang memiliki kebersihan rambut dan kulit kepalanya baik sebanyak 19 orang (86,4%).

Dari hasil uji statistik dengan menggunakan *Fisher*, diperoleh *p value* sebesar 0,457. Karena *p value* > 0,05 maka H_0 diterima, artinya **tidak ada hubungan** antara kebersihan rambut dan kulit kepala dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

4.2.2.2 Hubungan antara Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku dengan Kejadian Penyakit Kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

Hasil uji statistik dengan *Chi-square*, diperoleh hubungan antara kebersihan tangan, kaki dan kuku dengan kejadian penyakit kulit (Tabel 4.26).

Tabel 4.26. Hubungan antara Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku dengan Kejadian Penyakit Kulit

Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku	Kejadian Penyakit Kulit				p-value	OR	95% CI
	Kasus		Kontrol				
	N	%	N	%			
Buruk	19	86,4	10	45,5	0,004	7,600	1,732-33,347
Baik	3	13,6	12	54,5			
Jumlah	22	100,0	22	100,0			

Tabel 4.26 menunjukkan bahwa dari 22 responden kasus (penderita penyakit kulit) yang memiliki kebersihan tangan, kaki dan kukunya buruk sebanyak 19 orang (86,4%) dan yang memiliki kebersihan tangan, kaki dan kukunya baik hanya 3 orang (13,6%). Sedangkan dari 22 responden kontrol (bukan penderita penyakit kulit) yang memiliki kebersihan tangan, kaki dan kukunya buruk sebanyak 10 orang (45,5%) dan yang memiliki kebersihan tangan, kaki dan kukunya baik sebanyak 12 orang (54,5%).

Dari hasil uji statistik dengan menggunakan *Chi-square*, diperoleh *p value* sebesar 0,004. Karena *p value* < 0,05 maka H_0 ditolak, artinya **ada hubungan** antara variabel kebersihan tangan, kaki dan kuku dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus. Nilai *Odd Ratio* (OR) = 7,600 (OR>1) dengan 95% CI = 1,732 – 33,347 menunjukkan bahwa responden yang memiliki kebersihan tangan, kaki, dan kukunya buruk mempunyai risiko 7,600 kali lebih besar menderita penyakit kulit daripada responden yang memiliki kebersihan tangan, kaki dan kukunya baik.

4.2.2.3 Hubungan antara Kebersihan Kulit dengan Kejadian Penyakit Kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

Hasil uji statistik dengan *Chi-square*, diperoleh hubungan antara kebersihan kulit dengan kejadian penyakit kulit (Tabel 4.27).

Tabel 4.27. Hubungan antara Kebersihan Kulit dengan Kejadian Penyakit Kulit

Kebersihan Kulit	Kejadian Penyakit Kulit				P- <i>value</i>	OR	95% CI
	Kasus		Kontrol				
	N	%	N	%			
Buruk	17	77,3	3	13,6	0,000 1	21,533 103,900	
Baik	5	22,7	19	86,4			
Jumlah	22	100,0	22	100,0			

Tabel 4.27 menunjukkan bahwa dari 22 responden kasus (penderita penyakit kulit) yang memiliki kebersihan kulitnya buruk sebanyak 17 orang (77,3%) dan yang memiliki kebersihan kulitnya baik sebanyak 5 orang (22,7%). Sedangkan dari 22 responden kontrol (bukan penderita penyakit kulit) yang memiliki kebersihan kulitnya buruk hanya 3 orang (13,6%) dan yang memiliki kebersihan kulitnya baik sebanyak 19 orang (86,4%).

Dari hasil uji statistik dengan menggunakan *Chi-square*, diperoleh *p value* sebesar 0,0001. Karena *p value* < 0,05, maka H_0 ditolak, artinya **ada hubungan** antara variabel kebersihan kulit dengan kejadian penyakit kulit. Nilai *Odd Ratio* (OR) = 21,533 (OR>1) dengan 95%CI = 4,463 – 103, 900 menunjukkan bahwa responden yang memiliki kebersihan kulitnya buruk mempunyai risiko 21,533 kali lebih besar menderita penyakit kulit daripada responden yang memiliki kebersihan kulitnya baik.

4.2.2.4 Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Topi dengan Kejadian Penyakit Kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

Hasil uji statistik dengan *Chi-square*, diperoleh hubungan antara pemakaian alat pelindung topi dengan kejadian penyakit kulit (Tabel 4.28).

Tabel 4.28. Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Topi dengan Kejadian Penyakit Kulit

Pemakaian Alat Pelindung Topi	Kejadian Penyakit Kulit				<i>p-value</i>
	Kasus		Kontrol		
	N	%	N	%	
Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	12	54,5	7	31,8	0,223
Selalu Memakai	10	45,5	15	68,2	
Jumlah	22	100,0	22	100,0	

Tabel 4.28 menunjukkan bahwa dari 22 responden kasus (penderita penyakit kulit) yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung topi sebanyak 12 orang (54,5%) dan yang selalu memakai alat pelindung topi sebanyak 10 orang (45,5%). Sedangkan dari 22 responden kontrol (bukan penderita penyakit kulit) yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat

pelindung topi sebanyak 7 orang (31,8%) dan yang selalu memakai alat pelindung topi sebanyak 15 orang (68,2%).

Dari hasil uji statistik dengan menggunakan *Chi-square*, diperoleh *p value* sebesar 0,223. Karena *p value* > 0,05, maka H_0 diterima, artinya **tidak ada hubungan** antara pemakaian alat pelindung topi dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

4.2.2.5 Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang (Baju Lengan Panjang dan Celana Panjang) di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

Hasil uji statistik dengan *Chi-square*, diperoleh hubungan antara pemakaian alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) dengan kejadian penyakit kulit (Tabel 4.29).

Tabel 4.29. Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang (Baju Lengan Panjang dan Celana Panjang) dengan Kejadian Penyakit Kulit

Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang	Kejadian Penyakit Kulit				<i>p-value</i>	OR	95%CI
	Kasus		Kontrol				
	N	%	N	%			
Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	12	54,5	4	18,2	0,012	5,400	1,372-21,260
Selalu Memakai	10	45,5	18	81,8			
Jumlah	22	100,0	22	100,0			

Tabel 4.29 menunjukkan bahwa dari 22 responden kasus (penderita penyakit kulit) yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) sebanyak 12 orang (54,5%) dan yang selalu memakai alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) sebanyak 10 orang (45,5%). Sedangkan dari 22 responden kontrol (bukan penderita penyakit kulit) yang kadang-kadang atau tidak

pernah memakai alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) sebanyak 4 orang (18,2%) dan yang selalu memakai alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) sebanyak 18 orang (81,8%).

Dari hasil uji statistik menggunakan uji *Chi-square*, diperoleh *p value* sebesar 0,012. Karena *p value* < 0,05, maka H_0 ditolak, artinya **ada hubungan** antara variabel pemakaian alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus. Nilai *Odd Ratio* (OR) = 5,400 (OR>1) dengan 95%CI = 1,372 – 21,260 menunjukkan bahwa responden yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) mempunyai risiko 5,400 kali lebih besar menderita penyakit kulit daripada responden yang selalu memakai alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang).

4.2.2.6 Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet dengan Kejadian Penyakit Kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

Hasil uji statistik dengan *Fisher*, diperoleh hubungan antara pemakaian alat pelindung sarung tangan karet dengan kejadian penyakit kulit (Tabel 4.30).

4.30. Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet dengan Kejadian Penyakit Kulit

Pemakaian Alat Pelindung	Kejadian Penyakit Kulit	<i>p-value</i>
--------------------------	-------------------------	----------------

Sarung Tangan Karet	Kasus		Kontrol		
	N	%	N	%	
Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	21	95,5	21	95,5	1,000
Selalu Memakai	1	4,5	1	4,5	
Jumlah	22	100,0	22	100,0	

Tabel 4.30 menunjukkan bahwa dari 22 responden kasus (penderita penyakit kulit) yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sarung tangan karet sebanyak 21 orang (95,5%) dan yang selalu memakai alat pelindung sarung tangan karet hanya 1 orang (4,5%). Sedangkan dari 22 responden kontrol (bukan penderita penyakit kulit) yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sarung tangan karet sebanyak 21 orang (95,5%) dan yang selalu memakai alat pelindung sarung tangan karet hanya 1 orang (4,5%).

Dari hasil uji statistik menggunakan uji *Fisher*, diperoleh *p value* sebesar 1,000. Karena *p value* > 0,05 maka H_0 diterima, artinya **tidak ada hubungan** antara pemakaian alat pelindung sarung tangan karet dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

4.2.2.7 Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot dengan Kejadian Penyakit Kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

Hasil uji statistik dengan *Chi-square*, diperoleh hubungan antara pemakaian alat pelindung sepatu boot dengan kejadian penyakit kulit (Tabel 4.31)

Tabel 4.31. Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot dengan Kejadian Penyakit Kulit

Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot	Kejadian Penyakit Kulit	<i>p-value</i>	OR	95%CI
--------------------------------------	-------------------------	----------------	----	-------

	Kasus		Kontrol				
	N	%	N	%			
Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	18	81,8	8	36,4	0,002	7,875	1,964-31,574
Selalu Memakai	4	18,2	14	63,6			
Jumlah	22	100,0	22	100,0			

Tabel 4.31 menunjukkan bahwa dari 22 responden kasus (penderita penyakit kulit) yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sepatu boot sebanyak 18 orang (81,8%) dan yang selalu memakai alat pelindung sepatu boot sebanyak 4 orang (18,2%). Sedangkan dari 22 responden kontrol (bukan penderita penyakit kulit) yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sepatu boot sebanyak 8 orang (36,4%) dan yang selalu memakai alat pelindung sepatu boot sebanyak 14 orang (63,6%).

Dari hasil uji statistik menggunakan uji *Chi-square*, diperoleh *p value* sebesar 0,002. Karena *p value* < 0,05 maka H_0 ditolak, artinya **ada hubungan** antara variabel pemakaian alat pelindung sepatu boot dengan kejadian penyakit kulit pada pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus. Nilai *Odd Ratio* (OR) = 7,875 (OR>1) dengan 95%CI = 1,964 – 31,574 menunjukkan bahwa responden yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sepatu boot mempunyai risiko 7,875 kali lebih besar menderita penyakit kulit daripada responden yang selalu memakai alat pelindung sepatu boot.

4.3 Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat

Rekapitulasi hasil mengenai Hubungan antara *Personal Hygiene* dan Pemakaian Alat Pelindung Diri dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

Tabel 4.32. Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat dengan Uji *Chi-square*

No.	Variabel Bebas	p value	OR	95%CI	Keterangan
1.	Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku	0,004	7,600	1,732-33,347	Ada Hubungan
2.	Kebersihan Kulit	0,0001	21,533	4,463-103,900	Ada Hubungan
3.	Pemakaian Alat Pelindung Topi	0,128	-	-	Tidak Ada Hubungan
3.	Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang (Baju Lengan Panjang dan Celana Panjang)	0,012	5,400	1,372-21,260	Ada Hubungan
4.	Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot	0,002	7,875	1,964-31,574	Ada Hubungan

Tabel 4.33. Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat dengan Uji *Fisher*

No.	Variabel Bebas	p value	OR	95%CI	Keterangan
1.	Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala	0,457	-	-	Tidak Ada Hubungan
2.	Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet	1,000	-	-	Tidak Ada Hubungan

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Pembahasan

5.1.1 Hubungan antara Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala dengan Kejadian Penyakit Kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa **tidak ada hubungan** antara kebersihan rambut dan kulit kepala dengan kejadian penyakit kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus dengan *p value* sebesar 0,457.

Hasil penelitian di lapangan diketahui bahwa hampir semua responden menjaga kebersihan rambut dan kulit kepalanya seperti mencuci rambut secara teratur yaitu 2 hari sekali, dan mencuci rambut menggunakan sumber air yang bersih. Banyak dari responden menyatakan bahwa mereka tidak tahan apabila tidak sering mencuci rambut karena mereka bekerja di ruang terbuka, panas-panasan seharian dan menjadikan rambutnya sering berminyak. Tidak adanya hubungan kebersihan rambut dan kulit kepala dengan kejadian penyakit kulit dikarenakan proporsi responden yang memiliki kebersihan rambut dan kulit kepala yang baik, kondisinya hampir sama pada kelompok responden kasus maupun kontrol.

Penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Listautin (2012) yang meneliti tentang Pengaruh Lingkungan Tempat Pembuangan Akhir Sampah, *Personal Hygiene*, dan Indeks Massa Tubuh (IMT) Terhadap Keluhan

Kesehatan pada Pemulung di Kelurahan Terjun Kecamatan Medan Marelan yang memperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kebersihan rambut dan kulit kepala dengan keluhan kesehatan pada pemulung ($p=0,422$).

Penelitian yang dilakukan di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus menunjukkan bahwa pada kelompok responden kasus yang memiliki kebersihan rambut dan kulit kepalanya buruk sebanyak 6 orang (27,3%), dan yang memiliki kebersihan rambut dan kulit kepalanya baik sebanyak 16 orang (72,2%). Sedangkan pada kelompok kontrol yang memiliki kebersihan rambut dan kulit kepalanya buruk hanya 3 orang (13,6%), dan yang memiliki kebersihan rambut dan kulit kepalanya baik sebanyak 19 orang (86,4%).

