

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Dermatofitosis merupakan penyakit pada jaringan yang mengandung zat tanduk, contohnya *stratum korneum* di epidermis, rambut, serta kuku, yang disebabkan golongan jamur *dermatofita*. Tersedia bermacam pengobatan topikal maupun sistemik buat berbagai tipe *dermatofitosis*. Sejalan dengan penetrasi *dermatofita* ke dalam folikel rambut, maka infeksi yang mengenai daerah berambut memerlukan pengobatan oral.¹

Diperkirakan sekitar 10 hingga 15% individu terkontaminasi *dermatofit* di beberapa titik dalam hidup mereka. Berdasarkan *journal of fungi, dermatofitosis* mempengaruhi sekitar 25% dari populasi dunia dan 30-70% orang dewasa adalah pembawa penyakit ini tanpa gejala.² Faktor risiko untuk *dermatofitosis* termasuk usia yang lebih tua, diabetes, immunosupresi, dan riwayat *Tinea pedis* sebelumnya.³

Orang-orang dari daerah perkotaan dan pedesaan berada pada peningkatan risiko infeksi *dermatofit*. Studi dari paruh pertama tahun dekade terakhir melaporkan dominasi pedesaan, mungkin karena frekuensi tinggi pekerjaan di luar ruangan termasuk pertanian predisposisi peningkatan keringat. Orang-orang yang melakukan aktivitas luar ruangan di tempat panas yang lembab dan lingkungan berada pada risiko infeksi yang lebih besar karena ini menyediakan lingkungan yang menguntungkan bagi *dermatofit*. Studi terbaru juga melaporkan bahwa pekerja kasar paling sering terkena. Petani berada di risiko tambahan karena peningkatan paparan jamur patogen dari lingkungan dan sering kontak dengan tanah dan hewan.⁴

Lebih banyak ibu rumah tangga dengan infeksi aktif terlihat sekarang dengan lingkungan dapur yang panas dengan peningkatan keringat mendukung pertumbuhan *dermatofit*, membuat ibu rumah tangga rentan. Menurut penelitian Rudramurthy dkk, menemukan ibu rumah tangga sebagai kelompok yang terkena dampak paling umum (25,1%) dalam studi mereka.⁵

Sampai saat ini angka kejadian *dermatofitosis* di Indonesia dilaporkan masih cukup tinggi. Dari data Profil Kesehatan Indonesia 2010 didapat bahwa penyakit kulit dan jaringan subkutan menjadi peringkat ketiga dari 10 besar penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di rumah sakit se-Indonesia berdasarkan jumlah kunjungan yaitu sebanyak 192.414 kunjungan dan 122.076 kunjungan diantaranya merupakan kasus baru.⁶ Di laporkan pada penelitian yang dilakukan pada petugas kebersihan di kecamatan Cihideung kota Tasikmalaya, didapati dari 20 orang yang terinfeksi jamur *dermatophyta* yaitu *Trichophyton rubrum* sebanyak 15%, *Trichophyton mentagrophytes* sebanyak 15%, *Microsporium gypseum* sebanyak 5% dan *Epidermophyton floccosum* sebanyak 5%, juga ditemukan pertumbuhan jamur lain didapatkan 12 orang atau 60% yaitu *Aspergillus sp* sebanyak 35%, *Penicillium sp* sebanyak 5%, *Rhizopus sp* sebanyak 15%, dan *Fusarium sp* sebanyak 5%.⁷

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti berniat untuk melakukan penelitian mengenai profil pekerjaan dengan *dermatofitosis* pada pasien di RSUD Dr. Pirngadi Medan tahun 2020-2021 dan menentukan pekerjaan mana yang paling berpengaruh dengan *dermatofitosis*.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan diatas, maka yang menjadi masalah penelitian adalah bagaimana profil pekerjaan penderita *dermatofitosis* di RSUD Dr. Pirngadi Medan tahun 2020-2021.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Untuk mengetahui profil pekerjaan penderita *dermatofitosis* di RSUD Dr. Pirngadi Medan tahun 2020-2021.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Untuk mengetahui distribusi frekuensi pekerjaan penderita *dermatofitosis* menurut usia pada pasien di RSUD Dr. Pirngadi Medan tahun 2020-2021.

