

**GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP ORANG TUA
YANG MEMILIKI BAYI PENDERITA DERMATITIS ATOPIK
TIPE INFANTIL**

SKRIPSI



Disusun oleh

DIANA PUSPITA

405110145

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TARUMANAGARA
JAKARTA**

2015

**GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP ORANG TUA
YANG MEMILIKI BAYI PENDERITA DERMATITIS ATOPIK
TIPE INFANTIL**

SKRIPSI



**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked) pada Fakultas Kedokteran
Universitas Tarumanagara Jakarta**

DIANA PUSPITA

405110145

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TARUMANAGARA
JAKARTA**

2015

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya, Diana Puspita, NIM 405110145

Dengan ini menyatakan, menjamin bahwa skripsi yang diserahkan kepada Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, berjudul Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Orang Tua Yang Memiliki Bayi Penderita Dermatitis Atopik Tipe Infantil merupakan hasil karya sendiri, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar dan tidak melanggar ketentuan plagiarisme dan otoplagiarisme.

Saya menyatakan memahami adanya larangan plagiarisme dan otoplagiarisme dan dapat menerima segala konsekuensi jika melakukan pelanggaran menurut ketentuan peraturan perundang-undangan dan peraturan lain yang berlaku di lingkungan Universitas Tarumanagara.

Pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jakarta, 2 Juli 2015

**Diana Puspita
405110145**

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi ini diajukan oleh:

JUDUL/ TOPIK : Gambaran Pengetahuan dan Sikap Orang Tua yang
Memiliki Bayi Penderita Dermatitis Atopik Tipe
Infantil
NAMA : Diana Puspita
NIM : 405110145
NAMA PEMBIMBING : dr. Indria Intan, Sp.KK
LAMA PENELITIAN : Februari – April 2015
LOKASI : Puskesmas Kecamatan Kembangan

Jakarta, 25 Mei 2015

Menyetujui,

Mahasiswa,

Pembimbing

dr. Indria Intan, SpKK

NIK: 10411006

Diana Puspita

NIM: 405110145

Mengetahui,

Dr. dr. Meilani Kumala, M.S., Sp.GK

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Diana Puspita

NIM : 405110145

Program Studi : Sarjana Kedokteran

Judul Skripsi : Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Orang Tua Yang Memiliki
Bayi Penderita Dermatitis Atopik Tipe Infantil

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked.) pada Program Studi Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Indria Intan, Sp.KK ()

Ketua Sidang : dr. Novendy, MKK ()

Penguji 1 : dr. Eko Kristanto, M.Paed ()

Penguji 2 : dr. Indria Intan, Sp.KK ()

Mengetahui,

Dekan : Dr. dr. Meilani Kumala, M.S., Sp.GK ()

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 2 Juli 2015

KATA PENGANTAR

Sungguh besar kebaikan kasih Buddha Maitreya yang Agung-Tuhanku Yang Maha Esa, penulis mengucapkan syukur yang tak terhingga akhirnya dapat menyelesaikan skripsi dengan baik. Skripsi berjudul “Gambaran Pengetahuan dan Sikap Orang Tua yang Memiliki Bayi penderita Dermatitis Atopik Tipe Infantil” merupakan prasyarat agar dapat dinyatakan lulus sebagai Sarjana Kedokteran. Selama proses pendidikan mulai dari awal hingga akhir, banyak sekali pengalaman yang didapatkan oleh penulis untuk berkarir sebagai dokter di kemudian hari.

Selama proses penyusunan skripsi ini terdapat keterbatasan dari penulis dalam mengerjakan penelitian. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak yang telah mendukung keberhasilan penyusunan skripsi ini.

Ucapan terima kasih penulis khususnya disampaikan kepada:

1. dr. Indria Intan, Sp.KK. selaku pembimbing skripsi penulis
2. Dosen-dosen dan para staf Unit Penelitian dan Pengembangan(UPPI) Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara
3. Kedua orang tua dan keluarga yang sangat saya cintai dan sayangi, terima kasih untuk segala doa, pengorbanan dan dukungannya
4. Andrew Permana Suliarta, *thank you baby*
5. Dokter-dokter, bidan, dan para staf di Puskesmas Kecamatan Kembangan
6. Masyarakat Kec.Kembangan yang telah bersedia membantu saya sebagai responden dalam penelitian ini

Akhir kata, semoga Buddha Yang Maha Esa berkenan mebalas segala karma baik semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat, baik sebagai sumber informasi maupun sumber inspirasi bagi pembaca dan pengembangan ilmu.

Jakarta, 2 Juli 2015

Diana Puspita

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Diana puspita

NIM : 405110145

Program Studi : Sarjana Kedokteran

Jenis karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memublikasikan karya ilmiah saya yang berjudul:

Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Orang Tua Yang Memiliki Bayi Penderita Dermatitis Atopik Tipe Infantil.

serta mencantumkan nama Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Jakarta, 2 Juli 2015

Diana Puspita

405110145

ABTRACT

Atopic dermatitis (DA) remains a major health problem in the world. Atopic dermatitis is a condition where there is a chronic and recurrent skin inflammation that usually occurs during infancy and children, with characteristic and very prominent symptom is itching highly and easily arise. This study aims to find a picture of the knowledge and attitudes of mothers with DA. This study using cross sectional method for collecting data on knowledge and attitudes of respondents to the DA done in one same time, the total respondents were 60 people. The results obtained suggests that in terms of knowledge and attitudes, the majority of respondents have a good knowledge and have a good attitude. From the study it can be concluded that, overall knowledge and attitude has been good, but because it still found the incidence of DA, it's advisable given counseling to parents so that knowledge and attitudes can be applied properly.

Key word : Atopic Dermatitis, Mom's Knowledge, Mom's Attitude, Baby

ABSTRAK

Dermatitis Atopik (DA) masih merupakan masalah kesehatan besar di dunia. Dermatitis Atopik adalah suatu keadaan dimana terjadi peradangan kulit kronis dan residif yang umumnya terjadi selama masa bayi dan anak-anak, dengan ciri dan gejala yang sangat menonjol adalah rasa gatal yang sangat dan mudah sekali timbul. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran dari pengetahuan dan sikap dari ibu penderita DA. Penelitian ini menggunakan metode *cross sectional* karena pengumpulan data mengenai pengetahuan dan sikap responden terhadap DA dilakukan dalam satu waktu yang bersamaan, dengan total responden sebanyak 60 orang. Hasil yang didapatkan memberikan gambaran bahwa dari segi pengetahuan dan sikap, mayoritas responden mempunyai pengetahuan yang baik serta memiliki sikap yang baik. Dari penelitian dapat disimpulkan bahwa, secara keseluruhan pengetahuan maupun sikap sudah baik, namun karena masih ditemukannya angka kejadian DA ada baiknya diberikan penyuluhan terhadap orang tua agar pengetahuan dan sikap dapat di aplikasikan dengan baik dan benar.

Kata kunci : Dermatitis Atopik, Pengetahuan Ibu, Sikap Ibu, Bayi

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRACT.....	vii
ABKSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
1.PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.2.1 Pernyataan Masalah	3
1.2.2 Pertanyaan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat penelitian.....	4
2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Dermatitis atopik.....	5
2.1.1 Definisi Dermatitis Atopik.....	5
2.1.2 Sinonim Dermatitis Atopi	5

2.1.3 Epidemiologi Dermatitis Atopik	5
2.1.4 Patogenesis Dermatitis Atopik.....	6
2.1.5 Faktor Resiko dan Pemicu Dermatitis Atopik	8
2.1.6 Gambaran Klinis Dermatitis Atopik	11
2.1.7 Diagnosis Dermatitis Atopik.....	13
2.1.8 Diagnosis Banding	15
2.1.9 Penatalaksanaan Dermatitis Atopik	16
2.1.10 Pencegahan Dini sebelum Terjadinya Gejala Alergi	18
2.2 Pengetahuan	18
2.2.1 Definisi	18
2.2.2 Tingkat pengetahuan	19
2.2.3 Proses perilaku “TAHU”	20
2.2.4 Faktor yang mempengaruhi Pengetahuan	20
2.3 Sikap	21
2.3.1 Definisi	21
2.3.2 Tingkat Sikap	21
2.3.3 Skala sikap	21
2.4 Kerangka Teori	22
2.5 Kerangka Konsep.....	23
3. METODOLOGI PENELITIAN	24
3.1 Desain Penelitian.....	24
3.2 Tempat dan Waktu	24
3.3 Populasi dan Sampel	24
3.4 Perkiraan Besar Sampel	24
3.5 Kriteria Inklusi	25
3.6 Cara Kerja Penelitian	25
3.7 Etika Penelitian	26
3.8 Variabel Penelitian	27

3.9 Instrumen Penelitian.....	27
3.10 Definisi Operasional Variable.....	27
3.11 Pengumpulan Data	28
3.12 Analisis Data	28
3.13 Alur Penelitian	29
3.14 Jadwal Pelaksanaan.....	30
4. HASIL DAN PEMABAHASAN	31
4.1 Analisis Deskriptif.....	31
4.1.1 Data Demografi Responden Penelitian	31
4.1.2 Distribusi Pendidikan Ibu.....	32
4.1.3 Pekerjaan Ibu.....	33
4.1.4 Jenis Kelamin Bayi	34
4.1.5 Jumlah Anak Dalam Keluarga	34
4.1.6 Jumlah Lapisan Pakaian.....	35
4.1.7 Riwayat DA pada Orang Tua.....	36
4.2 Skoring Analisis.....	36
4.2.1 Pengetahuan	36
4.2.2 Sikap.....	40
4.3 Gambaran rata-rata.....	41
4.4 Keterbatasan Penelitian	42
5. KESIMPULAN DAN SARAN	43
DAFTAR PUSTAKA	45
LAMPIRAN.....	47
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	54

DAFTAR TABEL

1.	2.1 Gambaran Klinis Dermatitis Atopik	11
2.	2.2 Kriteria Diagnosa Hanijfin-Rajka	13
3.	2.3 Kriteria Diagnosa untuk Bayi.....	14
4.	2.4 Pedoman Diagnosa <i>Non-Hospital-Based</i>	14
5.	4.1 Data Demografi Responden Penelitian	31
6.	4.2 Data tamatan pendidikan pendudukan 2010	32

DAFTAR GAMBAR

1. 2.1 Kulit individu Dermatitis Atopik berbeda dibandingkan dengan kulit sehat.....	8
2. 2.2 Penatalaksanaan Dermatitis Atopik	16
3. 4.1 Gambar Distribusi Pendidikan Ibu.....	32
4. 4.2 Gambar Distribusi Pekerjaan Ibu	33
5. 4.3 Gambar Distribusi Jenis Kelamin Bayi.....	34
6. 4.4 Gambar Distribusi Jumlah Anak Dalam Keluarga	34
7. 4.5 Gambaran Pengetahuan Responden	36
8. 4.6 Gambaran Sikap Responden	40
9. 4.7 Gambaran Rata-rata Pengetahuan dan Sikap Responden	41

DAFTAR SINGKATAN

ASI	Air susu ibu
CD	<i>Cluster of Differentiation</i>
DA	Dermatitis Atopik
FK	Fakultas Kedokteran
IFN	Interferon
IgE	Imunoglobulin E
ISAAC	<i>International Study of Asthma and Allergies in Childhood</i>
KEMENKES	Kementrian Kesehatan
KESBANGPOL	Kesatuan Bangsa dan Politik
KSDAI	Kelompok Studi Dermatologi Anak Indonesia
RS	Rumah Sakit
RSU	Rumah Sakit Umum
SHBR	<i>Spontaneous Basophil Histamine Realease</i>
TDR	Tungau debu rumah
TEWL	<i>Transepidermal Water Loss</i>
Th-1	<i>T helper 1</i>
Th-2	<i>T helper 2</i>
Treg	T regulator
UNTAR	Universitas Tarumanagara

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Persetujuan Uji Etik.....	47
Lampiran 2	Informed Consent.....	48
Lampiran 3	Kuisisioner	50
Lampiran 4	Perhitungan Skoring.....	52

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dermatitis Atopik (DA) merupakan masalah kesehatan yang serius di dunia, khususnya negara berkembang karena penyakit ini masih terus mengalami peningkatan. DA mempengaruhi sekitar 20% dari semua individu selama masa kehidupannya, terdapat prevalensi kejadian yang sangat bervariasi di seluruh dunia. Di negara-negara industrial disebutkan bahwa prevalensi meningkat secara dramatik dari antara tahun 1950-2000 sehingga disebut dengan “*allergic epidemic*” (wabah alergi).¹ Di Negara Eropa, insiden pada anak (sampai usia 7 tahun) yang lahir sebelum tahun 1960 kurang dari 3%, pada anak yang lahir antara 1960 hingga 1970 meningkat menjadi 4-8%, dan pada anak yang lahir sesudah tahun 1970 meningkat menjadi 8-12%, dan dari penelitian terakhir insiden di Eropa menjadi 15%.² Di Amerika Serikat, Eropa, Jepang, Australia, dan negara industri lainnya terdapat prevalensi DA 10-20% pada anak, dan 1-3% pada dewasa.³ Peningkatan prevalensi di negara maju tersebut menjadikan alergi menjadi salah satu prioritas utama dalam kesehatan masyarakat.⁴ Penelitian yang dilakukan di Jerman terhadap 1314 anak sampai usia 7 tahun didapatkan sebanyak 21,5% DA timbul pada usia 2 tahun pertama kehidupan, 43,2% mengalami remisi pada usia 3 tahun, 38,3% mengalami pola penyakit intermiten, 18,7% mengalami DA berulang dalam tiap tahun.⁵ Prevalensi DA pada anak etnis Asia belum banyak dilaporkan. Angka prevalensi yang dilaporkan oleh Tay dkk. pada tahun 2002 adalah 20,1% di Hongkong, 19% di Jepang dan 20,8% di Singapura.⁶

Di Indonesia, data Kementrian Kesehatan (KEMENKES) 2011 tentang gambaran kasus penyakit kulit dan subkutan lainnya merupakan kasus ketiga tertinggi dari sepuluh penyakit utama, 86% dari 192.414 kasus merupakan kasus dermatitis. Menurut Djuanda (2007) penyakit dermatitis merupakan masalah kesehatan terutama pada balita. Data hasil rekapitulasi di 5 kota besar di Indonesia pada tahun 2000 oleh Kelompok Studi Dermatologi Anak Indonesia (KSDAI) menyatakan bahwa DA menduduki peringkat pertama (23,67%) dari 10 penyakit

kulit anak, dan 10 rumah sakit (RS) besar yang tersebar di seluruh Indonesia.³ Di unit Rawat Jalan Penyakit Kulit Anak RSUD Dr. Soetomo prevalensi DA pada tahun 2006 sebanyak 116 pasien (8,14%), tahun 2007 sebanyak 148 pasien (11,05%), dan pada tahun 2008 sebanyak 230 pasien (11,65%).⁷

