

THE INFLUENCE OF ENVIRONMENTAL HYGIENE AND SANITATION TO PRURIGO INCIDENCE IN “PONDOK PESANTRENS” IN COASTAL AND HILLY AREAS

Dian Emiria Tunggadewi*

ABSTRACT

Background. Prurigo is one of the prurigenic skin diseases that have no apparent cause. Lesion is characterized by chronic papular eruption and recurrent, dome shaped and topped by small vesicle that is accompanied by hyperpigmentation, skin thickening, excoriated lesion, and crusted. A study reported that prurigo was the most frequent skin disease in coastal area (25,21%), due to many mosquitoes from poor environmental hygiene and sanitation, but in hilly area, prurigo incidence was 6,54%.

Objective. To know the influence of environmental hygiene and sanitation to prurigo incidence in “pondok pesantrens” in coastal and hilly areas.

Methods. The study is a Cross Sectional design. Data were collected by direct observation in “pondok pesantrens” in coastal areas : An Nur and Yanbuu Tahfidhil Qur’an in Demak and “pondok pesantrens” in hilly areas : Asalaftiyah Al Masudiyah and Al Iman in Semarang. Data were analyzed by chi – square test and logistic regression test. The significance level is $p < 0,05$.

Results. We found that prurigo distributions were most frequent in coastal area, in women, 10 – 14 years old, and areas with moderate environmental hygiene and sanitation in coastal areas. There was a significant difference between prurigo incidence in “pondok pesantrens” in coastal and hilly areas ($p = 0,013$) and between student age in “pondok pesantrens” in coastal and hilly areas ($p = 0,011$). But there was no significant difference between student gender in “pondok pesantrens” in coastal and hilly areas ($p = 0,134$), also between the influence of environmental hygiene and sanitation to prurigo incidence in “pondok pesantrens” in coastal and hilly areas ($p = 0,205$).

Conclusions. Prurigo is most frequent in areas with moderate environmental hygiene and sanitation in coastal areas and there is a significant difference between prurigo incidence in “pondok pesantrens” in coastal and hilly areas, but there is no significant difference between the influence of environmental hygiene and sanitation to prurigo incidence in “pondok pesantrens” in coastal and hilly areas.

Key words. Prurigo, environmental hygiene and sanitation

PENGARUH HIGIENE DAN SANITASI LINGKUNGAN TERHADAP ANGKA KEJADIAN PRURIGO PADA PONDOK PESANTREN DI DAERAH PANTAI DAN PEGUNUNGAN

Dian Emiria Tunggadewi*

ABSTRAK

Latar belakang. Prurigo merupakan salah satu bentuk penyakit kulit yang gatal tanpa sebab yang jelas. Lesi berupa erupsi papular kronik dan rekuren, berbentuk kubah (*dome shaped*) dengan puncak berupa vesikel kecil yang disertai hiperpigmentasi, penebalan kulit, lesi ekskoriiasi, dan krusta. Penelitian sebelumnya melaporkan bahwa prurigo merupakan penyakit kulit terbanyak di daerah pantai yaitu 25,21%, karena di daerah tersebut banyak ditemukan nyamuk akibat higiene dan sanitasi lingkungan yang kurang baik, sedangkan di daerah pegunungan angka kejadian prurigo sebesar 6,54%.

Tujuan. Untuk mengetahui pengaruh higiene dan sanitasi lingkungan terhadap angka kejadian prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan.

Metode. Penelitian ini merupakan suatu studi *Cross Sectional*. Data didapatkan dari observasi secara langsung pada pondok pesantren di daerah pantai yaitu An Nur dan Yanbuu Tahfidhil Qur'an di Demak dan pondok pesantren di daerah pegunungan yaitu Asalafiyah Al Masudiyah dan Al Iman di Semarang. Data diuji dengan uji *chi – square* dan uji regresi logistik. Derajat kemaknaan dinyatakan bermakna apabila $p < 0,05$.