2. Untuk mengetahui distribusi frekuensi pekerjaan penderita *dermatofitosis* menurut jenis kelamin pada pasien di RSUD Dr. Pirngadi Medan tahun 2020-2021.
3. Untuk mengetahui gambaran mengenai jenis *dermatofitosis* yang paling banyak pada pasien di RSUD Dr. Pirngadi Medan tahun 2020-2021.

1.4. Manfaat Penelitian

Dengan mengetahui profil pekerjaan penderita *dermatofitosis* di RSUD Dr. Pirngadi Medan tahun 2020-2021, diharapkan diperoleh berbagai manfaat antara lain:

1.4.1. Bagi peneliti sendiri

Agar peneliti mendapatkan pengetahuan tentang profil pekerjaan penderita *dermatofitosis* di RSUD Dr. Pirngadi Medan dan untuk menambah wawasan dan pengalaman dalam menerapkan ilmu yang didapat selama kuliah.

1.4.2. Bagi institusi RSUD Dr. Pirngadi Medan

Sebagai bahan masukan bagi institusi dan klinisi untuk kasus *dermatofitosis* di poliklinik kulit dan kelamin.

1.4.3. Bagi institusi pendidikan

Menambah kepustakaan menyangkut profil pekerjaan dengan *dermatofitosis* dan dapat dijadikan sebagai referensi bagi mahasiswa yang akan melakukan penelitian yang serupa atau lebih lanjut.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Dermatofitosis

2.1.1. Definisi Dermatofitosis

Dermatofitosis adalah infeksi pada jaringan yang mengalami keratinisasi, termasuk kulit, rambut, dan kuku yang disebabkan oleh berbagai jenis *dermatofit*.⁸ Beberapa tahun terakhir telah terlihat peningkatan prevalensi infeksi *dermatofit* di seluruh dunia, terutama di daerah tropis. Meskipun bukan penyakit yang mengancam jiwa, itu dapat secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup.⁹

2.1.2. Etiologi Dermatofitosis

Dermatofitosis artinya penyakit fungi yang tentang jaringan yang mengandung zat tanduk mirip *stratum korneum* yang bisa ditemukan pada kulit, kuku, serta rambut. *Dermatofitosis* dapat disebabkan oleh 17 spesies *Microsporum*, 21 spesies *Trichophyton* dan 2 spesies *Epidermophyton*.¹

Dermatofit adalah kelompok jamur berfilamen yang merupakan penyebab paling umum dari *mikosis* kulit. *Dermatofit* mencakup tiga genera dalam kelas *Eucomycetes*: *Trichophyton*, *Microsporum*, dan *Epidermophyton*. *Dermatofit* dikelompokkan menurut habitatnya sebagai *antropofilik* (berasosiasi dengan manusia), *zoofilik* (berasosiasi dengan hewan), atau *geofilik* (berasosiasi dengan tanah). Spesies *antropofilik* bertanggung jawab atas sebagian besar infeksi pada manusia namun, spesies dari ketiga kelompok *dermatofita* telah dikaitkan dengan penyakit klinis. Infeksi pada manusia yang disebabkan oleh *antropofil* cenderung bersifat kronis, dengan sedikit peradangan, sedangkan infeksi yang disebabkan oleh *geofil* dan *zoofil* sering dikaitkan dengan peradangan akut dan dapat sembuh sendiri.¹⁰

2.1.3. Epidemiologi Dermatofitosis

Dermatofitosis lazim secara global, mempengaruhi sekitar 20 hingga 25% populasi dunia. Prevalensinya adalah diatur oleh kondisi lingkungan, kondisi sosial ekonomi, dan kerentanan individu.¹¹

Prevalensi penyakit *dermatofitosis* di Asia mencapai 35,6%. *World Health Organization* (WHO) 2016 terhadap insiden dari infeksi *dermatofitosis* menyatakan 20% orang dari seluruh dunia mengalami infeksi *kutaneus* dengan infeksi *Tinea korporis* yang merupakan tipe yang paling dominan dan diikuti dengan *Tinea kruris*, *Tinea pedis*, dan *onikomikosis*. Data Indonesia *dermatofitosis* menempati urutan kedua setelah *Pityriasis versikolor*. *Dermatofitosis* didapatkan sebanyak 52% dengan kasus terbanyak *Tinea pedis* dan *Tinea kruris*.¹²