Alergi mempengaruhi kualitas hidup berjuta anak dan dewasa serta terdapatnya potensi timbul yang mengancam nyawa.⁴ DA merupakan keadaan peradangan kulit kronis dan residif, disertai gatal, yang umumnya sering terjadi selama masa bayi dan anak-anak.⁸ DA dapat menjadi masalah serius karena mempengaruhi pilihan karir atau pekerjaan bahkan hingga menyebabkan pensiun dini dari pasar tenaga kerja, dilain itu juga menjadi masalah ekonomi yaitu, pengobatan yang memerlukan biaya cukup tinggi. DA yang terjadi pada masa awal kehidupan akan menjadi tekanan atau beban pada keluarga, mempengaruhi pola makan dan tidur bayi serta biasa kesehatan dan pengobatan.^{1,4} Dengan sifat DA yang residif yaitu mengalami kekambuhan bila terpapar faktor resiko yang dapat memicu, dan kronis dapat mempengaruhi kualitas hidup dari penderita.³ DA berkaitan erat dengan penyakit atopik di organ lain, seperti rinitis alergi dan asma.⁶ Anak yang mengalami DA pada saat awal kehidupan mempunyai resiko terjadinya rinitis alergi dan asma di kemudian hari.⁹ Anak dengan DA sedang-berat memiliki resiko 50% menjadi asma dan 75% menjadi rinitis alergi.¹ Perkembangan DA pada masa infantil menjadi rinitis alergi dan asma pada masa anak dikenal sebagai “*atopic march*” (perjalanan alamiah alergi), dimana progresifitasnya sangat bergantung kepada faktor-faktor yang mempengaruhinya.¹⁰ DA disebabkan oleh kejadian multifaktorial.³ Perkembangan penyakit DA sedikitnya dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu genetik, paparan terhadap alergen, dan diperkuat oleh faktor lingkungan.⁴ Hasil pengobatan belum memuaskan pada beberapa pasien.⁷ Intervensi sebaiknya dilakukan sedini mungkin untuk mendapatkan keberhasilan yang tinggi. Faktor penting yang dapat dikendalikan antara lain pemberian susu formula, pengenalan makanan hiperalergenik, paparan asap rokok dan ketidaktahuan tentang masalah penyakit alergi.⁴

Peningkatan angka kejadian DA, faktor-faktor yang dapat mempengaruhi dan beberapa faktor yang dapat dikendalikan, serta besarnya dampak yang dapat terjadi menjadi alasan topik penelitian ini diangkat, dengan tujuan agar angka

kejadian DA dapat diturunkan dengan cara memperbaiki pengetahuan dan sikap dari orang tua yang memiliki bayi yang penderita DA tipe infantil.

1.2 Rumusan Masalah

1.2.1 Pernyataan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, ada beberapa faktor yang dapat dikendalikan akan tetapi angka kejadian DA dari tahun ke tahun terus meningkat sehingga penulis melihat adanya masalah sebagai berikut.

1.2.2 Pertanyaan Masalah

- a. Bagaimana gambaran pengetahuan responden yang memiliki bayi penderita DA tipe infantil.
- b. Bagaimana gambaran sikap responden yang memiliki bayi penderita DA tipe infantil.

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan umum dilakukannya penelitian ini adalah untuk menurunkan angka kejadian Dermatitis Atopik dengan memperbaiki pengetahuan dan sikap dari responden.

Tujuan khusus dilakukannya penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Diketuinya gambaran pengetahuan responden yang memiliki bayi penderita DA tipe infantil.
2. Diketuinya gambaran sikap responden yang memiliki bayi penderita DA tipe infantil.

1.4 Manfaat Penelitian

Bagi pendidikan

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan gambaran serta masukan kepada pihak penyelenggara pendidikan agar dapat meningkatkan mutu pembelajaran kepada mahasiswanya yang akan ikut serta berkontribusi dalam pelayanan kesehatan masyarakat di kemudian hari.

Bagi lahan penelitian

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi referensi serta informasi untuk penelitian selanjutnya tentang dermatitis atopik.

Bagi peneliti

Suatu pengalaman yang berharga dapat mengaplikasikan ilmu dalam kehidupan nyata dimana dapat menambah wawasan serta mengembangkan pola pikir serta dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah.

Bagi masyarakat

Sebagai sumber informasi untuk mengenal, mengetahui dan memahami risiko dermatitis atopik secara benar dan sedini mungkin agar pengetahuan dan sikap yang dimiliki dapat berkembang serta dapat melakukan pencegahan yang sesuai sehingga manifestasi dermatitis atopik tidak muncul di kemudian hari.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Dermatitis Atopik (DA)

2.1.1 Definisi Dermatitis Atopik

Dermatitis atopik adalah penyakit inflamasi kulit kronik dan residif yang umumnya ditemukan pada masa bayi dan anak, sering dihubungkan dengan peningkatan kadar Immunoglobulin E (IgE) dalam serum dan riwayat atopik pada keluarga atau penderita. Ditandai gejala subjektif gatal disertai gambaran klinis polimorf di tempat predileksi dan pada perjalanan penyakitnya di tandai dengan periode remisi dan eksaserbasi.^{4,8}

2.1.2 Sinonim Dermatitis Atopik

Sinonim dermatitis atopik ialah ekzema atopik, ekzema konstitusional, ekzema fleksural, neurodermitis disseminata, prurigo besnier. Tetapi yang paling sering digunakan ialah dermatitis atopik.⁸

2.1.3 Epidemiologi Dermatitis Atopik

Dermatitis Atopik merupakan masalah besar bagi kesehatan masyarakat karena prevalensinya yang terus meningkat dunia serta terdapat kecenderungan peningkatan prevalensi DA pada anak, dengan prevalensi pada anak 10-20% di Amerika Serikat, Eropa barat dan Utara, Jepang, Australia dan di negara industrial lainnya. Terjadi peningkatan sebesar dua sampai tiga kali lipat sejak tahun 1960-an. Hal yang cukup menarik adalah prevalensi DA cukup rendah didaerah pertanian seperti Cina, Eropa Timur, Asia Tengah. Namun dari penelitian terakhir oleh *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)* telah dinyatakan bahwa DA merupakan penyakit dengan prevalensi yang tinggi. Karena luasnya variasi prevalensi yang telah diteliti di antara grup etnik, menyimpulkan adanya kemungkinan faktor lingkungan sebagai penyebab munculnya penyakit ini. Beberapa faktor resiko yang mendapat perhatian dan berkemungkinan berhubungan dengan peningkatan penyakit atopik antara lain jumlah anggota

keluarga yang kecil, peningkatan pendapatan dan pendidikan, adanya perpindahan dari desa ke kota, peningkatan penggunaan antibiotik yang dikenal dengan *western lifestyle* (gaya hidup kebarat-baratan).^{4,8,11,12}

21,5% kasus DA timbul di 2 tahun pertama masa kehidupan, 43,2% mengalami remisi total pada usia 3 tahun, 38,3% mengalami DA dengan pola intermiten yaitu hilang timbul, 18,7% sisanya memiliki gejala di setiap tahun.⁵ Data yang diambil dari Fitzpatrick's edisi ke-6, menyatakan sebesar 60% kasus DA timbul di usia 2 bulan pertama dan dalam usia 1 tahun, 30% muncul pada usia 5 tahun, dan hanya 10% yang timbul diantara usia 6-20 tahun.¹³ Dari penelitian yang dilakukan di Indonesia pada tahun 2000, diketahui terdapat 23,67% kasus baru DA anak dari 611 kasus baru penyakit kulit dan DA berada pada peringkat pertama dari 10 penyakit kulit anak terbanyak pada 7 rumah sakit pendidikan di 5 kota di Indonesia.¹⁴ Dari penelitian yang dilakukan oleh Munasir.Z (2010) terhadap 226 bayi usia 6 bulan, didapatkan angka penderita DA sebesar 16,4%.⁴

2.1.4 Patogenesis Dermatitis Atopik

Dua hipotesis utama yang telah diajukan dalam menjelaskan kejadian lesi inflamasi pada DA. Hipotesis yang pertama berfokus pada ketidakseimbangan sistem imun adaptif; hipotesis yang kedua berfokus pada defek dari sawar kulit. Kedua hipotesis ini saling melengkapi.¹

1. Hipotesis sistem imunologi

Teori ketidakseimbangan sistem imunologi berpendapat bahwa DA disebabkan karena ketidakseimbangan fungsi sel T regulator (Treg) pada pasien DA, dimana Treg merupakan subset sel T yang berperan dalam imunosurveilans dan mampu menekan respon inflamasi yang berlebihan. Namun pada DA terjadi disfungsi Treg sehingga diferensiasi Th2 akut CD4⁺ T0 mendominasi (*the Th2 differentiation of naive CD4⁺ T Cell predominates*) dan memicu terjadinya pelepasan interleukin-interleukin yang memicu keadaan hiper-IgE, diferensiasi Th1 terhambat. Faktor lain yang menyebabkan disfungsi Treg pada pasien DA adalah kurangnya paparan terhadap allergen pada masa bayi serta penekanan fungsi Treg oleh superantigen. Terdapat 2 fase dominasi sel T, pada fase akut dominasi sel Th2 akan memicu produksi sitokin IL-4 yang menimbulkan reaksi

inflamasi terhadap alergen melalui peningkatan produksi IgE. Sedangkan pada fase kronik terjadi peralihan dominasi oleh sel Th1, yang memproduksi IFN- γ yang mengaktifkan respons imun yang dimediasi sel dan menyebabkan apoptosis keratinosit.^{1,4}

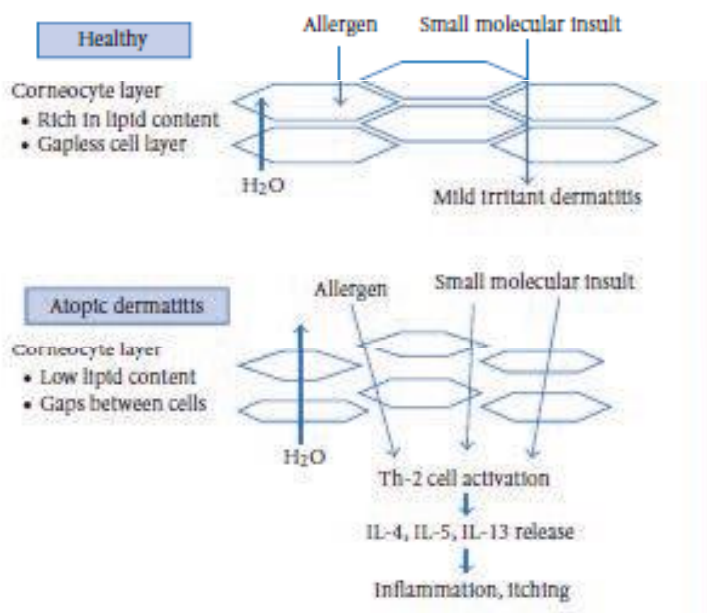
Terjadinya reaksi hipersensitivitas tipe I (*IgE-mediated*) merupakan akibat dari dilepaskannya mediator vasoaktif oleh basofil dan sel mast yang tersensitisasi dari interaksi antara antigen dan IgE. Peran IgE pada penyakit dermatitis atopik ini masih belum sepenuhnya dimengerti, tetapi sel-sel epidermal langerhans memiliki afinitas kuat terhadap reseptor IgE yang mana dapat memediasi terjadinya *eczema-like reaction*. Th1 dan Th2 ikut berperan dalam inflamasi kulit pada penyakit dermatitis atopik.⁵

2. Hipotesis sawar kulit

Penderita DA pada umumnya memiliki kulit yang relatif kering baik di daerah lesi maupun non-lesi, dengan mekanisme yang kompleks dan berhubungan dengan kerusakan sawar kulit. Hilangnya *ceramide* di kulit sebagai molekul utama yang mengikat air di ruang ekstraselular stratum korneum dianggap menjadi penyebab dari kelainan fungsi sawar kulit. Adanya variasi pH dapat menyebabkan kelainan metabolisme lipid di kulit. Kelainan ini mengakibatkan peningkatan *transepidermal water loss* (TEWL) 2-5 kali dari normal, sehingga kulit akan semakin kering dan dapat menjadi *port d'entry* untuk terjadinya penetrasi alergen, iritasi, bakteri, dan virus. Bakteri pada pasien DA mensekresi *ceramidase* yang memetabolisme *ceramide* menjadi *sphingosine* dan asam lemak, sehingga akan semakin mengurangi *ceramide* di stratum korneum.¹⁵

Pengamatan pada individu dengan mutasi gen *filaggrin* mempunyai peningkatan resiko terjadinya DA. Gen *filaggrin* mengkodekan protein struktural dalam stratum korneum dan granulosum yang dimana berfungsi mengikat keratinosit agar tetap kompak. Sistem kompak ini yang akan mempertahankan sawar kulit yang baik dan stratum korneum tetap terhidrasi. Pada pasien DA, terjadi mutasi dari gen *filaggrin*, menyebabkan disfungsi sawar kulit, kemudian berdampak pada timbulnya eksim. Disfungsi sawar kulit menyebabkan kulit kering, dan memudahkan peningkatan penetrasi alergen kedalam kulit,

mengakibatkan sensitisasi alergi, asma, dan *hay fever*. Mencegah timbulnya kulit kering dan eksim di awal kehidupan melalui pemakaian emolien merupakan target pencegahan utama dari perkembangan eksim menjadi alergi penyakit saluran pernafasan.¹



Gambar 2. 1 Kulit individu dengan dermatitis atopik berbeda dibandingkan dengan kulit sehat¹⁶

2.1.5 Faktor Resiko dan Pemicu Dermatitis Atopik

a. Genetik

DA cenderung diturunkan. Atopik adalah istilah yang menunjukkan suatu kecenderungan individu untuk tersensitisasi dan memproduksi antibodi IgE sebagai respon terhadap paparan alergen yang biasa berupa protein dan menyebabkan timbulnya alergi tipikal. Sejumlah penelitian membuktikan bahwa setengah sampai dua pertiga pasien kasus DA mempunyai riwayat atopi pada satu atau kedua orang tuanya, dan persentase akan semakin meningkat apabila saudaranya juga mempunyai riwayat atopik. Bayi dan anak dengan riwayat keluarga alergi lebih mudah mengalami peningkatan kadar IgE dan memperlihatkan manifestasi klinis alergi jika terpajan dengan alergen pada usia dini.² Perkembangan dari penelitian terkini menyatakan bahwa terdapat hubungan erat antara DA dan mutasi gen *fillagrin*. Gen *fillagrin* termasuk dalam faktor resiko genetik untuk dermatitis atopik. Sekitar 10% dari populasi barat membawa mutasi gen *fillagrin*, dan 50% dari semua pasien DA membawa mutasi gen ini.