Hasil. Pada penelitian ini didapatkan bahwa distribusi prurigo terbanyak adalah pada daerah pantai, wanita, umur 10 – 14 tahun, dan daerah dengan higiene dan sanitasi lingkungan yang cukup di daerah pantai. Terdapat perbedaan yang bermakna antara kejadian prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan ($p = 0,013$) dan antara umur siswa – siswi pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan ($p = 0,011$). Tetapi tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin siswa – siswi pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan ($p = 0,134$), serta antara pengaruh higiene dan sanitasi lingkungan terhadap angka kejadian prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan ($p = 0,205$).

Kesimpulan. Prurigo didapatkan terbanyak pada daerah dengan higiene dan sanitasi lingkungan yang cukup di daerah pantai dan terdapat perbedaan yang bermakna antara kejadian prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan, tetapi tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara pengaruh higiene dan sanitasi lingkungan terhadap angka kejadian prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan.

Kata kunci. Prurigo, higiene dan sanitasi lingkungan.

* Dosen FK UNIMUS

PENDAHULUAN

Prurigo merupakan salah satu bentuk penyakit kulit yang gatal tanpa sebab yang jelas, berupa erupsi papular kronik dan rekuren.^{1,2} Lesi berupa papul berbentuk kubah (*dome shaped*) dengan puncak berupa vesikel kecil yang disertai hiperpigmentasi dan penebalan kulit, lebih sering ditemukan dalam bentuk lesi ekskoriiasi dan krusta karena sering digaruk.^{1,2} Likenifikasi hanya terjadi sekunder akibat proses kronik. Tempat yang sering terkena ialah badan dan bagian ekstensor ekstremitas.²

Penyebab prurigo yang pasti belum diketahui.^{2,3} Faktor – faktor predisposisi timbulnya prurigo terdiri atas faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal antara lain ektoparasit, kontak alergi, faktor fisik, sosial ekonomi, status gizi, musim, dan higiene dan sanitasi lingkungan. Faktor internal antara lain riwayat atopi, infestasi parasit, alergi makanan, fokal infeksi, penyakit kronis, keganasan, faktor imun, hormonal, dan psikogenik.^{1,2,3}

Beberapa kepustakaan menyebutkan bahwa kondisi higiene dan sanitasi lingkungan yang kurang berpengaruh menimbulkan prurigo.^{1,2,3} Kabulrachman dan Susanto melaporkan bahwa prurigo merupakan penyakit kulit terbanyak di daerah pantai sebesar 25,21%, sedangkan di daerah pegunungan angka kejadian prurigo sebesar 6,54%. Tingginya insidens prurigo di daerah pantai karena di daerah tersebut banyak ditemukan nyamuk akibat higiene dan sanitasi lingkungan yang kurang baik, berupa genangan air atau air limbah perumahan dan 24,78% penduduk berada pada status gizi yang buruk.⁴

Masalah pokok yang dihadapi sebagian besar (80%) pondok pesantren yang ada di Indonesia adalah masih rawan sarana sanitasi lingkungan, sebuah kamar mandi dan WC (jamban) yang seharusnya maksimal dipakai untuk 15 orang, dalam prakteknya dipakai 30 sampai 40 orang. Pengalaman telah membuktikan bahwa secara epidemiologis ada keterkaitan yang erat antara masalah air bersih, sanitasi lingkungan dengan penyakit.⁵

Selama ini belum banyak penelitian tentang prurigo di pondok pesantren, sehingga penulis berkeinginan untuk meneliti lebih lanjut tentang pengaruh

higiene dan sanitasi lingkungan terhadap angka kejadian prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui angka kejadian prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan, untuk mengetahui karakteristik penderita prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan berdasarkan umur dan jenis kelamin, dan untuk mengetahui pengaruh higiene dan sanitasi lingkungan terhadap angka kejadian prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan.

