HUBUNGAN ANTARA *PERSONAL HYGIENE* DENGAN KEJADIAN PENYAKIT KULIT PADA WARGA BINAAN PEMASYARAKATAN DI LEMBAGA PEMASYARAKATAN PEREMPUAN KLAS II A MALANG

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh:

Maya Cintia Melani

NIM 145070201111024

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2018

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur hanya kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul "Hubungan Antara *Personal Hygiene* Dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Warga Binaan Pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang".

Dengan selesainya Tugas Akhir ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ns. Setyoadi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom sebagai pembimbing pertama yang telah membimbing penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Ns. Annisa Wuri Kartika, S.Kep., M.Kep sebagai pembimbing kedua yang telah membimbing dan memberikan semangat serta motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
3. Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep sebagai Dosen Penguji Ujian Tugas Akhir yang telah memberikan masukan untuk menyempurnakan naskah Tugas Akhir.
4. Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Ilmu Keperawatan FKUB yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
5. Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti studi Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

6. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKUB, yang telah membantu melancarkan urusan administrasi, sehingga penulis dapat melakasanakan Tugas Akhir dengan lancar.
7. Petugas dan warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian ini.
8. Yang tercinta Bapak Muhamad Suteja dan Ibu Ayu Mardiah yang telah memberikan motivasi, semangat, kasih sayang yang tulus, dan doa yang terbaik sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini, serta adik Agus yang selalu mendoakan, memberikan dukungan dan semangat sepenuh hati
9. Teman-teman Dedari Suhat tercinta Arik, Atik, Ayuk, Chintya, dan Dwik yang selalu memberikan dukungan sepenuh hati dan mendampingi penulis disaat suka maupun duka sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
10. Yulviana yang selalu pergi berdua untuk melakukan penelitian dan teman-teman PSIK angkatan 2014 yang selalu memberikan semangat, doa, dan dukungan sepenuh hati kepada penulis.
11. Semua pihak yang turut berperan dalam penyelesaian tugas akhir ini.

Penulis menyadari bahwa tugas akhir ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun. Semoga tugas akhir ini nantinya dapat bermanfaat bagi masyarakat pada umumnya dan penulis pada khususnya sebagaimana yang diharapkan.

Malang, 28 Mei 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Judul i

Halaman Pengesahan ii

Kata Pengantar iii

Abstrak v

Abstract vi

Daftar Isi vii

Daftar Tabel x

Daftar Gambar xi

Daftar Lampiran xii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang 1

1.2. Rumusan Masalah 5

1.3. Tujuan Penelitian 5

1.4. Manfaat Penelitian 6

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Warga Binaan Pemasyarakatan 8

2.2. *Personal Hygiene* 11

2.2.1. Definisi *Personal Hygiene* 11

2.2.2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Personal Hygiene* 12

2.2.3. Macam-Macam *Personal Hygiene* 14

2.2.4. Dampak pada Masalah *Personal Hygiene* 19

2.3. Penyakit Kulit 20
2.3.1. Definisi Penyakit Kulit 20
2.3.2. Faktor Penyebab Penyakit Kulit 21
2.5.1. Jenis-Jenis Penyakit Kulit 22

BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

3.1. Kerangka Konsep 32
3.2. Hipotesis Penelitian 34

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian 35
4.2. Populasi dan Sampel 35
4.2.1. Populasi 35
4.2.2. Sampel 35
4.2.3. Teknik Sampling 36
4.3. Variabel Penelitian 37
4.3.1. Variabel Independen 37
4.3.2. Variabel Dependen 37
4.4. Lokasi dan Waktu Penelitian 37
4.5. Instrumen Penelitian 38
4.5.1. Instrumen Demografi 38
4.5.2. Instrumen *Personal Hygiene* 38
4.5.2. Instrumen Penyakit Kulit 39
4.6. Uji Validitas dan Reabilitas 40
4.6.2. Uji Validitas 40
4.6.3. Uji Reliabilitas 40

4.7. Definisi Operasional 41
4.8. Prosedur Penelitian dan Pengumpulan Data 45
4.8.1. Kerangka Kerja Penelitian..... 46
4.9. Analisa data 47
4.9.1. Analisa Univariat 48
4.9.2. Analisa Bivariat 49
4.10. Etika Penelitian 49

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

5.1. Karakteristik Lokasi Penelitian 51
5.2. Data Karakteristik Responden 52
5.2.1. Usia 52
5.2.2. Lama Tinggal 52
5.2.3. Pendidikan 53
5.3. Hasil Penelitian 53
5.3.1. *Personal Hygiene* 53
5.3.2. Kejadian Penyakit Kulit 54
5.3.3. Hubungan antara *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Kulit 56

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1. *Personal Hygiene* pada Warga Binaan Pemasyarakatan 57
6.2. Kejadian Penyakit Kulit pada Warga Binaan Pemasyarakatan .. 59
6.3. Hubungan antara *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Warga Binaan Pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang 61

6.4. Implikasi Keperawatan 63
6.5. Keterbatasan Penelitian 63

BAB 7 PENUTUP

7.1. Kesimpulan 64
7.2. Saran 65

Daftar Pustaka 66
Lampiran 70

DAFTAR TABEL

Halaman

4.1. Tabel Definisi Operasional 42

5.1. Tabel Distribusi Frekuensi Usia Responden di Lembaga Pemasyarakatan Prempuan Klas II A Malang 52

5.2. Tabel Distribusi Frekuensi Lama Tinggal Responden di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang 52

5.3. Tabel Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang 53

5.4. Tabel Distribusi Frekuensi *Personal Hygiene* Responden di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang 53

5.5. Tabel Distribusi Frekuensi Indikator *Personal Hygiene* Responden di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang 54

5.6. Tabel Distribusi Frekuensi Kejadian Penyakit Kulit Responden di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang 55

5.7. Tabel Distribusi Frekuensi Indikator Kejadian Penyakit Kulit Responden di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang 55

5.8. Tabel Hubungan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Warga Binaan Pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang 56

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 3.1 Kerangka Konsep..... 32

Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian 47

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 1: Pernyataan Keaslian Tulisan 70

Lampiran 2: Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian 71

Lampiran 3: Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*) 73

Lampiran 4: Kisi-Kisi Kuesioner 74

Lampiran 5: Petunjuk Teknis Pengisian Kuesioner 76

Lampiran 6: Kuesioner Penelitian 77

Lampiran 7: Hasil Data Analisa Validitas dan Reabilitas Kuesioner 83

Lampiran 8: Hasil Data Penelitian 87

Lampiran 9: Hasil Data Analisa Penelitian Kuesioner *Personal Hygiene* dan Kejadian Penyakit Kulit 109

Lampiran 10: Surat Ijin Uji Validitas 115

Lampiran 11: Surat Keterangan Laik Etik 116

Lampiran 12: Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian 117

Lampiran 13: Surat Konsultasi Tugas Akhir 118

Lampiran 14: Surat Uji Plagiasi 120

Lampiran 15: Curriculum Vitae 121

Lampiran 16: Time Table 122

Lampiran 17: Dokumentasi 123

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

HUBUNGAN ANTARA *PERSONAL HYGIENE* DENGAN KEJADIAN PENYAKIT KULIT PADA WARGA BINAAN PEMASYARAKATAN DI LEMBAGA PEMASYARAKATAN PEREMPUAN KLAS II A MALANG

Oleh:
Maya Cintia Melani
NIM 145070201111024

Telah diuji pada
Hari : Senin
Tanggal : 21 Mei 2018
dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I

Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep
NIP. 198009022006041003

Penguji II/Pembimbing I	Penguji III/Pembimbing II
Ns. Setyoadi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom	Ns. Annisa Wuri Kartika, S.Kep., M.Kep
NIP. 197809122005021501	NIK. 2014058503052001

Mengetahui,
Ketua Jurusan Ilmu Keperawatan

Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes
NIP. 196408141984011001

ABSTRAK

Melani, Maya Cintia. 2018. ***Hubungan antara Personal Hygiene dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Warga Binaan Pemasyarakatana di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang.*** Tugas Akhir, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Ns. Setyoadi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom (2) Ns. Annisa Wuri Kartika, S.Kep., M.Kep.

Penyakit kulit merupakan penyakit terbanyak yang terjadi di lembaga pemasyarakatan. Penyakit kulit disebabkan oleh akses untuk menjaga kesehatan yang terbatas, salah satunya *personal hygiene*. *Personal hygiene* yang baik dapat meminimalkan pintu masuk mikroorganisme yang dapat mencegah seseorang untuk terkena penyakit. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang. Metode penelitian ini adalah desain *cross sectional*. Populasi penelitian adalah semua warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang pada bulan Februari dengan sampel 228 orang. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling* dan alat pengumpulan data adalah kuesioner. Berdasarkan hasil penelitian terdapat 220 orang (96,5%) memiliki *personal hygiene* yang baik dan 140 orang (61,4%) tidak mengalami penyakit kulit. Hasil analisis statistik dengan uji *Chi square* didapatkan nilai p (0,003) lebih kecil dari nilai α (0,05) sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan. *Personal hygiene* mencegah 0,08 kali resiko kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan. Saran peneliti untuk lembaga pemasyarakatan, perlu adanya peningkatan fasilitas yang memadai untuk mencegah penularan penyakit kulit serta skrining kesehatan secara berkala.

Kata Kunci: *personal hygiene*, penyakit kulit

ABSTRACT

Melani, Maya Cintia. 2018. ***Correlation between Personal Hygiene with Incidence of Skin Diseases in Inmate in Women Prison Class II A Malang.*** Final Assignment, Nursing Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisors: (1) Ns. Setyoadi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom (2) Ns. Annisa Wuri Kartika, S.Kep., M.Kep.

Skin disease is the most common disease occuring in prison. Skin disease caused by access to maintain limited health, one of which is personal hygiene. Good personal hygieme can minimize prot the entry microorganisms that can prevent a person to be exposed to the disease. Purpose in this study is to know the correlation between personal hygiene with the incidence of skin diseases in inmates in Women Prison Class II A Malang. This study method is cross sectional design. The population of this research were all prisoners in Women Prison Class II A Malang in February with a sample of 228 people. The sampling technique was purposive sampling and the data collection tool was questionnaire. Based on the result of the study, 220 people (96,5%) have a good personal hygiene and 140 people (61,4%) don't have skin diseases. The result of statistical analysis with Chi square found that p value (0,003) is smaller than α (0,05) so there is significant correlation between personal hygiene with incidence of skin diseases in inmate. Personal hygiene prevents 0,08 times the risk incidence of skin diseases in inmate. The advice of researchers for the prison, need for improved facilities are adequate to prevent the transmission of skin diseases as well as health screening at regular intervals.

Keyword: personal hygiene, skin diseases

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lebih dari 10 juta orang berada dalam penjara di seluruh dunia, dengan 2,3 juta di Amerika Serikat, 1,6 juta di penjara dan lainnya, 0,9 juta dalam penahanan administratif di China, dan 0,9 juta di Rusia. India, Thailand, Iran, Indonesia, Turki, Brasil, Meksiko, Afrika Selatan, dan Ukraina memiliki populasi penjara lebih dari 100.000 orang (Fazel & Baillargeon, 2011). Sementara di Indonesia jumlah orang dalam penjara tersebut terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Data Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM pada bulan Agustus 2017, Indonesia memiliki tahanan dan narapidana laki-laki dan perempuan berjumlah 225.007 orang. Kapasitas yang disediakan Lembaga Pemasyarakatan hanya berjumlah 123.139, sehingga mengakibatkan Lembaga Pemasyarakatan mengalami kelebihan kapasitas hunian.

Kondisi kapasitas berlebih dapat menyebabkan pelaksanaan pelayanan kesehatan di Lembaga Pemasyarakatan akan terganggu yang akan berdampak terhadap kesehatan warga binaan pemasyarakatan. Selain itu, kondisi over kapasitas akan berdampak terhadap penggunaan sarana dan prasarana yang ada di Lapas. Sarana dan prasarana layanan kesehatan di Lembaga Pemasyarakatan masih sangat minim, padahal sarana dan prasarana merupakan syarat utama dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar kesehatan. Sarana dapat berupa upaya promotif seperti sosialisasi pemeliharaan kebersihan diri dan lingkungungan, upaya preventif dengan melakukan kegiatan pemeriksaan kesehatan secara teratur, upaya

kuratif dengan melakukan pengobatan dasar, pengobatan gigi, rujukan medik bagi penyakit yang perlu tindakan medik rumah sakit, dan upaya rehabilitatif merupakan upaya tenaga kesehatan untuk mengembalikan penderita ke dalam masyarakat agar tetap terjaga kesehatannya, dimana sarana tersebut masih sangat minim untuk didapatkan (48,15%). Menurut para medis (37,03%) dan warga binaan (26,32%) mengatakan kebutuhan obat-obat perlu ditingkatkan untuk memenuhi kecukupan kebutuhan (Sanusi, 2016).

Penelitian Lima dkk., (2016) menyatakan 95% populasi narapidana di penjara sering menderita penyakit kulit, gangguan pernafasan, penyakit infeksi, penyakit saluran pencernaan, penyakit kardiovaskuler, osteo, dan penyakit menular seksual. Penderita penyakit kulit 36,5% disebabkan oleh akses terbatas saat menjemur pakaian, kasur dan seprai, sehingga kontaminasi dan pajanan hampir tidak bisa dicegah. Permasalahan kesehatan yang terdapat di Lembaga Pemasyarakatan Klas II A Ambarawa terdapat 59,2% menderita scabies, 39,4% menderita ISPA, dan 7,0% menderita hipertensi (Humananda dkk., 2014). Hasil laporan data kesehatan tahun 2006 dan 2007 yang diterima Direktorat Jenderal Pemasyarakatan menunjukkan bahwa penyakit kulit menempati urutan pertama dari 10 besar penyakit di Lembaga Pemasyarakatan dan Rutan seluruh Indonesia.

Penyakit kulit merupakan penyakit yang sering dikeluhkan oleh masyarakat maupun di Lembaga Pemasyarakatan. Beberapa jenis penyakit kulit diantaranya kusta, dermatitis, scabies, panu, dan lain-lain. Penyakit kulit apabila tidak ditangani dengan benar akan menimbulkan komplikasi lain yang bisa memungkinkan untuk terjadi kecacatan. Salah satu jenis penyakit tersebut eksim atau dermatitis dapat mengakibatkan terjadinya borok dan bisa menjalar ke

setiap kulit yang yang belum terinfeksi (Maharani, 2015). Faktor resiko penyakit kulit diantaranya perilaku hidup bersih dan sehat, kondisi sanitasi lingkungan, ketersediaan sumber air bersih, kebersihan badan, kuku, kulit, pakaian dan kondisi tempat tidur.