Walau tidak semua pasien memiliki mutasi gen *fillagrin*, varian mutasi genetik lainnya juga telah dicurigai. DA merupakan gabungan dari variasi mutasi genetik termasuk salah satu didalamnya mutasi gen *filaggrin* yang di gabung dengan faktor resiko lingkungan.¹

b. Faktor psikis

Berdasarkan laporan dari orang tua, antara 22-80% penderita DA menyatakan lesi DA bertambah buruk akibat stress emosi.¹⁵ Stress merangsang pengeluaran substansi tertentu melalui jalur imunoedokrinologi yang menimbulkan rasa gatal. Gejala dermatologi gatal yang hebat ditambah dengan stress akan menyebabkan insomnia, keadaan tidur yang kurang, dan jiwa yang labil.⁷

c. Sosioekonomi

DA lebih banyak ditemukan pada anak dengan status sosial ekonomi yang lebih tinggi, sebaliknya pada kelompok status sosial ekonomi yang rendah akan lebih sering menderita penyakit infeksi. Hal tersebut dapat diterangkan dengan teori *higiene hypothesis* yang menerangkan bahwa semakin jarang seseorang terpajan pada infeksi, semakin cenderung mengalami penyakit alergi. Infeksi oleh bakteri akan mendorong maturasi limfosit T ke arah *T-helper-1* (Th1) membentuk sistem imun sehingga anak tidak menderita penyakit alergi. Sebaliknya dominasi dari *T-helper-2* (Th2) akan menyebabkan kecenderungan penyakit alergi, termasuk DA.²

d. Alergen makanan

Alergi makanan lebih banyak terjadi pada anak-anak. Pemberian makanan maupun minuman yang terlalu dini dianggap sebagai pencetus terjadinya DA. Menurut beberapa peneliti, bahan-bahan makanan yang banyak menimbulkan reaksi alergi adalah bahan makanan yang mempunyai kandungan protein tinggi seperti susu sapi, telur, gandum, kacang tanah, coklat, dan ikan laut. Karena itu pengenalan makanan yang mengandung alergen pada usia sebelum 4 bulan akan meningkatkan kejadian DA sebesar 1,6 kali. Sehingga salah satu cara yang

dilakukan adalah dengan memberikan air susu ibu (ASI) secara eksklusif selama 6 bulan yang tetap dilanjutkan hingga usia 2 tahun.^{2,11} Terjadi perbedaan bayi yang mendapat ASI dengan yang non-ASI. Semakin panjang waktu mendapat ASI makin kecil kemungkinan untuk mendapat DA, karena keuntungan nutrisi, imunologi dan psikologi.⁷

e. Faktor inhalan/polusi lingkungan

Anak balita lebih sering menderita alergi terhadap debu rumah, dan tungau debu rumah (TDR) yang merupakan faktor pencetus timbulnya DA dan asma. Bahan lainnya seperti serbuk sari, paparan asap rokok, polusi udara, peningkatan suhu dan penurunan kelembaban udara, dan penggunaan pendingin ruangan yang berpengaruh pada kelembaban banyak mempengaruhi kekambuhan DA. Kebiasaan ibu merokok sebelum dan selama kehamilan tanpa disadari dapat menyebabkan penyimpangan sistem kekebalan tubuh terhadap janin yang dikandungnya.^{2,7,11}

f. Iritan

Penggunaan sampo dan sabun yang berlebihan dan deterjen yang tidak dibilas dengan sempurna, pakaian berserat wol dapat memicu timbulnya DA. Kerusakan sawar kulit memudahkan masuknya bahan iritan kedalam kulit, sehingga meskipun bahan bersifat iritan lemah dapat menyebabkan DA.^{2,7,11}

2.1.6 Gambaran Klinis Dermatitis Atopik

Tabel 2.1 Gambaran klinis Dermatitis Atopik^{8,12}

Gambaran utama
Pruritus
Eksema daerah wajah dan ekstensor pada bayi dan anak-anak
Eksema fleksural pada dewasa
Dermatitis kronik atau relaps
Gambaran yang sering menyertai
Riwayat penyakit atopik pada penderita maupun dalam keluarga
Xerosis
Infeksi kulit
Dermatitis non-spesifik pada tangan dan kaki
Peningkatan serum IgE
<i>Skin test</i> alergi positif
Onset usia muda
Gambaran lainnya
Iktiosis, hiperlinear palmar, keratosis pilaris
Ptiriasis alba
Eksema pada puting susu
Dermatografisme putih dan respon <i>blanch</i> yang terlambat
Katarak subskapular anterior, keratokonus
Gambaran <i>Dennie-Morgan line</i> , dan lingkaran mata yang menghitam
Eritema wajah atau pucat
<i>Perifollicular accentuation</i>

Gejala utama DA berupa pruritus dan eksema dermatitis kronik merupakan hal yang penting dalam penegakan diagnosis DA. Pruritus mencolok dan adanya reaktivitas kulit merupakan gambaran utama DA. Pruritus dapat bersifat hilang timbul saat siang hari dan biasanya menjadi sangat gatal pada malam hari. Pada bayi, DA bersifat akut dengan adanya gambaran eksoriasi, vesikel dengan kulit kemerahan eksudat yang jernih, dengan distribusi wajah, kepala, dan ekstremitas ekstensor, juga dapat timbul di daerah popok.⁸

Berdasarkan lokasi, morfologi, dan juga golongan umur, DA dapat dibagi dalam 3 bentuk klinis :

2.1.6.1 Bentuk infantil (usia 2 bulan – 2 tahun)

D.A. paling sering muncul pada tahun pertama kehidupan, biasanya setelah usia 2 bulan. Tempat predileksi lesi mulai di muka (dahi, pipi) dan skalp, tetapi dapat pula mengenai tempat lain (leher, pergelangan tangan, lengan dan tungkai). Bila anak mulai merangkak, lesi ditemukan di lutut. Pada umumnya lesi DA infantil berupa eritema dan papulovesikel miliar yang karna sangat gatal dan akan digaruk sehingga terjadi erosi, eksoriasi dan eksudasi atau krusta, tidak jarang mengalami infeksi. Biasanya anak mulai menggaruk setelah berumur 2 bulan. Rasa gatal akan sangat mengganggu sehingga anak menjadi gelisah, susah tidur, dan sering menangis. Lesi menjadi kronis dan residif. Sekitar usia 18 bulan mulai tampak likenifikasi di bagian fleksor. Pada sebagian besar penderita sembuh setelah usia 2 tahun, mungkin juga sebelumnya, sebagian lagi berlanjut menjadi bentuk anak.^{8,11}

Sering dianggap diakibatkan oleh ASI, sehingga di kenal istilah eksim susu. Sebenarnya, pendapat tersebut tidak benar, kulit bayi mengalami gangguan bukan akibat dari terkena ASI.¹⁵

2.1.6.2 Bentuk anak (usia 3 tahun – 12 tahun)

Dapat merupakan kelanjutan bentuk infantil, atau timbul sendiri. Lesi lebih kering, tidak begitu eksudatif, lebih banyak papul, likenifikasi, dan sedikit skuama. Terjadi siklus gatal-garuk karena rangsangan menggaruk yang sering di luar kendali sehingga menimbulkan erosi dan likenifikasi, dan mungkin mengalami infeksi sekunder. Tempat predileksi di lipat siku, lipat lutut, pergelangan tangan bagian fleksor, kelopak mata, leher, kadang paha belakang dan bokong, tapi jarang mengenai muka. D.A. berat melebihi 50% permukaan tubuh dapat memperlambat pertumbuhan.^{8,11}

2.1.6.3 Bentuk dewasa (usia >12 tahun)

Lesi berupa plak papular-eritematosa dan berskuama, atau plak likenifikasi yang gatal. Tempat predileksi di muka (dahi, kelopak mata, perioral), leher, dada bagian atas, lipat siku dan lutut, punggung tangan, pergelangan tangan, vulva, puting susu, atau skalp, biasanya simetris. Gejala utama adalah pruritus.

Umumnya berlangsung lama, tetapi intensitasnya cenderung menurun setelah 30 tahun. Sebagian kecil terus berlangsung sampai tua.^{8,11}

2.1.7 Diagnosis Dermatitis Atopik

Tabel 2.2 Kriteria diagnosis Hanifin dan Rajka⁸

Kriteria Mayor	
Pruritus	
Dermatitis di muka atau ekstensor pada bayi dan anak	
Dermatitis di fleksural pada dewasa	
Dermatitis kronis atau residif	
Riwayat atopi pada penderita atau keluarganya	
Kriteria Minor	
Xerosis	Keilitis
Infeksi kulit	Lipatan infra orbital Dennie-Morgan
Dermatitis non-spesifik pada tangan atau kaki	Konjungtivitis berulang
Iktiosis/hiperlinear palmaris/keratosis pilaris	Katarak subskapsular anterior
Pitiriasis alba	Orbita menjadi gelap
Dermatitis di papila mammae	Muka pucat atau eritem
<i>White demographism</i> dan <i>delayed blanch response</i>	Gatal bila berkeringat
Intoleransi terhadap wol atau pelarut lemak	Aksentuasi perifolikular
Hipersensitif terhadap makanan	Perjalanan penyakit dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan atau emosi
Tes kulit alergi tipe dadakan positif	Kadar IgE di dalam serum meningkat
Awitan pada usia dini	

Untuk bayi, kriteria diagnosis dimodifikasi yaitu:

Tabel 2.3 Kriteria Diagnosis untuk Bayi⁸

Kriteria Mayor
Riwayat atopi pada keluarga
Dermatitis di muka atau ekstensor
Pruritus
Ditambah tiga kriteria minor
Xerosis/iktiosis/hiperliniaris palmaris
Aksentuasi perifolikular
Fisura belakang telinga
Skuama di skalp kronis

Kriteria Hanifin dan Rajka cocok untuk diagnosis penelitian berbasis rumah sakit dan eksperimental, tetapi tidak untuk penelitian berbasis populasi, karena kriteria minor biasanya di temukan pula pada kelompok kontrol. Oleh karena itu *UK working party* yang dikoordinasi oleh William menyederhanakan kriteria Hanifin dan Rajka menjadi kriteria yang dapat digunakan untuk pedoman diagnosis, sehingga dapat membantu dokter di puskesmas dalam membuat diagnosis, yaitu:

Tabel 2.4 pedoman diagnosis *non-hospital-based*⁸

Harus mempunyai kondisi kulit gatal (itchy skin) atau dari laporan dari orang tuanya bahwa anaknya suka menggaruk atau menggosok
Ditambah 3 atau lebih kriteria berikut :
1. Riwayat terkenanya lipatan kulit, misalnya lipat siku, belakang lutut, bagian depan pegelangan kaki atau sekeliling leher (termasuk pipi bila usia anak dibawah 10 tahun)
2. Riwayat asma bronkial atau <i>hay fever</i> pada penderita (atau penyakit atopik pada keluarga tingkat pertama dari anak dibawah usia 4 tahun)
3. Riwayat kulit kering secara umum pada tahun terakhir
4. Adanya dermatitis yang tampak di lipatan (atau dermatitis pada pipi/dahi dan anggota badan bagian luar anak di bawah usia 4 tahun)
5. Awitan di bawah usia 2 tahun (tidak digunakan bila anak dibawah usia 4 tahun)

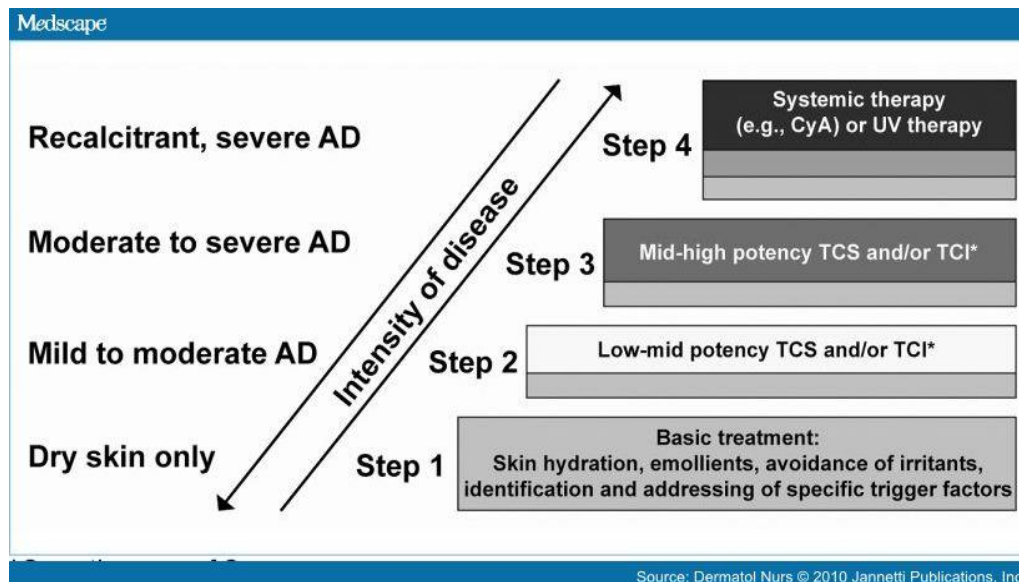
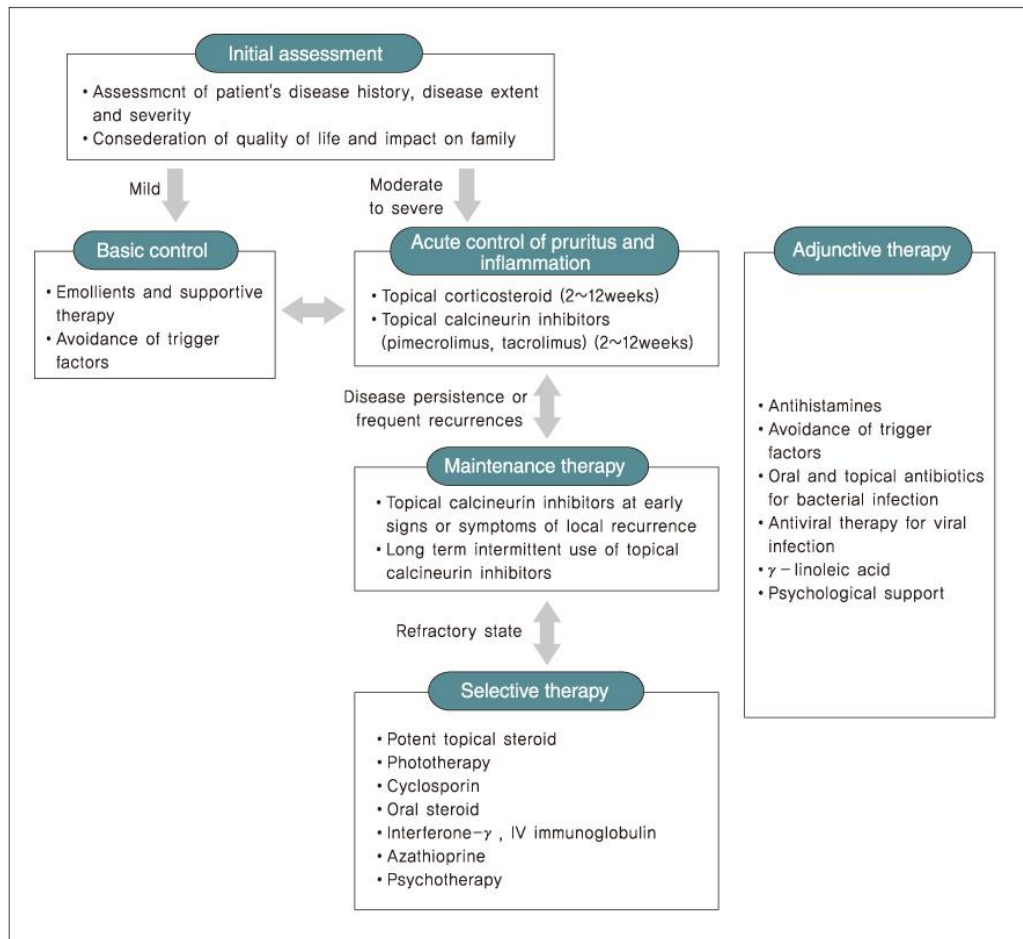
Tidak ada tes laboratorium spesifik yang digunakan untuk mendiagnosa DA. Peningkatan kadar serum IgE dan eosinofilia pada pemeriksaan darah tepi hanya ditemukan pada kebanyakan individu dengan DA pada kulit, dan temuan ini mungkin berguna dalam mendiagnosis kasus dugaan DA. Untuk mengukur derajat keparahan DA digunakan SCORAD yang dikembangkan oleh *European Task Force on Atopic Dermatitis* pada tahun 1993.¹¹