Menurut Isro'in (2012) kurangnya kebersihan rambut seseorang akan membuat penampilan rambut tampak kusut, kusam, tidak rapi dan tampak acak-acakan. Contoh gangguan kesehatan batang rambut dan kulit kepala diantaranya adalah infeksi jamur yang terjadi pada permukaan batang rambut dan di dalam korteks batang rambut, adanya serangga seperti kutu rambut, kerusakan zat tanduk akibat pemakaian sisir yang terlalu keras atau pemakaian shampoo yang tidak sesuai.

Menyikat, menyisir, dan bershampo adalah cara-cara dasar higiene perawatan rambut. Tujuan perawatan rambut adalah agar seseorang memiliki rambut dan kulit kepala yang bersih dan sehat agar pada saat bekerja merasa nyaman dan tetap sehat.

5.1.2 Hubungan antara Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku dengan Kejadian Penyakit Kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

Berdasarkan penelitian diketahui bahwa **ada hubungan** antara variabel kebersihan tangan, kaki dan kuku dengan kejadian penyakit kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus. Diperoleh nilai OR sebesar 7,600 dan 95%CI sebesar 1,732 – 33,347, maka dapat diketahui bahwa responden yang memiliki kebersihan tangan, kaki dan kukunya buruk mempunyai risiko 7,600 kali lebih besar menderita penyakit kulit daripada responden yang memiliki kebersihan tangan, kaki dan kukunya baik. Karena nilai $OR > 1$ dan 95%CI tidak mencakup angka 1, maka dapat dikatakan bahwa kebersihan tangan, kaki dan kuku merupakan salah satu faktor risiko timbulnya penyakit kulit.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Sajida (2012) yang meneliti tentang Hubungan *Personal Hygiene* dan Sanitasi Lingkungan dengan Keluhan Penyakit Kulit di Kelurahan Denai Kecamatan Medan Denai Kota Medan, menunjukkan kebersihan tangan, kaki dan kuku mempunyai hubungan signifikan dengan keluhan penyakit kulit ($p = 0,001$).

Hasil penelitian di lapangan diketahui bahwa sebagian besar responden tidak memperhatikan kebersihan tangan, kaki dan kukunya seperti mencuci tangan tidak menggunakan sabun, kuku tangan dan kaki tidak dalam keadaan pendek dan bersih, memotong kuku pada tangan dan kaki apabila sudah panjang (tidak teratur). Kebersihan tangan dan kuku sangatlah penting karena apabila penderita memiliki kebersihan tangan yang buruk dan kuku yang panjang dapat

menyebabkan perkembangan kuman penyakit kulit akibat garukan kulit yang infeksi. Adanya hubungan antara kebersihan tangan, kaki dan kuku dengan kejadian penyakit kulit dikarenakan proporsi kebersihan tangan, kaki dan kuku yang buruk pada responden kasus lebih besar dibandingkan dengan responden kontrol.

Penelitian yang dilakukan di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus menunjukkan bahwa pada kelompok responden kasus yang memiliki kebersihan tangan, kaki, dan kukunya buruk sebanyak 19 orang (86,4%), dan yang memiliki kebersihan tangan, kaki, dan kukunya baik hanya 3 orang (13,6%). Sedangkan pada kelompok kontrol yang memiliki kebersihan tangan, kaki, dan kukunya buruk sebanyak 10 orang (45,5%), dan yang memiliki kebersihan tangan, kaki, dan kukunya baik sebanyak 12 orang (54,5%).

Mencuci tangan dengan air saja lebih umum dilakukan, namun hal ini terbukti tidak efektif dalam menjaga kesehatan dibandingkan dengan mencuci tangan dengan sabun. Penggunaan sabun menjadi efektif karena lemak dan kotoran yang menempel akan terlepas saat tangan digosok dan bergesek dalam upaya melepaskannya. Di dalam lemak dan kotoran yang menempel inilah kuman penyakit hidup (Kushartanti: 2012).

Menjaga kebersihan kuku merupakan salah satu aspek penting dalam mempertahankan perawatan diri karena berbagai kuman dapat masuk ke dalam tubuh melalui kuku. Dengan demikian, kuku seharusnya tetap dalam keadaan sehat dan bersih. Begitu pula dengan tangan, bakteri akan terikut dengan tangan saat menyentuh sesuatu yang kotor, sampah, dan lain-lain. Dengan demikian

seseorang sebaiknya menggunakan sanitaiser yang dapat mengurangi perpindahan bakteri tersebut (Hidayat, 2008).

5.1.3 Hubungan antara Kebersihan Kulit dengan Kejadian Penyakit Kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa **ada hubungan** antara variabel kebersihan kulit dengan kejadian penyakit kulit. Nilai *Odd Ratio* (OR) sebesar 21,533 dan 95%CI sebesar 4,463 – 103,900, maka dapat diketahui bahwa responden yang memiliki kebersihan kulitnya buruk mempunyai risiko 21,533 kali lebih besar menderita penyakit kulit daripada responden yang memiliki kebersihan kulitnya baik. Karena nilai $OR > 1$ dan 95%CI tidak mencakup angka 1, maka dapat dikatakan bahwa kebersihan kulit merupakan salah satu faktor risiko timbulnya penyakit kulit.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Faridawati (2013) yang meneliti tentang Hubungan antara *Personal Hygiene* dan Karakteristik Individu dengan Keluhan Gangguan Kulit pada Pemulung (Laskar Mandiri) di Kelurahan Sumur Batu Kecamatan Bantar Gebang, menunjukkan bahwa kebersihan kulit mempunyai hubungan yang signifikan dengan keluhan gangguan kulit ($p = 0,03$).

Hasil penelitian di lapangan, diketahui bahwa sebagian besar responden tidak memperhatikan kebersihan kulitnya seperti menggunakan peralatan mandi secara bersamaan, tidak segera mandi setelah bekerja dari Tempat Pemrosesan Akhir (TPA), tidak mengganti pakaian setiap hari dan ada sebagian dari responden yang mandi kurang dari 2 kali sehari. Kebersihan diri termasuk kebersihan kulit sangat penting dalam usaha pemeliharaan kesehatan seperti

mandi 2 kali sehari menggunakan sabun agar terhindar dari penyakit menular. Adanya hubungan antara kebersihan kulit dengan kejadian penyakit kulit dikarenakan proporsi kebersihan tangan, kaki dan kuku yang buruk pada responden kasus lebih besar dibandingkan dengan responden kontrol.

Penelitian yang dilakukan di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus menunjukkan bahwa pada kelompok responden kasus yang memiliki kebersihan kulitnya buruk sebanyak 17 orang, dan yang memiliki kebersihan kulitnya baik sebanyak 5 orang. Sedangkan pada kelompok responden kontrol yang memiliki kebersihan kulitnya buruk hanya 3 orang, dan yang memiliki kebersihan kulitnya baik sebanyak 19 orang.

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

5.1.4 Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Topi dengan Kejadian Penyakit Kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa **tidak ada hubungan** antara pemakaian alat pelindung topi dengan kejadian penyakit kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus dengan *p-value* sebesar 0,223.

Hasil penelitian di lapangan, diketahui bahwa sebagian besar responden menggunakan alat pelindung topi saat bekerja. Selain menggunakan topi, responden juga menggunakan penutup kepala yang biasanya terbuat dari baju atau

sarung yang diikat di kepala. Tetapi ada juga responden yang tidak menggunakan topi maupun penutup kepala. Tidak adanya hubungan antara pemakaian alat pelindung topi dengan kejadian penyakit kulit dikarenakan proporsi responden yang selalu memakai pelindung topi kondisinya hampir sama pada kelompok responden kasus maupun kelompok responden kontrol.

Penelitian ini sama dengan yang dilakukan penelitian Hiola (2012) yang meneliti tentang Hubungan antara Kebersihan Perorangan dan Pemakaian Alat Pelindung Diri dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Petugas Pengelola Sampah di Tempat Pembuangan Akhir (TPA) Tanjung Kramat, menunjukkan bahwa pemakaian alat pelindung topi tidak ada hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kulit ($p=0,202$).

Penelitian yang dilakukan di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus menunjukkan bahwa pada kelompok responden kasus yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung topi sebanyak 12 orang, dan yang selalu memakai alat pelindung topi sebanyak 10 orang. Sedangkan pada kelompok responden kontrol yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung topi sebanyak 7 orang, dan yang selalu memakai alat pelindung topi sebanyak 15 orang.

Pemakaian alat pelindung topi berfungsi untuk menahan sinar ultraviolet dan panas matahari agar tidak langsung mengenai kepala dan wajah atau untuk menghindari kepala dari kotoran, sampah maupun benda-benda tajam lainnya.

5.1.5 Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang (Baju Lengan Panjang dan Celana Panjang) dengan Kejadian Penyakit Kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa **ada hubungan** antara variabel pemakaian alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus. Nilai *Odd Ratio* sebesar 5,400 dan 95%CI sebesar 1,372-21,260 maka dapat diketahui bahwa responden yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) mempunyai risiko 5,400 kali lebih besar menderita penyakit kulit daripada responden yang selalu memakai alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang). Karena nilai $OR > 1$ dan 95%CI tidak mencakup angka 1, maka dapat dikatakan bahwa pemakaian alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) merupakan salah satu faktor risiko timbulnya penyakit kulit.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Aisyah (2012) yang meneliti tentang Hubungan Hygiene Perorangan dan Pemakaian Alat Pelindung Diri dengan Keluhan Gangguan Kulit pada Pekerja Pengelupas Uang di Kelurahan Pekan Labuhan Kecamatan Medan Labuhan, menunjukkan bahwa pemakaian alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) mempunyai hubungan yang signifikan dengan keluhan gangguan kulit ($p=0,000$).

Hasil penelitian di lapangan, diketahui bahwa sebagian besar responden tidak menggunakan alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang). Mereka menggunakan kaos pendek dan celana panjang. Tetapi

ada juga sebagian yang menggunakan pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang). Mereka berpikir untuk melindungi dirinya dengan menggunakan pakaian berlapis-lapis dengan anggapan sampah tidak langsung kontak dengan tubuh. Tetapi hal itu tidak menjadi jaminan karena dengan berlapis-lapisnya pakaian mereka, cenderung memperbanyak kelenjar keringat yang berlebih sehingga mengakibatkan kelainan kulit. Dengan pakaian yang berlapis-lapis dan terus menerus dipakai selama satu hari, bahkan besoknya pakaian tersebut digunakan kembali yang dapat menyebabkan pakaian kotor tersebut menimbulkan penyakit kulit lainnya. Keadaan yang lembab dapat mengundang aktivitasnya bakteri, jamur atau parasit lainnya untuk mampu menyebabkan kelainan kulit. Adanya hubungan antara pemakaian alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) dengan kejadian penyakit kulit dikarenakan proporsi responden yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung topi pada responden kasus lebih besar dibandingkan pada responden kontrol.

Penelitian yang dilakukan di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus menunjukkan bahwa pada kelompok responden kasus yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) sebanyak 12 orang, dan yang selalu memakai alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) sebanyak 10 orang. Sedangkan pada kelompok responden kontrol yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) sebanyak 4 orang, dan yang selalu memakai alat

pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) sebanyak 18 orang.

Penggunaan alat pelindung diri adalah suatu kegiatan atau tindakan memakai, mengenakan alat pelindung diri untuk melindungi diri dari segala macam bahaya yang dapat terjadi setiap saat tanpa diduga. Memakai alat pelindung pakaian panjang jenis baju atau celana sedapat mungkin tidak boleh terlalu panjang, lebar atau longgar karena akan mengurangi pergerakan dan mudah terkait atau jatuh. Pakaian kerja berfungsi untuk melindungi kulit tubuh dari berbagai macam bakteri yang terdapat pada sampah (Mustikawati: 2012).

5.1.6 Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet dengan Kejadian Penyakit Kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa **tidak ada hubungan** antara pemakaian alat pelindung sarung tangan karet dengan kejadian penyakit kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus dengan *p value* sebesar 1,000.

Hasil penelitian di lapangan, diketahui bahwa kebanyakan responden tidak menggunakan sarung tangan karet, bahkan ada juga responden yang tidak menggunakan sarung tangan dengan alasan merasa terganggu menggunakan sarung tangan. Responden merasa tidak nyaman untuk mengambil dan memilah sampah apabila menggunakan sarung tangan. Sarung tangan karet berfungsi untuk melindungi tangan dari kontaminasi sampah yang dapat menimbulkan penyakit, serta dapat melindungi dari pecahan kaca. Tidak adanya hubungan antara

pemakaian alat pelindung sarung tangan karet dengan kejadian penyakit kulit dikarenakan proporsi responden yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sarung tangan kondisinya hampir sama antara kelompok responden kasus maupun pada kelompok responden kontrol.

Penelitian ini sama dengan hasil penelitian Suhelmi (2014) yang meneliti tentang Hubungan Masa Kerja, Higiene Perorangan dan Penggunaan Alat Pelindung Diri dengan Keluhan Gangguan Kulit Petani Rumput Laut di Kelurahan Kalumeme Bulukumba, menunjukkan bahwa pemakaian alat pelindung sarung tangan karet tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan keluhan gangguan kulit ($p=0,140$).

Penelitian yang dilakukan di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus menunjukkan bahwa pada kelompok responden kasus yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sarung tangan karet sebanyak 21 orang, dan yang selalu memakai alat pelindung sarung tangan karet hanya 1 orang. Sedangkan pada kelompok responden kontrol yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sarung tangan karet sebanyak 21 orang, dan yang selalu memakai alat pelindung sarung tangan karet hanya 1 orang.