Hipotesis penelitian ini adalah angka kejadian prurigo cenderung lebih banyak di daerah pantai dan angka kejadian prurigo cenderung lebih banyak pada daerah dengan higiene dan sanitasi yang kurang baik.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan suatu studi *Cross Sectional*. Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret – Juni 2004. Sampel penelitian ini adalah semua siswa – siswi pondok pesantren di daerah pantai yaitu An Nur dan Yanbuu Tahfidhil Qur'an di Demak dan pondok pesantren di daerah pegunungan yaitu Asalafiyah Al Masudiyah dan Al Iman di Semarang. Sampel penelitian berjumlah 262 orang. Kriteria inklusi penelitian ini adalah semua siswa – siswi pada pondok pesantren yang termasuk sebagai sampel pada semua umur baik laki – laki maupun wanita yang telah tinggal di pondok pesantren tersebut minimal selama 1 tahun. Sedangkan kriteria eksklusinya adalah siswa – siswi yang tidak hadir pada saat data diambil dan menolak sebagai responden.

Data yang dikumpulkan adalah data dari observasi secara langsung yaitu ada tidaknya kejadian prurigo, dimana prurigo akan bermanifestasi sebagai lesi papul berbentuk kubah (*dome shaped*) dengan puncak berupa vesikel kecil yang disertai hiperpigmentasi, penebalan kulit, lesi ekskoriiasi, krusta, dan likenifikasi.^{1,2} Serta jenis kelamin dan umur responden.

Data higiene dan sanitasi lingkungan didapatkan dari hasil observasi secara langsung yang dinilai dengan beberapa kriteria terhadap 3 sarana higiene dan sanitasi lingkungan, yaitu :

- a. Sarana pembuangan kotoran (jamban) :
 - 1) Tersedia jamban / kakus/ wc, yaitu suatu bangunan yang dipergunakan untuk membuang tinja atau kotoran manusia.
 - 2) Tersedia air dan alat pembersih.
 - 3) Lantai jamban hendaknya selalu bersih.
 - 4) Tidak berbau.
 - 5) Di sekeliling jamban tidak ada genangan air.
 - 6) Ventilasi cukup baik.
- b. Sarana air buangan (air limbah)
 - 1) Tersedia sarana pembuangan air limbah, yaitu suatu bangunan yang digunakn untuk membuang air buangan di kamar mandi, tempat cuci dan dapur, bukan dari jamban.
 - 2) Diberi tutup yang cukup rapat.
 - 3) Tidak menimbulkan genangan air yang dapat dipergunakan untuk sarang nyamuk.
- c. Sarana pembuangan sampah
 - 1) Terdapat tempat sampah, yaitu suatu tempat untuk menampung sesuatu bahan atau benda padat yang sudah tidak dipakai lagi oleh manusia, atau benda yang sudah digunakan lagi dalam kegiatan manusia dan dibuang.
 - 2) Tempat sampah mempunyai penutup, tetapi penutup ini dibuat sedemikian rupa sehingga mudah dibuka, dikosongkan isinya serta dibersihkan, amat dianjurkan agar tutup sampah ini dapat dibuka atau ditutup tanpa mengotorkan tangan.
 - 3) Konstruksi tempat sampah kuat, jadi tidak mudah bocor, penting untuk mencegah berserakannya sampah.
 - 4) Frekuensi pengosongan sampah paling lama 3 hari sekali.^{6,7,8}

Data tersebut kemudian diskor, yaitu skor nilai untuk tiap item observasi adalah 1 (satu) bila jawaban memenuhi kriteria dan 0 (nol) bila jawaban tidak memenuhi kriteria. Skor tertinggi untuk ketiga sarana tersebut di atas adalah 15

dan skor terendah adalah 0. Berdasarkan jumlah skor nilai tersebut, data kemudian diklasifikasi menjadi :

- a. Klasifikasi baik bila nilai higiene dan sanitasi lingkungan 11 – 15.
- b. Klasifikasi cukup bila nilai higiene dan sanitasi lingkungan 6 – 10.
- c. Klasifikasi kurang bila nilai higiene dan sanitasi lingkungan 0 – 5.