2.1.8 Diagnosis Banding

Karena lesi kulit dermatitis atopik dapat dalam berbagai bentuk (papula, vesikel, plak, nodul dan eksoriasi), diagnosis diferensial dermatitis atopik menjadi luas. Kondisi yang perlu dipertimbangkan pada pasien dengan pruritus meliputi dermatitis seboroik, dermatitis numularis, skabies, psoriasis, sindrom *Wiskott-Aldrich* dan neurodermatitis. Yang membedakan kondisi ini dan lainnya dari dermatitis atopik tercantum pada dibawah ini:

- Dermatitis seboroik: berminyak, lesi bersisik, dan adanya riwayat keluarga.
- Psoriasis lokal: bercak di ekstensor, kulit kepala permukaan, pantat; *pitted nails*.
- Neurodermatitis: biasanya, terdapat satu bercak di tempat yang gatal-gatal, adanya riwayat keluarga.
- Dermatitis kontak: riwayat paparan Positif, ruam di daerah paparan, adanya riwayat keluarga.
- Skabies: papul, melibatkan jaringan jari tangan (*finger web involvement*), goresan kulit yang positif (*positive skin scraping*).
- Penyakit sistemik: riwayat lengkap pasien dan pemeriksaan fisik berdasarkan penyakitnya.
- Dermatitis herpetiformis: Vesikel di daerah ekstensor dan enteropati.
- Infeksi dermatofit: plak *serpiginous* dengan bagian tengah yang bersih, positif persiapan hidroksida kalium.
- Immunodefisiensi gangguan: riwayat infeksi berulang.¹⁴

2.1.9 Penatalaksanaan Dermatitis Atopik



Gambar 2.2 Penatalaksanaan Dermatitis Atopik^{17,18}

Terapi dasar untuk dermatitis atopik harus terdiri dari perawatan kulit yang optimal, menangani defek sawar kulit dengan penggunaan emolien dan hidrasi kulit, bersama dengan identifikasi dan menghindari faktor-faktor pemicu spesifik dan nonspesifik. Iritasi nonspesifik meliputi kontak (contactants), seperti pakaian yang terbuat dari bahan *occluding* atau sintetis yang dapat menyebabkan iritasi atau wol. Faktor yang dapat memperparah lainnya adalah sabun, air dengan suhu panas saat mandi, dan waktu mandi yang lama. Kontak dengan air harus diminimalkan, menggunakan air untuk mandi dengan suhu sedang, dan harus menggunakan sabun dengan pH ringan (diasamkan hingga pH 5,5-6,0 untuk melindungi asam kulit). Faktor provokasi spesifik lainnya dan alergen udara dan makanan juga harus dipertimbangkan. Dapat dikontrol dengan menggunakan kombinasi obat topikal. Dalam kasus dermatitis atopik yang berat yang tidak dapat dikontrol dengan pengobatan topikal, dapat diganti dengan pengobatan sistemik. Untuk manajemen penyakit secara optimal, pengawasan medis yang teratur, bersama-sama dengan edukasi pasien atau perawatan dan dukungan psikososial yang tepat, diperlukan.^{1,19,20}

Hindari sabun yang mengandung antiseptik/antibakteri karena akan mempermudah resistensi kecuali terdapat infeksi. Aplikasikan pelembab terutama pelembab jenis hidrofilik dengan *ceramide-rich barrier repair mixtures* yang akan memelihara kelembaban, di aplikasikan setiap selesai mandi. Pemakaian kortikosteroid topikal dengan potensi rendah cukup bagi anak pada semua lokasi tubuhnya, efek samping yang terjadi pun jarang terjadi. Kortikosteroid merupakan terapi yang efektif untuk DA, relatif cepat, ditoleransi dengan baik, mudah digunakan, dan harga juga tidak semahal terapi lainnya. Jika dibandingkan dengan takrolimus dan pimekrolimus yang juga telah terbukti efektif, perbedaannya hanya terdapat pada takrolimus dan pimekrolimus tidak terjadi penipisan kulit namun pada penggunaan awalnya akan menimbulkan sensasi terbakar di kulit. Takrolimus di indikasikan untuk DA derajat sedang-berat untuk anak usia 2-15 tahun, pimekrolimus di indikasikan untuk DA ringan hingga sedang untuk pasien diatas 2 tahun.^{1,19,20}

2.1.10 Pencegahan Dini sebelum terjadinya gejala alergi

Pencegahan dilakukan sejak anak masih dalam kandungan. Ibu hamil tidak perlu melakukan diet pencegahan terhadap makanan yang sering menimbulkan alergi. Yang dilakukan adalah penghindaran pajanan terhadap rokok dan asap rokok. Setelah anak lahir, tidakan yang dilakukan adalah dengan memberikan ASI eksklusif yang diteruskan sampai usia 1-2 tahun, dan juga pencegahan pemberian makanan yang sering menimbulkan alergi sampai usia tersebut dengan harapan bila makanan diberikan pada usia tersebut, sudah tidak menimbulkan alergi. Selain penghindaran makanan, perlu juga dilakukan penghindaran alergen lingkungan misalnya TDR, polusi asap rokok, dan lain-lain.

Bila tidak mendapatkan ASI anak dapat diberikan susu formula hipoalergenik. Bila terjadi alergi, anak tidak boleh medapat susu formula sapi biasa, tetapi harus susu formula khusus untuk alergi atau formula kedelai.⁴

2.2 Pengetahuan

2.2.1 Definisi

Pengetahuan adalah hasil tahu dari pengindraan yang telah dilakukan oleh seseorang melalui panca indera manusia yaitu indera penglihatan, penciuman, pendengaran, rasa dan raba.²¹

Pengetahuan merupakan sejumlah fakta-fakta dan teori yang memungkinkan seseorang untuk dapat memecahkan masalah yang dihadapinya. Pengetahuan tersebut dapat diperoleh dari pendidikan, pengalaman langsung maupun melalui pengalaman orang lain, media massa maupun lingkungan.²²

Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan. Diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu.²³

2.2.2 Tingkat pengetahuan

Pengetahuan memiliki 6 tingkatan domain kognitif, yaitu:²¹

1. Tahu (*know*)

Tahu berarti mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Yang termasuk dalam tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang telah di pelajari. Untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya. Merupakan tingkatan paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami adalah kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar. Orang yang telah paham harus mampu menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan meramalkan

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari dalam situasi atau kondisi nyata.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis berarti kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen atau bagian terkecil tetapi masih ada kaitannya. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti; menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang sudah ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek yang didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri.

2.2.3 Proses perilaku “TAHU”

Menurut Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2003), perilaku adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia baik yang dapat diamati langsung dari maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar.²³ Sedangkan sebelum mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

- a. Awareness (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- b. Interest (merasa tertarik) dimana individu mulai menaruh perhatian dan tertarik pada stimulus.
- c. Evaluation (menimbang-nimbang) individu akan mempertimbangkan baik buruknya tindakan terhadap stimulus tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah baik lagi.
- d. Trial, dimana individu mulai mencoba perilaku baru.
- e. Adoption, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Pada penelitian selanjutnya, Rogers menyimpulkan bahwa perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek, yaitu aspek fisik, psikis dan sosial yang secara terinci merupakan refleksi dari berbagai aspek seperti pengetahuan, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya yang ditentukan dan dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, dan sosial budaya.^{21,24}

2.2.4 Faktor yang mempengaruhi pengetahuan²⁴

- a. Faktor Internal
 - 1) Pendidikan
 - 2) Pekerjaan
 - 3) Umur
- b. Faktor Eksternal
 - 1) Faktor lingkungan
 - 2) Sosial Budaya

2.3 Sikap

2.3.1 Definisi

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap merupakan kesediaan untuk bertindak dan bukan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas.²⁵

2.3.2 Tingkat sikap²¹

1. Menerima (*receiving*)
Menerima berarti subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.
2. Merespon (*responding*)
Merespon berarti memberi jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas bila diberikan.
3. Menghargai (*valuing*)
Menghargai berarti dapat mendiskusikan suatu masalah.
4. Bertanggung jawab (*responsible*)
Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap paling tinggi.

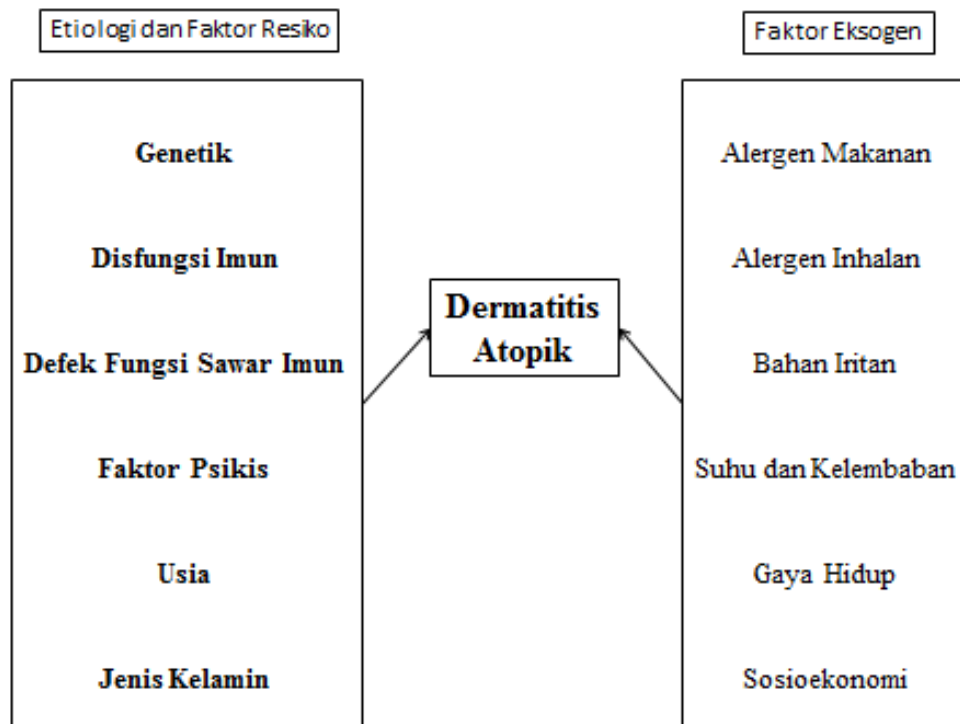
2.3.3 Skala sikap

Sikap dapat diukur dengan menggunakan Skala Likert. Skala likert adalah sebuah tipe skala psikometri yang menggunakan angket dan menggunakan skala yang lebih luas dalam penelitian survei. Metode Likert merupakan metode penskalaan pernyataan sikap yang menggunakan distribusi respons sebagai dasar penentuan nilai skalanya.

Terdiri dari 5 kategori yaitu : tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering, selalu.²⁶

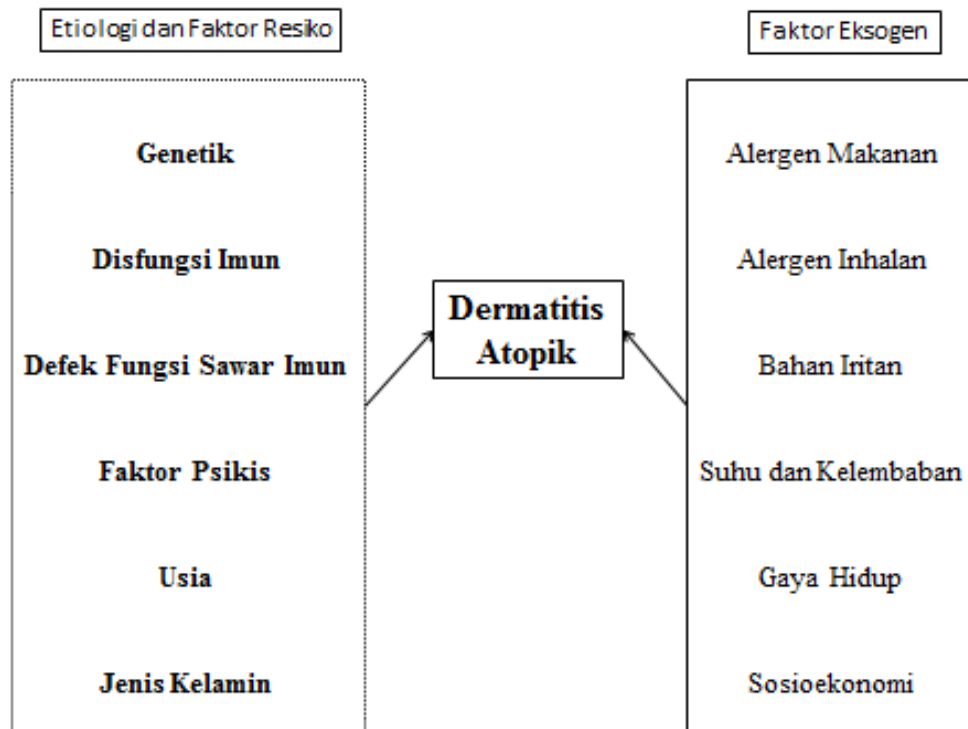
2.4 Kerangka Teori

Berdasarkan hasil pemaparan kajian pustaka menunjukkan bahwa DA dapat disebabkan oleh faktor endogen dan eksogen yang dapat digambarkan sebagai berikut :



2.5 Kerangka Konsep

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengetahuan dan sikap orang tua yang mempunyai bayi penderita DA usia 2-24 bulan.



BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan bersifat deskriptif dengan desain studi *Cross-sectional* karena pengumpulan data mengenai pengetahuan dan sikap responden terhadap DA dilakukan dalam satu waktu yang bersamaan.

3.2 Tempat dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kecamatan Kembangan diantara februari 2015 - April 2015 selama kurang lebih tiga bulan.

3.3 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah semua masyarakat yang datang berobat ke Puskesmas Kecamatan Kembangan.

Sampel dalam penelitian ini adalah responden yang memiliki bayi berusia 2-24 bulan yang menderita dermatitis atopik yang memenuhi kriteria inklusi.

3.4 Perkiraan besar sampel

$$n = \frac{Za^2PQ}{d^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel minimal Dermatitis Atopik

a = tingkat kemaknaan, untuk a = 0,05 maka Za = 1,96

d = tingkat ketepatan absolut yang dikehendaki (10%)

P = proporsi dermatitis atopik (16,4%)⁴

Q = 1 – P

P = 16,4%

= 0,164

$$\begin{aligned}
Q &= 1 - P \\
&= 1 - 0,164 \\
&= 0,836 \\
n &= \frac{(1,96)^2 \times 0,164 \times 0,836}{(0.1)^2} = 52.66 \approx 53 \\
n &= 53 + 10\% \\
&= 53 + 6 \\
&= 59 \approx 60
\end{aligned}$$

3.5 Kriteria Inklusi

- Orang tua yang datang ke Puskesmas Kecamatan Kembangan yang membawa bayi berusia 2-24 bulan penderita dermatitis atopik.
- Bersedia mengikuti penelitian.

3.6 Cara kerja penelitian

Kuisisioner pengetahuan dan sikap orang tua pada bayi usia 2-24 bulan tentang dermatitis atopik disusun dan dikembangkan sendiri oleh peneliti. Sehingga sebelum dilakukan pengumpulan data, dilakukan uji coba kuisisioner tersebut kepada 30 orang tua yang memiliki bayi berusia 2-24 bulan dan bayinya sedang atau pernah mengalami dermatitis atopik. Pengujian dilakukan sebanyak 2 kali.

1. Uji Validasi

Validasi adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam pengumpulan data. Instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur.²⁷

2. Uji reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran dan pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan.²⁷

Setelah kuisisioner divalidasi, peneliti mengurus surat izin etik dari Institusi Kedokteran Universitas Trisakti, karena Institusi kedokteran Universitas

Tarumanagara belum dapat menyediakan fasilitas tersebut. Peneliti juga mengajukan surat permohonan persetujuan dari Institusi pendidikan Fakultas kedokteran Universitas Tarumanagara yang kemudian ditujukan ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (KESBANGPOL) di Walikota Jakarta Barat untuk melakukan penelitian di Puskesmas Kecamatan Kembangan.

Selanjutnya, peneliti membawa surat dari KESBANGPOL ke Puskesmas Kec.Kembangan yang diserahkan kepada ketua Puskesmas. Peneliti datang sebanyak 2 kali dalam seminggu. Mencari Calon responden yang sesuai, menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian, meminta persetujuan calon responden untuk menjadi responden dalam penelitian dengan menandatangani *informed consent*. Responden berhak menolak dan peneliti harus menghormati hak responden. Selama pengisian kuisioner peneliti mendampingi responden serta menjelaskan bila terdapat pertanyaan yang dianggap kurang jelas. Kemudian peneliti memeriksa kembali kelengkapan data yang kemudian data yang telah terkumpul akan dianalisa.

3.7 Etika Penelitian

Masalah Etika yang ada :

1. *Informed consent*. Merupakan bentuk persetujuan antar peneliti dan responden setelah calon responden mendapat penjelasan mengenai penelitian dari peneliti, dan calon responden bersedia untuk ikut serta dalam penelitian, maka calon responden akan menandatangani informed consent (surat persetujuan) dan menjadi responden. Tapi calon responden mempunyai hak untuk menolak dan peneliti harus menghormati hak pasien.

2. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Data yang diperoleh hanya untuk penelitian saja. Peneliti akan mendampingi responden pada saat pengisian kuisioner dan menjelaskan bila terdapat pertanyaan yang dianggap kurang jelas.

3.8 Variabel penelitian

Variabel bebas dari penelitian ini adalah Pengetahuan dan sikap.

Variabel Tergantung dari penelitian ini adalah Dermatitis Atopik.

3.9 Instrument penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

- a. Kuisisioner yang terdiri dari 6 pertanyaan mengenai pengetahuan, dan 3 pertanyaan mengenai sikap.

3.10 Definisi operasional variable

3.9.1 Pengetahuan, Sikap

3.9.1.1 Pengetahuan

Definisi : Apa yang diketahui responden mengenai pengertian dermatitis atopik, penyebab, faktor yang mempengaruhinya, pengobatan, dan prognosis.

Cara ukur : Berdasarkan jawaban yang diberikan oleh responden.

Alat ukur : Kuesioner.

Skala ukur : Skoring.

Hasil ukur : Baik : total skor > 18

Kurang baik : total skor ≤ 18

3.9.1.2 Sikap

Definisi : Respon atau pendapat responden mengenai dermatitis atopik.

Cara ukur : Berdasarkan jawaban yang diberikan oleh responden.

Alat ukur : Kuesioner.

Skala ukur : Skoring.

Hasil ukur : Baik : total skor > 9

Kurang baik : ≤ 9

3.9.2 Dermatitis Atopik

Definisi : Peradangan kulit kronis dan residif, disertai rasa gatal, yang umumnya sering terjadi selama masa bayi dan anak-anak.

Predileksi : wajah dan fleksural.

Lesi : eritema, papulo-vesikel yang halus, eksudatif, erosi, krusta.

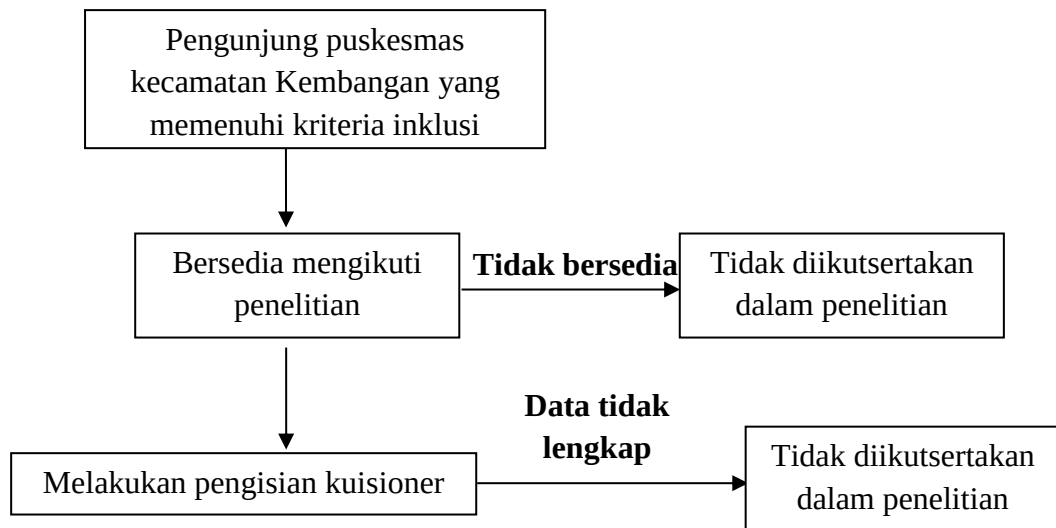
3.11 Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, pengumpulan data dilakukan dengan peneliti mencari calon responden yang sesuai dengan kriteria inklusi, menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian, meminta persetujuan calon responden untuk menjadi responden dalam penelitian dengan menandatangani *informed consent*. Kemudian responden yang telah bersedia untuk ikut akan diberikan kuisioner. Kuisioner tersebut berisi pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab oleh responden. Selama pengisian kuisioner peneliti mendampingi responden serta menjelaskan bila terdapat pertanyaan yang dianggap kurang jelas. Kemudian peneliti memeriksa kembali kelengkapan data yang kemudian data yang telah terkumpul akan dianalisa.

3.12 Analisis data

Data yang telah didapatkan dari responden akan diolah dengan SPSS. Analisis data bersifat deskriptif dengan melakukan pengukuran terhadap masing-masing jawaban yang diperoleh dari responden, lalu akan ditampilkan dalam tabel distribusi frekuensi, yang kemudian akan dicari persentase dari jawaban responden yang berkaitan dengan pengetahuan dan sikap dari responden.

3.13 Alur penelitian



3.14 Jadwal pelaksanaan

2012												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Studi literatur							x	x				
Pembuatan proposal							x	x	x	x	x	x

2014												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pengumpulan data kuesioner												
Pembuatan laporan penelitian		x	x									

2015												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pengumpulan data kuesioner		x	x	x								
Pembuatan laporan penelitian			x	x	x							

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

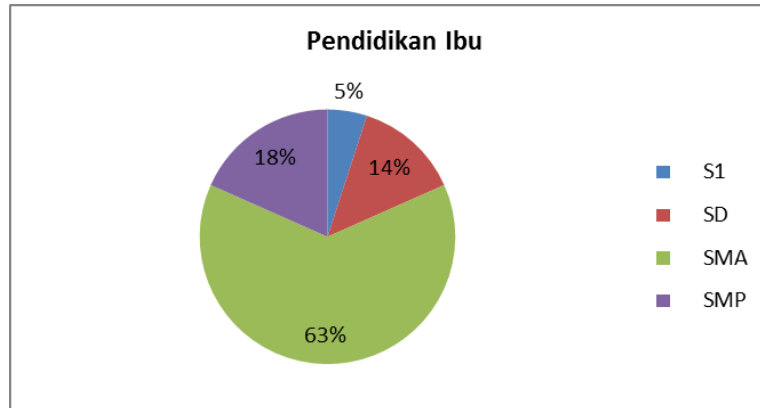
4.1 Analisi Deskriptif

4.1.1 Data Demografi Responden Penelitian

Tabel 4. 1 Data Demografi Responden Penelitian

Variabel	Frekuensi (%)
Pendidikan Ibu	
SD	8 (13,3)
SMP	11 (18,3)
SMA	38 (63,3)
S1	3 (5)
Pekerjaan Ibu	
PEDAGANG	7 (11,7)
PEGAWAI	9 (15,0)
PNS	2 (3,3)
PRT	1 (1,7)
TIDAK BEKERJA	41 (68,3)
Jenis Kelamin Anak	
LAKI-LAKI	29 (48,3)
PEREMPUAN	31 (51,7)
Jumlah Anak Dalam Keluarga	
Anak tunggal	22 (36,7)
2 Anak	16 (26,7)
3 Anak	14 (23,3)
4 Anak	4 (6,7)
5 Anak	4 (6,7)
Jumlah Lapisan Pakaian	
1 lapisan	9 (15)
>1 lapisan	51 (85)
Riwayat DA orang tua	
Positif	53 (88,33)
Negatif	7 (11,67)

4.1.2 Distribusi Pendidikan Ibu



Gambar 4. 1 Gambar Distribusi Pendidikan Ibu

Dari 60 responden dalam penelitian ini yang dapat dilihat pada grafik, diketahui bahwa mayoritas orang tua berpendidikan setingkat SMA yaitu sebanyak 38 orang (63,3%), kemudian sebanyak 11 orang (18,3%) SMP, 8 orang (13,3%) SD, dan yang paling sedikit S1 hanya 3 orang (5%).

Hasil sensus penduduk tahun 2010 yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) memberikan data berikut:²⁸

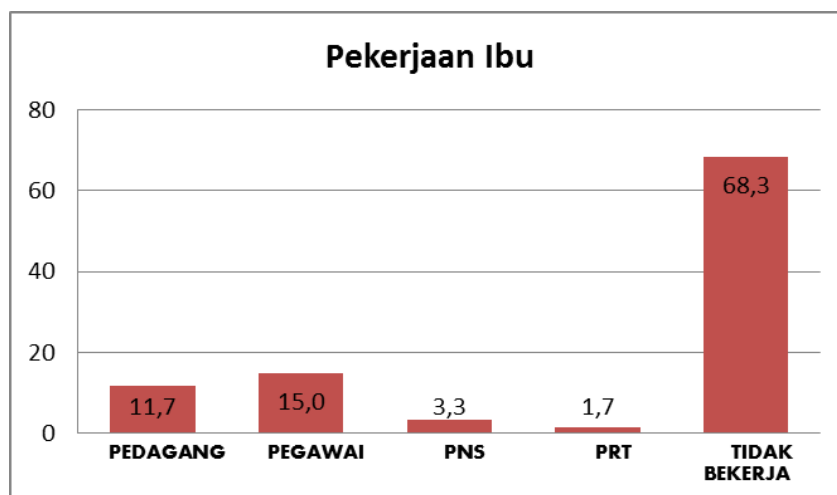
Tabel 4. 2 Data tamatan pendidikan penduduk 2010²⁸

Tidak/belum pernah sekolah	9,24%
Tidak/belum tamat SD	19,28%
Tamat SD/MI/ sederajat	30,55%
Tamat SMP/MTs/ sederajat	30,5%
Tamat SM/ sederajat	18,82%
Tamat DI/DII/DIII	1,89%
Tamat DIV/S1	3,09%
Tamat S2/S3	0,24%

Bila dikaitkan dengan *hygiene hypothesis* yang menyatakan bahwa penyebab dari meningkatnya jumlah penderita DA adalah pendidikan ibu yang semakin tinggi. Ini dapat dikarenakan dengan pendidikan ibu yang semakin tinggi, maka pengetahuan ibu akan semakin baik pula, yang mana akan mempengaruhi pola pengasuhan anak, contohnya ibu akan lebih bersifat otoriter dengan melarang

anak untuk melakukan kegiatan ini dan itu.²⁹ Terdapat kesesuaian antara hasil penelitian dan hipotesis.⁸

4.1.3 Pekerjaan Ibu

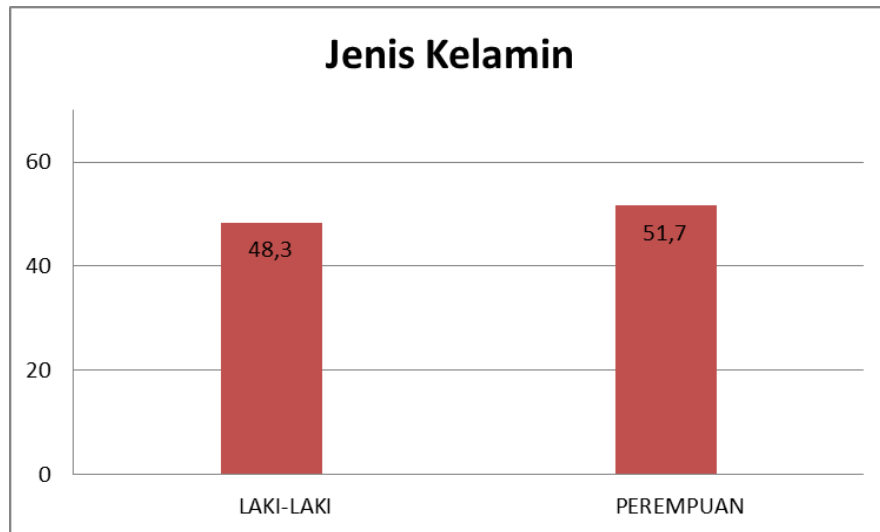


Gambar 4. 2 Gambar Distribusi Pekerjaan Ibu

Kemudian di ketahui pula bahwa sebanyak 41 responden (68,3%) merupakan ibu rumah tangga yang tidak bekerja, sebanyak 7 responden (11,7%) bekerja sebagai pedagang, 9 responden (15%) bekerja sebagai pegawai, 2 responden (3,3%) sebagai PNS, dan hanya 1 responden (1,7%) yang bekerja sebagai pembantu rumah tangga (PRT).