Menurut Mustikawati (2012), pemulung yang menggunakan APD dengan baik dan menggunakannya secara lengkap maka kulit tubuh akan terlindungi dari berbagai macam bahaya seperti bakteri yang dapat menyebabkan gangguan kulit dan dapat mengurangi risiko terjadinya gangguan kulit, dan sebaliknya apabila penggunaan APD tidak baik maka akan mudah bakteri serta bahaya lainnya yang

dapat menyebabkan gangguan kulit yang dikarenakan kulit tubuh tidak terlindungi.

5.1.7 Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot dengan Kejadian Penyakit Kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa **ada hubungan** antara variabel pemakaian alat pelindung sepatu boot dengan kejadian penyakit kulit di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus. Nilai *Odd Ratio* (OR) sebanyak 7,875 dan 95%CI sebesar 1,964-31,574 maka dapat diketahui bahwa responden yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sepatu boot mempunyai risiko 7,875 kali lebih besar menderita penyakit kulit daripada responden yang selalu memakai alat pelindung sepatu boot. Karena nilai $OR > 1$ dan 95%CI tidak mencakup angka 1, maka dapat dikatakan bahwa pemakaian alat pelindung sepatu boot merupakan salah satu faktor risiko timbulnya penyakit kulit.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Alfian (2008) yang meneliti tentang Hubungan *Personal Hygiene* dan Penggunaan Alat Pelindung Diri dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Petugas Pengelola Sampah Di Tempat Pembuangan Sampah Akhir (TPA) Batu Layang Pontianak menunjukkan bahwa penggunaan sepatu boot mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian penyakit kulit ($p=0,002$).

Hasil penelitian di lapangan, diketahui bahwa kebanyakan responden tidak menggunakan alat pelindung sepatu boot dengan alasan panas saat digunakan.

Mereka menggunakan sepatu biasa, dan kondisi sepatunya sendiri kotor dan kurang bersih. Hal ini dapat menyebabkan timbulnya gangguan kulit. Bagian tubuh yang tidak terlindungi oleh alat pelindung diri dapat memicu perkembangbiakan bakteri pada kulit yang berasal dari sampah yang dikelola oleh responden tersebut. Adanya hubungan antara pemakaian alat pelindung sepatu boot dengan kejadian penyakit kulit dikarenakan proporsi responden yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sepatu boot pada responden kasus lebih besar dibandingkan pada responden kontrol.

Penelitian yang dilakukan di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus menunjukkan bahwa pada kelompok responden kasus yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sepatu boot sebanyak 18 orang, dan yang selalu memakai alat pelindung sepatu boot sebanyak 4 orang. Sedangkan pada kelompok responden kontrol yang kadang-kadang atau tidak pernah memakai alat pelindung sepatu boot sebanyak 8 orang, dan yang selalu memakai alat pelindung sepatu boot sebanyak 14 orang.

Pemakaian sepatu boot sebagai pengaman kaki harus diperhatikan terutama pemilahan bahan sepatu di daerah kerja yang cocok dengan kondisi kerja. Dalam hal ini sepatu boot yang cocok digunakan oleh pemulung adalah yang berbahan karet atau kulit. Tujuan pemakaian sepatu boot adalah agar pemulung tidak menginjak sampah secara langsung.

5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian

5.2.1 Hambatan Penelitian

Hambatan yang ditemui dalam penelitian ini yaitu:

1. Sebagian responden kasus merasa tidak percaya diri pada peneliti, sehingga memberikan pernyataan yang tidak sesuai.
2. Responden hanya bisa mengikuti penelitian pada saat pagi hari saja.

5.2.2 Kelemahan Penelitian

Kelemahan penelitian ini adalah dapat terjadi *recall bias*, apabila data mengenai faktor risiko yang berhubungan dengan penyakit kulit diperoleh hanya dengan mengandalkan daya ingat responden. Hal ini disebabkan adanya faktor lupa pada responden. Upaya yang dapat dilakukan oleh peneliti dalam meminimalisir terjadinya *recall bias* dalam penelitian yaitu dengan menggunakan teknik wawancara yang lebih mendalam untuk memperoleh informasi yang lebih tepat dan lengkap.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Hubungan antara *Personal Hygiene* dan Pemakaian Alat Pelindung Diri dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Tidak ada hubungan antara kebersihan rambut dan kulit kepala dengan kejadian penyakit kulit di Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
2. Ada hubungan antara kebersihan tangan, kaki dan kuku dengan kejadian penyakit kulit di Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
3. Ada hubungan antara kebersihan kulit dengan kejadian penyakit kulit di Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
4. Tidak ada hubungan antara pemakaian alat pelindung topi dengan kejadian penyakit kulit di Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
5. Ada hubungan antara pemakaian alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) dengan kejadian penyakit kulit di

6. Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
7. Tidak ada hubungan antara pemakaian alat pelindung sarung tangan dengan kejadian penyakit kulit di Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
8. Ada hubungan antara pemakaian alat pelindung sepatu boot dengan kejadian penyakit kulit di Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Instansi Terkait

6.2.1.1 Bagi Dinas Kesehatan

Dapat menjadi masukan tentang adanya penyakit kulit pada pemulung terutama pemulung di TPA Tanjung Rejo, sehingga di masa yang akan datang akan ada suatu program kesehatan kerja yang dapat menjangkau para pemulung.

6.2.1.2 Bagi Puskesmas Tanjung Rejo

Dapat menjadi masukan bagi pihak Puskesmas Tanjung Rejo untuk memberikan penyuluhan dan pelatihan pada pemulung sekitar mengenai perilaku hidup bersih dan sehat untuk mencegah gangguan penyakit kulit.

6.2.2 Bagi Pemulung

Diharapkan pemulung di Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) Tanjung Rejo lebih memperhatikan perilaku hidup bersih dan sehat dengan cara menjaga kebersihan diri (kebersihan tangan, kaki dan kuku dan kebersihan kulit) dan selalu

menggunakan alat pelindung diri (alat pelindung pakaian panjang (baju lengan panjang dan celana panjang) serta alat pelindung sepatu boot) saat bekerja sehingga mengurangi risiko terkena penyakit kulit.

6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut, sehingga faktor-faktor lain yang belum berkorelasi (berhubungan) dapat terbukti adanya korelasi sesuai dengan teori.

DAFTAR PUSTAKA

- Abbas, Sudaeri. 2013. *Gambaran Penyakit Kulit Pada Petani Tambak di Desa Salipolo Kecamatan Cempa Kabupaten Pinrang*. Penelitian. Makassar: Universitas Muslim Indonesia.
- Achmadi. U.F. 2008. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.
- Aina, Rifka AF. 2013. *Hubungan Antara Perilaku Hidup Bersih (PHBS) Dengan Timbulnya Penyakit Skabies di Wilayah Kecamatan Tlanakan Kabupaten Pamekasan*. Jurnal. Malang: Universitas Negeri Malang.
- Aisyah, Faddilatul dkk. 2012. *Hubungan Hygiene Perorangan dan Pemakaian Alat Pelindung Diri dengan Keluhan Gangguan Kulit pada Pekerja Pengupas Udang di Kelurahan Pekan Labuhan Kecamatan Medan Labuhan Tahun 2012*. Jurnal. Medan: USU.
- Alfian. 2008. *Hubungan Personal Hygiene dan Penggunaan Alat Pelindung Diri dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Petugas Pengelola Sampah di Tempat Pembuangan Sampah Akhir (TPA) Batu Layang Pontianak*. Skripsi. Semarang: UNDIP.
- Anies, Dr. dr. 2006. *Seri Lingkungan dan Penyakit Manajemen Berbasis Lingkungan Solusi Mencegah dan Menanggulangi Penyakit Menular*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo
- Anizar. 2010. *Teknik Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Industri*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian*. Jakarta: PT Rineke Cipta.
- Asmara, Anjas. 2012. *Vehikulum Dalam Dermatoterapi Topikal*. Jurnal MDVI. Volume 39, No 1, Tahun 2012, hal. 25-35.
- Astriyanti, Tuti dkk. 2010. *Perilaku Hygiene Perorangan Pada Narapidana Penderita Penyakit Kulit dan Bukan Penderita Penyakit Kulit di*

Lembaga Pemasyarakatan Klas II A Kupang. Jurnal MKM. Volume 05, No 01, Desember 2010.

Budiarto, Eko. 2001. *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.

Budimulja, Unandar. 2011. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Jakarta: FKUI.

Chandra, Budiman. 2009. *Ilmu Kedokteran Pencegahan & Komunitas*. Jakarta: EGC.

—————. 2006. *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: EGC.

Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus. 2013. *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus Tahun 2013*. Kudus: DKK Kudus.

Djuanda, Adhi. 2011. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*, Jakarta: FKUI.

Dwikarya, Maria. DSKK. 2007. *Merawat Kulit & Wajah*. Jakarta: Kawan Pustaka.

Faridawati, Yeni. 2013. *Hubungan Antara Personal Hygiene dan Karakteristik Individu dengan Keluhan Gangguan Kulit pada Pemulung (Laskar Mandiri) di Kelurahan Sumur Batu Kecamatan Bantar Gebang Tahun 2013*. Skripsi. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah.

Gadithya, I Dewa Gede. 2014. *Laporan kasus Tinea Korporis Et Kruris*. Denpasar: FK Universitas Udayana.

Hafez, Kamal Abdel. 2003. *Prevalence of Skin Diseases in Rural Areas of Assiut Governorate, Upper Egypt*. International Journal of Dermatology, hal 889.

Handoko, Ronny P. 2011. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*, Jakarta: FKUI.

Hatami, Esti Fitria. 2013. *Pengobatan Topikal Penyakit Kulit*. Jurnal. Palembang: Universitas Sriwijaya.

- Hidayat, Aziz Alimul. 2008. *Keterampilan Dasar Praktik Klinik untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba.
- Hiola, Rama. 2012. *Hubungan Antara Kebersihan Perorangan dan Pemakaian Alat Pelindung Diri dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Petugas Pengelola Sampah di Tempat Pembuangan Akhir (TPA) Tanjung Kramat*. Penelitian. Gorontalo: Universitas Negeri Gorontalo.
- Indra, Eka Novita. 2007. *Adaptasi Fisiologis Tubuh Terhadap Latihan di Suhu Lingkungan Panas dan Dingin*. Seminar Nasional PORPERTI. Yogyakarta: UNY.
- Isro'in, Laily. 2012. *Personal Hygiene*. Jakarta: Graha Ilmu.
- Jerusalem, Mohammad Adam. 2010. *Modul Keselamatan dan Kesehatan Kerja*. Yogyakarta: UNY.
- J. Jeyaratnam, David Koh. 2009. *Praktik Kedokteran Kerja*. Jakarta: EGC.
- Kementerian Kesehatan RI. 2002. *Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Perkantoran dan Industri*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Lestari, Fatma. 2007. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Dermatitis Kontak pada Pekerja di PT Inti Pantja Press Industri*. Makara, Kesehatan, Vol. 11 No. 2, Desember 2007.
- Listautin. 2012. *Pengaruh Lingkungan Tempat Pembuangan Akhir Sampah, Personal Hygiene dan Indeks Massa Tubuh (IMT) Terhadap Keluhan Kesehatan Pada Pemulung di Kelurahan Terjum Kecamatan Medan Marelan Tahun 2012*. Tesis. Medan: USU.
- Maharani, Ayu. 2015. *Penyakit Kulit*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Mahyuni, Eka Lestari. 2012. *Dermatosis (Kelainan Kulit) Ditinjau Dari Aspek Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pada Pemulung di TPA Terjun Medan Marelan*. Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia. Volume 11, No 2, Oktober 2012.

- Moeljosoedarmo, S. 2008. *Hygiene Industri*. Jakarta: FKUI.
- Mulyaningsih, Sri. 2004. *Tingkat Kekambuhan Tinea Kruris Dengan Pengobatan Krim Ketokonazol 2% Sesuai Lesi Klinis Dibandingkan Dengan Sampai 3 Cm Di Luar Batas Lesi Klinis*. Laporan Penelitian, Semarang: UNDIP.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Kesehatan Penelitian*. Jakarta: PT Rineke Cipta.
- _____. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineke Cipta.
- Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI. 2008. *Pedoman Diagnosis dan Penilaian Cacat Karena Kecelakaan dan Penyakit Akibat Kerja*. Jakarta: PERMENAKERTRANS.
- Perdanakusuma, David S., 2007. *Anatomi Fisiologi Kulit dan Penyembuhan Luka*. Jurnal. Surabaya: FK Universitas Airlangga
- Praditya, Oktan. 2012. *Studi Kualitatif Manajemen Pengelolaan Sampah di Kelurahan Sekaraan Kota Semarang*. Unnes Public Health Journal. Volume 1, No 2, Tahun 2012, hal. 2.
- Prasasti, Corie Indria. 2005. *Pengaruh Kualitas Udara dalam Ruangan Ber-AC Terhadap Gangguan Kesehatan*. Jurnal Kesehatan Lingkungan FKM UNAIR. Volume 1, No.2, Januari 2005.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Sajida, Agsa. 2012. *Hubungan Personal Hygiene dan Sanitasi Lingkungan dengan Keluhan Penyakit Kulit di Kelurahan Denai Kecamatan Medan Denai Kota Medan Tahun 2012*. Skripsi. Medan: USU.
- Sastroasmoro, Sudigdo. 1995. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- _____, 2011. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ke-4*. Jakarta: CV Sagung Seto.