2.1.4. Faktor risiko Dermatofitosis

Faktor risiko yang mungkin berkontribusi pada peningkatan *dermatofitosis*, termasuk berbagi sabun dan handuk, mencuci pakaian di wadah yang sama, berbagi toilet, penyalahgunaan steroid topikal dan penggunaan steroid topikal yang dijual bebas, dan penggunaan sabun antiseptik yang membunuh flora normal.¹³

Standar hidup yang buruk, kurangnya kebersihan, kepadatan penduduk dan gizi buruk pada kelompok sosial ekonomi rendah mendorong pertumbuhan *dermatofit*, meningkatkan risiko infeksi, *kronisitas* dan kekambuhan. Pasangan dan anak-anak, seringkali seluruh keluarga, memiliki *dermatofitosis* bersamaan. Prevalensi yang tinggi terjadi pada orang yang tinggal di rumah yang penuh sesak, kumuh dan asrama.⁴

2.1.5. Patogenesis Dermatofitosis

Genus *Trichophyton*, *Microsporum*, dan *Epidermophyton* termasuk jamur berfilamen yang menyebabkan *dermatofitosis*, infeksi superfisial kulit, stratum korneum, bantalan kuku, dan folikel rambut. Kemampuan *dermatofit* untuk mematuhi substrat ini dan beradaptasi dengan lingkungan inang sangat penting untuk pembentukan infeksi. Beberapa enzim jamur dan

protein berpartisipasi dalam respon adaptif terhadap lingkungan dan degradasi keratin. Faktor transkripsi seperti PacC dan Hfs1, serta protein kejutan panas, terlibat dalam merasakan dan beradaptasi dengan pH asam kulit pada tahap awal interaksi inang jamur. Selama pertumbuhan *dermatofita*, dengan keratin sebagai satu-satunya sumber karbon, pH ekstraseluler berubah dari asam menjadi basa. Ini menciptakan lingkungan di mana sebagian besar *protease* keratinolitik yang diketahui menunjukkan aktivitas optimal. Peristiwa ini memuncak dalam pembentukan dan pemeliharaan infeksi, yang dapat menjadi kronis atau akut tergantung pada spesies *dermatofita*.¹⁴

Manifestasi klinis *dermatofitosis* tergantung pada banyak faktor yang mengandung spesies *patogen*, tempat infeksi dan respon imunologis pasien. Infeksi *dermatofita* dapat diklasifikasikan menurut inangnya menjadi tiga kelompok, *zoofilik*, *geofilik*, dan *antropofilik*. Spesies *zoofilik* dan *geofilik* biasanya menghasilkan penyakit inflamasi pada manusia, sedangkan spesies *antropofilik* lebih sering menyebabkan penyakit non-inflamasi.⁸

2.1.6. Macam – macam *Dermatofitosis*

1. Tinea cruris

Tinea cruris, juga dikenal sebagai *jock itch*, adalah infeksi yang melibatkan kulit *genital*, kemaluan, *perineum*, dan *perianal* yang disebabkan oleh jamur patogen yang dikenal sebagai *dermatofit*. *Dermatofit* ini mempengaruhi struktur keratin seperti rambut dan *stratum korneum* epidermis yang mengakibatkan ruam yang khas. Daerah intertriginosa adalah lingkungan yang ramah untuk jamur, dengan keringat, maserasi, dan pH basa yang bertanggung jawab atas kecenderungan selangkangan untuk infeksi.¹⁵



Gambar 2.1 Tinea Kruris

2. *Tinea kapitis*

Tinea kapitis, juga dikenal sebagai infeksi kurap atau *herpes tonsil*, adalah infeksi jamur pada rambut kulit kepala. Hal ini disebabkan terutama oleh spesies *dermatofita Microsporum* dan *Trichophyton*. Jamur dapat menembus selubung akar luar folikel rambut dan akhirnya dapat menyerang batang rambut. Secara klinis, *Tinea kapitis* dapat dibagi menjadi tipe inflamasi dan non-inflamasi. Jenis non-inflamasi biasanya tidak akan rumit dengan jaringan parut *alopecia*. Jenis peradangan dapat menyebabkan *kerion*, nodul yang menyakitkan dengan nanah, dan jaringan parut *alopecia*. *Tinea capitis* terjadi terutama pada anak-anak antara 3 dan 14 tahun, tetapi dapat mempengaruhi semua kelompok umur. Ini mungkin juga melibatkan bulu mata dan alis.¹⁶