Data Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) Indonesia pada tahun 2014 bulan Agustus memperlihatkan bahwa dari 61.119.273 juta penduduk Indonesia yang bukan merupakan angkatan kerja tapi mengurus rumah tangga berjumlah sebanyak 36.019.249 juta jiwa penduduk.³⁰ Tingginya jumlah responden yang tidak bekerja dapat dikarenakan tingkat pendidikan yang rendah sehingga susah untuk mencari pekerjaan atau pekerjaan yang layak. Alasan lain yang ditemukan penulis pada saat melakukan wawancara alasan tidak berkerja adalah dikarenakan responden ingin meluangkan waktu dalam merawat anaknya yang bila harus ditinggal dalam asuhan orang lain untuk bekerja hal ini pastilah akan sangat sulit dan mengganggu pikiran responden.

4.1.4 Jenis Kelamin Bayi

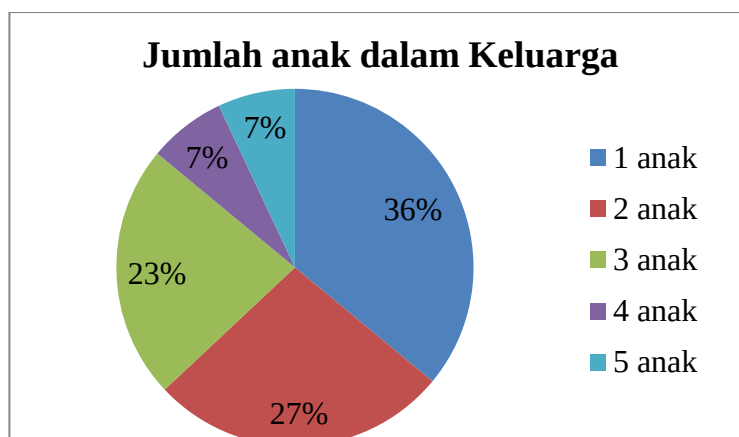


Gambar 4. 3 Gambar Distribusi Jenis Kelamin Bayi

Bila dilihat dari jenis kelamin, ditemukan bahwa antara responden yang memiliki bayi perempuan hampir sama banyak dengan responden yang mempunyai bayi laki-laki. Responden yang mempunyai bayi perempuan berjumlah sebanyak 31 orang (51,7%), dan 29 orang (48,3%) responden mempunyai bayi laki-laki.

Penelitian yang dilakukan oleh Anggreani M. pada tahun 2013 menyatakan bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kejadian dermatitis atopik dan penelitian yang sebelumnya juga menunjukkan hasil yang bervariasi pada frekuensi antara DA pada laki-laki dan perempuan.¹⁴

4.1.5 Jumlah Anak Dalam Keluarga



Gambar 4. 4 Gambar Distribusi Jumlah Anak Dalam Keluarga

Menurut jumlah anak dalam keluarga, mayoritas bayi merupakan anak tunggal yaitu sebanyak 22 responden (36,7%). Kemudian 2 anak 16 responden (26,7%), 3 anak 14 responden (23,3%), dan paling sedikit 4 dan 5 anak dengan jumlah sama 4 responden (6,7%).

Memiliki keluarga dengan jumlah kecil kini menjadi tren di Indonesia, yang mana juga didukung oleh system keluarga berencana yang mengusung motto “keluarga kecil bahagia”, dilihat dari sisi ekonomi di Indonesia, terjadi peningkatan angka kebutuhan hidup (*inflasi rate*) yang mana akan berdampak pada pemikiran pasangan suami istri untuk tidak mempunyai anak banyak. *Hygiene hypothesis* menyatakan bahwa, jumlah keluarga kecil dapat meningkatkan jumlah penderita DA.⁸ Hal ini dikarenakan anak tunggal lebih sedikit mendapat paparan mikroba sehingga merupakan faktor penyebab utama dalam meningkatkan kejadian atopi dalam beberapa tahun terakhir. Kurangnya paparan terhadap mikroba dapat disebabkan dari akibat pola pengasuhan orang tua yang cenderung lebih mengekang dan otoriter pada anak tunggal. Sedangkan pada anak yang bukan tunggal mempunyai *unhygiene-contact* (kontak tidak bersih) yang ditularkan dari ibu atau keluarga yang akan meningkatkan kemungkinan paparan terhadap mikroba yang meningkatkan insiden infeksi dan menurunkan insiden alergi.^{6,29,31}

4.1.6 Jumlah lapisan pakaian

Menurut hasil pengamatan yang di catat dalam penelitian ini, 51 (85%) pasien DA yang datang berobat mengenakan pakaian dengan jumlah lapisan lebih dari 1 pakaian, dan hanya 9 (15%) yang mengenakan pakaian dengan jumlah 1 lapisan. Menurut peneliti ini merupakan kebiasaan yang ada di masyarakat. Seharusnya, orang tua memerhatikan, apakah anak tampak kepanasan, bila tampak kepanasan, tidak seharusnya anak tetap dipakaikan pakaian yang tebal. Pakaian yang dikenakan harus berbahan yang nyaman dan tidak panas seperti bahan katun dan bukan berserat kasar misalnya wol.

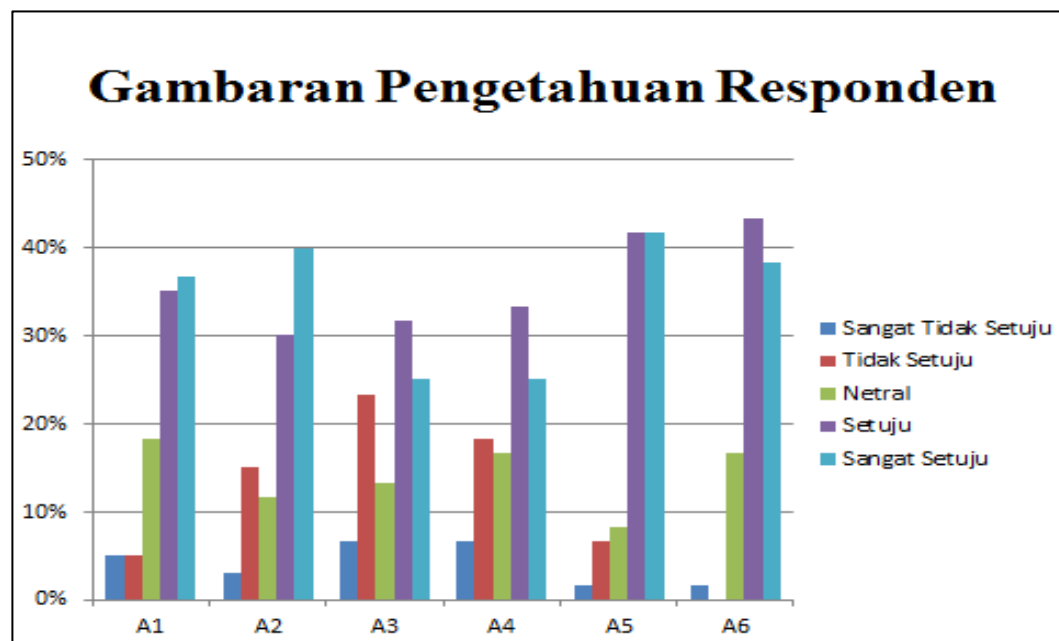
4.1.7 Riwayat DA pada orang tua

Sebanyak 53 (88,33%) responden mengatakan memiliki riwayat DA di masa kecilnya, sisanya 7 responden (11,67%) mengaku tidak memiliki riwayat tersebut. DA cenderung diturunkan. Lebih dari 25% dari anak seorang ibu yang menderita atopi akan mengalami DA pada 3 bulan kehidupan pertama. Bila salah satu orang tua menderita atopi, lebih dari separuh jumlah anak akan mengalami gejala alergi hingga usia 2 tahun, bila kedua orang tuanya menderita atopi akan meningkat hingga 79%.⁸

4.2 Skoring Analisis

4.2.1 Pengetahuan

Distribusi frekuensi responden mengenai pengetahuan dermatitis atopik selengkapnya disajikan pada grafik di bawah ini.



Gambar 4. 5 Gambaran Pengetahuan Responden

Dari tabel di atas diketahui bahwa dari 60 responden, jawaban pertanyaan mengenai pengetahuan dermatitis atopik dapat menimbulkan gatal akibat reaksi hipersensitifitas (A1), didapatkan frekuensi tertinggi menjawab Sangat setuju sebanyak 22 responden (36,7%), Setuju sebanyak 21 (35%), Netral sebanyak 11 (18,3%), sedangkan memberi jawaban Tidak setuju dan Sangat tidak setuju masing-masing 3 responden (5%). Dari pertanyaan ini, menurut peneliti

responden mengetahui bahwa DA bukan disebabkan oleh parasit, virus, ataupun bakteri yang dikenal sebagai kuman dalam masyarakat awam, sehingga responden memahami bahwa DA dapat timbul berulang, dan dapat melakukan tindakan pencegahan yang dicerminkan dalam pertanyaan A5.

Pengetahuan mengenai makanan dapat menjadi salah satu penyebab timbulnya dermatitis atopik (A2), frekuensi responden yang menjawab Sangat setuju sebanyak 24 responden (40%), kemudian Setuju sebanyak 18 responden (30%), Netral 7 responden (11,7%), Tidak setuju sebanyak 9 (15%) dan menjawab Sangat tidak setuju sebanyak 2 responden (3%). Dari data yang dikumpulkan dapat dilihat bahwa responden memberikan jawaban yang bervariasi dari setuju dan tidak setuju, hal ini dapat disebabkan karena penyebab DA yang multifaktorial sehingga responden dengan bayi penderita DA yang dicetuskan karena makanan akan menjawab setuju sedangkan yang tidak akan menjawab netral atau tidak setuju.

Pengetahuan bahan kimia dapat menjadi salah satu yang menyebabkan timbulnya dermatitis atopik (A3), frekuensi responden yang menjawab Sangat setuju sebanyak 15 responden (25%), Setuju sebanyak 19 responden (31,7%), Netral 8 responden (13,3%), Tidak setuju 14 responden (23,3%), dan menjawab Sangat tidak setuju 4 responden (6,7%). Penderita DA memiliki defek pada sawar kulit yang menyebabkan kulit akan relatif lebih kering dan sensitif yang memudahkan iritasi akibat dari penetrasi bahan-bahan kimia yang akan berdampak pada timbulnya DA, namun tidak tidak semua penderita DA dicetuskan oleh bahan kimia sehingga terdapat responden yang menjawab netral atau tidak setuju.¹⁶ Contoh bahan kimia yang biasa di pakai dan dapat menjadi faktor pemicu DA, penggunaan sampo dan sabun dan deterjen untuk mencuci pakaian anak.⁷ Variasi jawaban memperlihatkan kurangnya pemahaman tentang bahan-bahan kimia yang berhubungan dengan tindakan mengurus anak atau dapat disimpulkan pengetahuan yang dimiliki responden kurang aplikatif.

Pengetahuan mengenai debu ataupun asap dapat menjadi salah satu penyebab timbulnya dermatitis atopik (A4), frekuensi responden yang menjawab Sangat setuju 15 (25%), Setuju sebanyak 20 (33,3%), Netral 10 responden (16,7%), Tidak setuju 11 responden (18,3%) dan yang menjawab Sangat tidak

setuju 4 responden (6,7%). Debu dan asap merupakan salah satu contoh dari polusi lingkungan yang menjadi faktor alergen inhalan pencetus DA. Contoh debu yang mungkin berada disekitar lingkungan anak seperti debu yang berasal dari serpihan kulit, karpet, kain jendela, dan TDR. Contoh asap yang mungkin berada disekitar bayi, seperti asap dari memasak makanan, dan asap rokok. Debu ataupun asap merupakan faktor inhalan yang dapat memicu timbulnya DA melalui mekanisme reaksi fase lambat yang diperantai oleh IgE (*IgE-mediated delayed type hypersensitivity*).³² Variasi jawaban pada pertanyaan A4 memperlihatkan terdapatnya pemahaman yang masih kurang.