- Sejati, Kuncoro. 2009. *Pengolahan Sampah Terpadu dengan Sistem Node, Sub Point, dan Center Point*. Yogyakarta: Kanisius.
- Sjamsoe, Emmy S. 2005. *Penyakit Kulit yang Umum di Indonesia*. Jakarta: PT Medical Multimedia Indonesia.
- Sudrajat, H.R. 2006. *Mengelola Sampah Kota*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Suhelmi, Reni dkk. 2014. *Hubungan Masa Kerja, Hygiene Perorangan dan Penggunaan Alat Pelindung Diri dengan Keluhan Gangguan Kulit Petani Rumput Laut di Kelurahan Kalumeme Bulukumba*. Jurnal. Makassar: UNHAS.
- Sularsito, Sri Adi. 2011. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Jakarta: FKUI.
- Sundari, Cok. Dewi Widhya Hana, dkk. 2014. *Hubungan Faktor Predisposisi, Pemungkin, dan Penguat dengan Praktik Cuci Tangan Serta Keberadaan Mikroorganisme pada Penjamah Makanan di Pantai Kedonganan*. Jurnal Skala Husada. Volume 11 Nomor 1 April 2014.
- Suprpto. 2005. *Dampak Masalah Sampah Terhadap Kesehatan Masyarakat*. Jurnal Mutiara Kesehatan Indonesia. Volume 1, No 2, Desember 2005.
- Sutardji. 2009. *Karakteristik Demografi dan Sosial Ekonomi Pemulung*. Jurnal. Volume 6, No 2, Juli 2009, hal. 121-131.
- Undang-Undang Republik Indonesia. 2008. *Pengelolaan Sampah*. Jakarta: MENKUMHAM RI.
- Wasitaatmadja, Syarif M., 2011. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Jakarta: FKUI.
- Yasin. 2009. *Prevalensi Skabies dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya Pada Siswa-Siswi Pondok Pesantren Darul Mujahadah Kabupaten Tegal Provinsi Jawa Tengah Bulan Oktober Tahun 2009*. Skripsi. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah.

LAMPIRAN

Lampiran 1.



**KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
Nomor: 1028/FIK/2014**

**Tentang
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER
GASAL/GENAP
TAHUN AKADEMIK 2014/2015**

Menimbang : Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.

Mengingat : 1. Undang-undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahan Lembaran Negara RI No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara RI Tahun 2003, Nomor 78)
2. Peraturan Rektor No. 21 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Skripsi UNNES
3. SK Rektor UNNES No. 164/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;
4. SK Rektor UNNES No.162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES;

Menimbang : Usulan Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Tanggal 22 September 2014

MEMUTUSKAN

Menetapkan :
PERTAMA : Menunjuk dan menugaskan kepada:
Nama : Arum Siwiendrayanti, S.KM, M.Kes
NIP : 198009092005012002
Pangkat/Golongan : III/B
Jabatan Akademik : Lektor
Sebagai Pembimbing
Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :
Nama : RAHAYU MARYANI KUSNIN
NIM : 6411411242
Jurusan/Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat
Topik : HUBUNGAN ANTARA KEBERSIHAN PERORANGAN DAN LINGKUNGAN RUMAH DENGAN KELUHAN GANGGUAN KULIT PADA PEMULUNG DI TPA JATIBARANG SEMARANG

KEDUA : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

DITETAPKAN DI SEMARANG
TANGGAL : 23 September 2014

Tembusan
1. Pembantu Dekan Bidang Akademik
2. Ketua Jurusan
3. Petinggal



Harry Pramono, M.Si.
95910191985031001

5411411242
PM-03-AKD-34/Rw. 00

Lampiran 2.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
Gedung F3, Lantai 2 Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, Telp (024) 8508107

ETHICAL CLEARANCE
Nomor: 180/KEPK/2015

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

Hubungan antara Personal Hygiene dan Pemakaian Alat Pelindung Diri dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Pemulung di TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

Nama Peneliti Utama : Rahayu Maryani Kusnin
Nama Pembimbing : Arum Siwiendrayanti, S.KM., M.Kes.
Alamat Institusi Peneliti : Jurusan IKM Unnes, Gedung F1, Lantai 2, Sekaran, Gunungpati, Semarang
Lokasi Penelitian : TPA Tanjung Rejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus
Tanggal Persetujuan : 1 Juli 2015
(berlaku 1 tahun setelah tanggal persetujuan)

menyatakan bahwa penelitian di atas telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki tahun 2008 dan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan tahun 2011 dan oleh karenanya dapat dilaksanakan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.

Peneliti harus melampirkan *informed consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian dan saksi pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan:

- Laporan kemajuan penelitian
- Laporan kejadian bahaya yang ditimbulkan
- Laporan akhir penelitian

Semarang, 1 Juli 2015



[Signature]
Dandi, Oktia Woro K.H., M.Kes.
NIP. 19591001 198703 2 001

Lampiran 3.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
 FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
 Gedung F1 Lt. 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229
 Telepon: 024-8508007
 Laman: <http://fik.unnes.ac.id>, surel: fik_unnes@telkom.net

Nomor : 5753/UKP.37.1.6/LT/2015
 Lamp. :
 Hal : Ijin Penelitian

Kepada
 Yth. Kepala Kesbangpollinmas Kabupaten Kudus
 di Kabupaten Kudus

Dengan Hormat,
 Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk menyusun skripsi/tugas akhir oleh mahasiswa sebagai berikut:

Nama : RAHAYU MARYANI KUSNIN
 NIM : 6411411242
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat (Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja), S1
 Topik : HUBUNGAN ANTARA KEBERSIHAN PERORANGAN DAN LINGKUNGAN RUMAH DENGAN KELUHAN GANGGUAN KULIT PADA PEMULUNG

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Semarang, 6 Juli 2015

Dekan

Dr. H. Harry Pramono, M.Si.
 NIP. 195910191985031001



KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan. Simpang Tujuh No. 1 Kudus Kode Pos 59313

Telepon (0291) 435010 Faks (0291) 435010

E-mail : Kesbangkds@yahoo.com

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 270/250/20.04/2015

Dasar :

- a. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tanggal 20 Desember 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 Tanggal 21 Januari 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;
- b. Peraturan Bupati Kabupaten Kudus Nomor 14 Tahun 2015 Tanggal 30 Maret 2015 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian di Kabupaten Kudus.

Memperhatikan : Surat Pembantu Dekan I Fakultas Sosial dan Ilmu Politik Universitas Diponegoro Semarang Tanggal 10 Maret 2015 Nomor : 675/UN7.3.7/PP/2015 Hal : Permohonan Pengambilan Data.

Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Kudus, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : RAHAYU MARYANI KUSNIN
 2. Alamat : Ds. Kedungsari RT. 05 / RW. 04 Kecamatan Gebog Kabupaten Kudus.
 3. Pekerjaan : Mahasiswa
- Untuk** : Melakukan Penelitian dalam rangka penyusunan Karya Ilmiah (Skripsi/Tesis/Tugas Akhir, dsb) dengan rincian sebagai berikut :
- a. Nama proposal : Hubungan Antara Personal Hygiene dan Pemakaian Alat Pelindung Diri dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Pemuluh di TPA Tanjungrejo.
 - b. Tempat/Lokasi : UPT PUSKESMAS Tanjungrejo dan TPA Tanjungrejo Kudus.
 - c. Bidang Penelitian : Kesehatan
 - d. Waktu Penelitian : Tgl 9 Juli 2015 s/d 9 Oktober 2015
 - e. Penanggungjawab : Dr. H. HARRY PRAMONO, M.Si.
 - f. Status Penelitian : Baru
 - g. Anggota Peneliti : -
 - h. Nama Lembaga : Universitas Negeri Semarang

Ketentuan yang harus ditaati adalah :

- a. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat setempat / Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi penelitian;
- b. Pelaksanaan kegiatan dimaksud tidak disalahgunakan untuk tujuan yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan;
- c. Setelah pelaksanaan kegiatan dimaksud menyerahkan hasilnya kepada Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Kudus;
- d. Apabila masa berlaku Surat Rekomendasi ini sudah berakhir, sedang pelaksanaan kegiatan belum selesai, perpanjangan waktu harus diajukan kepada instansi pemohon dengan menyertakan hasil penelitian sebelumnya;
- e. Surat rekomendasi ini dapat diubah apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Kudus, 9 Juli 2015



Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik

2

Lampiran 4.



PEMERINTAHAN KABUPATEN KUDUS DINAS KESEHATAN

Jl. Diponegoro Nomor 15 Telp. 438152 Fax. (0291) 435030
KUDUS 59311 Email : mipkdinkeskudus@gmail.com

Kudus, 31 Juli 2015

Nomor : 092/1000/04.05/2015
Sifat :
Lampiran :
Perihal : **Rekomendasi Penelitian**

Kepada

Yth. Kepala UPT Puskesmas Tanjung Rejo

di-

KUDUS

Menindaklanjuti Surat dari Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang Nomor : 5754/u1371.6/LT/2015 tanggal 6 Juli 2015 Perihal Permohonan Ijin Penelitian dan menunjuk Surat dari Kepala Kantor Kesatuan Bangsa Dan Politik Nomor : 270/250/20.04/2015 tanggal 9 Juli 2015 Perihal Surat Rekomendasi Penelitian.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami minta bantuan Saudara untuk membantu dalam pelaksanaan penelitian di Unit Saudara sampai dengan selesai atas nama Peneliti tersebut di bawah ini :

Nama : **RAHAYU MARYANI KUSNIN**
NIM : 6411411242
Pekerjaan : Mahasiswa
Instansi : UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
Judul Penelitian : "Hubungan Antara Kebersihan Perorangan dan Lingkungan Rumah Dengan Keluhan Gangguan Kulit Pada Pemulung".
Lokasi : UPT Puskesmas Tanjung Rejo Kabupaten Kudus
Keterangan :
1. Digunakan hanya untuk melaksanakan Penelitian.
2. Rekomendasi ini berlaku dari tanggal 30 Juli 2015 sampai dengan 30 September 2015.
3. Setelah selesai penelitian, agar menyerahkan hasil dan memberikan feedback Ke Dinas Kesehatan melalui Seksi Manajemen Informasi dan Pengembangan Kesehatan dan UPT Puskesmas yang bersangkutan.


Demikian untuk menjadikan maklum dan terimakasih.



Lampiran 5.

	KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN Gedung F1 Lt. 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229 Telepon: 024-8508007 Laman: http://fik.unnes.ac.id , surel: fik_unnes@telkom.net
Nomor	: 5939/UM.3.7.1.6/LT/2015
Lamp.	:
Hal	: Ijin Penelitian
Kepada	
Yth. Kepala Dinas Cipta Karya dan Tata Ruang Kabupaten Kudus di Kabupaten Kudus	
Dengan Hormat, Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk menyusun skripsi/tugas akhir oleh mahasiswa sebagai berikut:	
Nama	: RAHAYU MARYANI KUSNIN
NIM	: 6411411242
Program Studi	: Kesehatan Masyarakat (Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja), S1
Topik	: HUBUNGAN ANTARA KEBERSIHAN PERORANGAN DAN LINGKUNGAN RUMAH DENGAN KELUHAN GANGGUAN KULIT PADA PEMULUNG DI TPA
Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.	
	
Semarang, 13 Juli 2015	
D. H. Harry Pramono, M.Si. NIP. 195910191985031001	

Lampiran 6.


PEMERINTAH KABUPATEN KUDUS
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS TANJUNGREJO
 Jl. Raya Bareng – Colo Telp. (0291) 3304862 KUDUS 59382

SURAT KETERANGAN
 NO. 440 / 164 / 04-06-10 / 2015

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : **AFANDI SUDARNOTO, SKM**
 NIP : 19631103 198703 1 007
 Pangkat/Gol : Penata Tk. 1 / III d
 Jabatan : Kepala UPT Puskesmas Tanjungrejo

MENERANGKAN


Kepada :

Nama : **RAHAYU MARYANI KUSNIN**
 NIM : 6411411242
 Semester : 9 (Sembilan)
 Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menerangkan bahwa mahasiswa tersebut di atas, telah selesai melakukan penelitian di UPT Puskesmas Tanjungrejo Kabupaten Kudus dengan Judul Penelitian : Hubungan antara *Personal Hygiene* dan Pemakaian Alat Pelindung Diri dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Pemukuh di TPA Tanjungrejo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus, yang dilakukan pada tanggal 8 – 10 Agustus 2015.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : **Kudus**
 Pada tanggal : **Agustus 2015**
 Kepala UPT Puskesmas Tanjungrejo


AFANDI SUDARNOTO, SKM
 NIP. 19631103 198703 1 007

Lampiran 7.