Studi yang dilakukan Wirawan dkk., (2011) mengatakan bahwa warga binaan di Lembaga Pemasyarakatan Wanita Kelas II A Semarang mempunyai kebiasaan *personal hygiene* yaitu mengganti pakaian sehari sekali sebab hanya memilki 3 pakaian, frekuensi mandi sehari 2 kali dan mandi bersama-sama dalam satu kamar mandi. Pemakaian handuk dan alat makan sering bergantian tanpa dicuci terlebih dahulu. Tempat tidur di kamar hunian digunakan secara bersama-sama dan seprai dicuci 1 bulan sekali, ventilasi kurang, sedangkan kamar hunian seluas 3x4 m dihuni 8-10 orang yang membuat sel penuh sesak. Penuhnya kondisi Lembaga Pemasyarakatan dan minimnya sarana-prasarana layanan kesehatan dapat mempengaruhi kondisi kesehatan warga binaan. Agar tetap terjaga kondisi kesehatannya dan terhindar dari penyakit maka perlu adanya tindakan preventif, salah satunya dengan *personal hygiene* yang baik.

Personal hygiene merupakan langkah untuk merawat diri yang sangat penting agar kesehatan tetap terjaga. Merawat diri menjadi penting karena *personal hygiene* yang baik akan meminimalkan pintu masuk (*port de entry*) mikroorganisme yang pada akhirnya mencegah seseorang terkena penyakit (Potter & Perri, 2005). *Hygiene* adalah permasalahan individu yang sangat pribadi dimana dipengaruhi nilai-nilai dan praktek meliputi merawat kulit, rambut, kuku, gigi, mulut, hidung, mata, telinga, dan area perineum dan genetalia (Kozier dkk., 2010). Pengetahuan, sikap, dan perilaku merupakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi *hygiene* seseorang.

Pengetahuan dan sikap yang baik akan menimbulkan perilaku *personal hygiene* yang baik, sehingga penyakit dapat di cegah. Berdasarkan penelitian Jasmine dkk (2016) mengatakan pengetahuan memiliki hubungan yang signifikan terhadap perilaku pencegahan penyakit dimana pengetahuan yang kurang berpeluang 13,125 kali beresiko berperilaku pencegahan penyakit yang buruk dibandingkan dengan yang memiliki pengetahuan yang baik, sedangkan sikap negatif berpeluang 8,400 kali beresiko berperilaku pencegahan penyakit buruk dibandingkan dengan memiliki sifat positif.

Penelitian Candra dkk., (2016) mengenai *personal hygiene* pada tuna wisma mengatakan sebanyak 68,8% mengalami keluhan penyakit kulit dengan *personal hygiene* yang cukup, sedangkan untuk yang memiliki *personal hygiene* yang baik, 33,3% mengatakan tidak mengalami keluhan penyakit kulit. Kebersihan kulit, kebersihan tangan, kebersihan pakaian, kebersihan handuk, dan kebersihan tempat tidur dan sprei mempunyai hubungan yang signifikan dengan keluhan penyakit kulit (Sajida dkk., 2013). *Personal hygiene* adalah kegiatan yang sehari-hari harus dilakukan, namun kadang masih dianggap kurang penting. Kurangnya pengetahuan dan sikap tentang *personal hygiene* membuat perilaku *personal hygiene* sulit diterapkan. Penerapan yang kurang akan memudahkan timbulnya suatu penyakit. Warga binaan memiliki resiko terkena penyakit kulit sebab *personal hygiene* yang kurang baik dikarenakan lingkungan yang kurang mendukung.

Hasil studi pendahuluan tentang *personal hygiene* dan kondisi lingkungan lembaga pemasyarakatan yang dilakukan peneliti pada tanggal 10 November 2017 dengan petugas kesehatan Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang menunjukkan bahwa warga binaan pemasyarakatan mendapatkan 2

pakaian seragam yang digunakan selama berada di luar ruangan blok, apabila warga binaan pemasyarakatan berada di dalam ruangan blok dapat menggunakan pakaiannya sendiri. Fasilitas untuk menjemur handuk masih minim, warga binaan masyarakat harus mengantri dan bergantian untuk menjemur handuk, pakaian, kasur, dan sprei di bawah terik matahari. Fasilitas kamar mandi digunakan bersama-sama dan di setiap sel terdapat 1 kamar mandi. Warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang pada bulan November berjumlah 521 orang dengan kapasitas ruangan 164 orang, sehingga lembaga pemasyarakatan dapat dikatakan kelebihan kapasitas. Ruangan di lembaga pemasyarakatan terdapat ruangan besar, kecil, dan ruangan isolasi dengan kamar mandi di masing-masing ruangan. Ruangan besar berukuran 5x7 meter dengan penghuni 26 orang dalam satu ruangan. Berdasarkan uraian tersebut maka perlu dilakukan penelitian tentang "hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Klas II A Malang."

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi *personal hygiene* pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang.
2. Mengidentifikasi kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang.
3. Menganalisa hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademis

Diharapkan dengan penelitian ini perawat dapat menambah pengetahuan untuk mengetahui hubungan *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan bagi tenaga kesehatan yang berada di lingkungan Lembaga Pemasyarakatan dapat memberikan pelayanan, tidak hanya kuratif saja namun juga promotif dan preventif. Agar setelah bebas atau keluar dari Lembaga Pemasyarakatan warga binaan pemasyarakatan tetap bisa menjaga *personal hygiene*nya.

1.4.2.2 Bagi Lembaga Pemasyarakatan

Diharapkan bagi petugas dan warga binaan pemasyarakatan yang berada di lingkungan Lembaga Pemasyarakatan dapat menerapkan perilaku *personal hygiene* yang baik untuk mencegah penyakit kulit maupun penyakit menular.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Warga Binaan Pemasyarakatan

Lembaga Pemasyarakatan (LP atau LAPAS) merupakan usaha pemasyarakatan untuk menampung, merawat, dan pembinaan bagi narapidana. Berdasarkan Pasal 1 ayat (7) Undang-Undang Nomor 12 tahun 1995 tentang Pemasyarakatan, narapidana adalah terpidana yang menjalani pidana hilang kemerdekaan di Lembaga Pemasyarakatan. Menurut Pasal 1 ayat (6) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1995 tentang Pemasyarakatan, terpidana adalah seseorang yang di pidana berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

Kamus besar Bahasa Indonesia memberikan arti bahwa: Narapidana atau warga binaan adalah orang hukuman (orang yang sedang menjalani hukuman karena tindak pidana); terhukum. Menurut kamus induk istilah ilmiah menyatakan bahwa Narapidana adalah orang hukuman; orang buian (Dahlan, 2003). Selanjutnya berdasarkan kamus hukum narapidana diartikan sebagai berikut: Narapidana adalah orang yang menjalani pidana dalam Lembaga Pemasyarakatan.

Pasal 1 ayat (7) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1995 tentang Pemasyarakatan, narapidana adalah terpidana yang menjalani pidana hilang kemerdekaan di Lembaga Pemasyarakatan. Menurut Pasal 1 ayat (6) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1995 tentang Pemasyarakatan, terpidana adalah seseorang yang di pidana berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap. Pernyataan tersebut, dapat disimpulkan

bahwa narapidana adalah orang atau terpidana yang sedang menjalani masa hukumannya di Lembaga Pemasyarakatan yang sebagian kemerdekaannya hilang.

Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1995 Tentang Lembaga Pemasyarakatan Pasal 14 menyebutkan bahwa: Narapidana berhak mendapatkan perawatan baik rohani maupun jasmani, mendapatkan pendidikan dan pengajaran, mendapatkan pelayanan kesehatan dan makanan yang layak, menyampaikan keluhan, mendapatkan bahan bacaan dan mengikuti siaran media massa lainnya yang tidak dilarang, menerima kunjungan keluarga, penasihat hukum, atau orang tertentu lainnya, serta mendapatkan hak-hak lain sesuai dengan peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.

Beberapa standar yang harus terpenuhi pada Lembaga Pemasyarakatan sesuai dengan *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisioners* (UNODC, 2015) yaitu warga binaan menempati sel atau ruangan sendiri. Jika karena alasan khusus seperti kepadatan, pemerintah pusat dapat membuat pengecualian dengan menempatkan dua warga binaan dalam satu sel. Asrama dapat digunakan, namun harus ditempati oleh warga binaan yang dipilih secara cermat agar cocok untuk bersosialisasi satu sama lain. Harus ada pengawasan rutin di malam hari.

Semua fasilitas disediakan untuk warga binaan khususnya semua fasilitas tidiur yang harus memenuhi persyaratan kesehatan. Dilihat kondisi iklim, terutama sirkulasi udara, ruang lantai minimum, pencahayan, pemanas, dan ventilasi. Tempat warga binaan untuk tinggal atau bekerja: Jendela cukup besar untuk warga binaan dapat membaca atau bekerja dengan cahaya alami dan harus dibangun sedemikian rupa sehingga udara segar dapat masuk atau

dibuatkan ventilasi. Lampu harus disediakan cukup bagi warga binaan untuk membaca atau bekerja tanpa ada gangguan penglihatan (UNODC, 2015).

Fasilitas sanitasi cukup memadai untuk warga binaan memenuhi kebutuhan alami bila diperlukan dengan cara yang bersih dan layak. Fasilitas kamar mandi dan pancuran harus disediakan agar warga binaan dapat mandi dan disesuaikan dengan iklim, diperlukan untuk kebersihan sesuai dengan musim dan wilayah geografis. Semua bagian dari penjara yang digunakan oleh warga binaan harus dipelihara dengan baik dan dijaga dengan sebaik-baiknya setiap saat (UNODC, 2015).

Warga binaan diharuskan untuk menjaga kebersihan dirinya sehingga harus diberi air dan barang toileting yang diperlukan untuk menjaga kesehatan dan kebersihan. Fasilitas yang disediakan dapat membantu warga binaan untuk menjaga penampilannya seperti merawat rambut atau mencukur, warga binaan dapat membawa pakaiannya sendiri yang disesuaikan dengan iklim dan cukup untuk menjaga kesehatannya. Pakaian harus bersih dan disimpan dalam kondisi baik, serta harus diganti dan dicuci sesering yang diperlukan untuk menjaga kebersihannya. Warga binaan dapat menggunakan pakaiannya sendiri apabila memasuki penjara. Setiap warga binaan harus sesuai dengan standar lokal atau nasional, dilengkapi deng tempat tidur terpisah dan cukup bersih, dan saat warga binaan dikeluarkan tempat tidur dapat disimpan dengan baik dan sering dirubah untuk memastikan kebersihannya (UNODC, 2015).

Standar evaluasi hunian Lembaga Pemasyarakatan/Rumah Tahanan menurut Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia (2017) menyebutkan kebutuhan sarana dan prasarana di lingkungan Lembaga Pemasyarakatan yaitu permasalahan kelebihan penghuni. Kelebihan penghuni merupakan kondisi

dimana jumlah penghuni melebihi kapasitas hunian yang tersedia lantaran meningkatnya pertumbuhan jumlah tahanan serta narapidana yang tidak diikuti oleh optimalnya penambahan ruang dan daya tampung hunian pada setiap rumah tahanan negara maupun lembaga pemasyarakatan di Indonesia. Jumlah rata-rata pertumbuhan jumlah penghuni rumah tahanan negara dan lembaga pemasyarakatan sebesar 12.338 orang pertahun, dengan lonjakan pertumbuhan jumlah penghuni tertinggi terjadi pada tahun 2016 sebesar 27.797 orang tahanan dan narapidana. Pada bulan februari 2017 terjadi kelebihan jumlah penghuni sebesar 89.557 orang/75% dari kapasitas yang tersedia.

Penelitian Humananda dkk., (2011) di Lembaga Pemasyarakatan Klas II A Ambarawa didapatkan hasil pencahayaan ruangan di Lembaga Pemasyarakatan tidak memenuhi syarat sebesar 75% yang disebabkan karena sinar matahari masuk langsung melalui jendela yang ada tanpa terhalang sehingga pencahayaan cukup tinggu > 120 lux. Sebesar 25% kelembapan tidak memenuhi syarat karena salah satu jendela terhalang oleh perlengkapan warga binaan sehingga udara dan cahaya matahari terhalang yang membuat kelembapan tidak memenuhi syarat.

2.2 *Personal Hygiene*

2.2.1 Definisi *Personal Hygiene*

Personal hygiene berasal dari Bahasa Yunani, yaitu *personal*, yang artinya perorangan, sedangkan *hygiene*, yang berarti sehat. *Personal hygiene* adalah suatu tindakan untuk merawat kebersihan dan kesehatan individu untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Muhith & Siyoto, 2016). *Personal hygiene* merupakan langkah untuk merawat diri yang sangat penting agar kesehatan tetap terjaga. Merawat diri menjadi penting karena *personal hygiene* yang baik

akan meminimalkan pintu masuk (*port de entry*) mikroorganisme yang pada akhirnya mencegah seseorang terkena penyakit (Potter & Perry, 2005). Seseorang akan melakukan *personal hygiene* untuk memelihara kebersihan diri seperti mandi, membersihkan kulit, gigi, mulut, hidung, telinga, rambut, kaki, kuku, dan genetalia (Kozier dkk., 2010).

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2011) tujuan *personal hygiene* adalah meningkatkan derajat kesehatan seseorang, memelihara kebersihan diri seseorang, memperbaiki *personal hygiene* yang kurang, mencegah penyakit, menciptakan keindahan, dan meningkatkan rasa percaya diri seseorang.

2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Personal Hygiene*

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi *personal hygiene* seseorang baik di dalam lembaga pemasyarakatan maupun dilingkungan luar yaitu (Tartowo & Wratonah, 2011):

1. Citra Tubuh

Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. Gambaran individu terhadap dirinya dapat mempengaruhi *personal hygiene,* misalnya karena adanya perubahan fisik pada dirinya, maka ia tidak peduli terhadap kebersihannya.

2. Praktik Sosial

Kelompok-kelompok sosial seseorang dapat mempengaruhi perilaku *personal hygiene*. Anak-anak mendapatkan praktik *personal hygiene* dari orang tua mereka, misalnya kebiasaan keluarga, jumlah orang dirumah, dan ketersediaan air bersih dapat mempengaruhi perawatan kebersihan. Hasil *Focus Group Discussion* (FGD) di Lapas anak Blitar terdapat permasalahan yaitu fasilitas Lapas anak yang terbatas di antaranya air mandi tidak

bersih/kotor/keruh, WC/toilet kamar bau tidak sedap dan sering tidak ada air, air minum untuk malam hari tidak ada, sehingga minum air sumur (Wismayanti, 2007).

3. Status Sosio-ekonomi

Sumber daya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik kebersihan yang digunakan. *Personal hygiene* memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, sampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya. Narapidana di Lembaga Pemasyarakatan Klas II A Ambarawa memperoleh peralatan mandi seperti sabun dan deterjen melalui kantin yang ada di dalam lembaga pemasyarakatan. Selain itu lapas juga memiliki fasilitas dimana peralatan mandi seperti sabun, deterjen, dan lain-lain diberikan 3 bulan sekali, namun apabila peralatan habis sebelum 3 bulan tersebut, maka kebutuhan ditanggung masing-masing penghuni (Humananda dkk., 2014).

4. Pengetahuan

Pengetahuan tentang pentingnya *personal hygiene* dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik *personal hygiene*. Pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Namun, pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup, seseorang juga harus termotivasi untuk memelihara perawatan dirinya. Riwayat pendidikan terbanyak di Lembaga Pemasyarakatan Klas II A Ambarawa yaitu sebesar 39,4% berpendidikan SMA dan 2,8% tidak sekolah (Humananda dkk., 2014).