Pengetahuan mengenai menghindari faktor-faktor yang memicu timbulnya dermatitis atopik merupakan salah satu tindak pencegahan awal (A5), didapatkan frekuensi tertinggi menjawab Sangat Setuju dan Setuju masing-masing 25 responden (41,7%), kemudian Netral 5 responden (8,3%), Tidak setuju 4 responden (6,7%) dan Sangat tidak setuju hanya ada 1 responden (1,7%). Responden memahami dan mengerti bahwa DA dapat dicegah kekambuhannya sehingga akan diupayakan usaha-usaha seperti penghindaran alergen dan faktor-faktor yang dapat memicu DA. Namun masih adanya jawaban netral atau tidak setuju, ini bisa dikarenakan ketidak-tahuan beberapa responden mengenai faktor-faktor yang dapat mencetuskan kambuhnya DA yang dapat dilihat dari variasi mengenai faktor yang dapat memicu DA pada pertanyaan A2-4. Selain itu terjadi perubahan paradigma penanganan DA, kuratif menjadi preventif, tapi pendapat yang beredar dimasyarakat belum memahami itu.¹

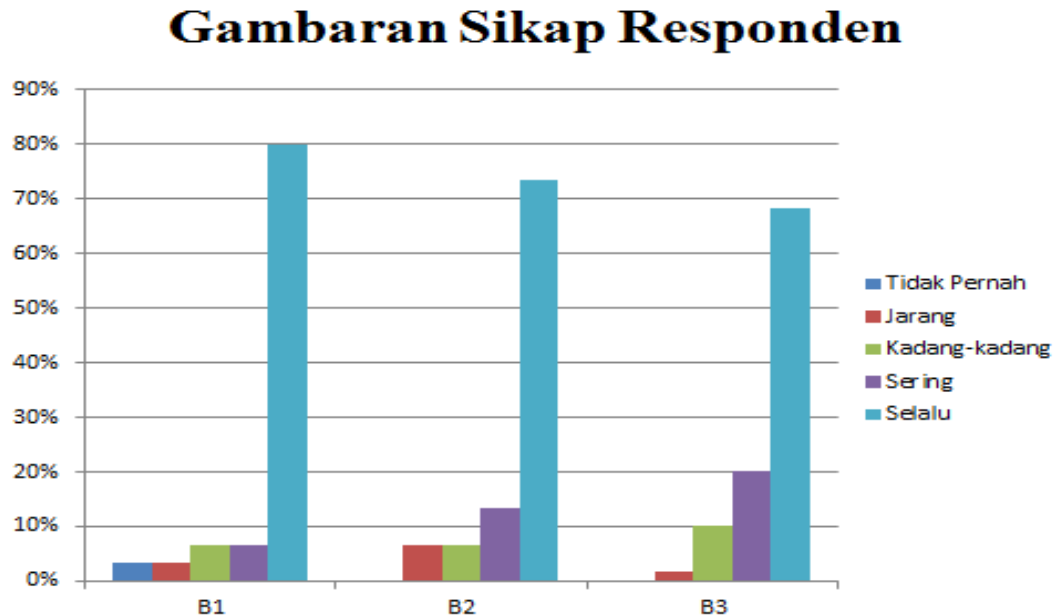
Pengetahuan mengenai pakaian yang mudah menyerap keringat dapat mencegah dermatitis atopik (A6), frekuensi tertinggi menjawab Sangat setuju 23 (38,3%), Setuju sebanyak 26 responden (43,3%), Netral 10 (16,7%), tidak ada (0) responden yang menjawab Tidak setuju dan yang menjawab Sangat tidak setuju hanya 1 responden (1,7%). Pengeluaran keringat terjadi karena respon fisiologis tubuh untuk mengkompensasi peningkatan suhu dalam tubuh melalui vasodilatasi perifer yang kemudian panas dapat dikeluarkan melalui keringat.³³ Kulit penderita DA memiliki ambang rendah terhadap gatal, keringat menstimulus timbulnya gatal sehingga dengan keringat akan semakin meningkatkan rasa gatal dan menimbulkan keinginan menggaruk.¹⁴ Garukan memperparah kerusakan sawar

kulit, membuat penetrasi alergen akan semakin mudah.¹⁵ Bahan pakaian yang mudah menyerap keringat yang biasa dipakai pada daerah bermusim tropis adalah bahan kain katun karena ringan dan sejuk.

Pada penderita DA terjadi peningkatan IgE dalam serum dan defek dari sawar kulit yang menyebabkan gangguan permeabilitas dan pertahanan terhadap mikroorganisme. Kulit penderita DA relatif lebih kering dan Semuanya menyebabkan bahan-bahan iritan, alergen, dan mikroba mudah masuk ke dalam kulit. DA dimulai dengan paparan (sensitisasi) imunogen atau alergen dari luar yang mencapai kulit, dapat melalui sirkulasi setelah inhalasi atau secara langsung melalui kontak dengan kulit, kemudian merangsang aktivasi sel mast yang diperantai oleh IgE (*IgE-mediated*). Pada paparan alergen berikutnya, IgE telah tersedia pada permukaan sel mast, sehingga terjadi ikatan antara alergen dengan IgE yang menyebabkan degranulasi dari sel mast. Kemudian sitokin-sitokin termasuk histamin akan disekresi dan granula protein yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan. Terjadinya lesi DA pada keadaan ini didasari oleh mekanisme reaksi fase lambat atau *late phase reaction* (=LPR), dan oleh karena diperantarai oleh IgE maka dikenal sebagai "*IgE-mediated delayed type hypersensitivity*". Penelitian terbaru mengenai alergen makanan pada DA menunjukkan bahwa alergen menginduksi aktivasi sel mast yang dimediasi IgE dan menghasilkan suatu hasil akhir berupa reaksi hipersensitifitas yang dikarakteristikan dengan adanya infiltrasi monosit dan limfosit pada jaringan, contohnya kulit. Pada pasien DA terdapat peningkatan permeabilitas usus terhadap molekul-molekul makanan yang berukuran besar, diperkirakan alergen makanan diabsorpsi melalui usus halus, kemudian memasuki sirkulasi dan terikat dengan sel mast yang telah tersensitisasi dengan IgE spesifik di kulit. Kemungkinan yang lain adalah mediator-mediator yang dilepaskan oleh sel mast usus, akan menuju sirkulasi dan menyebabkan reaksi pada kulit dan saluran nafas. Dengan eliminasi alergen makanan yang diperkirakan sebagai penyebab, terjadi penurunan jumlah *spontaneous basophil histamine release* (SBHR) pada anak dengan dermatitis atopik, serta memberikan perbaikan gejala pada kulit, dan pemberian kembali makanan tersebut, memicu terulangnya gejala.¹⁴

4.2.2 Sikap

Distribusi frekuensi responden mengenai sikap responden terhadap dermatitis atopik selengkapnya disajikan pada grafik di bawah ini.



Gambar 4. 6 Gambaran Sikap Responden

Sikap responden dalam memberikan ASI eksklusif (B1), mayoritas tertinggi memberikan jawaban Selalu memberikan ASI eksklusif sebanyak 48 responden (80%), Sering dan Kadang-kadang masing-masing 4 responden (6,7%), kemudian Jarang dan Tidak pernah memberikan ASI masing-masing sebanyak 2 responden (3,3%). Masih adanya insiden DA pada bayi yang diberikan ASI dikarenakan pemberian ASI eksklusif menurunkan insiden terjadinya DA pada bayi yang beresiko bila dibandingkan dengan insiden pada bayi yang diberikan susu formula. Menurut peneliti tabu makanan yang masih menjadi kebiasaan masyarakat di Indonesia juga menjadi salah satu faktor penting yang dapat berdampak pada terjadinya insiden DA. Ibu yang menjalankan tabu makanan akan berdampak pada gizi ibu, biasanya ibu akan mengalami kekurangan gizi sehingga berakibat pada penurunan kualitas dan produksi ASI, yang kemudian dapat berdampak pada kesehatan dan perkembangan bayi.^{11,34}

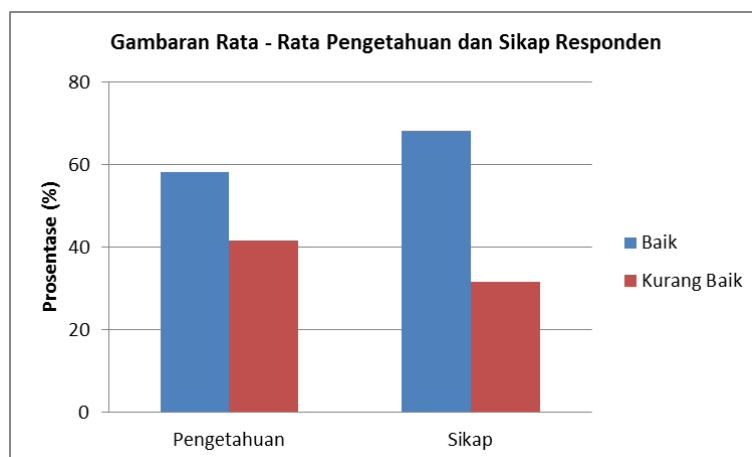
Mayoritas responden yang Selalu akan melakukan pengeringan badan anak bila berkeringat (B2) sebanyak 44 (73,3%), jawaban Sering sebanyak 8 (13,3%), kemudian Kadang-kadang dan Jarang dan sebanyak 4 responden (6,7%)

dan tidak ada (0) responden yang Tidak pernah melakukan pengeringan badan anak bila berkeringat.

Selalu akan melakukan penggantian bila pakaian anak basah (B3) merupakan mayoritas jawaban responden sebanyak 41 (68,3%), Sering akan melakukan sebanyak 12 responden (20%), Kadang-kadang baru akan melakukan 6 responden (10%), Jarang melakukan sebanyak 1 responden (1,7%) dan tidak ada (0) responden yang Tidak pernah melakukan penggantian baju anak bila basah.

Bila pengeringan badan dilakukan tetapi pakaian tidak segera diganti maka pengeluaran keringat dapat terus berlanjut, atau pengeringan dilakukan dan pakaiannya segera diganti, namun pakaian yang di ganti bersifat tebal dan berbahan iritan tetap dapat mencetuskan terjadinya DA.

4.3 Gambaran rata-rata



Gambar 4. 7 Gambaran Rata-rata Pengetahuan dan Sikap Responden

Dalam penelitian ini dapat dilihat bahwa gambaran rata-rata pengetahuan dan sikap responden, dihitung secara statistik dari segi pengetahuan mayoritas responden mempunyai pengetahuan yang baik serta memiliki sikap yang baik. Tetapi dilihat dari sebaran jawaban responden yang masih bervariasi, menunjukkan pemahaman mengenai pengetahuan dan sikap responden masih kurang. Seperti yang dapat dilihat dari perilaku responden pada data demografi mengenai lapisan pakaian (Subbab 4.1.6) juga variasi jawaban dari pertanyaan yang diajukan.

4.4 Keterbatasan Penelitian

1. Karena kuisioner dari penelitian sebelumnya belum ada, dalam penelitian ini kuisioner yang digunakan harus divalidasi terlebih dahulu, peneliti menggunakan validasi statistik. Pertanyaan yang digunakan bersifat sangat umum, dimana diharapkan dapat mudah dimengerti oleh responden.
2. Kuisioner tidak dapat menilai cerminan dari tindakan ibu dalam keseharian mengasuh anak.
3. Dalam penelitian ini menggunakan cross-sectional sehingga dalam penelitian ini tidak dapat dilakukan penilaian apakah edukasi yang diberikan oleh dokter kepada responden bersifat aplikatif sehingga dapat di aplikasikan dalam keseharian pengasuhan anak.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari penelitian ini dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Secara keseluruhan, bila dihitung secara statistik responden memiliki pengetahuan yang baik pada dermatitis atopik. Sikap mengenai dermatitis atopik sudah cukup baik. Pengetahuan dan sikap yang baik pada mayoritas responden yang memiliki bayi penderita DA tidak menurunkan angka kekambuhan DA.
2. Dari sebaran kuisioner jawaban responden masih bervariasi antara sangat setuju hingga sangat tidak setuju, dengan demikian menunjukkan pemahaman mengenai pengetahuan dan sikap yang dimiliki oleh responden masih kurang.
3. Variasi jawaban menunjukkan bahwa di masyarakat masih terjadi pro dan kontra tentang faktor predisposisi DA.

5.2 Saran

Bagi lahan penelitian

Diharapkan kuisioner dapat lebih dikembangkan sehingga dapat lebih tepat sasaran dan mengarah. Masih banyaknya faktor predisposisi yang dapat di jadikan sumber penelitian berikutnya seperti menilai berapa bnyk karpet dirumah, tirai jendela yang dapat menimbulkan debu.

Bagi masyarakat

Diharapkan pengetahuan dan sikap responden dapat dikembangkan lagi melalui edukasi yang bisa didapatkan di sarana-sarana kesehatan dan di aplikasikan kedalam tindakan keseharian pengasuhan anak.

Bagi sarana kesehatan

Memberikan edukasi yang lebih informatif dan aplikatif sehingga dapat di aplikasikan dengan baik sesuai dengan hal-hal yang berhubungan dan dapat memicu DA pada masing-masing anak. Seperti mengurangi pemakaian sampo dan sabun, mencegah keluarnya keringat berlebihan, dan menggunakan pelembab (emolient).

DAFTAR PUSTAKA

1. Thomsen SF. Atopic Dermatitis: Natural History, Diagnosis, and Treatment. ISRN Allergy. 2014;7 pages.
2. Bakhtiar. Faktor Risiko, Diagnosis, dan Tatalaksana Dermatitis Atopik pada Bayi dan Anak. JKM. 2010;9.
3. Syarif N, Zulkifli A, Ansariadi. Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Dermatitis Pada Anak Balita di Wilayah Kerja PKM Pattopakang Kecamatan Mangarabombang Kabupaten Takalar: Hasanudin; 2013.
4. Munasir Z. Peran Risiko Alergi dan Polimorfisme Genetik Gen Interleukin-4, Serta Faktor Lingkungan Terhadap Terjadinya Dermatitis Atopik Pada Bayi Sampai Usia 6 Bulan. Jakarta: FKUI; 2010.
5. Flohr C, C.G.Williams H. Epidemiology of Atopic Dermatitis. In: D.Irvine A, H.Hoeger P, C.Yan A, editors. Harper's Textbook of Pediatric Dermatology. 1. 3 ed: Blackwell Publishing Ltd.; 2011.
6. Tabri F, Yusuf I, Boediardja SA. Aspek Immunogenetik Dermatitis Atopik pada Anak: Kontribusi Gen CTLA-4, Kecacingan dan IL-10. Makasar: Universitas Hasanuddin; 2011.
7. Putri IP. Gambaran Kelainan Kulit pada Pasien Dermatitis Atopik di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD dr. Pirngadi Medan Tahun 2011. Medan: Universitas Sumatra Utara; 2012.
8. Sularsito SA, Djuanda S. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. 5 ed. Sularsito SA, Djuanda S, editors. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2010.
9. Sari IBP. Hubungan Antara Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian Dermatitis Atopik pada Bayi 0-3 Tahun Di Posyandu Abadi Desa Gonilan Kecamatan Kartasura Kabupaten Sukoharjo. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2010.
10. Bantz SK, Zhu Z, Zheng T. The Atopic March: Progression from Atopic Dermatitis to Allergic Rhinitis and Asthma. In: Immunology AaC, editor. USA: National Institutes of Health; 2014.
11. Leung DYM, F.Eichenfield L, Boguniewicz M. Atopic Dermatitis (Atopic Eczema). In: I.Katz DS, A.Goldsmith L, A.Gilchrest B, S.Paller A, J.Leffeif D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's : Dermatology In General Medicine. 8 ed. united states: The McGraw-Hill Companies,Inc.; 2012.
12. Asmara A. Makanan Sebagai Pencetus Dermatitis Atopik pada Bayi dan Anak. In: FKUI, editor. Jakarta2011.
13. Wolff K, Johnson RA. Atopic Dermatitis. Fitzpatrick's : Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology. 6 ed: McGraw-Hill Medica; 2009. p. 34-41.
14. Anggraeni M. Nilai Atopi Keluarga Menentukan Kejadian Dermatitis Atopik pada Bayi Usia 0-4 Bulan. Denpasar: Universitas Udayana; 2013.
15. Brahmana ARB. Gambaran Dermatitis Atopik di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Dr.Pirngadi Medan Tahun 2008. Medan: universitas Sumatra Utara; 2010.