Variabel bebasnya adalah pantai dan pegunungan. Variabel tergantungnya adalah kejadian prurigo. Sedangkan variabel perancunya adalah higiene dan sanitasi lingkungan.

Analisa data pada penelitian ini dengan menggunakan uji *chi – square* untuk analisa bivariat antara lokasi pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan dengan angka kejadian prurigo dan uji regresi logistik digunakan untuk menganalisa pengaruh faktor perancu yaitu higiene dan sanitasi lingkungan terhadap angka kejadian prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan. Derajat kemaknaan dinyatakan bermakna apabila $p < 0,05$. Pengolahan data dilakukan dengan SPSS 11.00 *for windows*.

HASIL

Dari penelitian ini didapatkan bahwa :

1. Prurigo lebih banyak didapatkan di daerah pantai yaitu sebesar 2 orang (3,13%). Sedangkan di daerah pegunungan tidak didapatkan penderita prurigo. Dari hasil uji *chi – square* didapatkan perbedaan yang bermakna antara kejadian prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan, dimana $p = 0,013$. Tetapi pada penelitian ini didapatkan bahwa daerah pantai dan pegunungan bukan merupakan faktor resiko terhadap kejadian prurigo dimana $RP = 0,969$ (interval kepercayaan 95% : 0,927 – 1,012).
2. Prurigo lebih banyak didapatkan pada wanita yaitu sebesar 2 orang (1,61%). Sedangkan pada laki – laki tidak didapatkan penderita prurigo. Dan dari hasil uji *chi – square* tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin siswa – siswi pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan, dimana $p = 0,134$. Tetapi wanita merupakan faktor resiko

terhadap kejadian prurigo dimana $RP = 1,016$ (interval kepercayaan 95% : 0,994 – 1,040).

3. Prurigo lebih banyak didapatkan pada kelompok umur 10 – 14 tahun yaitu sebesar 2 orang (4,17%), sedangkan pada kelompok umur 15 – 19 tahun dan 20 – 24 tahun tidak didapatkan penderita prurigo. Dan dari hasil uji *chi – square* didapatkan perbedaan yang bermakna antara umur siswa – siswi pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan, dimana $p = 0,039$, serta semakin tua umur mereka semakin berkurang resiko terjadinya prurigo.
4. Prurigo lebih banyak didapatkan pada siswa – siswi yang tinggal di daerah pantai yang memiliki higiene dan sanitasi lingkungan yang cukup yaitu sebesar 2 orang (3,13%), sedangkan di daerah pegunungan tidak didapatkan penderita prurigo. Dan dari hasil uji regresi logistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara pengaruh higiene dan sanitasi lingkungan terhadap angka kejadian prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan, dimana $p = 0,205$.

PEMBAHASAN

Prurigo lebih banyak didapatkan di daerah pantai dan terdapat perbedaan yang bermakna antara kejadian prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan. Hal ini disebabkan pada daerah pantai tersebut banyak ditemukan nyamuk akibat terdapatnya sungai yang tersumbat alirannya dan kotor yang menjadi tempat perindukan nyamuk, hal ini sesuai dengan kepustakaan yang menyatakan bahwa kulit penderita prurigo peka terhadap gigitan serangga, misalnya nyamuk, mungkin antigen atau toksin yang ada dalam ludah serangga menyebabkan alergi.^{2,4} Serta karena sehari – harinya siswa – siswi yang tinggal di daerah pantai sering mengkonsumsi ikan asin, hal ini sesuai dengan kepustakaan yang menyatakan bahwa penderita prurigo alergi terhadap makanan, misalnya ikan asin.^{2,3}

Prurigo lebih banyak didapatkan pada wanita dan wanita merupakan faktor resiko terhadap kejadian prurigo. Hal ini sesuai dengan kepustakaan

yang menyatakan bahwa prurigo lebih banyak ditemukan pada wanita daripada laki – laki.^{2,3}

