



**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN *PERSONAL*
HYGIENE DENGAN KEJADIAN PENYAKIT SKABIES
DI LINGKUNGAN PONDOK PESANTREN
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

Anthia Ayu Nandira

142010101049

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2018



**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN *PERSONAL*
HYGIENE DENGAN KEJADIAN PENYAKIT SKABIES
DI LINGKUNGAN PONDOK PESANTREN
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Kedokteran (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh

Anthia Ayu Nandira

142010101049

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2018

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT yang telah memberi segala limpahan rahmat serta hidayah-Nya, beserta Nabi Muhammad SAW dan Rasul-Nya yang selalu menjadi panutan dalam setiap langkah;
2. Orang tua tersayang, Ayah Alfian Budianto, Ibu Dian Erlinawati yang telah memberikan dukungan doa, kasih sayang dan pengorbanan yang dilakukan setiap waktu;
3. Guru-guru saya dari masa taman kanak-kanak hingga kuliah yang telah mendidik saya selama ini;
4. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember

MOTTO

Allah akan mengangkat derajat orang - orang yang beriman di antaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat.

(Terjemahan Surat Al-Mujadilah: 11)



*)Departemen Agama Republik Indonesia. 2012. *Al Qur'an Tajwid dan Terjemahan Al Bayan*. Surabaya: CV.Fajar Mulya.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Anthia Ayu Nandira

NIM : 142010101049

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Tingkat Pengetahuan dan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Skabies di Lingkungan Pondok Pesantren Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 12 November 2018

Yang menyatakan,

Anthia Ayu Nandira

NIM 142010101049

SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN *PERSONAL*
HYGIENE DENGAN KEJADIAN PENYAKIT SKABIES
DI LINGKUNGAN PONDOK PESANTREN
KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Anthia Ayu Nandira

NIM 142010101049

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama

: Dr. dr. Yunita Armiyanti, M.kes

Dosen Pembimbing Anggota

: dr. Rini Riyanti, Sp.PK

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Personal Hygiene dengan Kejadian Penyakit Skabies di Lingkungan Pondok Pesantren Kabupaten Jember” karya Anthia Ayu Nandira telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal :

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Tim Penguji

Ketua,

Anggota I

dr. Ancah Caesarina Novi M, Ph.D

dr. Bagus Hermansyah, M.Biomed

NIP 198203092008122002

NIP 198304052008121001

Anggota II,

Anggota III,

Dr. dr. Yunita Armiyanti, M.kes

dr. Rini Riyanti, Sp.PK

NIP 197406042001122002

NIP 197203281999032001

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember

dr. Supangat, M. Kes., Ph. D., Sp. BA

NIP 197304241999031002

RINGKASAN

Hubungan Tingkat Pengetahuan dan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Skabies di Lingkungan Pondok Pesantren Kabupaten Jember.

Anthia Ayu Nandira, 142010101049; 2018; 91 halaman; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Skabies merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap *Sarcoptes scabiei varian hominis*. Angka kejadian skabies masih cukup tinggi terutama di daerah yang padat penduduknya, karena dapat lebih mudah terjadi penularan dengan kontak langsung atau kontak tidak langsung. Gejala yang dirasakan pada penderita skabies adalah gatal pada malam hari, menyerang manusia secara kelompok misalnya dalam sebuah keluarga, asrama atau pondokan. Tanda lain yang dapat ditemukan adalah adanya papula (bintil), pustula (bintil bernanah), ekskoriiasi (bekas garukan), dan bekas-bekas lesi yang berwarna hitam pada kulit. Faktor yang dapat mendukung terjadinya skabies adalah tingkat pengetahuan dan *personal hygiene*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dan *personal hygiene* para santri dengan kejadian skabies di Pondok Pesantren Miftahul Ulum Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

Jenis penelitian ini menggunakan metode analitik observasional dengan desain *cross sectional* yang dilaksanakan di Pondok Pesantren Miftahul Ulum Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah santri SMP dan SMA berjumlah 229 santri yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data primer yaitu pemeriksaan fisik dan kuesioner. Hasil penelitian di analisis menggunakan Statistical Package for Social Science (SPSS) dengan uji *Chi Square* dan uji *multiple logistic regression*.

Hasil penelitian ini didapatkan angka kejadian skabies sebanyak 105 (45,9%) responden. Variabel tingkat pengetahuan tentang skabies (p value = 0,361) dan *personal hygiene* (p value = 0,869) menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna dengan kejadian skabies. Faktor yang mempunyai hubungan signifikan

dengan kejadian skabies yaitu penggunaan handuk secara bergantian (p value = 0,019).



PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Tingkat Pengetahuan dan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Skabies di Lingkungan Pondok Pesantren Kabupaten Jember”. Skripsi ini disusun untuk melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Jember (S1) dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran.

1. dr. Supangat, M. Kes., Ph. D., Sp. BA selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
2. Dosen Pembimbing Utama Dr. dr. Yunita Armiyanti, M.kes dan Dosen Pembimbing Anggota dr. Rini Riyanti, Sp.PK yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam proses penulisan skripsi ini;
3. Pengasuh Pondok Pesantren Miftahul Ulum, Kalisat, Jember yang telah bersedia memberikan ijin penelitian;
4. Dosen Pembimbing Akademik dr. Elly Nurus Sakinah, M.Si yang telah membimbing saya selama menempuh pendidikan kedokteran di Universitas Jember;
5. Orang tua tersayang, Alfian Budianto, S.H., M.H, dan Dian Erlinawati, S.H. yang telah memberikan dukungan doa, kasih sayang dan pengorbanan yang dilakukan setiap waktu;
6. Adik tersayang Andika Kresna Firmanda Abrian yang telah memberikan doa, dukungan dan motivasi dalam penyelesaian skripsi;
7. Mohammad Lutfi Hasbullah yang telah memberikan doa, dukungan dan motivasi dalam penyelesaian skripsi;
8. Saudara tersayang monita dan ifidina yang telah membantu saya dalam menyelesaikan penelitian;
9. Sahabat – sahabat saya novera, saskia, ade, bela, angel, windi, beny, dan baby yang telah memotivasi saya untuk menyelesaikan skripsi;

10. Teman – teman yang telah membantu penelitian saya nihayah, sasa, tanti, april, bagus, syahryan, akbar, lusi, bela, nunung, dan ririn;
11. Adik – adik Pondok Pesantren Miftahul Ulum yang telah bersedia menjadi sampel dalam penelitian;
12. Teman – teman ELIXIR angkatan 2014;
13. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, November 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1 Skabies	4
2.1.1 Definisi	4
2.1.2 Etiologi	4
2.1.3 Epidemiologi	4
2.1.4 Taksonomi	5
2.1.5 Morfologi.....	5
2.1.6 Daur Hidup	6
2.1.7 Patogenesis	7
2.1.8 Gejala.....	8
2.1.9 Klasifikasi Skabies	8
2.1.10 Diagnosis	10
2.1.11 Pemeriksaan Penunjang.....	10
2.1.12 Tatalaksana.....	12
2.1.13 Prognosis	13
2.1.14 Pencegahan	13
2.2 Pengetahuan	14
2.2.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	15
2.3 Personal Hygiene	16
2.3.1 Definisi	16
2.3.2 Tujuan <i>Personal Hygiene</i>	16
2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi <i>Personal Hygiene</i>	16