5. Kebudayaan

Kepercayaan, kebudayaan, dan nilai pribadi akan mempengaruhi *personal hygiene*. Orang dari latar kebudayaan yang berbeda melakukan perilaku

personal hygiene yang berbeda pula. Misalnya di sebagian masyarakat jika individu ada yang sakit tertentu maka tidak boleh dimandikan.

6. Kebiasaan

Setiap orang memiliki keinginan, kebiasaan, atau pilihan pribadi untuk menggunakan produk tertentu dalam perawatan dirinya, seperti penggunaan sabun, sampo, dan lain-lain. Hasil studi pendahuluan Wati dkk., (2017) yang dilakukan di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B Kabupaten Kotabaru didapatkan penghuni lapas mempunyai kebiasaan mandi 1 kali dalam sehari dan kebiasaan menggunakan jenis sabun batangan secara berganti-gantian antar penghuni sel.

7. Kondisi Fisik

Pada keadaan sakit tertentu, seseorang dapat kekurangan energi fisik atau ketangkasan untuk melakukan *hygiene* pribadi, sehingga perlu bantuan untuk melakukannya. Apabila ia tidak dapat melakukannya secara sendiri, maka ia cenderung untuk tidak melaksanakan *personal hygiene*.

2.2.3 Macam-Macam *Personal Hygiene*

Menurut Potter dan Perry (2005) macam-macam *personal hygiene* yaitu:

1. Kebersihan Kulit

Kulit adalah bagian tubuh yang berfungsi sebagai pelindung, sekresi, eksresi, pengatur temperatur, dan sensasi. Kulit mempunyai tiga lapisan utama yaitu epidermis, dermis, dan subkutan. Pemeliharaan kesehatan kulit tidak dapat terlepas dari kebersihan lingkungan, makanan yang dimakan, serta kebiasaan hidup sehari-hari. Salah satu cara untuk merawat kebersihan kulit yaitu dengan mandi. Mandi bertujuan membersihkan kulit untuk mengurangi keringat, beberapa bakteri dan sel kulit mati, meminimalkan iritasi kulit dan mengurangi

kesempatan infeksi, stimulasi sirkulasi dengan penggunaan air hangat dan usapan yang lembut pada ektremitas.

Irianto (2007), urutan mandi yang benar adalah seluruh tubuh dicuci dengan sabun mandi. Oleh buih sabun, semua kotoran dan kuman yang melekat mengotori kulit lepas dari permukaan kulit, kemudian tubuh disiram sampai bersih, seluruh tubuh digosok hingga keluar semua kotoran. Keluarkan kotoran dari wajah, kaki, dan lipatan-lipatan. Gosok terus dengan tangan, kemudian seluruh tubuh disiram sampai bersih sampai kaki.

Penelitian yang dilakukan Wirawan dkk., (2011) di Lemabaga Pemasyarakatan Wanita Kelas II A Semarang, mengatakan frekuensi mandi warga binaan yaitu 52,9% yang melakukan mandi 2 kali sehari dan 59,4% menggunakan sabun pada saat mandi.

2. Kebersihan Mulut dan Gigi

Mulut yang bersih sangat penting secara fisikal dan mental seseorang. Perawatan pada mulut juga disebut oral hygiene. Melalui perawatan pada rongga mulut, sisa-sisa makanan yang terdapat di mulut dapat dibersihkan. Selain itu, sirkulasi pada gusi juga dapat distimulasi dan dapat mencegah halitosis (Stassi, 2005). Maka penting untuk menggosok gigi sekurang-kurangnya 2 kali sehari dan sangat dianjurkan untuk berkumur-kumur atau menggosok gigi setiap kali selesai makan (Sharma, 2007).

Kesehatan gigi dan rongga mulut bukan sekedar menyangkut kesehatan di rongga mulut saja. Kesehatan mencerminkan kesehatan seluruh tubuh. Orang yang giginya tidak sehat, pasti kesehatan dirinya berkurang. Sebaliknya apabila gigi sehat dan terawat baik, seluruh dirinya sehat dan segar bugar. Menggosok gigi sebaiknya dilakukan setiap selesai makan. Sikat gigi jangan ditekan keras-

keras pada gigi kemudian digosokkan cepat-cepat. Tujuan menggosok gigi ialah membersihkan gigi dan seluruh rongga mulut. Dibersihkan dari sisa-sisa makanan, agar tidak ada sesuatu yang membusuk dan menjadi sarang bakteri (Irianto, 2007).

3. Kebersihan rambut

Rambut merupakan struktur kulit. Rambut terdiri atas tangkai rambut yang tumbuh melalui dermis. Rambut yang sehat terlihat mengkilap, tidak berminyak, tidak kering, atau mudah patah. Pertumbuhan rambut tergantung pada keadaan umum tubuh/normalnya, rambut tumbuh karena mendapat suplai darah dari pembuluh-pembuluh darah disekitar rambut. Bila rambut kotor dan tidak dibersihkan lama kelamaan akan menjadi sarang kutu kepala. Memelihara kebersihan rambut dengan cara mencuci rambut sekurang-kurangnya 2 kali seminggu, mencuci rambut memakai sampo atau bahan pencuci rambut lainnya, dan menggunakan alat-alat pemeliharaan rambut sendiri.

4. Kebersihan Tangan dan Kaki

Tangan dan kaki adalah anggota tubuh yang paling banyak berhubungan dengan apa saja. Kita menggunakan tangan untuk menjamah makanan setiap hari. Selain itu, sehabis memegang sesuatu yang kotor atau mengandung kuman penyakit, selalu tangan langsung menyentuh mata, hidung, mulut, makanan serta minuman. Hal ini dapat menyebabkan pemindahan sesuatu yang dapat berupa penyebab terganggunya kesehatan karena tangan merupakan perantara penularan kuman (Irianto, 2007).

Berdasarkan penelitan WHO dalam *National Campaign for Handwashing with Soap* (2007) telah menunjukkan mencuci tangan pakai sabun dengan benar pada 5 waktu penting yaitu sebelum makan, sesudah buang air besar, sebelum

memegang bayi, sesudah menceboki anak, dan sebelum menyiapkan makanan dapat mengurangi angka kejadian diare sampai 40%. Cuci tangan pakai sabun dengan benar juga dapat mencegah penyakit menular lainnya seperti tifus dan flu burung.

Langkah yang tepat cuci tangan pakai sabun adalah basuh tangan dengan air mengalir dan gosokkan kedua permukaan tangan dengan sabun secara merata, dan jangan lupakan sela-sela jari, bilas kedua tangan sampai bersih dengan air yang mengalir, keringkan tangan dengan menggunakan kain lap yang bersih dan kering (*National Campaign for Handwashing with Soap*, 2007). Kebersihan kaki dapat dilakukan dengan mencuci kaki sebelum tidur.

Penghuni Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B Kabupaten Kotabaru Kalimantan Selatan masih banyak yang belum merawat kebersihan tangan sesuai dengan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan Wati dkk., (2017).

5. Kebersihan Kuku

Kuku merupakan pelengkap kulit. Kuku terdiri dari atas jaringan epitel. Badan kuku adalah bagian yang tampak di sebelah luar, sedangkan akarnya terdapat didalam lekuk kuku tempat kuku tumbuh dan mendapatkan nutrisi. Kuku yang sehat berwarna merah muda.

Cara merawat kuku yaitu kuku jari tangan dapat dipotong dengan pengikir atau memotongnya dalam bentuk oval (bujur) atau mengikuti bentuk jari. Sedangkan kuku jari kaki dipotong dalam bentuk lurus. Jangan memotong kuku terlalu pendek karena bisa melukai selaput kulit dan kulit disekitar kuku. Jangan membersihkan kotoran di balik kuku dengan benda tajam, sebab akan merusak jaringan dibawah kuku. Potong kuku seminggu sekali atau sesuai kebutuhan. Khusus untuk jari kaki, sebaiknya kuku dipotong segera setelah mandi atau

direndam dengan air hangat trelebih dahulu. Jangan menggigit kuku karena akan merusak bagian kuku.

Hasil observasi dan wawancara yang dilakukan Wati dkk., (2017) di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B Kabupaten Kotabaru Kalimantan Selatan, masih banyak penghuni yang tidak merawat kebersihan kuku, yang dibuktikan dengan banyaknya penghuni lapas yang ke poliklinik lapas dengan kuku yang panjang dan kotor.

6. Kebersihan Pakaian

Pakaian yang kotor akan menghalangi seseorang untuk terlihat sehat dan segar walaupun seluruh tubuh sudah bersih. Pakaian banyak menyerap keringat, lemak dan kotoran yang dikeluarkan badan. Pakaian berkeringat dan berlemak akan berbau busuk dan menganggu dalam waktu sehari, sehingga perlu mengganti pakaian dengan yang besih setiap hari. Hendaknya saat akan tidur dapat mengenakan pakaian yang khusus untuk tidur dan bukan pakaian yang sudah dikenakan sehari-hari yang sudah kotor. Kaos kaki yang telah dipakai 2 kali harus dibersihkan. Selimut, sprei, dan sarung bantal juga harus diusahakan supaya selalu dalam keadaan bersih sedangkan kasur dan bantal harus sering dijemur (Irianto, 2007).

Frekuensi ganti pakaian pada warga binaan di Lembaga Pemasyarakatan Wanita Kelas II A Semarang yaitu 54,9% mengganti pakaian satu kali sehari dikarenakan hanya memiliki 3 stel pakaian. Warga binaan sebanyak 52,9% frekuensi mencuci pakaian yaitu tidak tiap hari mencuci pakaian namun menggunakan sabun, 60,8% frekuensi mencuci handuk lebih dari tiga hari tanpa pakai sabun, dan 51,0% frekuensi mencuci sprei lebih dari dua minggu tapi menggunakan sabun (Wirawan dkk., 2011).

7. Kebersihan Genetalia

Tujuan dari perawatan genetalia adalah untuk mencegah dan mengontrol infeksi, mencegah kerusakan kulit, meningkatkan kenyamanan, serta mempertahankan kebersihan diri. Cara menjaga kebersihan genetalia yaitu dengan cebok yang benar dan penggantian celana dalam. Cebok yang benar adalah dari arah depan ke belakang untuk mencegah terjadinya infeksi. Infeksi dapat disebabkan saat kita cebok dari arah belakang ke depan, kuman dari belang (dubur) akan masuk ke dalam alat genitalia. Pemakaian celana dalam juga mempengaruhi kebersihan genetalia. Celana dalam harus digunakan dalam keadaan kering. Keadaan lembab dan basah pada daerah alat reproduksi dapat mengganggu pH yang ada pada alat reproduksi. Kondisi keasaman meningkat dapat mempermudah pertumbuhan jamur pada alat reproduksi.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan Verawati dkk., (2015) di Lembaga Pemasyarakatan Semarang didapatkan 6 dari 10 warga binaan pernah mengalami keputihan yang berlebihan disertai dengan rasa gatal. Perawatan pada daerah kewanitaan yang dilakukan belum sepenuhnya benar, beberapa perilaku yang dilakukan yaitu masih menggunaka sabun/bahan pembersih daerah kewanitaan, memotong rambut kemaluan sesudah panjang, menggunakan celana dalam yang ketat dan menggunakan handuk yang lembab bahkan ada yang meminjam handuk.

2.2.4 Dampak pada Masalah *Personal Hygiene*

Dampak yang sering muncul pada permasalahan *personal hygiene*, yaitu (Potter & Perry, 2005):

1. Dampak Fisik

Gangguan kesehatan dapat diderita oleh seseorang yang tidak memelihara kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering muncul yaitu gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, gangguan pencernaan, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku.

2. Dampak Psikososial

Masalah sosial yang mungkin muncul karena *personal hygiene* adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

2.3 Penyakit Kulit

2.3.1 Definisi Penyakit Kulit

Kulit adalah pembungkus yang elastik untuk melindungi tubuh dari pengaruh lingkungan. Kulit temasuk alat tubuh yang terberat dan terluas dari bagian tubuh. Kulit terbagi atas tiga lapisan yaitu epidermis, dermis atau korium, dan jaringan subkutan atau subkutis (Harahap, 2000).

Kulit berfungsi untuk mencegah terjadinya kehilangan cairan, tubuh yang esensial, melindungi dari masuknya zat-zat kimia beracun dari lingkungan dan mikroorganisme, fungsi-fungsi imunologis, melindungi dari kerusakan akibat radiasi UV, mengatur suhu tubuh, sintesis vitamin D, dan berperan penting dalam daya tarik seksual dan interaksi sosial (Graham-Brown & Burns, 2005).

Penyakit kulit adalah penyakit infeksi yang paling umum terjadi pada orang-orang dari segala usia. Pengobatan infeksi penyakit kulit sebagian besar membutuhkan waktu lama untuk menunjukkan efeknya (Indrayatna, 2010).

Penyakit pada kulit merupakan penyakit yang menginfeksi kulit yang disebabkan oleh mikroorganisme seperti virus, bakteri, dan jamur (Adnyana, 2009).

2.3.2 Faktor Penyebab Penyakit Kulit

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingginya prevalensi penyakit kulit adalah iklim yang panas dan lembab yang memungkinkan bertambah suburnya jamur, kebersihan perorangan yang kurang baik dan faktor ekonomi yang kurang memadai (Harahap, 2000). Kasjono dan Kristiawan (2008) menyebutkan ada tiga komponen penyebab penyakit yaitu:

1. Manusia (*Host*)

Terjadinya penyakit pada manusia dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, bentuk anatomi tubuh, fungsi fisiologis, status kesehatan termasuk status gizi, keadaan imunitas, kebiasaan hidup dan kehidupan sosial, serta pekerjaan.

2. Penyebab/Bibit Penyakit (*Agent*)

Terdiri dari biotis dan abiotis. Biotis khususnya penyakit menular terdiri dari lima golongan yiatu protozoa, metazoa, bakteri, virus, dan jamur.

3. Lingkungan (*Environment*)

Lingkungan adalah agrerat dari seluruh kondisi dan pengaruh-pengaruh luar yang mempengaruhi kehidupan dari perkembagan suatu organisme. Lingkungan dapat dibagi menjadi dalam 3 bagian utama:

Lingkungan biologis (fauna dan flora disekitar manusia). Bersifat biotik yaitu mikroorganisme penyebab penyakit, reservoir penyakit infeksi (binatang atau tumbuhan), vektor pembawa penyakit, tumbuhan dan binatang sebagai sumber bahan makanan, obat. Lingkungan fisik bersifat abiotik yaitu udara, keadaan tanah, geografi, air, zat kimia, polusi

Lingkungan sosial adalah semua bentuk kehidupan sosial politik dan sistem organisasi serta institusi yang berlaku bagi setiap individu yang membangun masyarakat antara lain, sistem ekonomi yang berlaku, bentuk organisasi masyarakat, sistem pelayanan kesehatan, keadaan kepadatan penduduk dan kepadatan rumah, kebiasaan hidup masyarakat.