**DATA RESPONDEN YANG MENGIKUTI PEMERIKSAAN
KESEHATAN DI PUSKESMAS TANJUNG REJO KELOMPOK KASUS
TAHUN 2015**

No.	Nama Responden	Jenis Kelamin/ Umur (tahun)	Tekanan Darah (mm/hg)	Alamat	Keluhan	Jenis Penyakit
1.	Umiyati	P/50	130/80	Honggosoco, RT 05 RW 04	Gatal-gatal di sela-sela jari kaki bagian kiri	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea pedis</i>)
2.	Suwarni	P/63	150/70	Dawe, RT 04 RW 05	Gatal-gatal di sela jari kaki	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea pedis</i>)
3.	Ramini	P/47	130/90	Tanjung Rejo, RT 03 RW 09	Gatal-gatal di seluruh tubuh saat pagi bangun tidur, nyeri	Penyakit kulit alergi (Urtikaria)
4.	Sulasih	P/54	120/80	Tanjung Rejo, RT 03 RW 09	Gatal-gatal di disela-sela jari kaki, luka baru (ada nanah)	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea pedis</i>)
5.	Sukini	P/61	140/80	Tanjung Rejo, RT 02 RW 09	Gatal-gatal apabila berkeringat, pusing, pegal- pegal	Dermatitis kontak alergi
6.	Mustakiroh	P/49	120/80	Tanjung Rejo, RT 02 RW 08	Gatal-gatal pada sela-sela jari kaki, flu	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea pedis</i>)
7.	Sulami	P/53	140/80	Hadipolo, RT 08 RW 04	Gatal-gatal di telapak tangan dan sela-sela jari-jari tangan, nyeri	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea manus</i>)
8.	Jumiah	P/45	130/80	Tanjung Rejo. RT 04 RW 08	Gatal-gatal di badan apabila	Penyakit kulit

Lanjutan (Lampiran 7)

No.	Nama Responden	Jenis Kelamin/ Umur (tahun)	Tekanan Darah (mm/hg)	Alamat	Keluhan	Jenis Penyakit
					berkeringat	Jamur (<i>Tinea corporis</i>)
9.	Turisah	P/58	120/80	Tanjung Rejo, RT 03 RW 09	Gatal-gatal di bagian tangan, batuk	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea manus</i>)
10.	Ngatinah	P/49	120/90	Hadipolo, RT 02 RW 05	Gatal-gatal di tangan dan bengkak, pusing	Dermatitis kontak alergi
11.	Musrin	L/58	120/80	Tanjung Rejo, RT 02 RW 08	Gatal-gatal di badan (berkeringat)	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea corporis</i>)
12.	Samin	L/61	130/90	Hadipolo, RT 04 RW 05	Gatal-gatal pada bagian tangan, pusing	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea manus</i>)
13.	Ron	L/66	120/70	Tanjung Rejo, RT 03 RW 09	Gatal-gatal di bagian badan, maag	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea corporis</i>)
14.	Katijah	P/54	120/80	Dersalam, RT 03 RW 02	Gatal-gatal disela-sela jari kaki, nyeri di bagian punggung	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea pedis</i>)
15.	Tamsini	P/57	140/100	Jati, RT 04 RW 01	Gatal-gatal di badan, pusing	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea pedis</i>)
16.	Sumari	L/60	130/90	Ngembal Kulon, RT 05 RW 02	Gatal-gatal di lengan (saat bekerja), bengkak	Dermatitis kontak alergi
17.	Suprat	L/55	130/80	Klaling, RT 01	Gatal-gatal di	Penyakit

Lanjutan (Lampiran 7)

No.	Nama Responden	Jenis Kelamin/ Umur (tahun)	Tekanan Darah (mm/hg)	Alamat	Keluhan	Jenis Penyakit
					Tangan, pusing, batuk	Kulit jamur (<i>Tinea manus</i>)
18.	Hasim	L/54	120/80	Honggosoco, RT 02 RW 04	Gatal-gatal di sela-sela jari kaki	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea manus</i>)
19.	Sakri	L/53	130/90	Hadipolo, RT 02 RW 03	Gatal-gatal di badan, maag	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea corporis</i>)
20.	Sukardi	L/50	130/70	Klaling, RT 01 RW 05	Gatal-gatal di lengan	Dermatitis kontak alergi
21.	Sulasmi	P/55	140/80	Tanjung Rejo, RT 03 RW 09	Gatal-gatal di sela-sela jari tangan, pegal- pegal	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea manus</i>)
22.	Katon	L/52	150/100	Sadang, RT 04 RW 02	Gatal-gatal di sela-sela jari kaki, pusing	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea pedis</i>)

Lampiran 8.

**DATA RESPONDEN YANG MENGIKUTI PEMERIKSAAN
KESEHATAN DI PUSKESMAS TANJUNG REJO KELOMPOK
KONTROL TAHUN 2015**

No.	Nama Responden	Jenis Kelamin/ Umur (tahun)	Tekanan Darah (mm/hg)	Alamat	Keluhan	Jenis penyakit
1.	Mu'adi	L/60	150/80	Tanjung Rejo, RT 03 RW 09	Pegal-pegal di tangan, nyeri dada	Pegal-pegal
2.	Suni	P/48	140/100	Tanjung Rejo, RT 01 RW 08	Maag, pusing	Gastritis, Hipertensi
3.	Subadi	L/40	120/80	Ngembal Kulon, RT 05 RW 04	Flu terus menerus, pusing	Rhinitis Alergika ⇔ Sinusitis
4.	Hadi	L/51	160/100	Klaling, RT 02 RW 03	Pusing, flu	Hipertensi, Influenza
5.	Sarno	L/60	150/100	Tanjung Rejo, RT 03 RW 09	Pusing, nyeri di bagian lutut kaki	Hipertensi, nyeri sendi
6.	Kamsinah	P/54	120/80	Ngembal Wetan, RT 01 RW 01	Nyeri di bagian belakang bawah dan lutut	Sakit pinggang dan nyeri sendi pada lutut
7.	Selamet	L/56	150/100	Sadang, RT 04 RW 05	Pusing, batuk	Hipertensi
8.	Sunisen	P/54	140/80	Dersalam, RT 04 RW 02	Nyeri di bagian lutut, pusing	Nyeri sendi pada lutut, hipertensi
9.	Karsi	P/53	120/90	Klaling RT 02 RW 03	Pegal-pegal di pinggang	Sakit pinggang
10.	Jumini	P/49	130/80	Hadipolo, RT 04 RW 02	Nyeri di bagian punggung, pegal-pegal	Sakit punggung
11.	Topek	L/59	140/100	Honggosoco, RT 05 RW 02	Pusing, nyeri di bagian lutut	Hipertensi, nyeri sendi pada lutut
12.	Wakini	P/52	130/70	Jati, RT 05 RW 06	Nyeri di bagian belakang (bawah) dan pada lutut	Sakit pinggang, nyeri sendi
13.	Ngasmi	P/49	160/100	Hadipolo, RT 07 RW 04	Pusing, pegal-pegal	Hipertensi, pegal-pegal
14.	Yati	P/51	120/80	Sadang, RT 02	Maag,	Gastritis,

Lanjutan (Lampiran 8)

No.	Nama Responden	Jenis Kelamin/ Umur (tahun)	Tekanan Darah (mm/hg)	Alamat	Keluhan	Jenis penyakit
				RW 01	Nyeri dada	nyeri dada
15.	Kamsinah	P/50	130/70	Klaling, RT 05 RW 02	Pegal-pegal, nyeri di bagian lutut	Nyeri sendi
16.	Muji	L/53	150/100	Dersalam, RT 02 RW 06	Pusing, flu, nyeri di dada	Hipertensi
17.	Monah	P/49	120/80	Tanjung Rejo, RT 01 RW 03	Nyeri di bagian punggung, pusing	Sakit punggung
18.	Nahari	L/62	130/70	Ngembal Kulon, RT 04 RW 03	Nyeri di bagian dada, pusing	Nyeri dada
19.	Ranik	P/48	120/80	Tanjung Rejo RT 03 RW 09	Nyeri di bagian belakang bawah dan bagian lutut	Sakit pinggang, nyeri sendi pada lutut
20.	Sumipah	P/57	150/100	Tanjung Rejo, RT 05 RW 04	Pusing, maag	Hipertensi, Gastritis
21.	Azis	L/49	120/80	Jati, RT 02 RW 04	Nyeri di bagian lutut	Nyeri sendi pada lutut
22.	Naim	L/57	150/100	Tanjung Rejo, RT 05 RW 06	Pusing, nyeri di bagian belakang bawah	Hipertensi, sakit pinggang

Lampiran 9.

**HASIL PEMERIKSAAN KESEHATAN PADA PEMULUNG
DI PUSKESMAS TANJUNGREJO KECAMATAN JEKULO
KABUPATEN KUDUS**

No	Nama	Umur	Tekanan Darah	Keluhan	Jenis Penyakit
1.	Ibu Umiyati	50 tahun	130/80	Gatal-gatal disela-sela jari kaki bagian kiri	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea pedis</i>)
2.	Ibu Suwarni	63 tahun	150/70	Gatal-gatal disela-sela kaki	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea pedis</i>)
3.	Ibu Ramini	47 tahun	130/90	Gatal-gatal di seluruh tubuh saat pagi bangun tidur, Nyeri	Penyakit kulit alergi (Urtikaria ((biduran))
4.	Bapak Mu'adi	60 tahun	150/80	Pegal-pegal di tangan, Nyeri dada	Pegal-pegal (masalah ergonomi)
5.	Ibu Sulasih	54 tahun	120/80	Gatal-gatal disela-sela jari kaki, Luka baru (nanah)	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea pedis</i>)
6.	Ibu Suni	48 tahun	140/100	Maag, pusing	Gastritis, Hipertensi
7.	Ibu Sukini	61 tahun	140/80	Gatal-gatal	Dermatitis

				apabila berkeringat, pusing, pegal-pegal	Kontak Alergi
8.	Ibu Mustakiroh	49 tahun	120/80	Gatal-gatal pada sela-sela jari kaki, flu	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea pedis</i>)
9.	Ibu Sulami	53 tahun	140/80	Gatal-gatal di telapak tangan dan sela-sela jari tangan, Nyeri	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea manus</i>)
10.	Bapak Subadi	40 tahun	120/80	Flu berkepanjangan, pusing	Rhinitis Alergika ⇔ Sinusitis
11.	Ibu Jumiah	45 tahun	130/80	Gatal-gatal di badan apabila berkeringat	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea corporis</i>)
12.	Bapak Hadi	51 tahun	160/100	Pusing, flu	Hipertensi, Influenza
13.	Ibu Turisah	58 tahun	120/80	Gatal-gatal di bagian tangan, batuk	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea manus</i>)
14.	Bapak Sarno	64 tahun	150/100	Pusing, nyeri di bagian lutut kaki	Hipertensi, Nyeri sendi pada lutut
15.	Ibu Ngatinah	49 tahun	120/90	Gatal-gatal di tangan dan melepuh,	Dermatitis Kontak Alergi

				bengkak, pusing	
16.	Ibu Kamsinah	54 tahun	120/80	Nyeri di bagian belakang bawah dan lutut	Sakit pinggang dan nyeri sendi pada lutut
17.	Bapak Selamat	56 tahun	150/100	Pusing, batuk	Hipertensi
18.	Bapak Musrin	58 tahun	120/80	Gatal-gatal di badan (berkeringat)	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea corporis</i>)
19.	Ibu Sunisen	54 tahun	140/80	Nyeri di bagian lutut, pusing	Nyeri sendi pada lutut, Hipertensi
20.	Ibu Karsi	53 tahun	120/90	Pegal-pegal di pinggang	Sakit pinggang
21.	Ibu Jumini	49 tahun	130/80	Nyeri di bagian punggung, pegal-pegal	Sakit punggung, Pegal-pegal
22.	Bapak Topek	59 tahun	140/100	Pusing, nyeri di bagian lutut	Hipertensi, Nyeri sendi pada lutut
23.	Bapak Samin	61 tahun	130/90	Gatal-gatal pada bagian tangan, pusing	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea manus</i>)
24.	Mbah Ron	66 tahun	120/70	Gatal-gatal di bagian badan, maag	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea corporis</i>)

25.	Ibu Wakini	52 tahun	130/70	Nyeri di bagian belakang bawah, nyeri di bagian lutut	Sakit pinggang, Nyeri sendi pada lutut
26.	Ibu Ngasmi	49 tahun	160/100	Pusing, pegal-pegal	Hipertensi, Pegal-pegal
27.	Ibu Yati	51 tahun	120/80	Maag, nyeri dada	Gastritis, Nyeri dada
28.	Ibu Katijah	54 tahun	120/80	Gatal-gatal disela-sela jari kaki, nyeri di bagian pinggang	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea pedis</i>)
29.	Ibu Tamsini	57 tahun	140/100	Gatal-gatal di badan, pusing	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea corporis</i>)
30.	Ibu Kamsinah	50 tahun	130/70	Pegal-pegal, nyeri di bagian lutut	Pegal-pegal, Nyeri sendi pada lutut
31.	Bapak Sumari	60 tahun	130/90	Gatal-gatal di lengan (saat bekerja), bengkak	Dermatitis Kontak Alergi
32.	Bapak Muji	53 tahun	150/100	Pusing, flu, nyeri di dada	Hipertensi, Influenza, Nyeri dada
33.	Ibu Monah	49 tahun	120/80	Nyeri di	Sakit

				bagian punggung, pusing	punggung
34.	Bapak Suprat	55 tahun	130/80	Gatal-gatal di tangan, pusing, batuk	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea manus</i>)
35.	Bapak Hasim	54 tahun	120/80	Gatal-gatal disela-sela jari kaki	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea pedis</i>)
36.	Bapak Nahari	62 tahun	130/70	Nyeri di bagian dada, pusing	Nyeri dada
37.	Ibu Ranik	48 tahun	120/80	Nyeri di bagian belakang bawah dan bagian lutut	Sakit pinggang, Nyeri sendi pada lutut
38.	Ibu Sumipah	57 tahun	150/100	Pusing, maag	Hipertensi, Gastritis
39.	Bapak Sakri	53 tahun	130/90	Gatal-gatal di badan, maag	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea corporis</i>)
40.	Bapak Sukardi	50 tahun	130/70	Gatal-gatal di lengan, bengkak	Dermatitis Kontak Alergi
41.	Ibu Sulasmi	55 tahun	140/80	Gatal disela-sela jari tangan, Pegal-pegal,	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea manus</i>)
42.	Bapak Azis	49 tahun	120/80	Nyeri di	Nyeri sendi

				bagian lutut	pada lutut
43.	Bapak Naim	57 tahun	160/100	Pusing, nyeri di bagian belakang bawah	Hipertensi, Sakit pinggang
44.	Bapak Katon	52 tahun	150/100	Gatal-gatal disela-sela jari kaki, Pusing	Penyakit kulit jamur (<i>Tinea pedis</i>)


Kudus, 8 Agustus 2015

Mengetahui,

Kepala UPT Puskesmas Tanjungrejo


Dr. Afandi Sudarsono, S.KM
 Manata Tingkat 1
 NIP. 19631103 198703 1 007

Petugas Kesehatan


dr. Sutarno
 NIP. 19670416 200012 1 002

Lampiran 10.