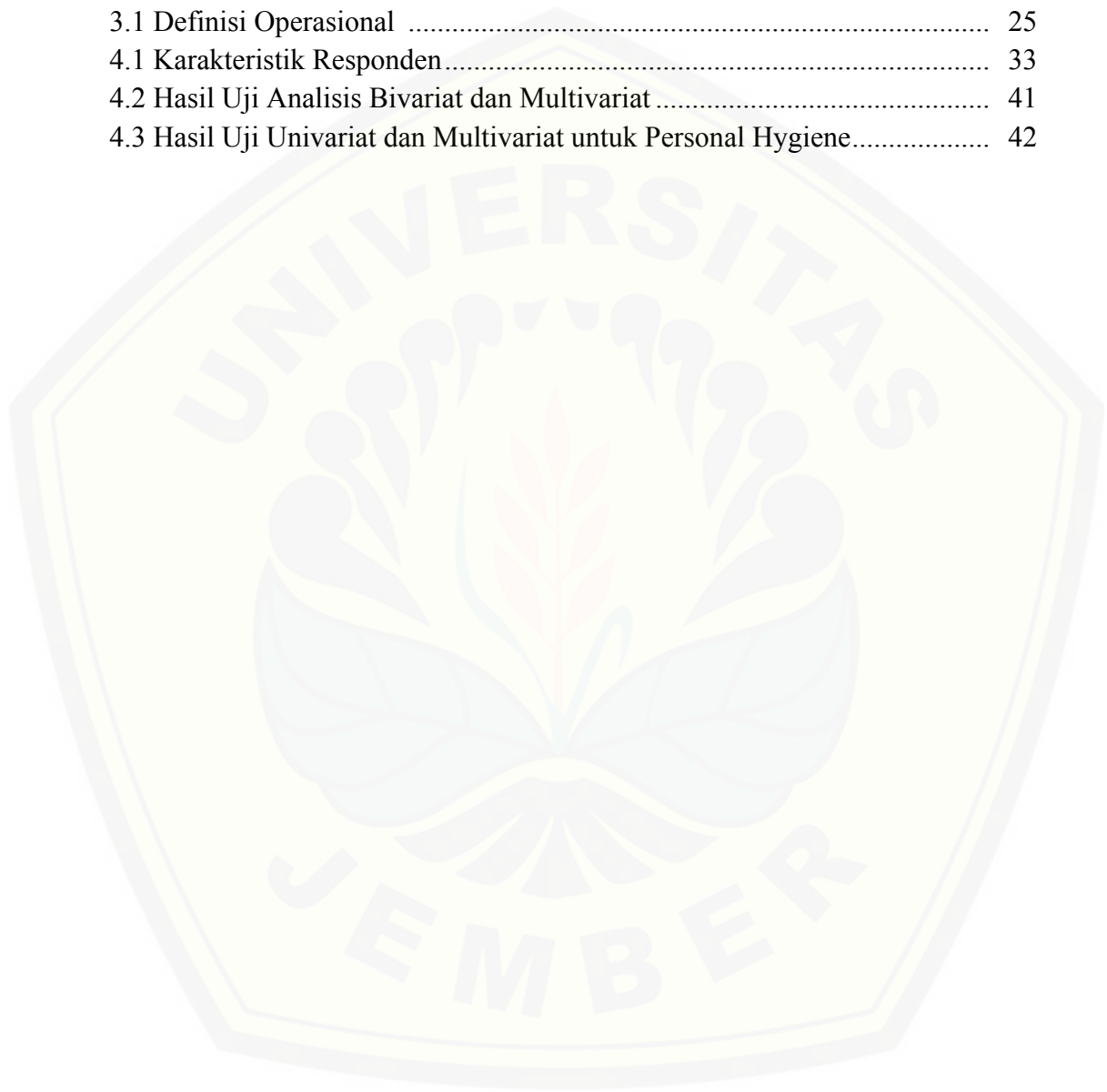
2.3.4	Macam-Macam <i>Personal Hygiene</i>	18
2.4	Pondok Pesantren	19
2.4.1	Faktor Resiko Skabies di Pondok Pesantren	20
2.5	Kerangka Konsep	21
2.6	Hipotesis Penelitian	22
BAB 3.	METODE PENELITIAN	23
3.1	Jenis Penelitian	23
3.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	23
3.2.1	Lokasi Penelitian	23
3.2.2	Waktu Penelitian	23
3.3	Populasi dan Sampel Penelitian	23
3.3.1	Populasi Penelitian	23
3.3.2	Sampel Penelitian	23
3.4	Variabel Penelitian	24
3.4.1	Variabel Bebas	24
3.4.2	Variabel Terikat	24
3.5	Variabel kontrol	24
3.6	Jenis dan Sumber Data	24
3.7	Definisi Operasional	25
3.8	Instrumen Penelitian	27
3.8.1	<i>Informed Consent</i>	27
3.8.2	Kuesioner	27
3.8.3	Alat dan Bahan Pemeriksaan Fisik	27
3.9	Prosedur Penelitian	28
3.9.1	Uji Kelayakan Etik	28
3.9.2	Pengambilan Data	28
3.10	Analisis Data	29
3.11	Alur Penelitian	30
BAB 4	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	31
4.1	Hasil Penelitian	31
4.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	31
4.1.2	Karakteristik Responden	32
4.2	Analisis Data	34
4.2.1	Analisis Univariat	34
4.2.2	Analisis Bivariat dan Multivariat	39
4.3	Pembahasan	43
4.3.1	Karakteristik Responden	43
4.3.2	Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Skabies dengan Kejadian Skabies	44
4.3.3	Hubungan <i>Personal Hygiene</i> dengan Kejadian Skabies	46

DAFTAR PUSTAKA	50
-----------------------------	-----------



DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Definisi Operasional	25
4.1 Karakteristik Responden.....	33
4.2 Hasil Uji Analisis Bivariat dan Multivariat	41
4.3 Hasil Uji Univariat dan Multivariat untuk Personal Hygiene.....	42



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1. Morfologi <i>Sarcoptes scabiei</i>	6
2.2 Daur Hidup <i>Sarcoptes scabiei</i>	7
2.3 Gejala Klinis <i>Sarcoptes scabiei</i>	8
2.4 Skema Kerangka Konsep	21
3.1 Alur Penelitian	30
4.1 Distribusi Variabel Tingkat Pengetahuan tentang Skabies	35
4.2 Distribusi Variabel <i>Personal Hygiene</i>	35
4.3 Hasil Analisis Univariat untuk <i>Personal Hygiene</i>	36

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
3.1 Lembar Pernyataan Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	56
3.2 Lembar Penjelasan Kepada Calon Sampel	57
3.3 Lembar Kuesioner Penelitian	58
3.4 Skor Penilaian Kuesioner	60
3.5 Persetujuan Etik	62
4.1 Hasil Penelitian	65
4.2 Hasil Uji Karakteristik Responden	72
4.3 Hasil Uji Analisis Univariat	74
4.4 Hasil Uji Analisis Bivariat	76
4.5 Hasil Uji Analisis Multivariat	87
4.6 Dokumentasi Penelitian	88

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skabies merupakan penyakit kulit yang masih sulit diatasi pada manusia terutama yang tinggal di lingkungan padat penduduknya (Iskandar, 2000). Berdasarkan data dari WHO (2009) menyebutkan bahwa terdapat 300 juta kasus skabies ada di seluruh dunia. Data yang didapatkan dari puskesmas seluruh Indonesia pada tahun 2008, prevalensi skabies adalah 5,6% - 12,95% dan skabies di Indonesia menduduki urutan ke 3 dari 12 penyakit kulit tersering (Depkes RI dalam Azizah dan setiyowati, 2011). Pada tahun 2015, penderita skabies sebanyak 526 kasus yang terjadi di kecamatan Mayang (Dinkes Jember dalam Ali, 2016).

Skabies atau penyakit kudis merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap *Sarcoptes scabiei varietas hominis* (Sutanto dkk., 2008). Cara penularannya bisa dengan kontak langsung seperti berjabat tangan, tidur bersama dan hubungan seksual. Cara penularan kontak tidak langsung seperti menggunakan handuk, seprai, dan pakaian (Djuanda, 2010). Gejala yang dirasakan pada penderita skabies adalah gatal yang hebat, terutama pada malam hari sebelum tidur. Tanda lain yang dapat ditemukan adalah adanya *papula* (bintil), *pustula* (bintil bernanah), *ekskoriasi* (bekas garukan), dan bekas-bekas lesi yang berwarna hitam pada kulit (Sudirman, 2006).

Penyakit skabies pada umumnya menyerang individu yang hidup berkelompok seperti di asrama, pesantren, lembaga pemasyarakatan, rumah sakit, perkampungan padat, dan rumah jompo (Sudirman, 2006). Pondok pesantren merupakan sekolah yang menekankan pada pelajaran agama Islam dan didukung asrama sebagai tempat tinggal santri yang bersifat permanen (Qomar, 2007). Indonesia merupakan negara dengan 14.798 pondok pesantren dengan prevalensi skabies yang cukup tinggi (Depkes RI dalam Ratnasari dkk., 2014). Penelitian sebelumnya menunjukkan tingkat kejadian skabies pada santri di pondok pesantren

Matholiul Huda Al-Kautsar Pati sebanyak 84,8% (Tarigan dkk., 2018). Penelitian lainnya menunjukkan angka kejadian skabies mencapai 74,3% pada santri laki-laki dan perempuan di Pondok Pesantren An-Nur Ngrukem Sewon Bantul Yogyakarta (Ni'mah, 2016). Jumlah pondok pesantren yang berada di Jember menurut kementerian agama provinsi Jawa Timur tahun 2015 mencapai 557 lembaga pondok pesantren (Kemenag Jember, 2015). Beberapa penelitian juga menunjukkan, angka kejadian skabies di pondok pesantren di wilayah Jember cukup tinggi. Penelitian yang dilakukan di Pondok Pesantren Al Hasan 2 Jember ditemukan 62,83% santri yang terkena skabies (Irnawati, 2013). Penelitian di Pondok Pesantren Nurul Islam Jember menunjukkan 60,7% santri yang menderita penyakit skabies (Nuraini dan Wijayanti, 2016).

Personal hygiene santri yang tinggal di pondok pesantren pada umumnya kurang mendapatkan perhatian, ditambah lagi dengan pengetahuan yang cenderung kurang baik mengenai kesehatan dan perilaku yang tidak sehat (Depkes, 2007). Menurut Laily dan Andarmoyo (2012) *personal hygiene* merupakan suatu cara merawat diri untuk memelihara kesehatannya. Sikap *personal hygiene* di pengaruhi oleh pengetahuan. Pengetahuan itu sendiri adalah hasil dari seseorang tahu terhadap suatu objek. Pengetahuan mempunyai 6 tingkatan, yaitu: tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi (Notoatmodjo, 2011). Hal ini dibuktikan dengan penelitian di Pondok Pesantren Qotrun Nada Cipayung Depok yang menunjukkan 60,6 % santri yang terkena penyakit skabies memiliki tingkat pengetahuan tentang skabies yang rendah (Ibadurrahmi dkk., 2016). Nuraini dan Wijayanti (2016) juga membuktikan bahwa tingkat pengetahuan PHBS yang rendah didapatkan pada 60,7% santri yang menderita skabies.