Wati dkk., (2017) menyebutkan kondisi Lapas berupa sarana, prasarana, lingkungan, dan sanitasi yang kurang memadai. Hasil studi pendahuluan yang dillakukan di Lapas Kelas II B Kabupaten Kotabaru didapatkan luas satu sel adalah 4x2 m yang dihuni 18 sampai 25 orang dan disetiap sel terdapat 1 fasilitas kamar mandi/toilet.

2.3.3 Jenis-Jenis Penyakit Kulit

1. Skabies

Skabies merupakan penyakit infeksi kulit menular dengan manifestasi keluhan gatal pada lesi terutama pada waktu malam hari yang disebabkan oleh *Sarcoptes scabiei var hominis* (Muttaqin & Sari, 2013). Penyakit ini didapatkan melalui kontak fisik yang erat dan lama dengan orang lain yang menderita penyakit ini seperti berpegangan tangan dalam waktu yang sangat lama. Kutu skabies dapat bertahan hingga tiga hari pada kulit manusia sehingga media seperti tempat tidur atau pakaian merupakan sumber alternatif untuk terjadinya suatu penularan. Penyakit ini dapat terjadi pada semua kelompok umur, namun umumnya terjadi pada anak-anak dan dewasa muda. Akhir-akhir ini juga sering terjadi pada orang berusia lanjut biasanya lingkungan panti jompo (Graham-Brown & Burns, 2005).

Siklus hidup dari kutu berlangsung 30 hari dan dihabiskan dalam epidermis manusia. Setelah melakukan kopulasi, kutu jantan akan mati dan kutu

betina akan membuat liang ke dalam lapisan kulit dan meletakkan 60-90 telur. Telur yang menetas membutuhkan 10 hari untuk menjadi larva dan kutu dewasa. Kurang dari 10% dari telur yang dapat menghasilkan kutu dewasa (Muttaqin & Sari, 2013). Siregar (2005) mengatakan beberapa tanda dan gejala seperti prurigo biasanya berupa papul, gatal, predileksi bagian ekstensor ektremitas, dan biasanya gatal pada malam hari. Adanya kunikulus (terowongan) pada tempat-tempat yang dicurigai berwarna putih atau keabu-abuan, berbentuk garis lurus atau berkelok, rata-rata 1 cm, pada ujung terowongan ditemukan papula (tonjolan padat) atau vesikel (kantung cairan). Timbul seperti gigitan serangga berupa urtikaria dan papul. Serta, folikulitis yaitu nyeri, pustular miliar dikelilingi eritema.

Pengobatan pada skabies tidak hanya diberikan pada penderita saja, namun juga diberikan pada semua anggota keluarga orang yang secara fisik berhubungan erat dengan penderita. Obat-obat topikal diberikan mulai dari leher sampai jari kaki, dan tidak membasuh tangannya ketika selesai melakukan pengobatan. Sesudah pengobatan, rasa gatal tidak dapat segera hilang, tetapi pelan-pelan akan terjadi perbaikan dalam waktu 2-3 minggu, saat epidermis superfisial yang mengandung tungau alergenik terkelupas. Obat antigatal topikal seperti krim Eurax-Hydrocortisone (krotamion 10% dan hidrokortison 0,25%) dapat diberikan pada tempat-tempat yang masih terasa gatal. Tidak diharus melakukan disenfeksi pada pakaian, karpet, dan seprai, namun pakaian dalam dan baju tidur harus dicuci lama (Graham-Brown & Burns, 2005).

Penelitian Humananda dkk., (2014) di Lembaga Pemasyarakatan Klas II A Ambarawa, 59,2% menderita scabies dikarenakan buruknya *personal hygiene*. Sebesar 29,6% warga binaan menggunakan handuk bersama saat mandi, di duga hal ini menjadi salah satu cara penularan skabies dimana tungau *sarcoptes*

scabiei berpindah dari handuk ke tubuh penjamu yang kemudian menginfeksi. Selain itu kondisi kamar yang padat akan memudahkan terjadinya kontak fisik sehingga penularan penyakit meningkat.

2. Herpes Simpleks

Herpes simpleks merupakan penyakit akut yang ditandai dengan timbulnya vesikula yang berkelompok, timbul berulang, yang mengenai permukaan mukokutaneus, dan disebabkan oleh Virus Herpes Simpleks (HSV). HSV ditularkan melalui kontak langsung. Infeksi HSV terjadi melalui inokulasi virus ke dalam permukaan mukosa (misalnya: orofaring, serviks, konjungtiva) atau melalui suatu lesi kecil di kulit. Berdasarkan antigennya terdapat dua tipe herpes simpleks yaitu HSV tipe 1 dan HSV tipe 2 (Muttaqin & Sari, 2013)

HSV tipe 1 merupakan tipe klasik yang berhubungan dengan yang biasa dikenal sebagai 'sariawan (*cold sore/stomatitis*)' pada bibir dan muka. HSV tipe 1 ditularkan terutama melalui kontak dengan air liur yang terinfeksi virus (Graham-Brown & Burns, 2005). Lesi yang disebabkan oleh HSV 1 biasanya ditemukan pada bibir, rongga mulut, tenggorokan, dan jari tangan (Harahap, 2000).

HSV tipe 2 bergubungan dengan herpes genitalia. HVS tipe 2 ditularkan melalui secara seksual atau dari infeksi melalui kontak pada jalan lahir seorang ibu untuk bayinya yang lahir. Lokasi penyakit yang disebabkan HSV 2 umumnya ada dibawah pusar, terutama disekitar alat genetalia (Graham-Brown & Burns, 2005). Pada pria, sering dijumpai di pangkal/batang/ kepala penis, prepusium, sekitar dubur, bokong, paha bagian atas. Pada wanita di bibir kemaluan (labia), vagina, serviks uteri, sekitar dubur, bokong, dan paha bagian atas (Harahap, 2000).

Gejala klinis yang dapat ditimbulkan oleh penyakit herpes simpleks berupa infeksi primer berlangsung lebih lama dan lebih berat sekitar tiga minggu dan sering disertai gejala sistemik, misalnya demam, malaise dan anoreksia. Timbulnya bentolan berkelompok berisi cairan jernih dan menjadi seropurulen yang terasa perih dan panas, dapat menjadi krista dan dapat mengalami ulserasi. Bentolan ini berlangsung beberapa hari dan terdapat erimatosa. Pada fase laten penderita tidak ditemukan kelainan klinis, tetapi virus dapat ditemukan dalam keadaan tidak aktif pada ganglion dorsalis Pada tahap infeksi rekuren virus yang semula tidak aktif di ganglia dorsalis menjadi aktif oleh mekanisme pacu (misalnya: demam, infeksi, hubungan seksual) lalu mencapai kulit sehingga menimbulkan gejala klinis yang lebih ringan dan berlangsung sekitar tujuh sampai sepuluh hari disertai gejala prodormal lokal berupa rasa panas, gatal dan nyeri. Infeksi rekuren dapat timbul pada tempat yang sama atau tempat lain di sekitarnya (Handoko, 2010).

Beberapa obat antivirus telah terbukti efektif melawan infeksi HSV. Semua obatnya menghambat sintesis DNA virus. Obat ini dapat menghambat perkembangbiakan virus herpes. Walaupun demikian, HSV tetap bersifat laten di ganglia sensorik, dan angka kekambuhannya tidak jauh berbeda pada orang yang diobati dengan tidak obati. Salah satu obat yang efektif untuk infeksi HSV yaitu siklofir dalam bentuk topikal, intravena, dan oral yang kesemuanya berguna untuk mengatasi infeksi primer.

Kejadian penyakit herpes simplek pada warga binaan di Lembaga Pemasyarakatan Wanita Klas II A Semarang sebesar 70,6% (Wirawan dkk., 2011).

3. *Pityriasis Versicolor* (Panu)

Pitriasis versikolor merupakan infeksi jamur superfisial pada lapisan tanduk kulit yang disebabkan oleh *Malassezia furfur* atau *Pityrosporum orbiculare*. Infeksi ini bersifat menahun, ringan, dan biasanya tanpa peradangan. Pitriasis versikolor dapat mengenai wajah, ketiak, paha, dan lipatan paha (Harahap, 2000). Kelainan ini biasanya didapatkan di daerah beriklim sedang, bahkan lebih sering terjadi di daerah beriklim tropis (Graham-Brown & Burns, 2005).

Variasi warna lesi pada penyakit ini tergantung pada pigmen normal kulit penderita, paparan sinar matahari, dan lamanya penyakit. Pada kulit yang terang, lesi berupa makula cokelat muda dengan skuama halus dipermukaan, terutama terdapat di badan dan lengan atas. Pada kulit gelap, penampakan yang khas berupa bercak-bercak hipopigmentasi. Hilangnya pigmen diduga ada hubungannya dengan produksi asam azelaik oleh ragi, yang menghambat tirosinase sehingga mengganggu produksi melanin. Kadang-kadang warna lesi sulit dilihat, tetapi skuamanya dapat dilihat dengan pemeriksaan goresan pada permukaan lesi dengan kuret atau kuku jari tangan (*coup d'angle* dari Beisner) (Harahap, 2000; Graham-Brown & Burns, 2005).

Pada umumnya, pitriasis versikolor tidak memberikan keluhan pada penderita. Kadang-kadang terdapat gatal yang ringan. Gambaran klinis yang khas yaitu bercak berwarna putih sampai cokelat, merah dan hitam, dengan distribusi tersebar, berbatas tegas dengan skuama halus diatasnya (Harahap, 2000).

Pengobatan yang bisa dilakukan dengan menggunakan selenium sulfida dalam bentuk shampo (Selsun), dibiarkan dikulit selama beberapa menit sewaktu

mandi. Dengan cara ini biasanya akan bersih dari organisme dalam 2-3 minggu. Krim antijamur imidazol topikal dan shampo ketokonazol juga efektif terhadap *Malassezia*, juga terbinafin topikal. Itrakonazol oral merupakan alternatif (200 mg per hari selama 7 hari). Griseofulvin dan terbinafin oral tidak efektif (Graham-Brown & Burns, 2005).

4. Eksema (Dermatitis)

Eksema/dermatitis adalah sejenis pola reaksi peradangan kulit yang disebabkan oleh berbagai faktor baik dari eksternal maupun internal. Kasus-kasus eksema yang disebabkan oleh agen eksternal masuk dalam kelompok endogen dan eksema yang disebabkan faktor konstitusional masuk dalam kelompok endogen. Namun, memungkinkan juga jika ada kasus yang lebih dari satu faktor yang mempengaruhi (Graham-Brown & Burns, 2005).

Eksema eksogen terdiri dari dermatitis kontak iritan primer dan dermatitis kontak alergi. Dermatitis kontak iritan primer merupakan kontak langsung dengan agen iritan yang dapat merusak kulit seperti asam, basa, deterjen, dan produk-produk minyak bumi. Dermatitis kontak alergi merupakan penyakit yang timbul akibat terjadinya reaksi hipersensitivitas tipe lambat terhadap suatu alergen eksternal seperti nikel, colophony, bahan-bahan adiktif karet, kromat, cat rambut, dan obat-obatan topikal (Graham-Brown & Burns, 2005).

Klasifikasi eksema endogen yaitu eksema atopik, dermatitis seboroik, eksema diskoid, eksema varikosa, eksema endogen pada telapak tangan dan telapak kaki, dan eksema asteatotik (eksema *craquele*). Eksema atopik biasanya didapatkan riwayat keluarga yang menderita penyakit yang sama. Patogenesis eksema atopik bersifat kompleks, namun melibatkan kelainan imunologis, faktor lingkungan, dan pengaruh emosional. Eksema atopik seringkali hilang pada

masa anak-anak, tetapi bisa bertahan sampai usia remaja serta dewasa, dan tidak ada cara memperkirakan prognosisinya (Graham-Brown & Burns, 2005). Dermatitis seroboik adalah penyakit yang umum, kronik, dan merupakan inflamasi superfisial dari kulit, ditandai oleh pruritus, berminyak, bercak merah dengan berbagai ukuran dan bentuk yang menutup daerah inflamasi pada kulit kepala, muka, serta telinga. Dermatitis ini sering menyerang daerah-daerah yang mengandung banyak glandula sebasea (Muttaqin & Sari, 2013).

Eksema diskoid merupakan kelainan yang timbulnya tersebar, berbatas jelas, mengeluarkan eksudat, dan ditutupi krusta, yang terdapat pada tubuh dan ekstremitas. Eksema varikosa yaitu perubahan eksematosa pada tungkai yang dihubungkan dengan hipertensi vena kronis, bisa terjadi penyebaran sekunder ke bagian depan lengan. Eksema endogen pada telapak tangan dan telapak kaki yaitu suatu bentuk eksema yang terdapat pada telapak tangan dan telapak kaki tampaknya tidak ada hubungannya dengan faktor-faktor eksternal apapun. Eksema asteatotika banyak terjadi pada orang lanjut usia karena kadar lemak yang terdapat pada stratum korneum berkurang seiring dengan bertambahnya usia sehingga lebih peka terhadap bahan pelarut minyak (*degreasing*). Eksema asteatotika biasanya ditemukan pada tungkai, tetapi bisa juga terdapat pada daerah perut bagian bawah, lengan, dan kadang-kadang bisa di seluruh tubuh (Graham-Brown & Burns, 2005).

Gejala utama eksema adalah rasa gatal. Tanda-tanda klinis yang ada tergantung pada etiologi, lokasi, durasi, biasanya terdiri dari eritema, edema, papula, vesikel, dan eksudasi. Pada eksema akut semua tanda tersebut bisa muncul dan juga bisa terdapat komponen berbentuk bula. Eksema kronik, edema bukan gambaran yang menonjol, tetapi yang didapatkan adalah epidermis yang

menebal dan garis-garis pada permukaan kulit menjadi lebih jelas (likenifikasi). Pengobatan yang bisa diberikan yaitu dengan pemberian steroid topikal yang poten untuk meredakan eksema, serta menghindari alergen penyebab (Graham-Brown & Burns, 2005).

Penelitian Wati dkk., (2017) di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B Kabupaten Kotabaru Kalimantan Selatan menyatakan 88,6% penghuni Lapas menderita penyakit dermatitis dengan keluhan gatal sepanjang hari yang berulang-ulang, ada bercak-bercak merah pada kulit akibat gatal dan terasa panas, bentol-bentol pada kulit, kulit mengelupas seperti sisik dan kering.

5. *Pediculosis Capitis*

Pediculosis Capitis adalah penyakit kulit kepala yang disebabkan oleh infestasi ektoparasit obligat kutu kepala spesies *Pediculus humanus var. capitis* yang termasuk famili Pediculidae (Natadisastra, 2009). Disebut parasit obligat dikarenakan selama hidupnya bergantung kepada hospes untuk menghisap darah. Kutu dapat bertahan hidup di luar habitatnya hingga dua hari, sedangkan telurnya dapat bertahan hidup hingga 10 hari. Siklus hidup kutu berkisar 30 hari. Kutu menghisap darah setiap 4-6 jam sekali dan bersamaan dengan itu menghasilkan salivanya. Saliva dan feses yang dihasilkan merupakan penyebab timbulnya reaksi inflamasi yang berujung pruritus (Wolff dkk., 2008).