Gambar 2.2 Tinea Kaptitis

3. *Tinea corporis*

Tinea corporis adalah infeksi jamur superfisial pada kulit tubuh yang disebabkan oleh *dermatofita*. *Tinea corporis* hadir di seluruh dunia. Ini didefinisikan secara eksplisit oleh lokasi lesi yang mungkin melibatkan batang tubuh, leher, lengan, dan kaki. Ada nama alternatif untuk infeksi *dermatofit* yang mempengaruhi area tubuh lainnya. *Tinea corporis* (kurap) biasanya muncul sebagai bercak merah, *annular*, bersisik, gatal dengan *kliring sentral* dan batas aktif. Lesi mungkin tunggal atau *multipel* dan ukurannya umumnya berkisar dari 1 sampai 5 cm, tetapi lesi yang lebih besar dan pertemuan lesi juga dapat terjadi dan dapat disebabkan oleh *dermatofit* apapun.¹⁷



Gambar 2.3 *Tinea Korporis*

4. *Tinea pedis*

Tinea pedis atau kurap kaki adalah infeksi pada kaki yang mengenai telapak kaki, celah *interdigital* pada jari kaki, dan kuku dengan jamur *dermatofita*. Ini juga disebut kaki atlet. Terutama, *Trichophyton rubrum* menyebabkan *Tinea pedis*. *Trichophyton interdigitale* dan *Epidermophyton floccosum* juga terlibat. Agen sesekali lainnya termasuk *Tricholosporum violaceum*. *T. rubrum* menyumbang sekitar 70% dari kasus.¹⁸



Gambar 2.4 Tinea Pedis

5. *Tinea unguinum*

Onikomikosis adalah infeksi jamur pada unit kuku. Jika *onikomikosis* disebabkan oleh *dermatofita*, disebut *Tinea unguium*. Istilah *onikomikosis* tidak hanya mencakup *dermatofit* tetapi juga infeksi jamur dan jamur *saprofit*. Kuku abnormal yang tidak disebabkan oleh infeksi jamur adalah jenis kuku *distrofik*. *Onikomikosis* dapat menginfeksi kuku tangan dan kuku kaki, tetapi *onikomikosis* kuku kaki jauh lebih umum. *Trichophyton rubrum*, tetapi *dermatofita* lainnya, termasuk *Trichophyton mentagrophytes* dan *Epidermophyton floccosum*, juga dapat disebabkan. *Dermatofit* diidentifikasi pada 90% kuku jari kaki dan 50% *onikomikosis* kuku. *Candida albicans* menyumbang 2% dari *onikomikosis*, terjadi terutama pada kuku.¹⁹



Gambar 2.5 Tinea Unguium

6. *Tinea barbae*

Tinea barbae adalah infeksi *dermatofita* langka yang menyerang kulit, rambut, dan folikel rambut pada janggut dan kumis. *Tinea barbae* juga dikenal sebagai *Tinea sycosis*, karena salah satu manifestasi klinisnya adalah peradangan pada folikel rambut. *Tinea barbae* di masa lalu umumnya dikaitkan dengan ditularkan oleh pisau cukur yang tidak bersih yang digunakan oleh tukang cukur. Oleh karena itu, itu sering disebut sebagai gatal tukang cukur dan kurap jenggot. *Tinea barbae* sering disebabkan oleh *Dermatofita zoofilik*, *Trichophyton verrucosum*, *T. Mentagrophytes* var, *mentagrophytes*, dan *T. mentagrophytes* var.²⁰



Gambar 2.6 *Tinea Barbae*

2.1.8. Penegakan Diagnosis

Di pemeriksaan mikologik buat mendapatkan jamur dibutuhkan bahan klinis, yang bisa berupa kerokan kulit, rambut, dan kuku. Bahan pemeriksaan mikologik dibersihkan dengan spiritus 70%, lalu buat:

1. Kulit tidak berambut (glabrous skin)

Dari bagian tepi kelainan hingga menggunakan bagian sedikit pada luas kelainan sisik kulit serta kulit dikerok menggunakan pisau tumpul steril.