Sikap *personal hygiene* dipengaruhi oleh pengetahuan, namun pengetahuan yang tinggi belum tentu mempengaruhi kebiasaan pola hidup. Hal ini dibuktikan oleh Lathifa (2014) di Pondok Pesantren Modern Diniyyah Pasia bahwa 76,7% santri perempuan terkena penyakit skabies, tetapi santri perempuan memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi mengenai skabies. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui pengaruh tingkat pengetahuan dan *personal hygiene* terhadap angka kejadian skabies.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana hubungan tingkat pengetahuan santri dan *personal hygiene* dengan kejadian skabies di Pondok Pesantren Miftahul Ulum Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dan *personal hygiene* para santri dengan kejadian skabies di Pondok Pesantren Miftahul Ulum Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Mengetahui karakteristik responden (jenis kelamin, klasifikasi usia, tingkat pendidikan, keluhan pruritus, onset pruritus saat masuk pondok dan riwayat pengobatan) para santri di Pondok Pesantren Miftahul Ulum Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.
2. Mengetahui angka kejadian penyakit skabies di Pondok Pesantren Miftahul Ulum Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.
3. Mengetahui tingkat pengetahuan (definisi skabies, penyebab skabies, gejala skabies dan pencegahan skabies) para santri terhadap penyakit skabies di Pondok Pesantren Miftahul Ulum Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.
4. Mengetahui *personal hygiene* (kebersihan kulit, kebersihan pakaian, kebersihan handuk, kebersihan genitalia, kebersihan tangan dan kuku) para santri terhadap penyakit skabies di Pondok Pesantren Miftahul Ulum Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.
5. Menganalisis hubungan karakteristik, tingkat pengetahuan dan *personal hygiene* para santri dengan kejadian skabies di Pondok Pesantren Miftahul Ulum Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

- a. Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan acuan pada perkembangan penelitian selanjutnya tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi angka kejadian skabies.
- b. Memberikan informasi bagi masyarakat tentang penyakit skabies agar masyarakat dapat menekan angka kejadian skabies dengan cara melakukan pencegahan, memberikan pengobatan dan meningkatkan *personal hygiene*.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skabies

2.1.1 Definisi

Skabies adalah penyakit kulit menular yang disebabkan oleh *Sarcoptes scabiei varian hominis*, yang penularannya terjadi secara kontak langsung. Penyakit ini disebut juga *the itch*, *seven year itch*, *Norwegian itch*, gudikan, gatal agogo, budukan atau penyakit ampera (Harahap, 2000). Skabies tidak membahayakan manusia namun adanya rasa gatal pada malam hari merupakan gejala utama yang mengganggu aktivitas dan produktivitas. Penyakit skabies banyak berjangkit di lingkungan yang padat penduduknya, lingkungan kumuh, lingkungan dengan tingkat kebersihan kurang. Kejadian skabies cenderung tinggi pada anak-anak usia sekolah, remaja bahkan orang dewasa (Siregar, 2015).

2.1.2 Etiologi

Penyebabnya penyakit skabies sudah dikenal lebih dari 100 tahun lalu sebagai akibat infestasi tungau yang dinamakan *Acarus scabiei* atau pada manusia disebut *Sarcoptes scabiei varian hominis* (Sudirman, 2006).

2.1.3 Epidemiologi

Menurut Global Burden of Disease pada tahun 2015 terdapat lebih dari 204 juta kasus skabies terjadi diseluruh dunia, dengan peningkatan persentase sebanyak 6,6 %. Penelitian yang dilakukan oleh Bhuvaneswari dan Ramaprasad (2018) di rumah sakit India, ditemukan 77,76% kasus skabies yang terjadi pada anak-anak. Data dari puskesmas seluruh Indonesia pada tahun 2008, prevalensi skabies adalah 5,6% sampai 12,95% dan skabies di Indonesia menduduki urutan ke 3 dari 12 penyakit kulit tersering (Departemen Kesehatan RI, 2008). Insiden skabies di negara berkembang menunjukkan siklus fluktuasi yang sampai saat ini belum dapat dijelaskan. Interval antara akhir dari suatu epidemi dan permulaan epidemi berikutnya kurang lebih 10 sampai 15 tahun. Beberapa faktor yang dapat membantu

penyebarannya adalah kemiskinan, higiene yang jelek, hubungan seksual, diagnosis yang salah, demografi, ekologi, dan derajat sensitasi individual (Harahap, 2000), adapun cara penularannya adalah:

1. Kontak langsung (kulit dengan kulit)

Penularan skabies terutama melalui kontak langsung seperti berjabat tangan, tidur bersama dan hubungan seksual. Pada orang dewasa hubungan seksual merupakan hal tersering, sedangkan pada anak-anak penularan didapat dari orang tua atau temannya.

2. Kontak tidak langsung (melalui benda)

Penularan melalui kontak tidak langsung, misalnya melalui perlengkapan tidur, pakaian atau handuk dahulu dikatakan mempunyai peran kecil pada penularan. Namun demikian, penelitian terakhir menunjukkan bahwa hal tersebut memegang peranan penting dalam penularan skabies dan dinyatakan bahwa sumber penularan utama adalah selimut (Djuanda, 2010).

2.1.4 Taksonomi

Kingdom	: Animalia
Filum	: Artropoda
Kelas	: Arachnida
Ordo	: Acarina
Famili	: Sarcoptidae
Genus	: <i>Sarcoptes</i>
Species	: <i>Sarcoptes scabiei</i>

Sarcoptes scabiei yang menyerang manusia disebut *Sarcoptes scabiei varian hominis* (Wardhana, 2006).

2.1.5 Morfologi

Secara morfologi, telur *Sarcoptes scabiei* berbentuk oval dengan ukuran 0,10-0,15 mm. Larva *Sarcoptes scabiei* mempunyai 3 pasang kaki kemudian menjadi nimfa. Nimfa betina dan jantan memiliki 4 pasang kaki. Nimfa betina mengalami 2 fase perkembangan, nimfa pertama panjangnya 160 mikron dan nimfa ke dua

panjangnya antara 220 sampai 250 mikron sedangkan nimfa ke dua bentuknya menyerupai tungau dewasa tetapi alat genitalnya belum terbentuk sempurna. Tungau skabies dewasa mempunyai 4 pasang kaki, 2 pasang kaki depan dan 2 pasang kaki belakang. Tungau skabies betina berukuran 300 x 350 μm , sedangkan jantan berukuran 150 x 200 μm . Dapat dilihat gambar 2.1 morfologi *Sarcoptes scabiei* betina. Kaki depan betina dan jantan memiliki fungsi yang sama sebagai alat untuk melekat, akan tetapi kaki belakangnya memiliki fungsi yang berbeda. Kaki belakang betina berakhir dengan rambut, sedangkan pada jantan kaki ketiga berakhir dengan rambut dan kaki keempat berakhir dengan alat perekat (Sutanto dkk., 2008)

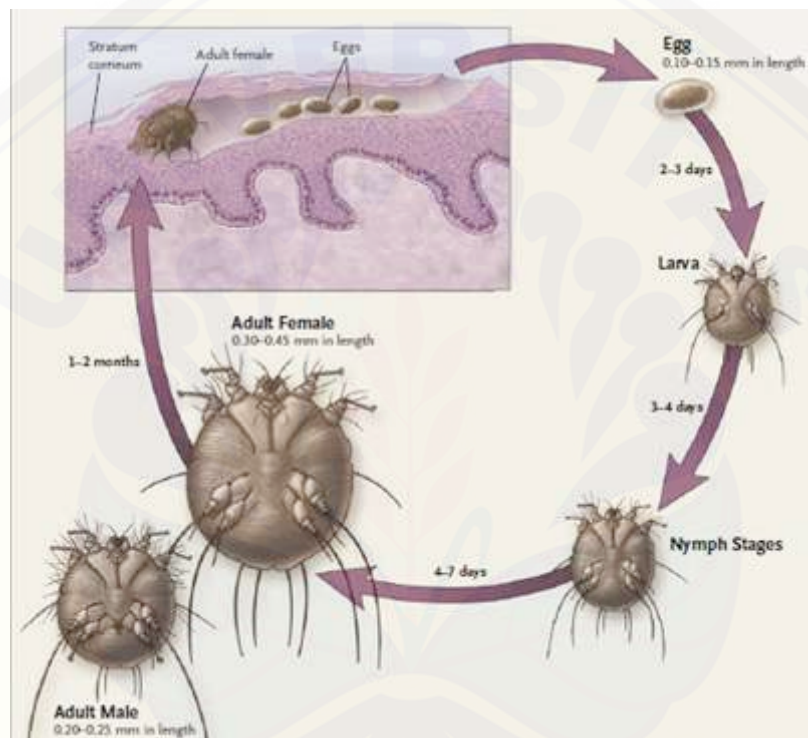


Gambar 2.1 Morfologi *Sarcoptes scabiei* betina (Sumber : Chosidow, 2006)

2.1.6 Daur Hidup

Setelah kopulasi (perkawinan) yang terjadi di atas kulit, tungau jantan akan mati, kadang-kadang masih dapat hidup beberapa hari dalam terowongan yang digali oleh betina. Tungau betina yang telah dibuahi mempunyai kemampuan untuk membuat terowongan pada kulit sampai diperbatasan stratum korneum dan *stratum granulosum* dengan kecepatan 2 sampai 3 mm per hari sambil meletakkan telurnya 2 hingga 50 telur. Telur *Sarcoptes scabiei* akan menetas dalam waktu 3 sampai 10 hari dan menjadi larva. Larva dapat tinggal didalam terowongan atau keluar dari terowongan. Kemudian larva berubah menjadi nimfa dalam waktu 2 sampai 3 hari yang mempunyai 2 bentuk yaitu, jantan dan betina. Nimfa betina mengalami 2 fase

perkembangan sedangkan nimfa jantan hanya mengalami 1 fase perkembangan. Selanjutnya nimfa akan berubah menjadi tungau dewasa dalam waktu 3 sampai 5 hari. Waktu yang dibutuhkan sejak telur menetas sampai menjadi tungau dewasa ialah 8 sampai 12 hari. Masa inkubasi berlangsung selama 4 hingga 6 minggu. Tungau dapat hidup selama 2 sampai 3 hari di luar tubuh manusia (Handoko, 2007). Daur hidup *Sarcoptes scabiei* dapat dilihat pada gambar 2.2.