Ukuran kutu berkisar 3-4 mm dengan ukuran kutu betina relatif lebih besar dibandingkan dengan yang jantan. Kutu mempunyai tiga pasang kaki tetapi tidak memiliki sayap. Bagian kepala terdapat sepasang mata, sepasang antena, serta alat penusuk. Kutu berwarna abu-abu dan berubah menjadi kemerahan setelah menghidap darah (Djuanda dkk., 2010). Kutu dewasa hidup dikulit kepala, sedangan telurnya melekat pada helai rambut. Telur kutu berwarna putih dan

mengkilat, sedangkan telur yang mati berwarna abu-abu. Semakin menjauhi pangkal rambut, telur semakin matang (Frankel, 2006).

Infestasi kutu dapat melalui konta fisik atau melalui perantara barang yang digunakan bersama-sama. Tuma menghisap darah hospesnya untuk bertahan hidup dan kutu juga akan mengeluarkan eksekretan yang daoat menyebabkan gatal, iritasi, dan papul merah. Krusta *hemorrhagic* muncul di tempat kutu menghisap darah. Rasa gatal biasanya lebih dominan dirasakan pada bagian oksipital dan temporal kepala, sehingga lecet juga banyak ditemukan di daerah tersebut. Gejala-gejala ini akan muncul beberapa minggu setelah infestasu pertama. Infeksi sekunder juga sapat terjadi akibat garukan, sehingga meninmbulkan pus, krusta, impetigo, pioderma, serta dapat berujung pasa infestasi yang lebih berat seperti *plica polonicsi*, dengan ciri khas rambut yang menggumpal dan berbau busuk akibat pus dan eksudat dari infeksi. Selain itu, juga dapat ditemukan penonjolan pada daerah kelenjar getah bening, seperti di daerah tengkuk, akibat keterlibatan mikroorganisme lain yang menginfeksi (Elewski, 2005).

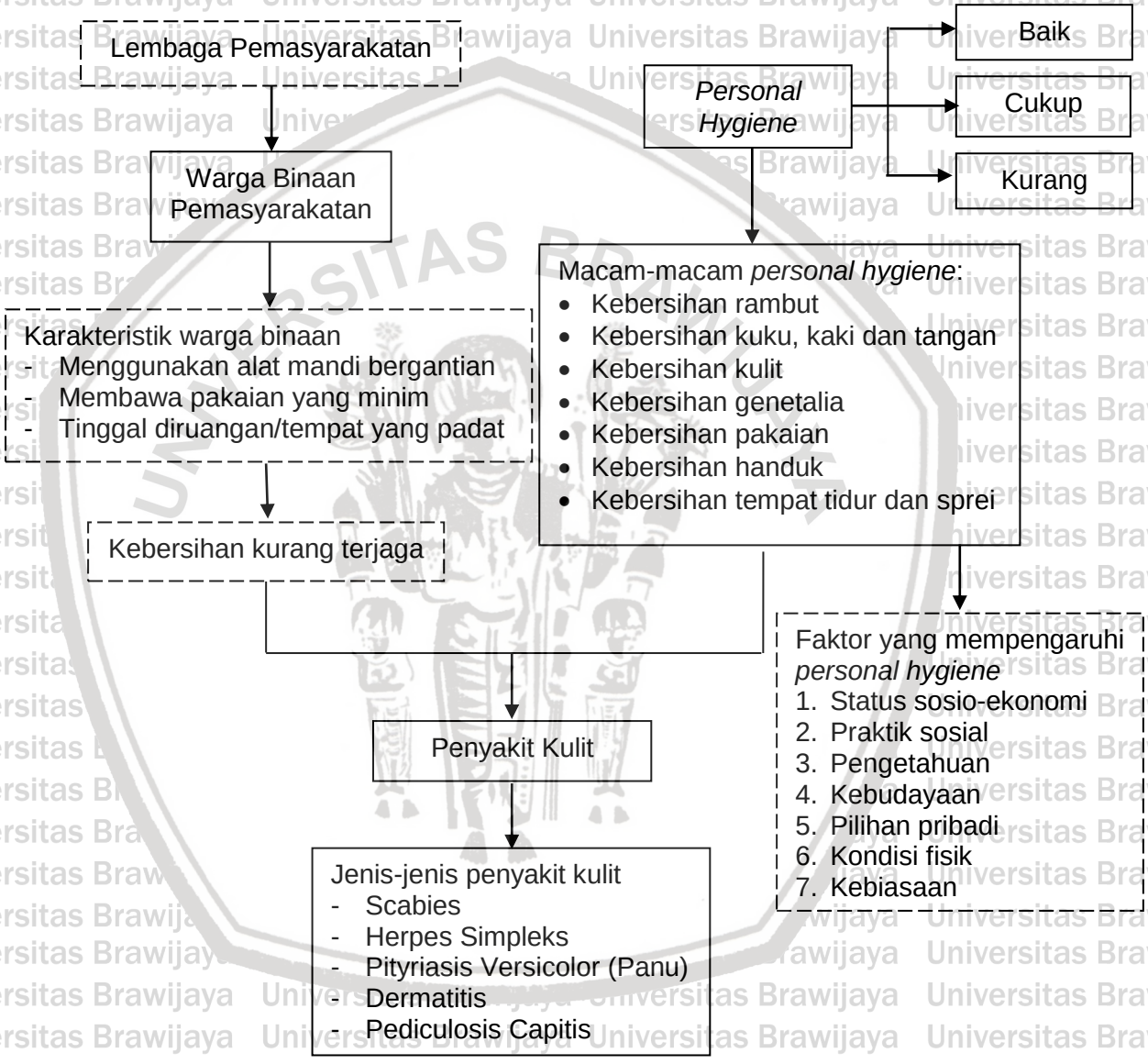
Pencegahan yang dapat dilakukan dengan menjaga kebersihan rambut kepala dan menghindari kontak dengan orang yang terinfeksi, baik secara langsug maupun tidak langsung. Secara langsung bisa dengan menghindari kontak fisik langsung rambut dengan rambut, sedangkan secara tidak langsung dengan tidak membiasakan budaya pinjam-meminjam barang-barang yang dapat menjadi perantara berpindahnya kutu, seperti sisir, handuk, dan kerudung (Wolff dkk., 2008). Pencegahan lainnya dengan membersihkan sisir dengan air panas, lalu keringkan dengan pengering berudara hangat. Handuk dan kerudung dicuci dengan air hangat dan disetrika untuk membunuh kutu dan telurnya.

Pencegahan sangat penting untuk dilakukan karena kutu biasanya resisten terhadap pengobatan yang sudah pernah dilakukan sebelumnya (Djuanda dkk., 2010).

Pemberantasan kutu kepala dapat dilakukan dengan cara membunuh kutu dewasa menggunakan tangan, sisir serit untuk menyisir telur dan anak kutu atau menggunakan insektisida golongan organo-klorin (BHC) (Natadisastra, 2009). Pedikulosis kapitis dapat diobati dengan *chemical pediculicide* seperti lotion ivermectin 0,8%, lition malathion 0,5% atau 1% cream gama benzene heksaklorida 1%, atau pyrethrins 0,17% atau 0,33%. Pemakaianannya dengan cara mencuci rambut hingga bersih lalu oleskan cream atau lotion tersebut dan biarkan hingga 12 jam, setelah itu rambut dicuci lagi hingga bersih. Pengobatan tersebut efektif hanya untuk membasmi kutu dewasa dan nimfa, tidak untuk menghilangkan telur. Pengobatan tersebut juga harus disertai dengan penyisiran rambut dengan serit untuk menghilangkan telur kutu dari helaian rambut. Pengobatan ini dilakukan setiap 7-10 hari agar kutu dapat hilang secara total. Jangka waktu ini disesuaikan dengan lama waktu telur untuk menetas (Allen, 2003). Pengobatan pedikulosis kapitis juga bisa dilakukan dengan obat oral yaitu ivermectin (Stromectol) dosis 200 mcg/kg efektif untuk membunuh *P. h. capitis* dewasa dan nimfa, tetapi tidak dapat menghilangkan telur. Membunuh nimfa yang baru menetas perlu ditambahkan dosis kedua setelah 10 hari pengobatan pertama (Flinders & Schweinitz, 2004).

BAB III
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan: : Diteliti

: Tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Warga Binaan Pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang

Keterangan Kerangka Konsep

Lembaga Pemasyarakatan merupakan tempat untuk membina narapidana yang sering disebut warga binaan pemasyarakatan. Warga binaan pemasyarakatan memiliki karakteristik seperti menggunakan alat mandi bergantian, membawa pakaian yang minim, dan tinggal di ruangan/tempat yang padat sehingga kebersihan kurang terjaga. Kebersihan yang kurang terjaga dapat menimbulkan beberapa penyakit yang disebabkan *personal hygiene* yang kurang baik.

Personal hygiene adalah kebersihan diri yang terdiri dari kebersihan rambut, kebersihan kuku, kaki dan tangan, kebersihan gigi dan mulut, kebersihan kulit, kebersihan genetalia, kebersihan pakaian, kebersihan handuk, serta kebersihan tempat tidur dan sprei. *Personal hygiene* seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti status sosio-ekonomi, praktik sosial, pengetahuan, kebudayaan, pilihan pribadi, kondisi fisik, dan kebiasaan. *Personal hygiene* yang tidak terjaga dapat menimbulkan beberapa penyakit salah satunya adalah penyakit kulit.

Penyakit kulit merupakan kelainan pada kulit yang disebabkan oleh mikroorganisme seperti jamur, virus, dan bakteri. Warga binaan pemasyarakatan yang kurang menjaga *personal hygiene* dirinya akan mudah terserang mikroorganisme penyebab penyakit kulit. Beberapa penyakit kulit yang sering terjadi pada lingkungan yang padat seperti di Lembaga Pemasyarakatan yaitu scabies, herpes simpleks, pityriasis versicolor (panu), dermatitis, dan pediculosis capitis.

3.2 Hipotesis

Ada hubungan *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang.

BAB IV
METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif korelasional dengan desain *cross sectional*. Pada desain penelitian ini, baik variabel dependen dan variabel independen diukur bersama-sama dalam satu waktu (Sastroasmono S, 2011). Tidak semua objek penelitian observasi pada hari atau pada waktu yang sama, akan tetapi baik variabel dependen dan variabel independen dinilai hanya satu kali saja dan tidak ada *follow up*. Berdasarkan studi ini akan diperoleh efek suatu fenomena (variabel dependen) dihubungkan dengan variabel yang digunakan memberikan pengaruh yaitu variabel independen (Nursalam, 2003).

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang yang berjumlah 560 orang pada tanggal 28 Februari 2018.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian subjek penelitian yang diambil dari populasi. Dikatakan penelitian sampel apabila kita bermaksud menggeneralisasikan atau mengangkat simpulan penelitian yang berlaku bagi populasi (Arikunto, 2006).

Sampel adalah bagian dari jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2008). Menurut Nusalam (2016), besarnya sampel dapat ditentukan dengan rumus:

$$n = \frac{N.z^2 p.q}{d^2 (N-1) + z^2 . p.q}$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

z = Nilai standar normal untuk α = 0.05 (1,96)

p = Proporsi pada populasi 0,5

q = 1-p (100%-p)

d = Tingkat signifikasi (0,05)

$$n = \frac{N.z^2 p.q}{d^2 (N-1) + z^2 . p.q}$$

$$n = \frac{560.(1{,}96)^2 0{,}5.(1-0{,}5)}{(0{,}05)^2 (560-1) + (1{,}96)^2 . 0{,}5.(1-0{,}5)}$$

$$n = \frac{537{,}6}{2{,}36} = 227{,}79 = 228 \text{ orang}$$

Jumlah sampel yang didapat yaitu 228 warga binaan pemasyarakatan dari jumlah populasi 560 warga binaan pemasyarakatan yang berada di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang.

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling adalah merupakan teknik pengambilan sampling (Sugiyono, 2008). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Purposive Sampling*. *Purposive Sampling* yaitu suatu teknik pengambilan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan kehendak peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang dikenal sebelumnya (Nursalam, 2003).

Kriteria inklusi:

a. Warga binaan pemasyarakatan yang bersedia menjadi responden.
b. Warga binaan pemasyarakatan yang bisa membaca dan menulis.
c. Warga binaan pemasyarakatan yang tinggal di lembaga pemasyarakatan lebih dari 1 bulan.

Kriteria eksklusi:

a. Warga binaan pemasyarakatan yang menolak untuk menjadi responden.
b. Warga binaan pemasyarakatan yang sudah menjadi responden pada uji validitas dan reabilitas.
c. Warga binaan pemasyarakatan yang memiliki penyakit HIV/AIDS dan gangguan mental.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Independen

Variabel Independen (variabel bebas) dalam penelitian ini adalah *personal hygiene* pada warga binaan pemasyarakatan.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel Dependen (variabel terikat) dalam penelitian ini adalah kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang dan dilaksanakan pada tanggal 28 Februari 2018.

4.5 Instrumen Penelitian

Untuk mendapatkan data responden yang relevan dengan tujuan penelitian maka peneliti menggunakan instrument berupa kuesioner. Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang responden ketahui (Arikunto, 2006).

4.5.1 Instrumen Demografi

Demografi penelitian seperti usia, pendidikan, lama tahanan, dan blok ruangan.

4.5.2 Instrumen *Personal Hygiene*

Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner *personal hygiene* modifikasi Rohmawati (2010). Kuesioner Rohmawati (2010) menggunakan skala nominal yaitu dengan pilihan Ya dan Tidak, sedangkan kuesioner ini menggunakan skala Likert yaitu memberi nilai 3 apabila “Selalu”, nilai 2 apabila “Sering”, nilai 1 apabila “Kadang-Kadang”, dan nilai 0 apabila “Tidak Pernah” untuk pertanyaan *favorable*. Pertanyaan unfavorable diberi nilai 3 apabila “Tidak Pernah”, nilai 2 apabila “Kadang-Kadang”, nilai 1 apabila “Sering”, dan nilai 0 apabila “Selalu”. Pada kuesioner ini juga terdapat penambahan untuk kebersihan rambut dan genetalia yang didasarkan pada teori Potter dan Perry (2005).

Setelah didapatkan jumlah skor secara keseluruhan, skor yang diperoleh responden kemudian dikategorikan berdasarkan perhitungan berikut:

Jumlah pertanyaan = 39

Skor minimal = 0

Jumlah skor minimal = 0 x 39 = 0

Skor maksimal = 3

Jumlah skor maksimal = 3 x 39 = 117

Jumlah skor maksimal-minimal = 0 – 117 = 117

$$i = \frac{R}{n}$$

$$i = \frac{117}{3} = 39$$

Keterangan:

i = Panjang kelas

R = Skor tertinggi – terendah

n = Jumlah kelas/kategori

Sehingga didapatkan kategori beserta skor sebagai berikut:

0 – 39 = Kurang

40 –78 = Cukup

79 – 117 = Baik

4.5.3 Instrumen Kejadian Penyakit Kulit

Kuesioner yang digunakan berupa kuesioner kejadian penyakit kulit dari jurnal Anais Brasileiros 2010. Pada jurnal Anais Brasileiros penilaian dilakukan dengan lembar observasi, namun pada penelitian ini menggunakan kuesioner yang diisi oleh responden. Data kejadian penyakit kulit merupakan keadaan warga binaan pemasyarakatan pada saat penyambilan data dilakukan. Kuesioner menggunakan skala Guttman yaitu dua pilihan jawaban “Ya” dan “Tidak”. Apabila terdapat salah satu jawaban “Ya” dari pertanyaan diberi nilai 1 dan jawaban “Tidak” pada semua pertanyaan diberi nilai 0.