2. Kulit berambut

Rambut dicabut pada bagian kulit yang mengalami kelainan. Kulit di daerah tersebut dikerok buat mengumpulkan sisik kulit. Investigasi dengan lampu wood dilakukan sebelum pengumpulan bahan buat mengetahui

lebih jelas wilayah yang terkena infeksi menggunakan kemungkinan adanya fluoresensi pada kasus tinea kapitis.

3. Kuku

Bahan diambil dari bagian kuku yang sakit dan diambil sedalam-dalamnya sehingga mengenai seluruh tebal kuku.

Pemeriksaan sediaan basah dilakukan dengan mikroskop, mula-mula menggunakan pembesaran 10x10, lalu menggunakan pembesaran 10x45. Sediaan basah dibuat menggunakan meletakkan bahan di atas gelas alas, kemudian ditambah satu sampai dua tetes larutan KOH. Konsentrasi larutan KOH buat sediaan rambut ialah 10% dan buat kulit serta kuku 20%. Sehabis sediaan dicampur menggunakan larutan KOH, ditunggu 15-20 menit hal ini diharapkan buat melarutkan jaringan. Agar mempercepat proses pelarutan dapat dilakukan pemanasan sediaan basah di atas api yang kecil. Ketika mulai keluar uap asal sediaan tersebut, pemanasan telah cukup. Bila terjadi penguapan, maka akan terbentuk kristal KOH, sehingga tujuan yang diinginkan tidak tercapai. Untuk melihat elemen fungi lebih konkret dapat dibubuhi zat warna di sediaan KOH, contohnya tinta Parker superchrom blue black. Pada sediaan kulit dan kuku yang terlihat artinya hifa, menjadi 2 garis sejajar, terbagi sang sekat, serta bercabang, juga spora berderet (*artrospora*) di kelainan kulit usang atau sudah diobati. Pada sediaan rambut yang dilihat adalah spora kecil (*mikrospora*) atau akbar (*makrospora*). Spora dapat tersusun di luar rambut (*ektotriks*) atau di pada rambut (*endotriks*).¹

Lampu wood dapat mendeteksi area kulit yang *berpigmen* atau mengalami *depigmentasi* dan juga dapat mendeteksi *fluoresensi*. Kulit normal yang sehat muncul sebagai warna biru tetapi mungkin menunjukkan bintik-bintik putih ketika kulit tebal dan kuning ketika berminyak. Bintik-bintik ungu menunjukkan kekeringan atau dehidrasi.

Serat pakaian sering kali berwarna putih cerah dan mengkilat. Hasil positif adalah bila ada kelainan *pigmentasi* yang jelas, atau *fluoresensi* dicatat. Lampu wood sering digunakan untuk menegakkan diagnosis kelainan kulit seperti *Tinea capitis* akan menunjukkan area kebotakan, dan spesies *Microsporum* akan berpendar biru-hijau - namun, banyak infeksi jamur lainnya mungkin tidak berpendar dengan lampu wood.²¹

2.1.9. Penatalaksanaan

Pengobatan yang ideal harus memiliki tingkat kesembuhan yang tinggi dengan tingkat kekambuhan yang rendah, tindakan anti-inflamasi yang kuat, onset kerja yang cepat, durasi kerja yang singkat tanpa efek samping, penyerapan sistemik minimal dan harus hemat biaya, aman untuk digunakan pada kehamilan dan laktasi.⁹

Tatalaksana medikamentosa pengobatan yang diberikan kepada penyakit jamur akibat *dermatofita* dapat diberikan obat anti jamur sistemik ataupun topikal. Tetapi pada lesi yang mengenai rambut atau kuku dalam pengobatannya harus menggunakan obat sistemik. Medikamentosa anti *fungus* diberikan sesuai dengan tempat yang terinfeksi. Setiap tempat *dermatofita* memiliki dosis dan lama pengobatan yang berbeda. Dalam pengolesan obat diberikan dari luar kedalam, dimulai dari 2 cm dari batas luar lesi.²²