16. Movita T. Tatalaksana Dermatitis Atopik. CDK. 2014;41 no.11.
17. JKMA.org [Internet]. Journal of the Korean Medical Association. Available from: <http://www.jkma.org/ArticleImage/1119JKMA/jkma-49-1046-g001-l.jpg>
18. Medscape.com [Internet]. Dermatol Nurs, [cited 2010]. Available from: <http://img.medscape.com/article/726/755/726755-fig2.jpg>
19. Natalia, Menaldi SL, Agustin T. Perkembangan Terkini pada Terapi Dermatitis Atopik. Indonesia Med Assoc. 2011;61(7).
20. Hong J, Buddenkotte J, Berger TG, Steinhoff M. Management of Itch in Atopic Dermatitis. California San Francisco 2011.
21. Notoatmojo, S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta. 2003.
22. Notoatmojo, S. Metodologi Penelitian Kesehatan ed.revisi. Jakarta: Rineka Cipta. 2010.
23. Wawan, A. dan Dewi. Teori dan pengukuran pengetahuan, sikap, dan perilaku manusia. Yogyakarta: Nuha Medika. 2010
24. Arba'in II, Salawati T, Pujiati N. Gambaran Pengetahuan Ibu Nifas tentang Kontrasepsi Metode Amenore Laktasi di Wilayah Kerja Puskesmas Pamaran Kec. Brebes Kap. Brebes. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang; 2011.
25. KBBI.web.id [Internet]. Kamus Besar Bahasa Indonesia. Available from: <http://kbbi.web.id/sikap>
26. Risnita. Pengembangan Skala Model Likert. Edu-Bio. 2012; Vol. 3.
27. Heliani. Pengaruh Sistem Pengendalian Manajemen Terhadap Kinerja Manajerial dengan Gaya Kepemimpinan Sebagai Material Moderating. Bandung: Universitas Pendidikan Indonesia; 2012. Available from: http://a-research.upi.edu/operator/upload/s_pea_0800319_chapter3.pdf
28. Badan Pusat Statistik – sensus penduduk 2010 [Internet]. Available from: sp2010.bps.go.id/index.php/site/topik?kid=6&kategori=Pendidikan
29. Apriastuti DA. Analisa Tingkat Pendidikan dan Pola Asuh Orang Tua dengan Perkembangan Anak Usia 48-60 Bulan. Jurnal Ilmiah Kebidanan. 2013;4.
30. Badan Pusat Statistik Indonesia (2010). Available from: bps.go.id/linkTabelStatis/view/id/969
31. Bloomfield SF, Stanwell-Smith R, Crevelz RWR, Pickup J. Too clean, or not too clean: the Hygiene Hypothesis and home hygiene. In: Allergy CaE, editor. Compilation. UK 2006.
32. Lembaga Pengembangan Pendidikan. Problematika Dermatitis Atopik. Available from: [http://lpp.uns.ac.id/bukuteks/images/flippingbook/Dermatitis%20Atopik\(Eksema\),Harijono%20Kariosentono/pdf/Dermatitis%20Atopik%20_Eksema.pdf](http://lpp.uns.ac.id/bukuteks/images/flippingbook/Dermatitis%20Atopik(Eksema),Harijono%20Kariosentono/pdf/Dermatitis%20Atopik%20_Eksema.pdf)
33. Rahmawati, Fatimah S, Nurhidayah I. Perbedaan Penurunan Suhu Tubuh Anak Bronchopneumonia yang Diberikan Kompres Hangat di Axilla dan Frontal Bandung: Universitas Padjadjaran; 2013.
34. Siregar MA. Pemberian ASI Eksklusif dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya. Medan: Universitas Sumatra Utara; 2004.

Lampiran 1 Surat Persetujuan Uji Etik



KOMISI ETIK RISET
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI
Jalan Kyai Tapa, Grogol, (Kampus B) Jakarta 11440
Telp: (021) 5672731, 5655786
Fax : (021) 5660706

PERSETUJUAN ETIK *Ethical Clearance* Nomor: 69/KER/FK/XII/2014

Komisi Etik Riset Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti setelah mempelajari dengan seksama dan mendengarkan penjelasan dari peneliti utama tentang kemungkinan adanya dampak etis terhadap subyek riset, masyarakat dan lingkungan, menetapkan penelitian dengan judul:

"PENGETAHUAN DAN SIKAP/PERILAKU PADA PENDERITA DERMATITIS ATOPI USIA 2 BULAN-2 TAHUN"

Peneliti Utama : Diana Puspita

Lembaga/Tempat penelitian : FK Universitas Tarumanagara

Dinyatakan memenuhi persyaratan etik untuk dilaksanakan.

Jakarta, 4 Desember 2014

Ketua


Prof. DR. dr. Adi Hidayat, MS

Sekretaris


dr. Alvina. SpPK

INFORMED CONSENT

Saya Diana Puspita sebagai peneliti mengharapkan kerjasama bapak/ibu/saudara/i sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **“Pengetahuan dan Sikap Orang Tua yang Memiliki Bayi Penderita Dermatitis Atopi Tipe Infantil”**. Dermatitis Atopi merupakan penyakit kulit kronis dan residif, disertai rasa gatal yang pada umumnya timbul pada masa bayi dan anak-anak. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui seberapa penyakit ini dikenal serta ditanggapi oleh masyarakat. Hasil penelitian ini diharapkan bapak/ibu/saudara/i mendapatkan informasi-informasi agar dapat mengurangi angka kekambuhan Dermatitis Atopi.

Jika memenuhi persyaratan dan bersedia, maka peneliti akan melakukan wawancara. Tidak ada resiko dalam wawancara ini. Identitas bapak/ibu/saudara/i akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

Bila ada pertanyaan, bapak/ibu/saudara/i dapat menghubungi saya di nomor telepon 083184xxxxxx atas nama Diana.

Bapak/ibu/saudara/i bebas untuk menolak ikut serta dalam penelitian ini. Bapak/ibu/saudara/i berhak setiap saat untuk tidak melanjutkan ikut serta pada penelitian tanpa memberikan alasan dan tidak akan dikenakan sanksi apapun. Bila bapak/ibu/saudara/i bersedia ikut dalam penelitian ini saya memohon untuk membubuhkan tanda tangan pada formulir persetujuan dibawah ini.

Jakarta,

20

Responden

()

FORMULIR PERSETUJUAN

Semua penjelasan diatas telah disampaikan kepada saya dan telah saya pahami. Dengan menandatangani formulir ini saya **BERSEDIA** untuk ikut dalam penelitian ini dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun dan data yang akan saya berikan adalah BENAR dan dapat dipertanggung jawabkan sepenuhnya.

Nama ibu/ayah :
Usia Ibu/ayah :
Pendidikan terakhir : () SD () SMP () SMU () Diploma () S1 () S2 () S3
Pekerjaan : () pelajar / mahasiswa
() wiraswasta
() PNS
() Pegawai swasta
() Ibu rumah tangga
() lain – lain sebutkan :.....
Usia bayi :
Jenis Kelamin :
Jumlah Anak :
Lapis pakaian :
Riwayat Genetik :

Jakarta,

20

Peneliti

Responden

(Diana Puspita)

()

Lampiran 3

LEMBAR KUESIONER

Judul Penelitian : Gambaran Pengetahuan dan Sikap Orang Tua yang Memiliki Bayi Penderita Dermatitis Atopi Tipe Infantil

PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

A. Keterangan Cara Mengisi bagian A

Bapak/Ibu diminta untuk mengisi jawaban sesuai dengan pendapat dan pengetahuan Bapak/Ibu dengan memberikan tanda silang (X) pada salah satu kotak yang sesuai dengan pilihan jawaban sebagai berikut:

1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Ragu-ragu 4. Setuju 5. Sangat setuju

Contoh :

NO	CONTOH	1	2	3	4	5
1	setiap hari saya sarapan pagi				X	

A. PENGETAHUAN

NO	PERNYATAAN	1	2	3	4	5
1	Dermatitis atopi dapat menimbulkan rasa gatal akibat reaksi hipersensitivitas					
2	Makanan dapat menjadi salah satu penyebab timbulnya dermatitis atopik					
3	Bahan kimia dapat menjadi salah satu yang menyebabkan timbulnya dermatitis atopik					
4	Debu ataupun asap dapat menjadi salah satu penyebab timbulnya dermatitis atopik					
5	Menghindari faktor yang dapat memicu timbulnya dermatitis atopik merupakan salah satu tindak pencegahan awal					
6	Pakaian yang mudah menyerap keringat dapat mencegah dermatitis atopik					

B. Keterangan Cara Mengisi Bagian B

Bapak/Ibu diminta untuk mengisi jawaban sesuai dengan sikap/perilaku Bapak/Ibu dengan memberikan tanda silang (X) pada salah satu kotak yang sesuai dengan pilihan jawaban sebagai berikut:

1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang - kadang 4. sering 5. Selalu

B. SIKAP

NO	PERNYATAAN	1	2	3	4	5
1	Saya (akan) memberikan ASI eksklusif (dari usia bayi 0 bulan - 6 bulan)					
2	Saya akan mengeringkan badan anak saya bila ia berkeringat					
3	Saya akan menggantikan pakaian anak saya bila bajunya basah					

TERIMA KASIH

Lampiran 4

Perhitungan Skoring

NO	PENGETAHUAN							SIKAP			
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Skor Total Pengetahuan	B1	B2	B3	Skor Total Sikap
1	5	5	2	4	5	3	24	5	5	5	15
2	5	4	4	4	5	5	27	5	5	5	15
3	5	4	4	4	5	4	26	5	5	5	15
4	5	2	4	4	4	5	24	5	5	5	15
5	3	4	4	4	5	5	25	5	5	5	15
6	3	3	3	4	5	5	23	5	5	5	15
7	5	4	4	4	5	5	27	5	5	5	15
8	4	2	3	3	5	5	22	5	5	5	15
9	5	5	5	5	5	5	30	5	5	5	15
10	3	3	2	2	4	4	18	5	5	5	15
11	5	5	4	2	5	4	25	5	5	5	15
12	5	5	3	3	4	4	24	5	5	5	15
13	4	4	1	4	5	4	22	3	5	5	13
14	4	5	5	5	5	4	28	5	4	4	13
15	4	5	4	4	4	4	25	5	5	5	15
16	4	4	5	5	5	5	28	5	5	5	15
17	4	4	2	2	4	5	21	5	5	5	15
18	4	2	2	4	4	4	20	4	4	5	13
19	3	4	4	3	4	4	22	5	5	5	15
20	5	5	4	4	4	5	27	5	3	3	11
21	4	4	4	5	4	4	25	2	5	5	12
22	4	2	2	4	4	5	21	5	5	4	14
23	4	5	4	4	4	4	25	5	5	5	15
24	5	3	2	3	4	4	21	5	2	4	11
25	4	4	5	2	4	3	22	5	5	5	15
26	5	2	2	2	3	4	18	5	5	5	15
27	5	5	5	5	5	5	30	5	5	5	15
28	4	5	5	5	4	4	27	5	4	4	13
29	5	5	5	5	5	5	30	5	5	5	15
30	4	3	4	4	4	5	24	5	5	4	14
31	4	5	4	3	4	4	24	5	5	5	15
32	5	4	5	4	3	3	24	5	5	4	14
33	4	5	4	3	4	4	24	4	3	4	11
34	2	4	3	3	2	4	18	4	2	3	9

35	1	3	2	4	4	3	17	2	5	4	11
36	2	5	3	4	2	3	19	3	3	3	9
37	3	4	2	2	5	3	19	4	2	3	9
38	3	5	5	1	4	4	22	5	5	5	15
39	3	4	4	2	3	4	20	1	3	3	7
40	1	1	1	1	1	1	6	5	4	3	12
41	5	5	5	5	5	5	30	5	5	5	15
42	1	5	1	1	2	4	14	5	5	5	15
43	5	5	5	5	5	5	30	5	5	5	15
44	5	5	2	2	4	4	22	5	5	5	15
45	2	2	4	4	2	3	17	5	5	5	15
46	4	4	4	4	5	5	26	5	5	5	15
47	3	3	3	3	3	3	18	5	5	5	15
48	4	4	5	5	5	5	28	5	5	5	15
49	3	2	4	4	5	5	23	5	5	5	15
50	5	5	2	5	5	4	26	3	4	4	11
51	5	5	5	2	3	5	25	5	5	5	15
52	5	3	3	3	5	5	24	5	5	5	15
53	5	2	2	2	4	3	18	5	2	2	9
54	5	4	5	5	5	3	27	5	5	4	14
55	4	2	4	5	5	5	25	3	4	5	12
56	4	4	3	3	4	4	22	1	4	4	9
57	4	5	2	5	4	4	24	5	4	4	13
58	3	1	1	1	4	4	14	5	5	5	15
59	4	5	5	5	5	5	29	5	5	5	15
60	3	5	2	2	4	4	20	5	5	5	15

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



DATA PRIBADI

Nama : Diana Puspita
NIM : 405110145
Alamat : Perum.Bandar Srimas blok.K no.10
Sei panas – Batam center
Batam
TTL : Batam, 15 Desember 1993
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Buddha
e-Mail : dhiianz@yahoo.com

RIWAYAT PENDIDIKAN

A. FORMAL

- 1. (2005) Lulus SD Kristen Kalam Kudus - Batam*
- 2. (2008) Lulus SMP Kristen Kalam Kudus - Batam*
- 3. (2011) Lulus SMA Harapan Utama*

PENGALAMAN ORGANISASI

- 1. (2009-2010) sekretaris OSIS SMA Harapan Utama*
- 2. (2012) Ketua pelaksana Donor Darah UMRC – UNTAR*