Prurigo lebih banyak didapatkan pada kelompok umur 10 – 14 tahun dan terdapat perbedaan yang bermakna antara umur siswa – siswi pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Kabulrachman dan Susanto yang melaporkan bahwa prurigo lebih banyak ditemukan pada anak – anak pada kelompok umur 5 – 14 tahun yaitu sebesar 54 orang (36,74%) di daerah pantai dan 10 orang di daerah pegunungan.⁴ Dan prurigo merupakan penyakit nomer 6 yang sering terjadi pada anak – anak di beberapa rumah sakit, antara lain pada RSCM Jakarta sebesar 5,35%, RSUD dr. Soetomo sebesar 7,93%, RSUP Sanglah sebesar 1,3%, dan RSUP Medan sebesar 6,30%.⁹

Prurigo lebih banyak didapatkan pada siswa – siswi yang tinggal di daerah pantai yang memiliki higiene dan sanitasi lingkungan yang cukup. Tetapi tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara pengaruh higiene dan sanitasi lingkungan terhadap angka kejadian prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan. Hal tersebut disebabkan prurigo tidak hanya disebabkan oleh faktor higiene dan sanitasi lingkungan saja, tetapi juga oleh faktor eksternal lainnya dan faktor internal, terutama riwayat atopi pada diri penderita dan atau keluarga karena prurigo merupakan salah satu penyakit atopi yang diturunkan.^{1,2,3}

KESIMPULAN

Dari penelitian ini dapat disimpulkan hal – hal sebagai berikut :

- Prurigo didapatkan terbanyak pada daerah dengan higiene dan sanitasi lingkungan yang cukup di daerah pantai.
- Terdapat perbedaan yang bermakna antara kejadian prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan.
- Tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara pengaruh higiene dan sanitasi lingkungan terhadap angka kejadian prurigo pada pondok pesantren di daerah pantai dan pegunungan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Prurigo. In : *Principles of Pediatric Dermatology*. Didapat dari : <http://www.drhmhijazy.com/english/chapters/chapters36.htm>
2. Wiryadi EB. Purigo. Dalam : Djuanda, Hamzah M, Aisah S. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi ketiga. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2001; 250 – 3.
3. Siregar RS. *Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit*. Jakarta : EGC, 1996; 152 – 3.
4. Kabulrachman, Susnto D. *Pola Penyakit Kulit di Daerah Pantai : Studi Banding di Daerah Pantai dan Pegunungan*. MDVI 2000, 27 / 1; 5 – 9.
5. Direktorat Jendral PPM & PLP, Departemen Kesehatan Replubik Indonesia. *Pedoman Teknis Perbaikan Kualitas Air di Tempat Pendidikan Agama / Pondok Pesantren*. Jakarta : Departemen Kesehatan, 1996 : 1 -7.
6. Daud RK. *Hubungan antara Tingkat Pendidikan, Pendapatan, dan Perilaku Masyarakat dengan Kualitas Sanitasi Lingkungan di Pesisir Pantai Desa Huangobotu Kecamatan Kabila Kabupaten Gorontalo*. Yogyakarta : Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada, 2000. tesis.
7. Notoatmojo S. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Cetakan I. Jakarta : Rineka Cipta, 1997; 146 – 74.
8. Direktorat Jenderal PPM & PLP, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Petunjuk Teknis Penyuluhan Program Penyehatan Lingkungan Permukiman bagi Petugas Puskesmas (Buku I)*. Jakarta : Departemen Kesehatan, 1998.
9. Wardhana M, Wiraguna AA. *Spektrum Penyakit Kulit pada Neonatus di RSUP Sanglah Denpasar*. Berkala Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 1999, 11 / 3; 66 – 72.
10. Sastroasmoro S, Ismael S. *Dasar – Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : Binarupa Aksara, 1995.