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan tersebut telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Rahayu Maryani Kusnin.

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tandatangan subjek

Tanggal

(Nama jelas :.....)

Tandatangan saksi

(Nama jelas :.....)

1. Apakah Anda mencuci rambut secara teratur?
a. Ya
b. Tidak
2. Apakah Anda mencuci rambut sekurang-kurangnya 2 kali seminggu?
a. Ya
b. Tidak
3. Apakah Anda menggunakan sumber air yang bersih saat mencuci rambut?
a. Ya
b. Tidak
4. Apakah Anda menggunakan alat-alat pemeliharaan rambut sendiri?
a. Ya
b. Tidak
5. Apakah rambut Anda saat ini dalam keadaan bersih?
a. Ya
b. Tidak
6. Apakah kulit kepala Anda berketombe?
a. Ya
b. Tidak

KEBERSIHAN TANGAN, KAKI, dan KUKU

1. Apakah Anda selalu menggunakan sabun saat mencuci tangan?
b. Ya
c. Tidak
2. Apakah Anda mencuci tangan sebelum makan?

- a. Ya
 - b. Tidak
3. Bagaimana cara Anda mencuci tangan di tempat kerja maupun di rumah?
- a. Menggunakan air tidak mengalir dan tanpa sabun
 - b. Menggunakan air tidak mengalir dan menggunakan sabun
 - c. Menggunakan air mengalir dan tanpa sabun
 - d. Menggunakan air mengalir dan menggunakan sabun
4. Apakah Anda segera mencuci tangan setelah memegang sampah?
- a. Ya
 - b. Tidak
5. Apakah kuku tangan dan kaki Anda dalam keadaan pendek dan bersih?
- a. Ya
 - b. Tidak
6. Berapa kali Anda memotong kuku?
- a. Sekali seminggu
 - b. Dipotong saat sudah panjang
7. Apakah Anda segera mencuci tangan dan kaki setelah bekerja?
- a. Ya
 - b. Tidak

KEBERSIHAN KULIT

1. Apakah Anda segera mandi setelah bekerja dari tempat pemrosesan akhir sampah?
- a. Ya

- b. Tidak
2. Apakah Anda mandi 2 kali secara teratur?
- a. Ya
- b. Tidak
3. Apakah Anda mandi dengan menggunakan air bersih?
- a. Ya
- b. Tidak
4. Apakah Anda mandi dengan menggunakan sabun?
- a. Ya
- b. Tidak
5. Apakah Anda menggunakan peralatan mandi seperti sabun dan handuk sendiri?
- a. Ya
- b. Tidak
6. Apakah Anda mengganti pakaian setiap hari?
- a. Ya
- b. Tidak

PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG TOPI

1. Apakah Anda memakai topi saat bekerja?
- a. selalu
- b. Kadang-kadang
- c. Tidak pernah
2. Apakah alasan Anda menggunakan alat pelindung topi saat bekerja?
- a. Melindungi kepala dari kotoran, sampah, maupun benda -
Benda keras atau tajam
- b. Takut kena sanksi apabila tidak memakai topi
3. Apakah alasan Anda tidak menggunakan alat pelindung topi saat bekerja?

- a. Tidak nyaman dipakai
- b. Tidak membawa topi

PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG PAKAIAN PANJANG (BAJU LENGAN PANJANG DAN CELANA PANJANG)

1. Apakah Anda memakai baju panjang dan celana panjang saat bekerja?
 - a. Selalu
 - b. Kadang-kadang
 - c. Tidak pernah
2. Apa alasan Anda menggunakan baju panjang dan celana panjang saat bekerja?
 - a. supaya tidak kontak langsung dengan sampah
 - b. Melindungi kulit dari sengatan matahari

PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG SARUNG TANGAN

1. Apakah Anda menggunakan sarung tangan yang berbahan karet saat bekerja?
 - a. Selalu
 - b. Kadang-kadang
 - c. Tidak pernah
2. Apakah alasan Anda tidak menggunakan sarung tangan saat bekerja?
 - a. Terganggu
 - b. Tidak membawa sarung tangan
3. Kapan Anda memakai sarung tangan?
 - a. Setiap kontak dengan sampah
 - b. Saat mengambil sampah dari lahan tempat pemrosesan akhir (TPA)

PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG SEPATU BOOT

1. Apakah Anda menggunakan sepatu pengaman seperti sepatu boot saat bekerja?

- a. Selalu
- b. Kadang-kadang
- c. Tidak pernah

2. Apakah alasan Anda tidak menggunakan sepatu boot saat bekerja?

- a. Tidak merasa perlu
- b. Panas

Lampiran 12.

Umur Responden Kasus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	38	1	4.5	4.5	4.5
	45	1	4.5	4.5	9.1
	47	1	4.5	4.5	13.6
	49	1	4.5	4.5	18.2
	50	2	9.1	9.1	27.3
	52	1	4.5	4.5	31.8
	53	2	9.1	9.1	40.9
	54	3	13.6	13.6	54.5
	55	2	9.1	9.1	63.6
	57	1	4.5	4.5	68.2
	58	2	9.1	9.1	77.3
	60	2	9.1	9.1	86.4
	61	1	4.5	4.5	90.9
	63	1	4.5	4.5	95.5
	66	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

Umur Responden Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	40	1	4.5	4.5	4.5
	48	2	9.1	9.1	13.6
	49	4	18.2	18.2	31.8
	50	1	4.5	4.5	36.4
	51	2	9.1	9.1	45.5
	52	1	4.5	4.5	50.0
	53	2	9.1	9.1	59.1
	54	2	9.1	9.1	68.2
	56	1	4.5	4.5	72.7
	57	2	9.1	9.1	81.8
	59	1	4.5	4.5	86.4
	60	1	4.5	4.5	90.9
	62	1	4.5	4.5	95.5
	64	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

Jenis Kelamin Responden Kasus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	9	40.9	40.9	40.9
	Perempuan	13	59.1	59.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

Jenis Kelamin Responden Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	10	45.5	45.5	45.5
	Perempuan	12	54.5	54.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

Masa Kerja Responden Kasus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	2	9.1	9.1	9.1
	3	2	9.1	9.1	18.2
	4	3	13.6	13.6	31.8
	5	2	9.1	9.1	40.9
	6	3	13.6	13.6	54.5
	7	3	13.6	13.6	68.2
	8	1	4.5	4.5	72.7
	9	4	18.2	18.2	90.9
	10	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

Masa Kerja Responden Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	2	9.1	9.1	9.1
	6	1	4.5	4.5	13.6
	7	1	4.5	4.5	18.2
	8	3	13.6	13.6	31.8
	9	4	18.2	18.2	50.0
	10	11	50.0	50.0	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

Pendidikan Responden Kasus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	9	40.9	40.9	40.9
	Tamat SD	12	54.5	54.5	95.5
	Tamat SMP	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

Pendidikan Responden Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	5	22.7	22.7	22.7
	Tamat SD	15	68.2	68.2	90.9
	Tamat SMP	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

Jenis Penyakit Responden Kasus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dermatitis Kontak Alergi	4	18.2	18.2	18.2
Tinea corporis	5	22.7	22.7	40.9
Tinea manus	5	22.7	22.7	63.6
Tinea pedis	7	31.8	31.8	95.5
Urtikaria	1	4.5	4.5	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Jenis Penyakit Responden Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dermatitis Kontak Alergi	4	18.2	18.2	18.2
Tinea corporis	5	22.7	22.7	40.9
Tinea manus	5	22.7	22.7	63.6
Tinea pedis	7	31.8	31.8	95.5
Urtikaria	1	4.5	4.5	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Lampiran 13.

PERSONAL HYGIENE
KEBERSIHAN RAMBUT DAN KULIT KEPALA

No Responden	P1	P2	P3	P4	P5	P6	Jumlah	Kategori
R01	0	1	1	1	0	0	3	Baik
R02	0	1	1	1	0	1	4	Baik
R03	0	0	1	0	1	0	2	Buruk
R04	0	0	1	0	0	0	1	Buruk
R05	1	1	1	1	1	0	5	Baik
R06	1	1	1	1	1	0	5	Baik
R07	1	1	1	1	0	0	4	Baik
R08	1	0	1	0	1	0	3	Baik
R09	0	1	1	0	0	1	3	Baik
R10	1	1	1	0	1	1	5	Baik
R11	0	1	1	0	1	0	3	Baik
R12	1	0	1	0	0	0	2	Buruk
R13	0	1	1	0	0	0	2	Buruk
R14	0	0	1	0	0	0	1	Buruk
R15	1	0	1	1	0	0	3	Baik
R16	1	1	1	1	0	0	4	Baik
R17	0	1	1	0	1	1	4	Baik
R18	0	0	0	0	0	0	0	Buruk
R19	1	0	1	0	0	1	3	Baik
R20	1	1	1	0	0	0	3	Baik
R21	1	0	1	1	1	0	4	Baik
R22	1	1	1	0	1	0	4	Baik
R23	1	1	1	1	1	0	5	Baik
R24	0	1	1	0	1	0	3	Baik
R25	1	1	1	0	1	0	4	Baik
R26	1	1	1	0	0	1	4	Baik
R27	1	1	1	0	0	1	4	Baik
R28	1	1	1	0	0	1	4	Baik
R29	1	1	1	0	1	1	5	Baik
R30	0	0	1	0	0	1	2	Buruk
R31	0	0	1	1	0	1	3	Baik
R32	0	1	1	0	1	1	4	Baik
R33	1	1	1	0	1	0	4	Baik
R34	1	0	1	0	1	0	3	Baik
R35	1	0	1	0	0	0	2	Buruk
R36	1	1	1	1	0	0	4	Baik

R37	0	0	1	0	0	0	1	Buruk
R38	1	1	1	0	0	1	4	Baik
R39	0	1	1	0	0	1	3	Baik

Lanjutan (Lampiran 13)

No Responden	P1	P2	P3	P4	P5	P6	Jumlah	Kategori
R40	0	1	1	0	1	1	4	Baik
R41	1	1	1	0	1	0	4	Baik
R42	1	1	1	0	0	0	3	Baik
R43	0	1	1	1	0	1	4	Baik
R44	0	1	1	1	0	1	4	Baik

KEBERSIHAN TANGAN, KAKI DAN KUKU

No Responden	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Jumlah	Kategori
R01	0	1	1	0	1	0	1	4	Baik
R02	0	0	0	0	0	0	1	1	Buruk
R03	0	1	0	0	0	1	1	3	Buruk
R04	0	0	0	0	0	0	1	1	Buruk
R05	1	1	1	0	0	0	1	4	Baik
R06	1	1	1	0	0	0	1	4	Baik
R07	0	0	0	0	0	1	1	2	Buruk
R08	0	0	0	0	0	0	0	0	Buruk
R09	0	0	0	0	0	0	0	0	Buruk
R10	0	0	0	0	0	0	1	1	Buruk
R11	0	0	0	0	0	0	1	1	Buruk
R12	0	1	0	0	0	0	1	2	Buruk
R13	0	0	0	0	0	1	1	2	Buruk
R14	0	0	0	1	0	0	1	2	Buruk
R15	0	0	0	0	0	0	0	0	Buruk
R16	0	0	0	0	0	0	0	0	Buruk
R17	0	1	0	1	0	0	1	3	Buruk
R18	0	0	0	0	0	0	0	0	Buruk
R19	0	0	0	0	0	0	1	1	Buruk
R20	0	0	0	0	0	0	1	1	Buruk
R21	0	0	0	0	0	1	0	1	Buruk
R22	0	0	0	0	0	0	0	0	Buruk
R23	0	0	0	0	1	0	1	2	Buruk
R24	0	1	0	0	0	0	1	2	Buruk
R25	1	1	1	0	0	0	1	4	Baik
R26	0	1	0	0	0	0	1	2	Buruk
R27	0	0	0	0	1	1	1	3	Buruk
R28	1	1	1	0	1	0	1	5	Baik
R29	1	1	1	1	0	1	1	6	Baik
R30	1	0	1	1	0	1	1	5	Baik

R31	1	1	1	0	0	0	1	4	Baik
R32	1	1	1	0	0	0	1	4	Baik
R33	0	1	0	0	1	0	1	3	Buruk

Lanjutan (Lampiran 13)

No Responden	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Jumlah	Kategori
R34	1	1	1	1	0	0	1	5	Baik
R35	1	0	1	0	1	1	1	5	Baik
R36	1	1	1	1	0	0	1	5	Baik
R37	1	1	1	0	0	0	1	4	Baik
R38	0	1	0	0	1	1	1	4	Baik
R39	0	1	0	0	0	0	1	2	Buruk
R40	0	0	0	0	0	0	1	1	Buruk
R41	0	1	0	1	0	0	1	3	Buruk
R42	0	0	0	0	0	0	1	1	Buruk
R43	0	1	1	0	0	0	1	3	Buruk
R44	1	1	1	1	0	0	1	5	Baik