Gambar 2.2 Daur hidup *Sarcoptes scabiei* (Sumber: Currie dan McCarthy, 2010)

2.1.7 Patogenesis

Lesi primer skabies berupa terowongan yang berisi tungau, telur, dan hasil metabolisme. Pada saat menggali terowongan tungau mengeluarkan sekret yang dapat melisis stratum korneum. Sekret dan ekskret menyebabkan sensitisasi sehingga menimbulkan pruritus dan lesi sekunder. Lesi sekunder berupa papul, vesikel, pustul, dan kadang bula. Terdapat juga lesi tersier berupa ekskoriasi, eksematisasi dan pioderma.

Tungau hanya terdapat di lesi primer, dan hidup didalam terowongan. Tempat predileksi, yaitu jari tangan, pergelangan tangan bagian ventral, siku bagian

luar, lipatan ketiak depan, umbilikus, *gluteus*, genitalia eksterna pada laki-laki dan *areola mammae* pada perempuan (Sutanto dkk., 2008).

2.1.8 Gejala

Gejala yang ditunjukkan adalah warna merah, iritasi dan rasa gatal pada kulit yang umumnya muncul di sela-sela jari, selangkangan, lipatan paha, dan muncul gelembung berair pada kulit (Djuanda, 2010).



Gambar 2.3 Gejala klinis *Sarcoptes scabiei* pada berbagai tempat ditubuh (A-F) (Chosidow, 2006).

2.1.9 Klasifikasi Skabies

Penyakit skabies memiliki beberapa bentuk, antara lain (Harahap, 2000) :

1. Skabies pada orang bersih

Skabies bentuk ini terdapat pada orang yang tingkat kebersihannya baik, sehingga papul dan terowongan yang ditemukan jumlahnya sangat sedikit.

2. Skabies pada bayi dan anak

Lesi skabies pada anak dapat mengenai seluruh tubuh, termasuk seluruh kepala, leher, telapak tangan, telapak kaki, dan sering terjadi infeksi sekunder berupa impetigo, ektima sehingga terowongan jarang ditemukan. Lesi skabies pada bayi, banyak ditemukan di daerah muka.

3. Skabies yang ditularkan oleh hewan

Sarcoptes scabiei varian *canis* dapat menyerang manusia yang kontak langsung dengan hewan, contohnya anjing. Skabies jenis ini gejalanya ringan, penderita merasa tidak terlalu gatal, dan tidak timbul terowongan. Lesi terdapat pada daerah yang sering kontak dengan hewan, seperti paha, perut, dada dan lengan.

4. Skabies *noduler*

Pada bentuk ini lesi berupa nodus coklat kemerahan yang gatal. *Nodus* sering terdapat di daerah yang tertutup, terutama pada genitalia laki-laki, *inguinal* dan aksila. *Nodus* ini timbul sebagai reaksi hipersensitivitas terhadap tungau skabies. Pada *nodus* yang berumur lebih dari satu bulan tungau jarang ditemukan. *Nodus* mungkin dapat menetap selama beberapa bulan sampai satu tahun meskipun telah diberi pengobatan anti skabies dan kortikosteroid.

5. Skabies inkognito

Obat steroid topikal atau sistemik dapat menyamarkan gejala dan tanda skabies, sementara infestasi tetap ada. Sebaliknya, pengobatan dengan steroid topikal yang lama dapat pula menyebabkan lesi bertambah hebat. Hal ini mungkin disebabkan oleh karena penurunan respons imun seluler.

6. Skabies terbaring di tempat tidur (*Bed ridden*)

Penderita penyakit kronis dan orang tua yang terpaksa harus tinggal di tempat tidur dapat menderita skabies yang lesinya terbatas.

7. Skabies krustosa (*Norwegian scabies*)

Skabies Norwegia atau skabies krustosa ditandai oleh lesi yang luas dengan krusta, skuama generalisata, dan hiperkeratosis yang tebal. Tempat predileksi biasanya kulit kepala yang berambut, siku, lutut, telapak tangan, dan kaki yang dapat disertai distrofi kuku. Berbeda dengan skabies biasa, rasa gatal pada penderita skabies norwegia tidak menonjol tetapi bentuk ini sangat menular karena jumlah tungau yang menginfestasi sangat banyak (ribuan). Skabies norwegia terjadi akibat defisiensi imunologi sehingga sistem imun tubuh gagal membatasi proliferasi tungau sehingga dapat berkembang biak dengan mudah.

2.1.10 Diagnosis

Menurut Handoko (2007) untuk mendiagnosis penyakit skabies dapat ditegakkan dengan menentukan 2 dari 4 tanda dibawah ini:

a. Pruritus nokturnal yaitu gatal pada malam hari karena aktifitas tungau yang lebih tinggi pada suhu yang lembab dan panas.

b. Penyakit ini menyerang manusia secara kelompok, misalnya dalam sebuah keluarga, sehingga seluruh keluarga terkena infeksi, di asrama atau pondokan. Begitu pula dalam sebuah perkampungan yang padat penduduknya, sebagian besar tetangga yang berdekatan akan diserang oleh tungau tersebut. Walaupun seluruh anggota keluarga mengalami investasi tungau, namun tidak memberikan gejala. Hal ini dikenal sebagai keadaan hiposensitisasi. Penderita bersifat sebagai pembawa.

c. Adanya *kunikulus* (terowongan) pada tempat-tempat predileksi yang berwarna putih atau keabu-abuan, berbentuk garis lurus atau berkelok, rata-rata panjang 1 cm, pada ujung terowongan ditemukan papula atau vesikel. Jika terdapat infeksi sekunder ruam kulit menjadi polimorf (pustul, ekskoriasi, dan lain-lain). Tempat predileksinya di tempat yang memiliki stratum korneum yang tipis, yaitu sela-sela jari tangan, pergelangan tangan bagian volar, siku bagian luar, lipatan ketiak, *areola mammae* pada perempuan, umbilikus, *gluteus* dan genitalia eksterna pada laki-laki.

d. Menemukan tungau merupakan hal yang paling menunjang diagnosis. Dapat ditemukan satu atau lebih stadium hidup tungau. Selain tungau dapat menemukan telur dan skibala (kotoran).

2.1.11 Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis penyakit skabies dapat didukung dengan pemeriksaan penunjang, yang meliputi :

1. Kerokan kulit.

Kerokan kulit dilakukan dengan mengangkat atap terowongan atau papula menggunakan skalpel nomor 15. Kerokan diletakkan pada kaca objek, diberi minyak mineral atau minyak imersi, diberi kaca penutup, dan dengan mikroskop pembesaran 20x atau 100x dapat dilihat tungau, telur, atau *fecal pellet*.

2. Mengambil tungau dengan jarum.

Jarum dimasukkan ke dalam terowongan pada bagian yang gelap (kecuali pada orang kulit hitam pada titik yang putih) dan digerakkan tangensial. Tungau akan memegang ujung jarum dan dapat diangkat keluar.

3. *Epidermal shave biopsy*.

Pemeriksaan biopsi dapat ditemukan terowongan atau papul yang dicurigai antara ibu jari dan jari telunjuk, dengan hati-hati diiris puncak lesi dengan skalpel nomor 15 yang dilakukan sejajar dengan permukaan kulit. Biopsi dilakukan sangat superfisial sehingga tidak terjadi perdarahan atau tidak perlu anestesi. Spesimen diletakkan pada gelas objek lalu ditetesi minyak mineral dan diperiksa dengan mikroskop.

4. Kuretase terowongan.

Kuretase superfisial mengikuti sumbu panjang terowongan atau puncak papula kemudian kerokan diperiksa dengan mikroskop, setelah diletakkan di gelas objek atau ditetesi minyak mineral.

5. Tes tinta burowi.

Papul skabies dilapisi dengan tinta pena, kemudian segera dihapus dengan alkohol, maka jejak terowongan akan terlihat sebagai garis yang karakteristik, berkelok-kelok, karena ada tinta yang masuk. Tes ini tidak sakit dan dapat dikerjakan pada anak dan pada penderita yang non-kooperatif.