Tabel 2.1 Obat Anti Jamur Topikal dan Sistemik²²

Penyakit	Obat Topikal	Obat Sistemik	
		Dewasa	Anak
Tinea kaptis	Terapi tambahan Selenium sulfide 1% atau 2,5%	Griseofulvin 20-25 mg/kg/hari selama 6-8 minggu	Griseofulvin per hari selama 6-8 minggu ≥ 2 tahun: 20-25 mg/kg/hari
Tinea barbae	Terapi tambahan Zinc pyrithione 1% atau 2%	Griseofulvin 1 gr selama 6 minggu	
Tinea corporis / cruris	Allylamines	Terbinafin 250 mg per hari selama 2-4 minggu	Terbinafin 3 - 6 mg/kg/hari selama 2 minggu
Tinea pedis / manum	Allylamine	Terbinafin 250 mg per hari selama 2 minggu	
Onychomycosis	Tioconazole	Terbinafine 250 mg/hari selama 6 - 12 bulan	Terbinafine per hari selama 6-12 bulan BB 10 - 20 kg: 62,5 mg/hari

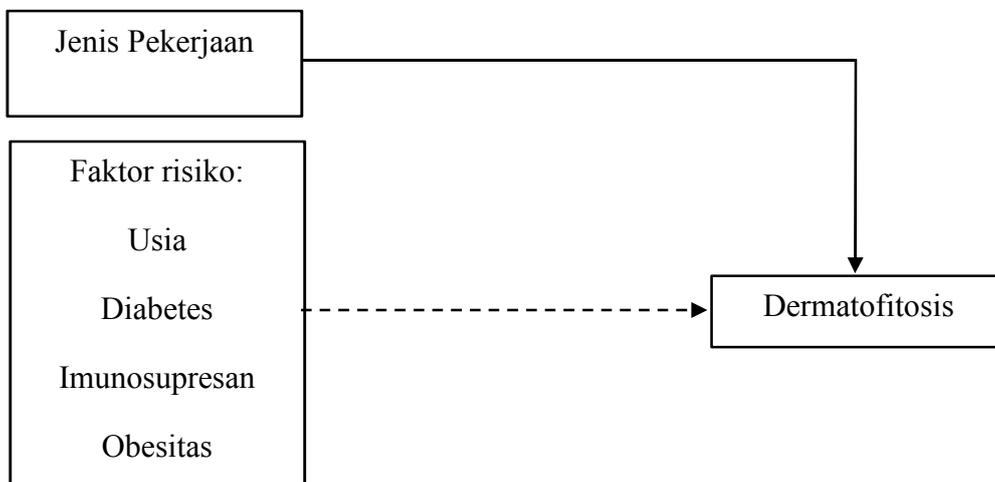
Sumber : A H. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin. 1st ed. Vol. 1, Dermatitis. Jakarta; 2019. 3–15 p.

2.2 Pencegahan

Penyakit jamur pada kulit sangat umum, siapa pun bisa terkena penyakit jamur, tetapi orang yang memiliki sistem kekebalan yang lemah mungkin sangat berisiko terkena infeksi dan mungkin memiliki masalah dalam melawan penyakit jamur pada kulit.

1. Jaga kulit Anda tetap bersih dan kering.
2. Kenakan sepatu yang memungkinkan udara bersirkulasi dengan bebas di sekitar kaki.
3. Jangan berjalan tanpa alas kaki di area seperti ruang ganti atau kamar mandi umum.
4. Potong kuku jari tangan dan kaki hingga pendek dan jaga kebersihannya.
5. Ganti kaus kaki dan pakaian dalam setidaknya sekali sehari.
6. Jangan berbagi pakaian, handuk, seprai, atau barang pribadi lainnya dengan seseorang yang menderita penyakit jamur.²³

2.3 Kerangka Teori



Keterangan :

————→ : Diteliti

-----→ : Tidak diteliti

Gambar 2.7 Kerangka Teori

BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan desain *cross-sectional*.

3.2. Tempat Dan Waktu Penelitian

3.2.1. Tempat penelitian

Penelitian dilaksanakan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Dr.Pirngadi Medan pada bulan Agustus 2022 s/d September 2022.

3.2.2. Waktu penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Agustus 2022 s/d Oktober 2022.

3.3. Populasi Penelitian

3.3.1 Populasi target

Pasien yang mengalami *dermatofitosis*.