KEBERSIHAN KULIT

No Responden	P1	P2	P3	P4	P5	P6	Jumlah	Kategori
R01	1	1	1	1	0	0	4	Baik
R02	0	1	1	0	0	0	2	Buruk
R03	0	0	1	1	0	0	2	Buruk
R04	0	0	1	1	0	0	2	Buruk
R05	1	1	1	1	0	0	4	Baik
R06	1	1	1	1	0	0	4	Baik
R07	0	1	0	1	0	0	2	Buruk
R08	0	0	0	1	0	0	1	Buruk
R09	0	0	1	1	0	0	2	Buruk
R10	0	0	1	1	0	0	2	Buruk
R11	0	0	1	1	0	0	2	Buruk
R12	0	0	1	1	0	0	2	Buruk
R13	0	0	1	1	0	0	2	Buruk
R14	1	0	1	1	0	0	3	Baik
R15	0	0	1	1	0	0	2	Buruk
R16	0	0	0	1	0	1	2	Buruk
R17	0	0	1	1	0	0	2	Buruk
R18	0	0	1	1	0	0	2	Buruk
R19	1	0	0	1	0	0	2	Buruk
R20	0	0	1	1	0	0	2	Buruk
R21	0	0	1	1	0	0	2	Buruk
R22	0	1	1	1	0	0	3	Baik
R23	1	1	1	1	0	0	4	Baik

R24	1	1	1	1	0	1	5	Baik
R25	1	1	1	1	0	1	5	Baik
R26	1	1	1	1	0	0	4	Baik

Lanjutan (Lampiran 13)

No Responden	P1	P2	P3	P4	P5	P6	Jumlah	Kategori
R27	1	1	1	1	0	1	5	Baik
R28	1	1	1	1	0	1	5	Baik
R29	1	0	1	1	0	0	3	Baik
R30	0	1	1	1	0	1	4	Baik
R31	1	1	1	1	0	1	5	Baik
R32	1	1	1	1	0	1	5	Baik
R33	0	0	1	1	0	0	2	Buruk
R34	1	0	1	1	0	1	4	Baik
R35	0	1	1	1	0	0	3	Buruk
R36	0	0	1	1	0	0	2	Buruk
R37	1	1	1	1	0	1	5	Baik
R38	0	1	1	1	0	0	3	Baik
R39	1	1	1	1	0	0	4	Baik
R40	1	1	1	1	1	1	6	Baik
R41	1	1	1	1	0	1	5	Baik
R42	1	1	1	1	0	1	5	Baik
R43	1	1	1	1	1	0	5	Baik
R44	1	1	1	1	0	1	5	Baik

**PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG DIRI
ALAT PELINDUNG TOPI**

No Responden	P1	Jumlah	Kategori
R01	1	1	Selalu Memakai
R02	0	0	Kadang-Kadang Memakai
R03	0	0	Tidak Pernah Memakai
R04	0	0	Kadang-Kadang Memakai
R05	0	0	Tidak Pernah Memakai
R06	1	1	Selalu Memakai
R07	0	0	Tidak Pernah Memakai
R08	0	0	Tidak Pernah Memakai
R09	0	0	Tidak Pernah Memakai
R10	1	1	Selalu Memakai
R11	1	1	Selalu Memakai
R12	0	0	Kadang-Kadang Memakai
R13	0	0	Kadang-Kadang Memakai
R14	0	0	Kadang-Kadang Memakai
R15	1	1	Selalu Memakai

R16	0	0	Kadang-Kadang Memakai
R17	0	0	Kadang-Kadang Memakai
R18	1	1	Selalu Memakai

Lanjutan (Lampiran 13)

No Responden	P1	Jumlah	Kategori
R19	1	1	Selalu Memakai
R20	1	1	Selalu Memakai
R21	1	1	Selalu Memakai
R22	1	1	Selalu Memakai
R23	1	1	Selalu Memakai
R24	0	0	Kadang-Kadang Memakai
R25	1	1	Selalu Memakai
R26	1	1	Selalu Memakai
R27	1	1	Selalu Memakai
R28	0	0	Tidak Pernah Memakai
R29	0	0	Kadang-Kadang Memakai
R30	0	0	Kadang-Kadang Memakai
R31	0	0	Kadang-Kadang Memakai
R32	1	1	Selalu Memakai
R33	1	1	Selalu Memakai
R34	1	1	Selalu Memakai
R35	1	1	Selalu Memakai
R36	1	1	Selalu Memakai
R37	1	1	Selalu Memakai
R38	1	1	Selalu Memakai
R39	0	0	Kadang-Kadang Memakai
R40	1	1	Selalu Memakai
R41	1	1	Selalu Memakai
R42	1	1	Selalu Memakai
R43	0	0	Kadang-Kadang Memakai
R44	1	1	Selalu Memakai
R44	1	1	Selalu Memakai

**PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG DIRI
ALAT PELINDUNG DIRI PAKAIAN PANJANG
(BAJU LENGAN PANJANG DAN CELANA PANJANG)**

No Responden	P1	Jumlah	Kategori
R01	1	1	Selalu Memakai
R02	1	1	Selalu Memakai
R03	1	1	Selalu Memakai
R04	1	1	Selalu Memakai
R05	1	1	Selalu Memakai
R06	0	0	Tidak Memakai

R07	0	0	Tidak Memakai
R08	1	1	Selalu Memakai

Lanjutan (Lampiran 13)

No Responden	P1	Jumlah	Kategori
R09	1	1	Selalu Memakai
R10	1	1	Selalu Memakai
R11	0	0	Tidak Memakai
R12	0	0	Tidak Memakai
R13	0	0	Tidak Memakai
R14	0	0	Tidak Memakai
R15	0	0	Tidak Memakai
R16	0	0	Tidak Memakai
R17	1	1	Selalu Memakai
R18	0	0	Tidak Memakai
R19	0	0	Tidak Memakai
R20	0	0	Tidak Memakai
R21	0	0	Tidak Memakai
R22	1	1	Selalu Memakai
R23	1	1	Selalu Memakai
R24	1	1	Selalu Memakai
R25	1	1	Selalu Memakai
R26	1	1	Selalu Memakai
R27	1	1	Selalu Memakai
R28	0	0	Tidak Memakai
R29	1	1	Selalu Memakai
R30	0	0	Tidak Memakai
R31	1	1	Selalu Memakai
R32	1	1	Selalu Memakai
R33	1	1	Selalu Memakai
R34	0	0	Tidak Memakai
R35	0	0	Tidak Memakai
R36	1	1	Selalu Memakai
R37	1	1	Selalu Memakai
R38	1	1	Selalu Memakai
R39	1	1	Selalu Memakai
R40	1	1	Selalu Memakai
R41	1	1	Selalu Memakai
R42	1	1	Selalu Memakai
R43	1	1	Selalu Memakai
R44	1	1	Selalu Memakai

**PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG DIRI
ALAT PELINDUNG DIRI SARUNG TANGAN KARET**

No Responden	P1	Jumlah	Kategori
R01	0	0	Tidak Memakai
R02	0	0	Tidak Memakai
R03	0	0	Tidak Memakai
R04	0	0	Tidak Memakai
R05	0	0	Tidak Memakai
R06	0	0	Tidak Memakai
R07	0	0	Tidak Memakai
R08	0	0	Tidak Memakai
R09	0	0	Tidak Memakai
R10	0	0	Tidak Memakai
R11	1	1	Selalu Memakai
R12	0	0	Tidak Memakai
R13	0	0	Tidak Memakai
R14	0	0	Tidak Memakai
R15	0	0	Tidak Memakai
R16	0	0	Tidak Memakai
R17	0	0	Tidak Memakai
R18	0	0	Tidak Memakai
R19	0	0	Tidak Memakai
R20	0	0	Tidak Memakai
R21	0	0	Tidak Memakai
R22	0	0	Tidak Memakai
R23	0	0	Tidak Memakai
R24	0	0	Tidak Memakai
R25	0	0	Tidak Memakai
R26	1	1	Selalu Memakai
R27	0	0	Tidak Memakai
R28	0	0	Tidak Memakai
R29	0	0	Tidak Memakai
R30	0	0	Tidak Memakai
R31	0	0	Tidak Memakai
R32	0	0	Tidak Memakai
R33	0	0	Tidak Memakai
R34	0	0	Tidak Memakai
R35	0	0	Tidak Memakai
R36	0	0	Tidak Memakai
R37	0	0	Tidak Memakai
R38	0	0	Tidak Memakai

R39	0	0	Tidak Memakai
R40	0	0	Tidak Memakai

Lanjutan (Lampiran 13)

No Responden	P1	Jumlah	Kategori
R41	0	0	Tidak Memakai
R42	0	0	Tidak Memakai
R43	0	0	Tidak Memakai
R44	0	0	Tidak Memakai

**PEMAKAIAN ALAT PELINDUNG DIRI
ALAT PELINDUNG DIRI SEPATU BOOT**

No Responden	P1	Jumlah	Kategori
R01	0	0	Tidak Memakai
R02	0	0	Tidak Memakai
R03	0	0	Tidak Memakai
R04	0	0	Tidak Memakai
R05	1	1	Selalu Memakai
R06	1	1	Selalu Memakai
R07	0	0	Tidak Memakai
R08	0	0	Tidak Memakai
R09	0	0	Tidak Memakai
R10	0	0	Tidak Memakai
R11	1	1	Selalu Memakai
R12	0	0	Tidak Memakai
R13	0	0	Tidak Memakai
R14	0	0	Tidak Memakai
R15	0	0	Tidak Memakai
R16	0	0	Tidak Memakai
R17	0	0	Tidak Memakai
R18	0	0	Tidak Memakai
R19	0	0	Tidak Memakai
R20	0	0	Tidak Memakai
R21	0	0	Tidak Memakai
R22	1	1	Selalu Memakai
R23	0	0	Tidak Memakai
R24	1	1	Selalu Memakai
R25	1	1	Selalu Memakai
R26	1	1	Selalu Memakai
R27	1	1	Selalu Memakai
R28	0	0	Tidak Memakai
R29	1	1	Selalu Memakai
R30	1	1	Selalu Memakai

R31	0	0	Tidak Memakai
R32	1	1	Selalu Memakai
R33	0	0	Tidak Memakai

Lanjutan (Lampiran 13)

No Responden	P1	Jumlah	Kategori
R34	1	1	Selalu Memakai
R35	1	1	Selalu Memakai
R36	0	0	Tidak Memakai
R37	1	1	Selalu Memakai
R38	0	0	Tidak Memakai
R39	0	0	Tidak Memakai
R40	1	1	Selalu Memakai
R41	1	1	Selalu Memakai
R42	0	0	Tidak Memakai
R43	1	1	Selalu Memakai
R44	1	1	Selalu Memakai

Lampiran 14.

REKAPITULASI DATA HASIL PENELITIAN

No.	Nama	Usia	Masa Kerja	Personal Hygiene			Pemakaian Alat Pelindung Diri			
				Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala	Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku	Kebersihan Kulit	Pemakaian Alat Pelindung Topi	Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang	Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet	Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot
1.	Umiyati	50	5	3	4	4	1	1	0	0
2.	Suwarni	63	9	4	1	2	0	1	0	0
3.	Ramini	47	8	2	3	2	0	1	0	0
4.	Sulasih	54	7	1	1	2	0	1	0	0
5.	Sukini	61	9	5	4	4	0	1	0	1
6.	Mustakiroh	49	6	5	4	4	1	0	0	1
7.	Sulami	53	9	4	2	2	0	0	0	0
8.	Jumiah	45	5	3	0	1	0	1	0	0
9.	Turisah	58	10	3	0	2	0	1	0	0
10.	Ngatinah	49	7	5	1	2	1	1	0	0
11.	Musrin	58	6	3	1	2	1	0	1	1
12.	Samin	61	10	2	2	2	0	0	0	0
13.	Ron	66	4	2	2	2	0	0	0	0
14.	Katijah	54	6	1	2	3	0	0	0	0
15.	Tamsini	57	7	3	0	2	1	0	0	0

16.	Sumari	60	8	4	0	2	0	0	0	0
17.	Suprat	55	3	4	3	2	0	1	0	0
18.	Hasim	54	4	0	0	2	1	0	0	0

Lanjutan (Lampiran 14)

No.	Nama	Usia	Masa Kerja	Personal Hygiene			Pemakaian Alat Pelindung Diri			
				Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala	Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku	Kebersihan Kulit	Pemakaian Alat Pelindung Topi	Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang	Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet	Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot
19.	Sakri	53	3	3	1	2	1	0	0	0
20.	Sukardi	50	2	3	1	2	1	0	0	0
21.	Sulasmi	55	4	4	1	2	1	0	0	0
22.	Katon	52	2	4	0	3	1	1	0	1
23.	Mu'adi	60	10	5	2	4	1	1	0	0
24.	Suni	48	8	3	2	5	0	1	0	1
25.	Subadi	40	6	4	4	5	1	1	0	1
26.	Hadi	51	5	4	2	4	1	1	1	1
27.	Sarno	60	10	4	3	5	1	1	0	1
28.	Kamsinah	54	9	4	5	5	0	0	0	0
29.	Selamet	56	9	5	6	3	0	1	0	1
30.	Sunisen	54	8	2	5	4	0	0	0	1

31.	Karsi	53	10	3	4	5	0	1	0	0
32.	Jumini	49	7	4	4	5	1	1	0	1
33.	Topek	59	10	4	3	2	1	1	0	0
34.	Wakini	52	10	3	5	4	1	0	0	1
35.	Ngasmi	49	10	2	5	3	1	0	0	1
36.	Yati	51	5	4	5	2	1	1	0	0
37.	Kamsinah	50	10	1	4	5	1	1	0	1
38.	Muji	53	8	4	4	3	1	1	0	0

Lanjutan (Lampiran 14)

No.	Nama	Usia	Masa Kerja	Personal Hygiene			Pemakaian Alat Pelindung Diri			
				Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala	Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku	Kebersihan Kulit	Pemakaian Alat Pelindung Topi	Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang	Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet	Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot
39.	Monah	49	9	3	2	4	0	1	0	0
40.	Nahari	62	10	4	1	6	1	1	0	1
41.	Ranik	48	9	4	3	5	1	1	0	1
42.	Sumipah	57	10	3	1	5	1	1	0	1
43.	Azis	49	10	4	3	5	0	1	0	1
44.	Naim	57	10	4	5	5	1	1	0	1

Lampiran 15.