6. Tetrasiklin topikal.

Larutan tetrasiklin dioleskan pada terowongan yang dicurigai. Setelah dikeringkan selama 5 menit, hapus larutan tersebut dengan isopropil alkohol. Tetrasiklin akan berpenetrasi ke dalam melalui kerusakan stratum korneum dan terowongan akan tampak dengan penyinaran lampu Wood, sebagai garis linier berwarna kuning kehijauan sehingga tungau dapat ditemukan.

7. Apusan kulit.

Kulit dibersihkan dengan eter, kemudian diletakkan selotip pada lesi dan diangkat dengan gerakan cepat. Selotip kemudian diletakkan di atas gelas objek (enam buah dari lesi yang sama pada satu gelas objek) dan diperiksa dengan mikroskop.

8. Biopsi plong (*Punch biopsy*)

Biopsi berguna pada lesi yang atipik, untuk melihat adanya tungau atau telur. Yang perlu diperhatikan adalah bahwa jumlah tungau hidup pada penderita dewasa hanya sekitar 12, sehingga biopsi berguna bila diambil dari lesi yang meradang. Secara umum digunakan *punch biopsy*, tetapi *epidermal shave biopsy* adalah lebih sederhana dan biasanya dilakukan tanpa anestetik lokal pada penderita yang tidak kooperatif (Murtiastutik, 2008).

2.1.12 Tatalaksana

Beberapa macam obat bentuk topikal yang dapat digunakan untuk pengobatan skabies, antara lain (Handoko, 2007).

1) Gama benzena heksa klorida (gameksan)

Gameksan tersedia dalam bentuk krim atau losio dengan konsentrasi 1%. Obat ini termasuk pilihan obat yang efektif pada semua stadium. Cukup dioleskan sekali saja, jika masih ada gejala diulangi seminggu kemudian.

2) Emulsi benzil-benzoas (20-25%)

Emulsi benzil-benzoas efektif terhadap semua stadium, dapat diberikan setiap malam selama tiga hari. Obat ini sulit diperoleh, sering memberi iritasi, dan kadang-kadang makin gatal setelah dipakai.

3) Belerang endap (*sulfur presipitatum*)

Belerang endap tersedia dalam bentuk salep atau krim dengan konsentrasi 4-20%. Kekurangannya adalah berbau, mengotori pakaian dan terkadang bisa timbul iritasi.

4) Krotamiton 10%

Krotamiton tersedia dalam bentuk krim atau losio. Krotamiton merupakan obat pilihan yang mempunyai efek sebagai anti skabies dan anti gatal. Penggunaan obat ini harus dihindarkan dari mata, mulut, dan uretra.

5) Permetrin dengan kadar 5%

Permetrin tersedia dalam bentuk krim, namun kurang toksik dibandingkan gameksan, efektifitasnya sama, aplikasi hanya sekali dan dihapus setelah 10 jam.

Bila belum sembuh diulangi setelah seminggu. Tidak dilanjutkan pada bayi di bawah umur 12 bulan (Handoko, 2007).

2.1.13 Prognosis

Dengan memperhatikan pemilihan dan cara pemakaian obat, serta syarat pengobatan dapat menghilangkan faktor predisposisi (antara lain *hygiene*), maka penyakit skabies dapat memberikan prognosis yang baik (Djuanda, 2010).

2.1.14 Pencegahan

Penyakit skabies sangat erat kaitannya dengan kebersihan diri dan lingkungan yang tidak sehat, maka pencegahan penyakit skabies yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Menjaga kebersihan kulit dengan cara mandi minimal dua kali sehari dengan menggunakan sabun dan menggosok kulit agar kuman dapat diangkat dari kulit.
- 2) Mencuci tangan dan kaki dan menjaga agar tangan dan kaki tidak lembab khususnya sela-sela jari.
- 3) Mencuci pakaian dan linen dengan deterjen, menyetrika dan menyimpannya pada tempat yang bersih.
- 4) Menjemur kasur dan bantal minimal sekali seminggu.
- 5) Tidak saling bertukar pakaian dan handuk dengan orang lain.
- 6) Membersihkan tempat tidur dan kamar tidur setiap hari.
- 7) Apabila memelihara hewan peliharaan agar merawat hewan tersebut dan kandangnya.
- 8) Menjaga kelembapan, pencahayaan, dan luas ventilasi serta kepadatan penghuni kamar sesuai dengan persyaratan kesehatan lingkungan rumah.
- 9) Menghindari kontak dengan orang-orang, hewan serta kain atau barang-barang yang dicurigai terinfeksi skabies (Soedarto, 2009).

2.2 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu obyek tertentu (Mubarak dkk., 2007). Menurut Notoatmodjo (2011), pengetahuan mempunyai 6 tingkatan yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya atau rangsangan yang telah diterima.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi penggunaan hukum-hukum atau rumus, metode, prinsip dan lain sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Seseorang mampu mengenali kesalahan kesalahan logis, menunjukkan kontradiksi atau membedakan di antara fakta, pendapat, hipotesis, asumsi dan simpulan serta mampu menggambarkan hubungan antar ide.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru dan koheren. Manusia mampu menyusun formulasi baru.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi merupakan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek dan didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau dengan ketentuan yang sudah ada, sehingga mampu menyatakan alasan untuk pertimbangan tersebut.

2.2.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2011) faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan, yaitu:

1. Pendidikan

Pendidikan adalah proses mendewasakan seseorang atau proses perubahan sikap dan tata laku seseorang melalui pengajaran dan pelatihan. Pendidikan juga salah faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang, sehingga orang tersebut dapat lebih mudah mengambil keputusan dan bertindak.

2. Sumber informasi

Jika seseorang memiliki sumber informasi yang banyak, dapat dipastikan orang tersebut akan memiliki pengetahuan yang luas. Karena dari banyaknya sumber informasi yang diperoleh akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang.

3. Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

4. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

5. Pengalaman

Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman baik dari pengalaman pribadi maupun dari pengalaman orang lain. Pengalaman ini merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran suatu pengetahuan.

6. Usia

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

2.3 *Personal Hygiene*

2.3.1 Definisi

Personal hygiene berasal dari bahasa Yunani yaitu *personal* yang artinya perorangan dan *hygiene* berarti sehat. Kebersihan perorangan adalah suatu tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikologis (Tarwoto dan Wartonah, 2010).

2.3.2 Tujuan *Personal Hygiene*

Tujuan dari perawatan *personal hygiene* adalah meningkatkan derajat kesehatan, memelihara kebersihan diri seseorang, memperbaiki *personal hygiene* yang kurang, pencegahan penyakit, meningkatkan percaya diri seseorang, dan menciptakan keindahan (Tarwoto dan Wartonah, 2010).

2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Personal Hygiene*

Menurut Laily dan Andarmoyo (2012), sikap seseorang melakukan *personal hygiene* dipengaruhi oleh sejumlah faktor antara lain :

a. Citra tubuh (*body image*)

Penampilan umum pasien dapat menggambarkan pentingnya *hygiene* pada orang tersebut. Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. Citra tubuh mempengaruhi cara mempertahankan *hygiene*.

b. Praktik sosial

Kelompok-kelompok sosial dapat mempengaruhi praktik *hygiene* pribadi.

c. Status sosial ekonomi

Alat dan bahan yang diperlukan untuk *personal hygiene* yaitu handuk, sampo, pasta gigi, sikat gigi dan sabun. Kebutuhan tersebut sesuai dengan sumber daya

ekonomi seseorang yang dapat mempengaruhi jenis dan tingkat praktik kebersihan yang digunakan.

d. Pengetahuan

Pengetahuan tentang pentingnya *hygiene* dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik *hygiene*. Pengetahuan itu sendiri tidak cukup, seseorang juga harus memiliki motivasi untuk memelihara perawatan diri.

e. Kebudayaan

Kepercayaan kebudayaan dan nilai pribadi seseorang dapat mempengaruhi perawatan *hygiene*. Orang dari latar kebudayaan yang berbeda, mengikuti praktik perawatan diri yang berbeda.

f. Kebiasaan dan kondisi fisik seseorang

Setiap individu memiliki keinginan dan pilihan tentang kapan untuk mandi, bercukur dan melakukan perawatan rambut. Orang yang menderita penyakit tertentu atau yang menjalani operasi seringkali kekurangan energi fisik atau ketangkasan untuk melakukan *hygiene* pribadi.

2.3.4 Macam-Macam *Personal Hygiene*

Seseorang yang memelihara *personal hygiene*, berarti orang tersebut menjaga kebersihan dan kesehatan diri seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikisnya, yang meliputi:

1. Kebersihan kulit

Kulit merupakan lapisan terluar dari tubuh yang berfungsi sebagai perlindungan jaringan tubuh atau organ-organ yang ada dibawahnya. Agar terhindar dari luka dan mikroorganisme yang masuk ke dalam tubuh. Untuk itu diperlukan perawatan terhadap kesehatan dan kebersihan kulit. Dalam memelihara kebersihan kulit kebiasaan-kebiasaan yang sehat harus selalu diperhatikan adalah menggunakan barang-barang keperluan sehari-hari milik sendiri, mandi minimal 2 kali sehari, mandi memakai sabun, menjaga kebersihan pakaian, makan yang bergizi terutama banyak sayur dan buah, dan menjaga kebersihan lingkungan (Laily dan Andarmoyo, 2012).