3.3.2 Populasi terjangkau

Pasien yang mengalami *dermatofitosis* di RSUD Dr. Pirngadi Medan pada tahun 2020-2021.

3.4. Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah pasien rawat jalan dengan *dermatofitosis* di RSUD Dr. Pirngadi Medan periode tahun 2020-2021. Cara pemilihan sampel dengan dengan teknik *total sampling* yaitu pasien rawat jalan yang datang ke Departemen Kulit dan Kelamin sejak tahun 2020-2021.

3.5. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.5.1. Kriteria inklusi

Data rekam medis yang lengkap (usia, jenis kelamin, pekerjaan, daerah tempat tinggal) pada pasien yang didiagnosis dengan *dermatofitosis* di RSUD Dr. Pirngadi Medan Tahun 2020-2021.

3.5.2. Kriteria eksklusi

Data rekam medik yang terdapat kerusakan dan tidak bisa dibaca.

3.5. Metode Pengambilan Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan data yang didapatkan dari rekam medik pasien yang memeriksakan dirinya pada tahun 2020-2021. Kemudian peneliti meminta izin kepada bagian rekam medis untuk menyiapkan rekam medis pasien dan peneliti mengisi lembar penelitian berdasarkan data dalam rekam medis.

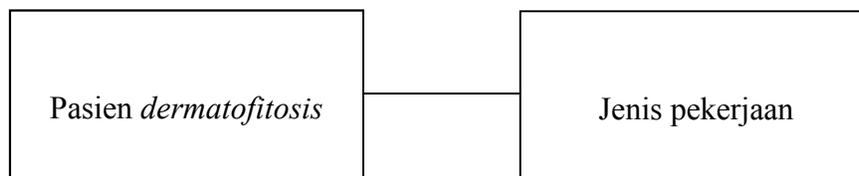
3.6. Alur penelitian

1. Meminta permohonan izin pelaksanaan penelitian ini diajukan pada institut pendidikan Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen.
2. Peneliti meminta izin penggunaan rekam medis yang diajukan pada RSUD Dr. Pirngadi Medan.
3. Mengumpulkan rekam medis yang terdiagnosis *dermatofitosis* di RSUD Dr. Pirngadi Medan.
4. Pengambilan data berupa pekerjaan, umur dan jenis kelamin pasien terdiagnosis *dermatofitosis*.
5. Menganalisa data untuk mencari hubungan antara pekerjaan dengan *dermatofitosis* pada pasien di RSUD Dr. Pirngadi Medan.

3.7. Identifikasi Variabel

1. Variabel : 1. Jenis pekerjaan.
2. Kejadian *dermatofitosis*.

3.8. Kerangka Konsep



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

3.9. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara ukur	Hasil ukur	Alat ukur	Skala
Jenis Pekerjaan	Pekerjaan yang tercantum direkam medis penderita dermatofitosis	Pengambilan data pekerjaan pasien dermatofitosis RSUD Dr. Pirngadi Medan	Wiraswasta Pegawai Swasta TNI Polri Dosen IRT PNS Pelajar Mahasiswa Pensiunan Tidak bekerja	Rekam medis	Nominal
Usia	Usia pasien penderita dermatofitosis	Pengambilan data dari RSUD Dr. Pirngadi Medan	Semua Usia	Rekam medis	Nominal
Jenis kelamin	Identitas pasien yang dapat digunakan untuk membedakan antara laki-laki dan perempuan	Pengambilan data dari RSUD Dr. Pirngadi Medan	Laki-laki, perempuan	Rekam medis	Nominal

Dermatofitosis	Terdiagnosis dermatofitosis dalam rekam medik	Pengambilan data dari RSUD Dr. Pirngadi Medan	Tinea Korporis Tinea Capitis Tinea Kruris Tinea Pedis Tinea Unguinum Tinea Barbae	Rekam medis	Nominal
----------------	--	---	---	----------------	---------

3.10. Analisis Data

3.10.1. Analisis data Univariat.

Pada penelitian ini digunakan analisis univariat yang bertujuan untuk menjelaskan/mendeskriftkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Analisis univariat dilakukan dengan tujuan untuk melihat distribusi pekerjaan, usia dan jenis kelamin dari data rekam medis. Analisis ini menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari setiap variabel.