HASIL ANALISIS UNIVARIAT**1. Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala****Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala Responden Kasus**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruk	6	27.3	27.3	27.3
Baik	16	72.7	72.7	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala Responden Kasus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruk	3	13.6	13.6	13.6
Baik	19	86.4	86.4	100.0
Total	22	100.0	100.0	

2. Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku**Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku Responden Kasus**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruk	19	86.4	86.4	86.4
Baik	3	13.6	13.6	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku Responden Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruk	10	45.5	45.5	45.5
Baik	12	54.5	54.5	100.0
Total	22	100.0	100.0	

3. Kebersihan Kulit

Kebersihan Kulit Responden Kasus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruk	17	77.3	77.3	77.3
Baik	5	22.7	22.7	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Kebersihan Kulit Responden Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruk	3	13.6	13.6	13.6
Baik	19	86.4	86.4	100.0
Total	22	100.0	100.0	

4. Pemakaian Alat Pelindung Topi

Pemakaian Alat Pelindung Topi Responden Kasus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	12	54.5	54.5	54.5
Selalu Memakai	10	45.5	45.5	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Pemakaian Alat Pelindung Topi Responden Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	7	31.8	31.8	31.8
Selalu Memakai	15	68.2	68.2	100.0
Total	22	100.0	100.0	

5. Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang (Baju Lengan Panjang dan Celana Panjang)

Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang Responden Kasus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	12	54.5	54.5	54.5
Selalu Memakai	10	45.5	45.5	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang Responden Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	4	18.2	18.2	18.2
Selalu Memakai	18	81.8	81.8	100.0
Total	22	100.0	100.0	

6. Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet

Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet Responden Kasus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	21	95.5	95.5	95.5
Selalu Memakai	1	4.5	4.5	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet Responden Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	21	95.5	95.5	95.5
Selalu Memakai	1	4.5	4.5	100.0
Total	22	100.0	100.0	

7. Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot

Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot Responden Kasus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	18	81.8	81.8	81.8
Selalu Memakai	4	18.2	18.2	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot Responden Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	8	36.4	36.4	36.4
Selalu Memakai	14	63.6	63.6	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Lampiran 16.

HASIL ANALISIS BIVARIAT

1. Hubungan antara Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala dengan Kejadian Penyakit Kulit

Crosstabs

Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala * Kejadian Penyakit Kulit Crosstabulation

			Kejadian Penyakit Kulit		Total
			Kasus	Kontrol	
Kebersihan Rambut dan Kulit Kepala	Buruk	Count	6	3	9
		Expected Count	4.5	4.5	9.0
		% within Kejadian Penyakit Kulit	27,3%	13,6%	20,5%
	Baik	Count	16	19	35
		Expected Count	17.5	17.5	35.0
		% within Kejadian Penyakit Kulit	72.7%	86.4%	79.5%
Total	Count	22	22	44	
	Expected Count	22.0	22.0	44.0	
	% within Kejadian Penyakit Kulit	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.257 ^a	1	.262		
Continuity Correction ^b	.559	1	.455		
Likelihood Ratio	1.277	1	.258		
Fisher's Exact Test				.457	.228
Linear-by-Linear Association	1.229	1	.268		
N of Valid Cases ^b	44				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odd Ratio for Kebersihan Rambut (Buruk / Baik)	2.375	.511	11.047
For cohort Kejadian Penyakit Kulit = Kasus	1.458	.811	2.621
For cohort Kejadian Penyakit Kulit = Kontrol	.614	.232	1.624
N of Valid Cases	44		

2. Hubungan antara Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku dengan Kejadian Penyakit Kulit Crosstabs

Kebersihan Tangan Kaki dan Kuku * Kejadian Penyakit Kulit Crosstabulation

		Kejadian Penyakit Kulit		Total
		Kasus	Kontrol	
Kebersihan Tangan, Kaki dan Kuku	Buruk	Count 19 Expected Count 14.5 % within Kejadian Penyakit Kulit 86.4%	Count 10 Expected Count 14.5 % within Kejadian Penyakit Kulit 45.5%	Count 29 Expected Count 29.0 % within Kejadian Penyakit Kulit 65.9%
	Baik	Count 3 Expected Count 7.5 % within Kejadian Penyakit Kulit 13.6%	Count 12 Expected Count 7.5 % within Kejadian Penyakit Kulit 54.5%	Count 15 Expected Count 15.0 % within Kejadian Penyakit Kulit 34.1%
Total		Count 22 Expected Count 22.0 % within Kejadian Penyakit Kulit 100.0%	Count 22 Expected Count 22.0 % within Kejadian Penyakit Kulit 100.0%	Count 44 Expected Count 44.0 % within Kejadian Penyakit Kulit 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.193 ^a	1	.004		
Continuity Correction ^b	6.474	1	.011		
Likelihood Ratio	8.622	1	.003		
Fisher's Exact Test				.010	.005
Linear-by-Linear Association	8.007	1	.005		
N of Valid Cases ^b	44				

- 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.
- Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kebersihan tangan kaki dan kuku (Buruk / Baik)	7.600	1.732	33.347
For cohort Kejadian Penyakit Kulit = Kasus	3.276	1.151	9.324
For cohort Kejadian Penyakit Kulit = Kontrol	.431	.246	.756
N of Valid Cases	44		

3. Hubungan antara Kebersihan Kulit dengan Kejadian Penyakit Kulit

Crosstabs

Kebersihan Kulit * Kejadian Penyakit Kulit Crosstabulation

			Kejadian Penyakit Kulit		Total
			Kasus	Kontrol	
Kebersihan Kulit	Buruk	Count	17	3	20
		Expected Count	10.0	10.0	20.0
		% within Kejadian Penyakit Kulit	77.3%	13.6%	45.5%
	Baik	Count	5	19	24
		Expected Count	12.0	12.0	24.0
		% within Kejadian Penyakit Kulit	22.7%	86.4%	54.5%
Total	Count	22	22	44	
	Expected Count	22.0	22.0	44.0	
	% within Kejadian Penyakit Kulit	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17.967 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	15.492	1	.000		
Likelihood Ratio	19.525	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	17.558	1	.000		

N of Valid Cases ^b	44			
-------------------------------	----	--	--	--

- a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.00
b. Computed only for a 2×2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kebersihan Kulit (Buruk / Baik)	21.533	4.463	103.900
For cohort Kejadian Penyakit Kulit = Kasus	4.080	1.831	9.092
For cohort Kejadian Penyakit Kulit = Kontrol	.189	.065	.549
N of Valid Cases	44		

4. Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Topi dengan Kejadian Penyakit Kulit

Crosstabs

Pemakaian Alat Pelindung Topi * Kejadian Penyakit Kulit Crosstabulation

			Kejadian Penyakit Kulit		Total
			Kasus	Kontrol	
Pemakaian Alat Pelindung Topi	Kadang-	Count	12	7	19
	Kadang	Expected Count	9.5	9.5	19.0
	atau	% within	54.5%	31.8%	43.2%
	Tidak	Kejadian			
	Pernah	Penyakit Kulit			
	Memakai				
Selalu	Memakai	Count	10	15	25
		Expected Count	12.5	12.5	25.0
		% within	45.5%	68.2%	56.5%
		Kejadian			
		Penyakit Kulit			
Total		Count	22	22	44
		Expected Count	22.0	22.0	44.0
		% within	100.0%	100.0%	100.0%
		Kejadian Penyakit Kulit			

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.316 ^a	1	.128		
Continuity Correction ^b	1.482	1	.223		
Likelihood Ratio	2.338	1	.126		
Fisher's Exact Test				.223	.112
Linear-by-Linear Association	2.263	1	.132		
N of Valid Cases ^b	44				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.50

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pemakaian Alat Pelindung Topi (Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai / Selalu Memakai)	2.571	.753	8.784
For cohort Kejadian Penyakit Kulit = Kasus	1.579	.875	2.849
For cohort Kejadian Penyakit Kulit = Kontrol	.614	.314	1.200
N of Valid Cases	44		

5. Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang (Baju Lengan Panjang dan Celana Panjang) dengan Kejadian Penyakit Kulit

Crosstabs

**Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang (Baju Lengan Panjang dan Celana Panjang) *
Kejadian Penyakit Kulit Crosstabulation**

			Kejadian Penyakit Kulit		Total
			Kasus	Kontrol	
Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang (Baju Lengan Panjang dan Celana Panjang)	Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	Count	12	4	16
		Expected Count	8.0	8.0	16.0
		% within Kejadian Penyakit Kulit	54.5%	18.2%	36.4%
	Selalu Memakai	Count	10	18	28
		Expected Count	14.0	14.0	28.0
		% within Kejadian Penyakit Kulit	45.5%	81.8%	63.6%
Total		Count	22	22	44
		Expected Count	22.0	22.0	44.0
		% within Kejadian Penyakit Kulit	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.286 ^a	1	.012		
Continuity Correction ^b	4.812	1	.028		
Likelihood Ratio	6.504	1	.011		
Fisher's Exact Test				.027	.013
Linear-by-Linear Association	6.143	1	.013		

N of Valid Cases ^b				
-------------------------------	--	--	--	--

- 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.00
- Computed only for a 2×2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pemakaian Alat Pelindung Pakaian Panjang (Baju Lengan Panjang dan Celana Panjang) (Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai / Selalu Memakai	5.400	1.372	21.260
For cohort Kejadian Penyakit Kulit = Kasus	2.100	1.185	3.720
For cohort Kejadian Penyakit Kulit = Kontrol	.389	.159	.949
N of Valid Cases	44		

6. Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Sarung Tangan Karet dengan Kejadian Penyakit Kulit

Crosstabs

Alat Pelindung Sarung Tangan Karet * Kejadian Penyakit Kulit Crosstabulation

			Kejadian Penyakit Kulit		Total
			Kasus	Kontrol	
Alat Pelindung Sarung Tangan Karet	Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai	Count	21	21	42
		Expected Count	21.0	21.0	42.0
		% within Kejadian Penyakit Kulit	95.5%	95.5%	95.5%
	Selalu Memakai	Count	1	1	2
		Expected Count	1.0	1.0	2.0
		% within Kejadian Penyakit Kulit	4.5%	4.5%	4.5%
Total		Count	22	22	44
		Expected Count	22.0	22.0	44.0

% within Kejadian Penyakit Kulit	100.0%	100.0%	100.0%
----------------------------------	--------	--------	--------

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.000 ^a	1	1.000		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.756
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
N of Valid Cases ^b	44				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00

b. Computed only for a 2×2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Alat Pelindung Sarung Tangan Karet (Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai / Selalu Memakai)	1.000	.059	17.065
For cohort Kejadian Penyakit Kulit = Kasus	1.000	.242	4.131
For cohort Kejadian Penyakit Kulit = Kontrol	1.000	.242	4.131
N of Valid Cases	44		

7. Hubungan antara Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot dengan Kejadian Penyakit

Kulit

Crosstabs

			Kejadian Penyakit Kulit		Total
			Kasus	Kontrol	
Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot	Kadang-	Count	18	8	26
	Kadang atau Tidak Pernah Memakai	Expected Count % within Kejadian Penyakit Kulit	13.0 81.8%	13.0 36.4%	26.0 59.1%
	Selalu	Count	4	14	18
	Memakai	Expected Count % within Kejadian Penyakit Kulit	9.0 18.2%	9.0 63.6%	18.0 40.9%
Total		Count	22	22	44
		Expected Count % within Kejadian Penyakit Kulit	22.0 100.0%	22.0 100.0%	44.0 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.402 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	7.615	1	.006		
Likelihood Ratio	9.831	1	.002		
Fisher's Exact Test				.005	.003
Linear-by-Linear Association	9.188	1	.002		
N of Valid Cases ^b	44				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.00.

b. Computed only for a 2×2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pemakaian Alat Pelindung Sepatu Boot (Kadang-Kadang atau Tidak Pernah Memakai / Selalu Memakai) For cohort Kejadian Penyakit Kulit = Kasus	7.875	1.964	31.574
For cohort Kejadian Penyakit Kulit = Kontrol	3.115	1.265	7.674
N of Valid Cases	.396	.211	.741
	44		

Lampiran 17.

DOKUMENTASI



Gambar 1. Pemeriksaan kesehatan responden dari dokter di Puskesmas



Gambar 2. Pemakaian alat pelindung sarung tangan karet dan yang tidak memakai sarung tangan karet



Gambar 3. Pemakaian alat pelindung topi



Gambar 4. Pemakaian alat pelindung pakaian panjang



Gambar 5. Pemakaian alat pelindung sepatu boot