2. Kebersihan pakaian

Dalam sehari, pakaian yang terkena keringat akan berbau busuk dan mengganggu. Keadaan ini akan menjadi masalah kesehatan, terutama kesehatan kulit karena tubuh menjadi lembab dan bakteri dapat dengan mudah berkembang. Untuk itu perlu mengganti pakaian dengan yang bersih setiap hari. Tidak bertukar pakaian dengan teman atau orang lain. Mencuci pakaian yang kotor dengan air bersih dan sabun (Irianto, 2007).

3. Kebersihan tangan dan kuku

Menjaga kebersihan tangan dan kuku penting dalam mempertahankan *personal hygiene*. Tangan dan kuku yang kotor akan lebih mudah membawa bibit penyakit masuk ke dalam tubuh. Menjaga kebersihan tangan dapat dilakukan dengan cara mencuci tangan, dan kuku pakai sabun. Mencuci tangan sebelum makan dan setelah buang air besar dan buang air kecil. Memotong kuku seminggu sekali dan menyikat kuku menggunakan sabun (Potter dan Perry, 2006).

4. Kebersihan handuk

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Parman dkk. (2017) di Pondok Pesantren Al-Baqiyatush shalihat Tanjung Jabung Barat sebanyak 65,1% santri memiliki kebersihan handuk yang kurang baik. Hal ini disebabkan karena para santri sering menggunakan handuk secara bergantian, sehingga berpeluang 4,316 kali lebih tinggi menderita skabies. Untuk menghindari terjadinya penularan skabies, sebaiknya para santri menjaga kebersihan handuk. Kebersihan handuk dapat dijaga dengan cara mengganti handuk satu minggu sekali, handuk dicuci dengan deterjen, handuk setiap hari dijemur dibawah sinar matahari dan tidak bergantian handuk dengan orang lain.

5. Kebersihan tempat tidur

Secara tidak langsung tempat tidur yang kotor akan menularkan penyakit skabies. Hal ini sesuai dengan penelitian yang sudah dilakukan oleh Tarigan dkk. (2017) di Pondok Pesantren Matholiul Huda Al Kautsar Pati. Hasil penelitian menunjukkan 38 dari total sampel 46 santri memiliki praktik kebersihan tempat tidur yang buruk, sehingga santri memiliki resiko 1,8 kali lebih tinggi untuk menderita skabies. Supaya terhindar dari penyakit skabies, ada baiknya selalu

menjaga kebersihan tempat tidur, seperti membersihkan tempat tidur sebelum tidur dan setelah bangun tidur, ganti seprai dan jemur kasur dan bantal setiap satu minggu sekali.

6. Kebersihan Genitalia

Daerah genitalia merupakan salah satu tempat predileksi dari tungau skabies, sehingga perlu dilakukan tindakan kebersihan genitalia seperti mengganti pakaian dalam dua hari dalam sekali atau setelah buang air kecil dan air besar. Pakaian dalam yang digunakan terbuat dari bahan katun agar dapat menyerap keringat dan tidak lembab. Pakaian dalam yang lembab bisa menyebabkan tungau skabies berkembang biak lebih mudah (Suryati, 2012).

2.4 Pondok Pesantren

Kata pesantren berasal dari kata santri yang diberi awalan “pe” dan akhiran “an” yang dikarenakan pengucapan kata itu kemudian berubah menjadi terbaca “en” (pesantren), yaitu sebutan untuk bangunan fisik atau asrama di mana para santri bertempat. Tempat itu dalam bahasa Jawa dikatakan pondok atau pemonudukan. Adapun kata santri sendiri berasal dari kata cantrik, yang berarti murid dari seorang resi yang juga biasanya menetap dalam satu tempat yang dinamakan dengan padepokan. Pesantren mempunyai persamaan dengan padepokan dalam beberapa hal, yakni adanya murid (cantrik dan santri), adanya guru (kiai dan resi), adanya bangunan (pesantren dan padepokan), dan terakhir adanya kegiatan belajar mengajar (Fuad dan Suwito, 2009).

Data pondok pesantren yang berada di Jember menurut kementerian agama provinsi Jawa Timur tahun 2015 berjumlah 367 lembaga pondok pesantren, dengan total santri 208.280. Prevalensi skabies yang tinggi umumnya ditemukan di lingkungan dengan kepadatan penghuni dan kontak interpersonal yang tinggi seperti asrama, panti asuhan, dan penjara (Handoko, 2007). Penelitian yang sudah dilakukan oleh Tarigan dkk. (2018) Santri yang menderita skabies di pondok pesantren Matholiul Huda Al Kautsar Pati sebanyak 39 (84,8 %) dari 46 santri. Hasil penelitian lainnya juga didapatkan dari Ibadurrahmi dkk. (2016) santri yang

menderita skabies sebesar 68,2% di Pondok Pesantren Qotrun Nada Cipayang Depok.

2.4.1 Faktor Resiko Skabies di Pondok Pesantren

Banyaknya jumlah santri yang terkena penyakit skabies disebabkan karena beberapa faktor seperti:

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan salah satu faktor terbentuknya tindakan seseorang, setelah memiliki pengetahuan maka akan terbentuk sikap untuk bertindak sehingga dapat terwujud suatu perilaku (Notoadmojo, 2011). Jika pengetahuan seseorang tentang skabies rendah maka seseorang mempunyai tingkat peluang resiko terkena skabies lebih tinggi (Sari dan Yunamawan, 2017).

2. Kepadatan hunian

Standar kepadatan hunian yaitu luas ruang tidur minimal 8 m² dan tidak dianjurkan lebih dari dua orang dalam satu ruang tidur, kecuali anak dibawah usia 5 tahun (Kepmenkes, 1999). Tidak seimbangny luas kamar dengan jumlah santri akan meningkatkan resiko terjadinya skabies.

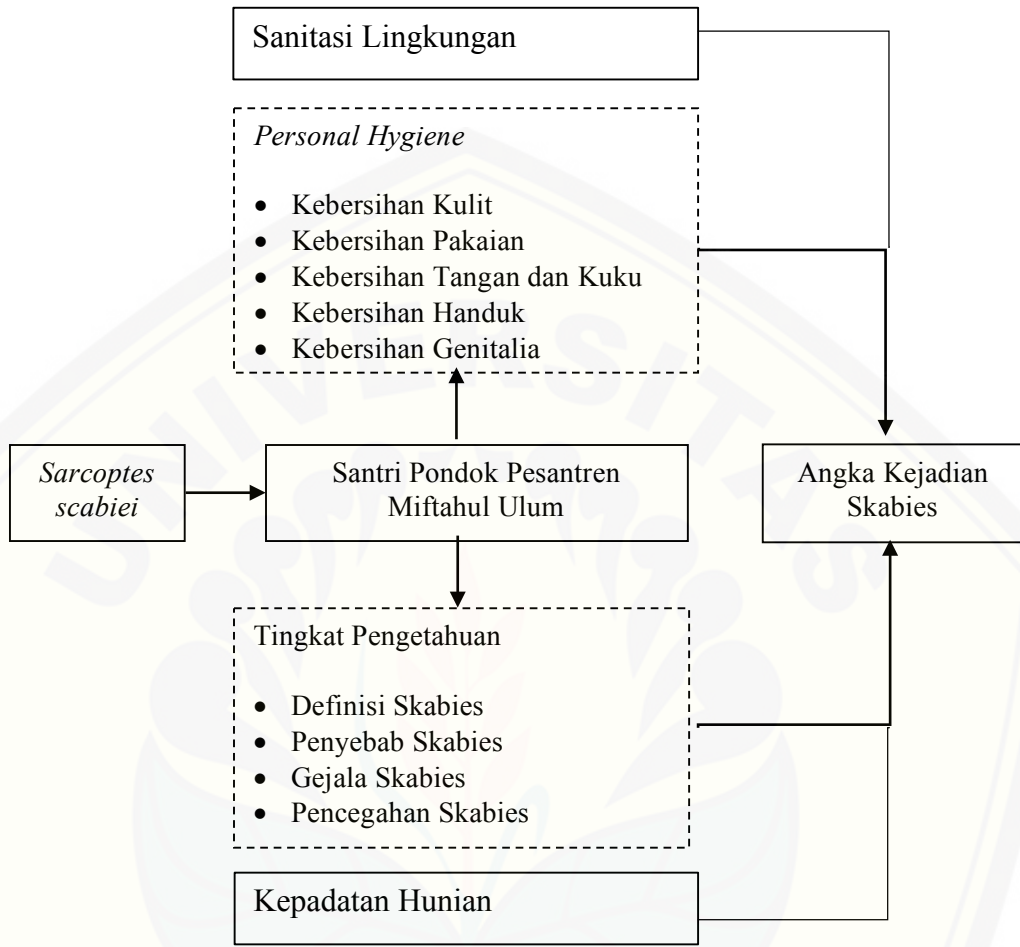
3. Sanitasi lingkungan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor : 965 / MENKES/SK/XI/1992, pengertian sanitasi adalah segala upaya yang dilakukan untuk menjamin terwujudnya kondisi yang memenuhi persyaratan kesehatan. Menjaga sanitasi dapat menurunkan jumlah bibit penyakit yang terdapat di lingkungan sehingga derajat kesehatan manusia terpelihara dengan sempurna (Azwar, 1990).