Kriteria penilaian kejadian kulit yaitu:

a. Mengalami kejadian penyakit kulit, jika responden mengalami salah satu atau lebih gangguan kulit atau nilai didapat ≥ 1.
b. Tidak mengalami kejadian penyakit kulit, jika responden tidak mengalami gangguan kulit atau nilai yang didapat 0.

4.6 Uji Validitas dan Uji Reabilitas

4.6.1 Uji Validitas

Uji validitas dilakukan dengan menggunakan teknik komputer SPSS *for windows*. Teknik pengujiannya dengan menggunakan teknik korelasi *Pearson product moment* dengan menggunakan signifikasi sebesar 5% dengan kriteria apabila probabilitas kurang dari 0,05, maka instrumen tersebut dinyatakan valid (Arikunto, 2006).

Berdasarkan hasil uji validitas kuesioner yang dilakukan pada tanggal 23 Februari 2018 dengan sampel 20 responden di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang. Kuesioner *personal hygiene* dengan 39 pertanyaan didapatkan hasil r hitung yaitu 0,45-0,69 dengan r tabel 0,44. Nilai r hitung>r tabel sehingga kuesioner *personal hygiene* dapat dikatakan valid. Uji validitas mengenai kejadian penyakit kulit dengan 16 pertanyaan didapatkan hasil r hitung 0,45-0,7 dengan r tabel 0,44 dimana nilai r hitung>r tabel sehingga kuesioner kejadian penyakit kulit dapat dikatakan valid. Hasil uji validitas terlampir.

4.6.2 Uji Reabilitas

Ada tiga prinsip dalam melihat reabilitas suatu penelitian adalah stabilitas, ekuivalen dan homogenitas (Nursalam, 2003). Pengujian reabilitas ini menggunakan komputer dengan bantuan program SPSS *for windows*. Metode yang digunakan adalah metode *Alpha Cronbarch*. Suatu instrumen dikatakan andal (reliable) apabila memiliki koefisien reabilitas sebesar 0,6 atau lebih. Uji reabilitas dilakukan pada kuesioner yang telah dinyatakan valid.

Bedasarkan hasil uji validitas kuesioner yang telah dinyatakan valid maka dilakukan uji reabiltas. Hasil uji reabilitas yang telah dilakukan yaitu kuesioner

personal hygiene didapatkan 0,927 dimana hasil ini >0,6 sehingga dinyatakan reliable. Uji rabilitas untuk kuesioner kejadian penyakit kulit didapatkan hasil 0,825, hasil ini >0,6 sehingga dapat dinyatakan reliable.

4.7 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2014).

Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Warga Binaan Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang

No.	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
1.	*Personal hygiene*	*Personal hygiene* adalah sebuah tindakan untuk menjaga kesehatan dengan cara memelihara kesehatan mulai dari kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan kuku, tangan, dan kaki, pakaian, kebersihan genetalia, kebersihan handuk, dan kebersihan kasur dan sprei.	1. Kebersihan rambut - Mencuci rambut - Menggunakan sampo - Mengeringkan rambut 2. Kebersihan kuku, tangan dan kaki - Mencuci tangan - Menggunakan sabun - Menggunakan air mengalir - Mencuci kaki - Memotong kuku 3. Kebersihan kulit - Mandi - Mandi menggunakan sabun - Menggosok badan - Mandi setelah beraktivitas 4. Kebersihan genitalia - Mengganti celana dalam - Membersihkan genital - Mengeringkan genital 5. Kebersihan pakaian - Mengganti pakaian - Bertukar pakaian - Mencuci pakaian - Meletakkan pakaian - Menyetrika pakaian - Menjemur pakaian dibawah	Kuesioner modifikasi menurut Rahmawati 2010	Ordinal	0 - 39 = Buruk 40 - 78 = Cukup 79 - 117 = Baik

			terik matahari 6. Kebersihan handuk - Menggunakan handuk - Menjemur handuk - Mencuci handuk - Menjemur handuk dibawah terik matahari 7. Kebersihan kasur dan sprei - Menggunakan sprei - Penggunaan tempat tidur - Menjemur kasur - Mengganti sprei - Mencuci sprei			
2.	Kejadian penyakit kulit	Kejadian penyakit kulit adalah adanya gangguan pada kulit tangan, kaki, kepala, atua bagian tubuh lainnya akibat infeksi kulit yang dapat disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, jamur, dan virus.	1. Skabies - Gatal-gatal pada malam hari - Terdapat tonjolan kulit berwarna putih ke abu-abuan 2. Herpes simpleks - Bentolan berkelompok berisi cairan jernih - Nyeri pada bentolan berkelompok 3. *Pityriasis versicolor* (Panu) - Terdapat bercak berwarna putih atau kecokelatan - Gatal pada bercak - Gatal apabila berkeringat atau beraktivitas 4. Dermatitis - Gatal-gatal	Kuesioner menurut jurnal Anais Brasileiros 2010	Nominal	≥ 1 = Mengalami penyakit kulit 0 = Tidak mengalami penyakit kulit

			- Bercak kemerahan - Bentol-bentol - Permukaan kulit menebal dan terdapat garis tegas 5. Pediculosis capitis - Gatal rambut bagian belakang kepala - Ditemukan telur kutu atau dewasa			

4.8 Prosedur Penelitian dan Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Peremuan Klas II A Malang. Tahap pertama yang dilakukan peneliti yaitu melakukan studi pendahuluan dan membuat proposal penelitian. Peneliti meminta ijin dengan memberikan proposal penelitian kepada pihak Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang untuk melakukan penelitian di tempat tersebut. Peneliti mengajukan proposal penelitian ke *ethical clearence*. Peneliti mengajukan permohonan ijin dari Institusi Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya kepada Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang untuk melakukan penelitian tentang hubungan *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan.

Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dilakukannya penelitian kepada pihak lembaga pemasyarakatan. Setelah mendapat ijin dari Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang. Peneliti memilih responden sesuai dengan kriteria inklusi peneliti. Peneliti juga mengontrak waktu dan tempat untuk dilakukannya penelitian kepada responden dan pihak lembaga pemasyarakatan.

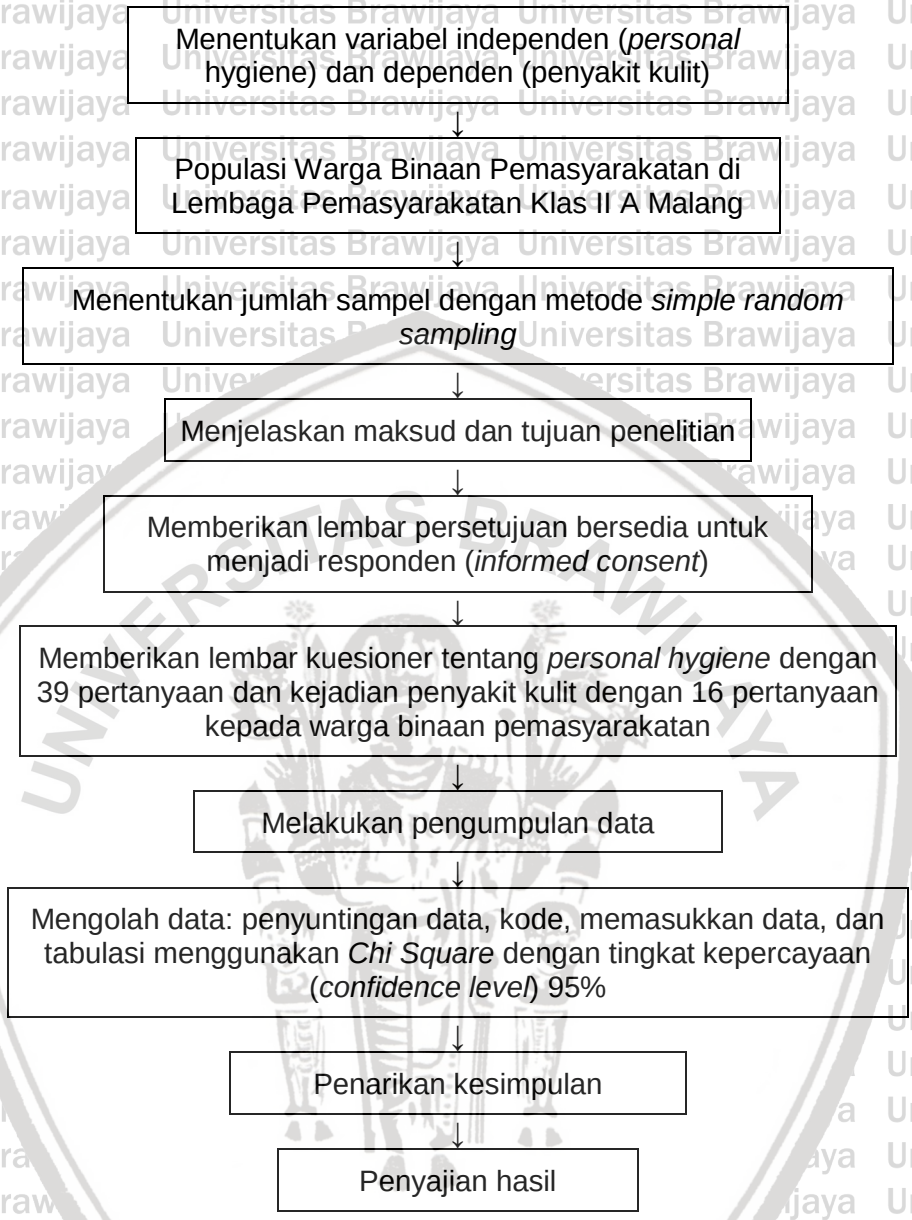
Peneliti melakukan pengambilan data pada responden dengan didampingi oleh pihak Lembaga Pemasyarakatan pada saat penelitian. Pengambilan data dilakukan dengan mengumpulkan warga binaan pemasyarakatan di aula yang terdapat di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang. Sebelum mengisi kuesioner, responden diberi penjelasan terlebih dahulu mengenai tujuan, manfaat, dan dampak yang mungkin terjadi, serta prosedur penelitian. Responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian diminta untuk mengisi

lembar *informed consent*. Responden yang telah menandatangani *informed consent* diminta untuk mengisi kuesioner yang diberikan oleh peneliti selama kurang lebih 30 menit.

Kuesioner yang harus diisi oleh responden terdiri dari 3 bagian. Bagian pertama yaitu identitas diri responden (nama inisial, usia, status pernikahan, pendidikan terakhir, lama tinggal di lapas). Bagian kedua yaitu kuesioner *personal hygiene*, dan bagian ketiga yaitu kuesioner penyakit kulit. Peneliti memastikan bahwa lembar kuesioner diisi dengan lengkap oleh responden. Peneliti mengolah data yang didapatkan dan menyimpulkan hasil penelitian. Peneliti menyusun laporan. Peneliti melaporkan hasil penelitian ke Lembaga Pemasyarakatan dan melakukan penyuluhan kesehatan mengenai *personal hygiene* dan penyakit kulit.

4.8.1 Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja penelitian merupakan kerangka operasional dari penentuan populasi sampai dengan penyajian hasil laporan penelitian. Adapun kerangka kerja penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian

4.9 Analisis Data

Data yang telah dikumpulkan selanjutnya diolah melalui langkah-langkah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010):

1. Penyuntingan Data (*Editing*)

   Penyunting data adalah cara untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah terisi lengkap atau belum lengkap. Jika terdapat data

yang belum lengkap dan tidak dapat dilakukan pengambilan data ulang untuk melengkapi data tersebut, maka kuesioner tersebut dikeluarkan atau *drop out*.

2. Kode (*Coding*)

   Kode adalah pemberian kode hasil jawaban dari suatu kuesioner yang selanjutnya akan diolah baik melalui lembar kode (*coding sheet*) mamasukkan ke dalam kartu kode atau elektronik (komputer). Untuk memudahkan dalam proses ini, maka setiap jawaban dari setiap pertanyaan diberi kode tertentu. Kode yang digunakan yaitu menggunakan angka 1 – 228.

3. Memasukkan Data (*Data Entry*)

   Memasukkan data adalah memasukkan jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk kode ke dalam lembar kode atau kartu kode maupun program komputer.

4. Tabulasi

   Tabulasi adalah membuat tabel-tabel data sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan peneliti.

4.9.1 Analisis Univariat

Analisi univariat digunakan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan setiap variabel penelitian. Analisa ini menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Analisa ini bertujuan untuk menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik variabel penelitian dimana untuk mengetahui hubungan *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang yang kemudian menggambarkan frekuensi dari seluruh variabel yang

diteliti tersebut. Peneliti akan mengolah data tersebut menjadi bentuk proporsi dan presentasi dalam label.

4.9.2 Analisis Bivariat

Apabila telah dilakukan analisa univariat maka dilanjutkan dengan analisa bivariat. Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga atau berkolerasi (Notoatmodjo, 2010). Analisa bivariat digunakan untuk mengetahui kekuatan hubungan antara dua variabel penelitian. Analisa ini membandingkan distribusi silang antara variabel independen dan variabel dependen yang diuji dengan pengujian statistik Uji *Chi Square*. Uji ini digunakan untuk menguji hubungan antara variabel nominal dengan variabel ordinal. Analisa statistik menggunakan alat bantu program *SPSS for windows* dengan level signifikan α = 0,05 dan untuk mengetahui derajat hubungan atau kekuatan antar variabel diukur dengan koefisien korelasi dengan derajat kemaknaan $p < 0,05$. Bila $p > 0,05$ maka H_0 diterima, berarti tidak terdapat hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit. Jika $p < 0,05$ maka H_0 ditolak, berarti terdapat hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit.

4.10 Etika Penelitian

4.10.1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud, tujuan, dan prosedur penelitian yang akan dilakukan. Apabila responden menolak untuk menjadi responden, maka peneliti tidak boleh memaksa dan tetap menghormati keputusan responden.

4.10.2 Tanpa Nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga privasi responden, maka peneliti tidak mencantumkan nama responden dalam lembar kuesioner, hanya nomor kode yang digunakan sebagai identitas responden.

4.10.3 Kerahasiaan (*Confidentially*)

Informasi yang telah diberikan oleh responden dijaga kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya data tertentu yang disajikan pada hasil penelitian dengan tetap menjaga privasi dan nilai-nilai keyakinan responden.

4.10.4 Kebermanfaatan (*Beneficience*)

Manfaat yaitu penelitian dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada responden. Partisipasi subjek dalam penelitian harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan.