4. *Personal hygiene*

Personal hygiene atau kebersihan diri adalah upaya seseorang dalam memelihara kebersihan dan kesehatan dirinya untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan psikologis (Tarwoto dan Wartolah, 2010). Menjaga kebersihan diri diperlukan untuk meningkatkan kenyamanan dan kesehatan seseorang (Potter dan Perry, 2006).

2.5 Kerangka Konsep



Keterangan :

Diteliti :

Tidak diteliti :

Gambar 2.4 Skema kerangka konsep

Skabies merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh *Sarcoptes scabiei*. Skabies dapat terjadi pada seseorang yang hidup berkelompok seperti, di pondok pesantren. Faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya penyakit skabies adalah *personal hygiene* meliputi, kebersihan kulit, pakaian, tangan dan kuku, handuk dan genitalia. Kejadian skabies juga dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan tentang skabies yang meliputi, definisi skabies, penyebab, gejala, dan pencegahan. *Personal hygiene* dan tingkat pengetahuan tentang skabies yang rendah akan mempengaruhi angka kejadian skabies.

2. 6 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini adalah terdapat hubungan antara pengetahuan dan *personal hygiene* dengan angka kejadian penyakit skabies di lingkungan Pondok Pesantren Miftahul Ulum, Kalisat, Jember.

BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dan dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat tertentu (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2011).

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Pondok Pesantren Miftahul Ulum Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada Mei sampai Juni 2018.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh santri SMP dan SMA yang tinggal di Pondok Pesantren Miftahul Ulum Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember dengan jumlah 358 santri.

3.3.2 Sampel Penelitian

Pengambilan sampel penelitian ini menggunakan *Total Sampling* dimana seluruh santri di Pondok Pesantren Miftahul Ulum Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember yang terpilih sesuai dengan kriteria berikut:

a. Kriteria inklusi

- Santri yang tinggal di asrama Pondok Pesantren Miftahul Ulum Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember lebih dari 1 bulan.
- Santri yang bersedia menjadi responden dalam penelitian.

b. Kriteria eksklusi

- Santri yang tidak hadir pada saat pemeriksaan

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan santri tentang penyakit skabies dan *personal hygiene* para santri.

3.4.1 Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini ialah santri yang menderita penyakit skabies.

3.5 Variabel Kontrol

Variabel kontrol dalam penelitian ini ialah santri yang tidak terdiagnosis penyakit skabies.

3.6 Jenis dan Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data primer. Dimana data tersebut didapatkan dari hasil pemeriksaan fisik dan hasil pengisian kuesioner yang dilakukan oleh responden.

3.7 Definisi Operasional

Definisi Operasional pada penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.1 Definisi Operasional berikut:

Tabel 3.1 Definisi operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur
1.	pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui oleh santri tentang skabies seperti definisi skabies, penyebab skabies, gejala skabies, dan pencegahannya.	Ordinal: 1. Baik 2. Sedang 3. Kurang Penilaian : 1. Tingkat pengetahuan baik, jika total nilai responden > 75% (> 27); 2. Tingkat pengetahuan sedang, jika total nilai responden 40% - 75% (15 - 26); 3. Tingkat pengetahuan kurang, jika total nilai responden < 40% (<14).
2.	<i>personal hygiene</i>	Tingkat kebersihan para santri, yang diukur mengenai kebersihan kulit, pakaian, tangan dan kuku, handuk, dan alat genitalia,	Ordinal: 1. Baik 2. Cukup 3. Kurang Penilaian : 1. Tingkat <i>hygiene</i> baik, jika jumlah skor yang diperoleh lebih dari 80% (27 - 30); 2. Tingkat <i>hygiene</i> cukup, jika jumlah skor yang diperoleh 65% - 80% (20 - 26); 3. Tingkat <i>hygiene</i> kurang, jika jumlah skor yang diperoleh kurang dari 65% (< 20).

a.Kebersihan Kulit	Tingkat kebersihan kulit santri yang ditujukan dengan frekuensi mandi, penggunaan sabun, tidak menggunakan sabun mandi secara bergantian dengan teman.
b. Kebersihan Pakaian	Tingkat kebersihan pakaian santri yang ditujukan dengan penggantian pakaian dua kali sehari, tidak bertukar pakaian dengan santri lain, mencuci pakaian dengan detergen, menyetrika baju dan menjemur pakaian dibawah sinar matahari.
c. Kebersihan Tangan dan Kuku	Tingkat kebersihan tangan dan kuku santri yang ditujukan dengan mencuci tangan setelah membersihkan tempat tidur, mencuci tangan setelah BAB / BAK, dan memotong kuku sekali seminggu.
d. Kebersihan Handuk	Tingkat kebersihan handuk santri yang ditujukan dengan penggunaan handuk sendiri, menjemur handuk, tidak menggunakan handuk secara bergantian dengan teman.
e. Kebersihan Genitalia	Tingkat kebersihan genitalia pada santri ditujukan dengan mencuci pakaian dalam, membersihkan alat genital saat mandi dan sesudah BAB/BAK.
3. Kejadian skabies	Santri yang terkena penyakit skabies dan didiagnosis berdasarkan kriteria diagnosis menurut Handoko.

3.8 Instrumen Penelitian

3.8.1 Lembar Penjelasan Kepada Calon Sampel

Lembar penjelasan kepada calon sampel meliputi tujuan penelitian, prosedur penelitian, manfaat yang akan didapat dan kesediaan responden untuk mengikuti atau menolak menjadi responden.

3.8.2 *Informed Consent*

Formulir *informed consent* berisi pernyataan kesediaan santri untuk menjadi responden dalam penelitian ini setelah diberikan penjelasan prosedur penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti. Formulir *informed consent* juga berisi identitas responden seperti nama, tempat tanggal lahir, usia, jenis kelamin, dan kelas.

3.8.3 Kuesioner

Kuesioner yang digunakan berisi pertanyaan-pertanyaan untuk mengetahui tingkat pengetahuan santri tentang skabies dan *personal hygiene* para santri. Kuesioner tersebut diambil dari penelitian sebelumnya yang telah dilakukan uji validitas dan reliabilitasnya. Kuesioner yang digunakan berasal dari penelitian Muzakir (2008) tentang pengetahuan skabies dan Saad (2018) tentang *Personal Hygiene*.

3.8.4 Alat dan bahan pemeriksaan fisik

- a. Handscoon
- b. Masker

3.9 Prosedur Penelitian

3.9.1 Uji Kelayakan Etik

Peneliti mengajukan permohonan *ethical clearence* dan melaksanakan penelitian tersebut setelah mendapat izin dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

3.9.2 Pengambilan Data

Penelitian dilakukan pada seluruh santri SMP dan SMA di pondok pesantren Miftahul Ulum, Kalisat, Jember. Seluruh santri perempuan dan laki-laki dikumpulkan menjadi satu kemudian dijelaskan prosedur diagnosis skabies. Para santri akan menanda tangani persetujuan tindakan medik jika santri tersebut bersedia menjadi responden penelitian. Kemudian responden mengisi kuesioner, peneliti akan memandu responden dalam proses pengisian kuesioner apabila terdapat responden yang kurang mengerti dan kurang memahami isi kuesioner. Kuesioner dalam penelitian ini mencakup pertanyaan tentang pengetahuan dan *personal hygiene* para santri yang dapat meningkatkan penularan penyakit skabies.

Setelah itu responden dipanggil berurutan sesuai dengan absen, dan dilakukan pemeriksaan fisik berdasarkan :

- a. Pruritus nokturnal.
- b. Tinggal dipondok lebih dari 1 bulan.
- c. Adanya kunikulus (terowongan) pada tempat-tempat predileksi yang berwarna putih atau keabu-abuan, berbentuk garis lurus atau berkelok, rata-rata panjang 1 cm, pada ujung terowongan ditemukan papula atau vesikel. Jika terdapat infeksi sekunder ruam kulit menjadi polimorf (pustul, ekskoriasi, dan lain-lain). Tempat predileksinya di tempat yang memiliki stratum korneum yang tipis, yaitu sela-sela jari tangan, pergelangan tangan bagian volar, siku bagian luar, lipatan ketiak, *areola mammae* pada perempuan, umbilikus, gluteus dan genitalia eksterna pada laki-laki.