4.10.5 Keadilan (*Right to Justice*)

Responden harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi atau kesenjangan.

BAB V
HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Bab ini menguraikan hasil penelitian dan analisis data hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang yaitu sebanyak 228 orang dari 560 orang warga binaan pemasyarakatan.

5.1 Karakteristik Lokasi Penelitian

Tempat penelitian berada di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang yang beralamat di Jalan Raya Kebonsari, Sukun, Kota Malang, Provinsi Jawa Timur. Lembaga pemasyarakatan ini berdiri di lahan seluas 13.780 m^2 dan luas bangunan 4.107 m^2 dengan kapasitas 164 orang. Tanggal 28 Februari 2018 terdapat 560 warga binaan pemasyarakatan dan 9 balita yang tinggal di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang.

Ruangan di lembaga pemasyarakatan terdapat 5 blok ruangan yaitu blok I anak dan ibu menyusui, blok II khusus narapidana narkoba, blok III hukuman 1 tahun ke atas, blok IV kasus-kasus bukan narkoba, dan blok V tahanan dan penghuni baru. Blok I terdapat 3 sel, blok II terdapat 3 sel, blok III terdapat 3 sel, blok IV terdapat 3 sel, dan blok V terdapat 3 sel. Masing-masing sel terdapat 1 kamar mandi.

Berdasarkan hasil observasi lingkungan Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang cukup bersih, namun kapasitas ruangan tidur yang kurang memadai dengan jumlah penghuni. Kapasitas hunian Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang hanya menampung 164 orang sedangkan warga binaan yang tinggal berjumlah 560 orang.

5.2 Data Karakteristik Responden

Karakteristik responden warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang meliputi usia, lama tinggal, dan tingkat pendidikan. Hasil statistik deskriptif karakteristik responden tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

5.2.1 Usia

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Usia Responden di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang

Usia	Jumlah (f)	Persentase (%)
Remaja (17-18 tahun)	3	1,3
Dewasa muda (19-45 tahun)	206	90,4
Dewasa tengah (46-65 tahun)	19	8,3
Total	**288**	**100**

Berdasarkan tabel 5.1 di atas didapatkan bahwa dari 228 responden yang telah diteliti, usia terbanyak di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang yaitu usia dewasa muda (19-45 tahun) sebanyak 206 orang (90,4%).

5.2.2 Lama Tinggal

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Lama Tinggal Responden di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang

Variabel	Jumlah (f)	Mean	Std. Deviasi
Lama Tinggal	228	15,04	13,28

Berdasarkan tabel 5.2 diperoleh data dari 228 responden yang ditelitii bahwa lama tinggal responden di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang memiliki mean 15,04 bulan dengan standar deviasi 13,28.

5.2.3 Pendidikan

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang

Pendidikan	Jumlah (f)	Persentase (%)
Tidak sekolah	1	0,4
SD	34	14,9
SMP	61	26,8
SMA	113	49,6
Perguruan tinggi	19	8,4
Total	**288**	**100**

Berdasarkan tabel 5.3 di atas data yang diperoleh dari 228 responden yang diteliti sebagian besar memiliki tingkat pendidikan SMA yaitu 113 orang (49,6%).

5.3 Hasil Penelitian

5.3.1 *Personal Hygiene*

Personal hygiene pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang dapat dilihat pada hasil analisis statistik deskriptif sebagai berikut:

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi *Personal Hygiene* Responden di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang

Personal Hygiene	Jumlah (f)	Persentase (%)
Cukup	8	3,5
Baik	220	96,5
Total	**228**	**100**

Berdasarkan tabel 5.4 diatas, data yang diperoleh dari 228 responden yang diteliti hampir semua responden sudah memiliki *personal hygiene* yang baik yaitu sebanyak 220 orang (96,5%).

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Indikator *Personal Hygiene* Responden di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang

Indikator *Personal Hygiene*		Jumlah (f)	Persentase (%)
Kebersihan Rambut	Kurang	12	5,3
	Cukup	26	11,4
	Baik	190	83,3
Kebersihan Kuku, Tangan dan Kaki	Kurang	1	0,4
	Cukup	35	15,4
	Baik	192	84,2
Kebersihan Kulit	Cukup	9	3,9
	Baik	219	96,1
Kebersihan Genetalia	Kurang	2	0,9
	Cukup	8	3,5
	Baik	218	95,6
Kebersihan Pakaian	Kurang	4	1,8
	Cukup	82	36
	Baik	142	62,3
Kebersihan Handuk	Kurang	2	0,9
	Cukup	5	2,2
	Baik	221	96,9
Kebersihan Kasur dan Sprei	Kurang	3	1,3
	Cukup	132	57,9
	Baik	93	40,8

Berdasarkan tabel 5.5 diatas, dari 7 indikator *personal hygiene* yang diteliti indikator kebersihan handuk memiliki kebersihan yang baik sebesar 96,9% dan memiliki kebersihan yang cukup (57,9%) kebersihan kasur dan sprei.

5.3.2 Kejadian Penyakit Kulit

Distribusi kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang dilihat pada analisis statistik deskriptif sebagai berikut:

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Kejadian Penyakit Kulit di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang

Penyakit Kulit	Jumlah (f)	Persentase (%)
Mengalami	88	38,6
Tidak mengalami	140	61,4
Total	**228**	**100**

Berdasarkan tabel 5.6 diatas dari 228 responden yang diteliti sebagian besar tidak mengalami penyakit kulit yaitu 140 orang (61,4%).

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Indikator Kejadian Penyakit Kulit di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang

Indikator Kejadian Penyakit Kulit		Jumlah (f)	Persentase (%)
Skabies	Mengalami	12	5,3
	Tidak mengalami	216	94,7
Herpes Simpleks	Mengalami	6	2,6
	Tidak mengalami	222	97,4
Pityriasis Versicolor	Mengalami	69	30,3
	Tidak mengalami	159	69,7
Dermatitis	Mengalami	37	16,2
	Tidak mengalami	191	83,8
Pediculosis Capitis	Mengalami	32	14
	Tidak mengalami	196	86

Berdasarkan tabel 5.7 diatas, dari 5 indikator kejadian penyakit kulit yang diteliti 30,3% warga binaan pemasyarakatan mengalami penyakit kulit.

5.3.3 Hubungan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Kulit

Tabel 5.8 Hubungan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Warga Binaan Pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang

Personal Hygiene	Penyakit Kulit				Total		p *value*
	Mengalami		Tidak Mengalami				
	f	%	f	%	f	%	
Cukup	7	3,1	1	0,4	8	3,5	
Baik	81	35,5	139	61	220	96,5	0,006
Total	**88**	**38,6**	**140**	**61,4**	**228**	**100**	

Berdasarkan tabel 5.8 di atas, sebagian besar responden yang memiliki *personal hygiene* baik dan tidak mengalami penyakit kulit yaitu 139 orang (61%) dengan *odds ratio* 0,08 (CI: 0,01-0,69).

Data yang didapat diolah menggunakan uji korelasi *Chi Square*, hasil *Pearson Chi Squre* dibaca bila memenuhi syarat yaitu frekuensi yang diharapkan pada setiap kolom tabel yang bernilai kurang dari 5 tidak boleh lebih dari 20%, namun pada output yang ditampilkan pada tabel 5.8 terlihat ada bagian yang bernilai kurang dari 5 maka dari itu yang dibaca adalah hasil yang diolah dengan *Fisher's Exact Test*. Hasil uji statistik non parametrik menggunakan nilai signifikansi (p) pada uji korelasi *Fisher's Exact Test* sebesar 0,006 dimana nilai p<0,05 maka dapat dinyatakan H_0 ditolak. Berdasarkan uraian tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan antara *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Warga Binaan Pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang. Dari hasil nilai korelasi yang diperoleh dapat diartikan apabila warga binaan pemasyarakatan mempunyai *personal hygiene* yang baik maka tidak mengalami penyakit kulit. *Personal hygiene* mencegah 0,08 kali resiko kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan.

BAB VI
PEMBAHASAN

Bab ini membahas mengenai Hubungan antara *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Warga Binaan Pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang yaitu sebanyak 228 responden.

6.1 *Personal Hygiene* pada Warga Binaan Pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang

Personal hygiene yang dilakukan warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang berdasarkan tabel 5.4 dapat dilihat bahwa 220 warga binaan pemasyarakatan (96,5%) memiliki *personal hygiene* yang baik dan 8 warga binaan pemasyarakatan (3,5%) memiliki *personal hygiene* yang cukup. Hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa *personal hygiene* pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang dalam kategori baik. Hasil ini sejalan dengan penelitian Wirawan dkk. (2011) di Lapas Wanita Kelas II A Semarang bahwa 96,1% memiliki *personal hygiene* yang baik. *Personal hygiene* yang dilakukan yaitu 52,9% mandi dua kali sehari, 54,9% ganti pakaian satu kali dalam sehari, 59,4% pemakaian sabun pada saat mandi dua kali sehari, 52,9% mencuci pakaian tidak tiap hari tapi pakai sabun, 60,8% mencuci handuk lebih dari tiga hari tapi pakai sabun, dan 51% mencuci sprei lebih dari dua minggu tapi pakai sabun.

Berdasarkan hasil kuesioner *personal hygiene* yang dikategorikan baik yaitu kebersihan rambut (83,3%), kebersihan kuku, tangan, dan kaki (84,2%), kebersihan kulit (96,1%), kebersihan genetalia (95,6%), kebersihan pakaian (62,3%), dan kebersihan handuk (96,9%). Namun sebagian kecil (3,5%) warga

binaan pemasyarakatan memiliki *personal hygiene* yang cukup. Hasil kuesioner penelitian terdapat *personal hygiene* yang belum terpenuhi 57,9% warga binaan pemasyarakatan memiliki kebersihan kasur dan sprei yang cukup. Warga binaan pemasyarakatan masih menggunakan tempat tidur dan sprei secara bersama-sama. Menurut Tarwoto dan Wartonah (2011) menyatakan bahwa *personal hygiene* bertujuan meningkatkan derajat kesehatan seseorang dan mencegah terjadinya penyakit.

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi *personal hygiene* seperti jenis kelamin, usia, pendidikan, dan lama tinggal. Penelitian ini dilakukan pada warga binaan pemasyarakatan perempuan sehingga *personal hygiene* yang didapat kategori baik, namun akan berbeda hasilnya jika dilakukan pada warga binaan pemasyarakatan yang mayoritas laki-laki. Menurut penelitian Wati dkk. (2017) di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B Kabupaten Kotabaru Kalimantan Selatan yang mayoritas penghuninya laki-laki didapatkan bahwa 81% memiliki *personal hygiene* yang buruk. Penelitian tersebut menemukan pada hasil observasi dan wawancara bahwa penghuni sering menggunakan peralatan mandi secara bersama-sama terutama sabun batang, pakaian dan handuk, jarang mengganti pakaian, dan tidak merawat kebersihan tangan dan kuku.

Usia dan pendidikan merupakan faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* seseorang. Penelitian ini sebagian besar berusia dewasa muda (19-45 tahun) yaitu 90,4%. Menurut Mustikawati (2013), pada usia dewasa seseorang akan memiliki kemandirian untuk melakukan *personal hygiene* yang baik, karena semakin banyak pengetahuan dan pengalaman yang didapatkan mengenai kesehatan. Selain itu, sebagian besar warga binaan pemasyarakatan memiliki tingkat pendidikan SMA (49,6%). Menurut Silalahi dan Putri (2017) mengatakan

melalui pendidikan akan terbentuk pengetahuan yang nantinya akan mempengaruhi sikap dan tindakan seseorang terhadap sesuatu hal. Selain itu menurut Desmawati dkk. (2015) mengatakan orang yang berpendidikan rendah memiliki kesadaran rendah mengenai pentingnya *personal hygiene* dan tidak mengetahui bahwa *personal hygiene* yang buruk berperan penting dalam penularan penyakit.

Kesimpulan dari pembahasan diatas bahwa kebersihan diri dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti kebersihan rambut, kebersihan kuku, tangan, dan kaki, kebersihan kulit, kebersihan genetalia, kebersihan handuk, serta kebersihan kasur dan sprei.

6.2 Kejadian Penyakit Kulit pada Warga Binaan Pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang

Frekuensi penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang dapat dilihat pada tabel 5.5 bahwa sebagian besar tidak mengalami penyakit kulit (61,4%) dan sebagian kecil mengalami penyakit kulit (38,6%). Dari hasil tersebut dapat dilihat bahwa warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang tidak mengalami penyakit kulit. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Lima dkk., (2016) mengatakan penyakit kulit merupakan penyakit yang sering dialami oleh narapidana (36,5%) karena akses terbatas selama menjemur dilarang untuk menampilkan pakaian, kasur, dan sprei, kontaminasi dan penyebaran penyakit hampir tidak bisa dihindari terutama sel-sel yang terisolasi, dimana kerapian minimal atau tidak ada dan pergantian narapidana yang tinggi.

Berdasarkan hasil kuesioner mengenai penyakit kulit didapatkan 94,7% tidak mengalami skabies, 97,4% tidak mengalami herpes simpleks, 69,7% tidak

mengalami pityriasis versicolor, 83,8% tidak mengalami dermatitis, dan 86% tidak mengalami pedikulosis capitis. Namun, hasil ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan dibeberapa lembaga pemasyarakatan. Menurut penelitian Humananda dkk., (2014) di Lembaga Pemasyarakatan Klas II A Ambarawa, 59,2% menderita scabies dikarenakan buruknya *personal hygiene*. Kejadian penyakit herpes simplek pada warga binaan di Lembaga Pemasyarakatan Wanita Klas II A Semarang sebesar 70,6% dikarenakan kepadatan hunian yang menyebabkan penyebaran infeksi cepat terjadi (Wirawan dkk., 2011). Penelitian Wati dkk., (2017) di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B Kabupaten Kotabaru Kalimantan Selatan menyatakan 88,6% penghuni Lapas menderita penyakit dermatitis dengan keluhan gatal sepanjang hari yang berulang-ulang, ada bercak-bercak merah pada kulit akibat gatal dan terasa panas, bentol-bentol pada kulit, kulit mengelupas seperti sisik dan kering.

Penyakit kulit terbanyak yang dialami oleh warga binaan pemasyarakatan yaitu 30,3% mengalami *pityriasis versicolor* (panu). Warga binaan pemasyarakatan masih jarang menjemur handuk di bawah terik matahari secara langsung karena harus mengantri. Handuk yang lembab dan basah karena tidak dijemur atau dicuci dapat menjadi tempat berkembang biaknya jamur karena jamur senang dengan tempat yang lembab (Judarwanto, 2009). Bertukaran handuk dengan penderita infeksi jamur dapat menyebabkan infeksi jamur berpindah dari satu tempat ke tempat lainnya (Dewi, 2012).

Hasil wawancara yang dilakukan pada warga binaan pemasyarakatan telah tersedia air bersih yang cukup (air sumur) di lembaga pemasyarakatan sehingga penyakit kulit dapat diminimalkan. Kurangnya air bersih khususnya untuk menjaga kebersihan diri dapat menimbulkan berbagai penyakit kulit karena jamur, bakteri,

dan virus (Notobroto, 2005). Selain itu lembaga pemasyarakatan mengalami *over* kapasitas sehingga jumlah warga binaan pemasyarakatan pada setiap sel menjadi bertambah dan penuh. Menurut Humananda dkk. (2014) kondisi kamar yang padat akan memudahkan terjadinya kontak fisik sehingga penularan penyakit meningkat.

Menurut Lima dkk, (2016) tindakan sederhana dan efektif untuk mengatasi penyakit kulit di lembaga pemasyarakatan dapat dilakukan dengan mencuci semua pakaian dengan air mendidih, menjemur semua bagian pakaian, handuk, kasur, dan sprei dibawah terik matahari untuk dikeringkan, membersihkan sel secara berkala, dan menggunakan obat yang benar. Selain itu skrining kesehatan secara berkala juga penting untuk mengetahui kesehatan warga binaan pemasyarakatan.

6.3 Hubungan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Warga Binaan Pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Klas II A Malang

Berdasarkan hasil uji statistik non parametrik korelasi *Likelihood Ratio* dengan p value 0,003 ($p<0,05$) yang berarti H_0 ditolak. Dari hasil data tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa hipotesis penelitian (H_1) diterima artinya terdapat hubungan yang signifikan antara *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang dengan *odds ratio* 0,08 (CI: 0,01-0,69). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan wati dkk. (2017) bahwa *personal hygiene* yang buruk memiliki hubungan yang signifikan dan beresiko 2,13 kali menyebabkan dermatitis. Hal ini juga di dukung dengan teori Potter dan Perry (2005) *personal hygiene* yang baik akan meminimalkan pintu masuk (*port de entry*) mikroorganisme yang pada akhirnya mencegah seseorang terkena penyakit.

Responden sudah memiliki *personal hygiene* yang baik (96,5%), akan tetapi beberapa masih terserang penyakit kulit. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, peneliti menemukan masih terdapat responden yang menggunakan tempat tidur dan sprei secara bersamaan. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Prayogi dan Kurniawan (2016) menunjukkan 62,9% terkena skabies dan ada hubungan antara kebiasaan pemakaian alat mandi, kebiasaan tidur bersama, dan kebiasaan pemakaian selimut tidur bersama. Menurut Lita (2005), kuman penyebab penyakit kulit paling senang hidup dan berkembang biak di perlengkapan tidur. Selain itu, apabila seseorang memiliki *personal hygiene* yang buruk maka akan mudah menyebabkan seseorang tersebut terkena penyakit kulit. Hal tersebut sejalan dengan teori menurut Notoadmojdo (2003) yaitu sebanyak 90% dari penyakit kulit itu akibat dari air dengan rincian 50% akibat dari jarang mandi, 28% akibat sering bergantian pakaian dengan teman, dan 11% akibat dari kurang kebersihan lingkungan sekitar. Semua hal tersebut memicu timbulnya berbagai macam penyakit kulit seperti panu, kadas, dan skabies.

Kesimpulan dari hal di atas yaitu *personal hygiene* warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang sebagian besar baik. Hal ini disebabkan karena warga binaan pemasyarakatan sudah menerapkan *personal hygiene* secara menyeluruh. Selain itu hasil dari penelitian terkait penyakit kulit yaitu sebagian besar warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang tidak mengalami penyakit kulit. Hal ini disebabkan karena warga binaan pemasyarakatan tidak mengalami tanda-tanda penyakit kulit seperti gatal-gatal, bercak-bercak kemerahan, terdapat kutu rambut, dan bentol-bentol. *Personal*

hygiene mencegah 0,08 kali resiko kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang.

6.4 Implikasi Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan pemahaman tentang *personal hygiene* pada warga binaan pemasyarakatan hubungannya dengan kejadian penyakit kulit. Hal ini dapat membantu warga binaan pemasyarakatan untuk meningkatkan kebersihan diri sehingga dapat terhindar dari penyakit kulit. Warga binaan pemasyarakatan merupakan kelompok rentan yang harus mendapat perhatian terutama dalam segi kesehatan seperti *personal hygiene* dan dapat dilakukan skrining kesehatan secara berkala pada kelompok rentan seperti warga binaan pemasyarakatan.

6.5 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari masih banyak terdapat keterbatasan dan kelemahan yang sangat berpengaruh dalam hasil akhir penelitian ini. Dalam penelitian ini ada beberapa keterbatasan yaitu:

a. Pada penelitian ini dapat dilakukan pemeriksaan fisik sehingga dapat mengetahui lebih jelas mengenai penyakit kulit yang dialami oleh responden.
b. Penelitian ini tidak dapat melihat langsung kondisi didalam blok ruangan yang dihuni oleh responden sehingga tidak dapat mengetahui secara detail bagaimana lingkungan dan *personal hygiene* yang dilakukan warga binaan pemasyarakatan.

BAB VII
PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang maka dapat ditarik kesimpulan:

a. *Personal hygiene* yang dilakukan warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang sebagian besar (96,5%) memiliki *personal hygiene* yang baik.
b. Kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan sebagian besar (61,4%) tidak mengalami penyakit kulit.
c. Terdapat hubungan yang signifikan antara hubungan *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyrakatan Perempuan Klas II A Malang. Berdasarkan hasil analisis didapatkan bahwa H_0 ditolak (p=0,003), maka dapat diambil kesimpulan bahwa hipotesis penelitian (H_1) diterima artinya terdapat hubungan yang signifikan antara *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang.
d. *Personal hygiene* mencegah 0,08 (CI: 0,01-0,69) kali resiko kejadian penyakit kulit pada warga binaan pemasyarakatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka peneliti mencoba untuk menyampaikan beberapa saran yaitu:

a. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat dilakukan penelitian dengan cara pemeriksaan fisik atau observasi langsung sehingga didapatkan hasil yang lebih jelas dan akurat terkait dengan penyakit kulit.
b. Diharapkan warga binaan pemasyarakatan yang lain di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Klas II A Malang dapat mempertahankan dan meningkatkan *personal hygiene* dengan baik sehingga bisa mencegah terjadinya penularan penyakit lainnya.
c. Diharapkan untuk petugas Lembaga pemasyarakatan dapat memberikan fasilitas yang lebih memadai untuk meningkatkan *personal hygiene* warga binaan pemasyarakatan seperti menyediakan tempat yang lebih luas untuk tempat menjemur pakaian.
d. Diharapkan petugas kesehatan yang berada di lingkungan Lembaga Pemasyarakatan dapat melakukan edukasi mengenai *personal hygiene* dan penyakit kulit, serta melakukan skrinning penyakit kulit secara berkala untuk mencegah penularan penyakit pada warga binaan pemasyarakatan.

DAFTAR PUSTAKA

Adnyana, P. 2009. *Penyakit pada Kulit.* Program Studi Biologi, Universitas Semawa.

Alllen L.V. Basics of Compounding for Pediculosis Capitis. *International Journal of Pharmaceutical Compounding*. 2003; 7: 366-369.

Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian (Suatu Pendekatan Praktik)*. Jakarta: PT. Rineka Cipta

Audhah, N. Al., Ummiyati, S.R., Siswati, A.S. Faktor Resiko Skabies pada Siswa Pondok Pesantren (Kajian di Pondok Pesantren Darul Hijrah) Kelurahan Cindai Alus, Kecamatan Martapura, Kabupaten Banjar, Provinsi Kalimantan Selatan. *Jurnal Buski*, 2012 4 (1) : 14-22.

Azizah, N.N. 2013. *Hubungan antara Kebersihan Diri dan Lama Tinggal terhadap Penularan Penyakit Skabies di Pon-Pes Al-Hamdulillah Rembang*. Prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Candra, T.N., Asmuji, dan Permatasari. 2016. *Hubungan Personal Hygiene dengan Kejadian Penyakit Kulit pada Tuna Wisma di Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember*. Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Jember, Jember.

Dahlan, M.Y. Al-Barry. 2003. *Kamus Induk Istilah Ilmiah Seri Intelectual.* Surabaya: Target Press.

Desmawati, Ari P.D., Oswati H. Hubungan *Personal Hygiene* dan Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Al-Kautsar Pekanbaru. *JOM*, 2015, 2(1): 628-637.

Dewi. 2012. *Penyakit Panu*. D-III Fisioterapi Reguler, Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta Karanganyar.

Djuanda A, Hamzah M, Aisah S, editors. 2010. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 6th ed*. Jakarta: Fakuktas Kedokteran Universitas Indonesia.

Elewski BE. Clinical Diagnosis of Common Scalp Disorders. *The Society for Investigative Dermatology*. 2005; 10: 190-3.

Environmental Services Program. 2007. *National Campaign for Handwasing with Soap*. (Online), (http://www.esp.or.id/handwashing/fastfact.php, diakses 17 November 2017).

Fazel, S. dan Baillargeon, J. The Health of Prioners. *Lancet*, 2011, 377: 956-965.

Flinders D.C. Schweinitz P.D. Pediculosis Capitis and Scabies. *American Family Physician*. 2004; 69: 341-348.

Frankel DH. 2006. *Field Guide to Clinival Dermatology*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Graham-Brown, R. and Burns, T. 2005. *Lecture Notes Dermatologi, edisi kedelapan*. Jakarta: Erlangga.

Handoko, R.P. 2010. Herpes Simpleks. Dalam: Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, edisi keenam*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 380-382.

Harahap, M. 2000. *Ilmu Penyakit Kulit*. Jakarta: Hipokrates.

Hidayat, A.A.A. 2014. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Humananda, N.A.D., Pranowowati, P., dan Siswanto, Y. 2014. *Analisis Permasalahan Kesehatan pada Narapidana di Lembaga Pemasyarakatan Klas II A Ambarawa*. Artikel Penelitian. Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKES Ngudi Waluyo.

Indrayatna. 2010. *Penyakit Kulit, Tanda dan Gejala, Cara Penularan, Dampak dan Upaya Pencegahan*. (Online), (http://www.anneahira.com/pencegahan-penyakit/kulit.htm, diakses 17 November 2017).

Irianto, K. 2007. *Gizi dan Pola Hidup Sehat*. Bandung: Yrama Widya.

Jasmine, I.A., Rosida, L., dan Marlinae, L. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Tentang Personal Hygiene dengan Perilaku Pencegahan Penularan Skabies Studi Observasional pada Narapidana Anak di Lembaga Pemasyarakatan Anak Klas II A Martapura. *Jurnal Publikasi Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 2016, 3 (1): 7-12.

Kasjono, HS, dan Kristiawan, HB. 2008. *Intisari Epidemiologi*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Offset.

Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia. 2011. (Online), (www.ditjenpp.kemenkumham.go.id, diakses 16 November 2017).

Kozier, B., Berman, A. dan Shirlee J. Snyde. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep dan Praktik edisi VII Volume 1*. Jakarta: EGC.

Lima, D.C., Oliveira, A.E.C., Holmes, E.S., Neto, B.F.O., Brito, P.E.M., Borralho, L.M., *et al*. Identification of Health Disordes a Prison Population. *International Archives of Medicine*, 2016, 9 (281).

Maharani, A. 2015. *Penyakit Kulit*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Muhith, A. dan Siyoto, S. 2016. *Pendidikan Keperawatan Gerontik*, ed. I. Yogyakarta: Andi.

Mustikawati, I.S. Perilaku *Personal Hygiene* pada Pemulung di TPA Kedang Wetan Tangerang. *Forum Ilmiah*, 2013, 10 (1) : 27-35

Muttaqin, A. dan Sari, K. 2013. *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Integumen*. Jakarta: Salemba Medika.

Natadisastra, D., dan Agoes, R. 2009. *Parasitologi Kedokteran: Ditinjau dari Organ Tubuh yang Diserang*. Jakarta: EGC.

Notoatmodjo S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.

_____ . 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

_____ . 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Potter and Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep, Prose, dan Praktik*. Jakarta: EGC.

Prayogi, S. & Kurniawan, B. Pengaruh *Personal Hygiene* dalam Pencegahan Penyakit Skabies. *MAJORITY*, 2016, 5 (5): 140-143.

Rohmawati, R.N. 2010. *Hubungan antara Faktor Pengetahuan dan Perilaku dengan Kejadian Skabies di Pesantren Al-Muayyad Surakarta*. Skripsi. Tidak diterbitkan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta, Surakarta.

Republik Indonesia, Undang-Undang Tentang Pemasyarakatan. UU Nomor: 12 Tahun 1995.

Sajida, A., Santi, D.N., dan Naria, E. 2013. *Hubungan Personal Hygiene dan Sanitasi Lingkungan dengan Keluhan Penyakit Kulit di Kelurahan Denai Kecamatan Medan Denai Kota Medan Tahun 2012*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan.

Sanusi, A. Aspek Layanan Kesehatan Bagi Warga Binaan Pemasyarakatan dan Tahanan di Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara (Aspects Of Health Cares Towards Convicts And Inmates). *JIKH*, 2016, 10: 37-56.

Sastroasmono, S. 2011. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis (ed 4)*. Jakarta: CV. Sagung Seto.

Sharma, K., N. 2007. *Personal Hygiene (e-book)*. India: Online Book Publication.

Silalahi, V. dan Putri, R.M. Keterkaitan Karakteristik Keluarga dengan *Personal Hygiene* Anak Sekolah Dasar. *Jurnal Care*, 2017, 5(3) : 393-402.

Siregar, RS. 2005. *Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Stassi, M. 2005. *Dasar-Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Sugiyono. 2008. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kunatitatif, Kualitatif dan R&D, Cetakan Keenam*. Bandung: Alfabeta

Tarwoto dan Wartonah. 2011. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan edisi 4*. Jakarta: Salemba.

UNODC. 2015. *The United Nations Standart Minimum Rules of the Treatment of Prisoners*. Vienna International Centre, Austria.

Verawati, Wardani, RS., dan Anggraini NN. Hubungan Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan dengan Perilaku Perawatan Vulva Hygiene pada Wanita di Lapas Semarang Tahun 2014. *Jurnal.unimus.ac.id*, 2015, 4 (2): 21-26.

Wati, N.A.P., Setia, D.F., Alfanan, A. Penyebab Meningkatnya Kejadian Dermatitis di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) Kelas II B Kabupaten Kotabaru Kalimantan Selatan. *Jurnal Formil (Forum Ilmiah) KesMas Respasti*, 2017, 2 (1): 33-39.

Wirawan, A., Nurullita, U., dan Astuti, R. Hubungan Higiene Perorangan dengan Sanitasi Lapas terhadap Kejadian Penyakit Herpes di Lapas Wanita Kelas II A Semarang. *Junal.unimus.ac.id*, 2011, 7 (1): 59-70.

Wismayanti, Y.F. 2007. Permasalahan dan Kebutuhan Anak yang Berkonflik dengan Hukum di Lapas Anak Blitar. (Online), (https://media.neliti.com/media/publications/52974-ID-permasalahan-dan-kebutuhan-anak-yang-ber.pdf, diakses 18 Desember 2017).

Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffel D. Dermatology in General Medicine, 7th ed. United States of America: *The McGraww-Hill Companies, Inc*; 2008. P. 2033-37.