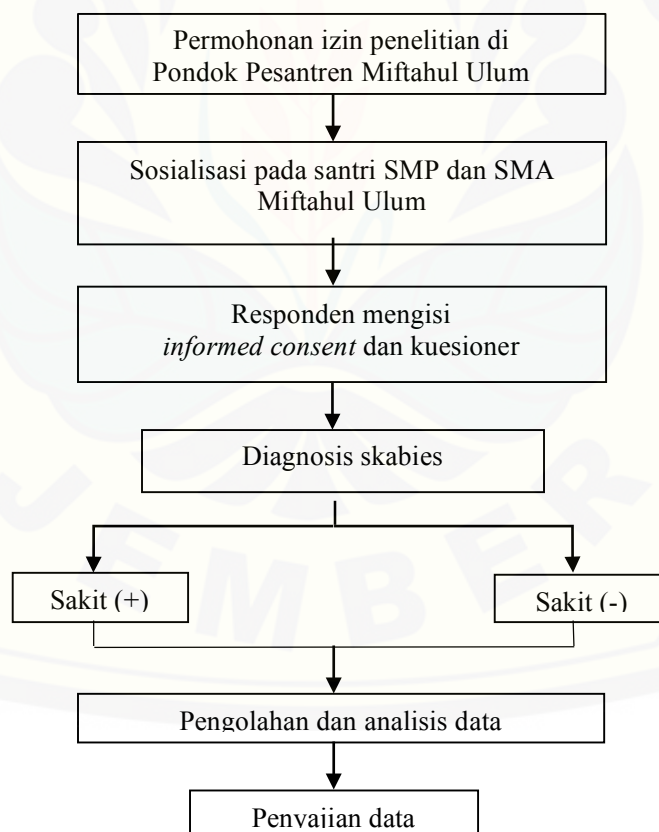
Berdasarkan kriteria handoko, kriteria ke 4 adalah ditemukan tungau, telur dan skibala. Pada penelitian ini tidak dilakukan karena pertimbangan etik untuk menghindari luka saat dilakukan pemeriksaan kerokan. Diagnosis dapat ditegakkan dengan terpenuhi minimal 2 kriteria diagnosis diatas seperti pruritus nokturnal, tinggal dipondok lebih dari 1 bulan, dan terdapat kunikulus. Saat menemukan kunikulus ditempat predileksi, dilakukan pengambilan foto untuk dikonsultasikan kepada pakar parasitologi. Pemeriksaan dibantu oleh 12 sukarelawan yang telah mendapatkan pengarahan dari peneliti.

3.10 Analisis data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan *Statistical Package for Social Science* (SPSS). Data yang telah terkumpul selanjutnya dianalisis menggunakan univariat, bivariat dan multivariat. Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan tingkat pengetahuan dan *personal hygiene*. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat menggunakan uji *Chi Square*. Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan lebih dari satu variabel bebas dengan variabel terikat menggunakan uji *multiple logistic regression*.

3.11 Alur Penelitian

Alur Penelitian pada penelitian ini dapat dilihat pada Gambar 3.1



Gambar 3.1 Alur penelitian

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Hasil penelitian yang telah dilakukan di Pondok pesantren Miftahul Ulum dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

- a. Karakteristik responden pada penelitian ini sebagian besar perempuan yang berusia < 15 tahun dengan tingkat pendidikan SMP memiliki keluhan pruritus yang dirasakan sejak saat masuk pondok dan telah memberikan pengobatan.
- b. Angka kejadian skabies di Pondok pesantren Miftahul Ulum berjumlah 105 santri.
- c. Santri sebagian besar mempunyai tingkat pengetahuan yang baik tentang skabies.
- d. Santri sebagian besar memiliki *personal hygiene* yang cukup baik.
- e. Hasil analisis bivariat pada karakteristik responden menunjukkan jenis kelamin, keluhan pruritus, onset pruritus saat masuk pondok, dan riwayat pengobatan memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian skabies sedangkan antara tingkat pengetahuan dan *personal hygiene* dengan kejadian skabies tidak terdapat hubungan yang signifikan. Faktor yang mempunyai hubungan signifikan dengan kejadian skabies pada *personal hygiene* yaitu penggunaan handuk secara bergantian ($p < 0,05$).

5.2 Saran

Saran yang dapat diberikan dari hasil penelitian ini, yaitu :

- a. Bagi para santri, tidak melakukan kebiasaan bertukar pakaian dan handuk dengan teman, kemudian menyetrika pakaian yang telah dicuci. Selain itu tetap mempertahankan dan meningkatkan *personal hygiene* yang cukup baik seperti frekuensi mandi, menggunakan sabun saat mandi, tidak merendam pakaian bersama dengan pakaian teman, memotong kuku sekali dalam seminggu.

- b. Bagi pengurus pondok pesantren, agar selalu membina dan mengawasi *personal hygiene* para santri, kebersihan kamar para santri, kebersihan lingkungan Pondok pesantren dan mengurangi kepadatan hunian.
- c. Bagi penelitian selanjutnya yang akan melakukan penelitian di pondok pesantren agar menggunakan pemeriksaan penunjang dalam menentukan diagnosis. Selain itu diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai sanitasi lingkungan di Pondok pesantren Miftahul Ulum.



DAFTAR PUSTAKA

- Akmal, S. C., R. Semiarty, dan Gayatri. 2013. Hubungan Personal Hygiene Dengan Kejadian Skabies Di Pondok Pendidikan Islam Darul Ulum, Palarik Air Pacah, Kecamatan Koto Tangah Padang Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2(3): 165.
- Ali, K. 2016. Karakteristik individu, Personal Hygiene, Perilaku Sehat dan Kejadian Skabies pada Santri (Studi di Ponpes Khalafi dan Salafiyah Kecamatan Mayang Kabupaten Jember). *Skripsi*. Jember : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Amelia, U., L. O. M. Sety, dan L. Tina. 2017. Hubungan Pengetahuan, Personal Hygiene Dan Penyediaan Air Bersih Dengan Kejadian Skabies Di Wilayah Kerja Puskesmas Soropia Kecamatan Soropia Kabupaten Konawe Tahun 2017. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*. 3(2): 4.
- Andayani, L. S. 2005. Perilaku Santri Dalam Upaya Pencegahan Penyakit Scabies Di Pondok Pesantren Ulumu Qur'an Stabat. *Repository USU*. 1(2): 175
- Audhah, N. A., S. R. Umniyati, dan A. S. Siswati. 2012. Faktor Risiko Skabies pada Siswa Pondok Pesantren (Kajian di Pondok Pesantren Darul Hijrah, Kelurahan Cindai Alus, Kecamatan Martapura, Kabupaten Banjar, Provinsi Kalimantan Selatan). *Jurnal Buski*. 4(1): 14-22.
- Azizah, I. N., dan W. Setiyowati. 2011. Hubungan tingkat pengetahuan ibu pemulung tentang personal hygiene dengan kejadian skabies pada balita di tempat pembuangan akhir kota semarang. *Jurnal Dinamika kebidanan*. 1(1):5-12.
- Azwar, A. 1990. *Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Mutiara Sumber Widya.
- Badri, M. 2007. Hygiene Perseorangan Santri Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar Ponorogo. *Media Litbang Kesehatan*. 17(2): 25.
- Bhuvanewari, M., dan G. S. Ramaprasad. 2018. A Study On Paediatric Dermatoses In Children Attending Opd Of Gvr Hospital, Kurnool. *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare*. 5(10): 866.
- Cahyawati, S., R. M. Rompas, dan W. P. J. Kaunang. 2017. Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Scabies Pada Taruna Dan Taruni Di Politeknik Kelautan Dan Perikanan Bitung. *Jurnal IKMAS*. 2(3):

59.

Chosidow, O. 2006. Scabies, *The New England Journal of Medicine*, 354:16,1718-1727

Currie, B. J., dan J. S. McCarthy. 2010. Permethrin and Ivermectin for Scabies. *The New England Journal of Medicine*. 362(8): 718.

Departemen Kesehatan RI (Depkes). 2007. *Pedoman Penyelenggaraan dan Pembinaan Pos Kesehatan Pesantren*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.

Departemen Kesehatan RI (Depkes). 2008. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI

Djuanda, A. 2010. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi kelima, cetakan kedua. Jakarta : FKUI.

Fatmasari, A., 2013. Hubungan Antara Hygiene Perorangan Dengan Kejadian Scabies Di Pondok Pesantren Roudlotul Muttaqin Mijen Semarang Tahun 2013. Skripsi. Semarang: Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro.

Fuad, C. Y. dan N. S. Suwito. 2010. *Model Pengembangan Ekonomi Pesantren*. Purwokerto: STAIN Press.

Global Burden Disease. 2017. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 388 : 1553.

Handoko, R. P. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi ke Lima. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

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

Harini, Y., R. Hestningsih, dan M. Sakundarno. 2016. Gambaran Kondisi Sanitasi Lingkungan dan Perilaku Santri Terkait Penyakit Skabies (Studi Di Pondok Pesantren Darussalam Banyuwangi). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (E-Journal)*. 4(4) : 517.

Ibadurrahmi, H., S. Veronica, dan N. Nugrohowati. 2016. Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap kejadian Penyakit Skabies pada Santri di Pondok Pesantren Qotrun Nada Cipayung Depok Februari Tahun 2016. *Jurnal Profesi Medika*. 10 (1): 39.

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

- Irnawati, F. D. 2013. Pengaruh Edukasi Higiene Perorangan Dan Skabies Terhadap Keberhasilan Terapi Skabies Menggunakan Permetrin 5% Di Pesantren Al Hasan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
- Iskandar, T. 2000. Masalah Skabies Pada Hewan dan Manusia Serta penanggulangannya. *Wartozoa*. 10(1): 30.
- Kementerian Agama Kabupaten Jember. 2015. *Jumlah dan Alamat Pondok Pesantren di Kabupaten Jember*. Jember: Kementerian Agama Kabupaten Jember
- Kementerian Kesehatan RI. 1992. Cara Produksi Kosmetika Yang Baik. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 1999. *Persyaratan Kesehatan Perumahan* . Jakarta : Departemen Kesehatan RI.
- Laily, I. dan S. Andarmoyo. 2012. *Personal hygiene, konsep proses dan aplikasi dalam praktek keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Lathifa, M. 2014. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Suspect Skabies pada Santriwati Pondok Pesantren Modern Diniyyah Pasia, Kec. Ampek Angkek Kab. Agam Sumatera Barat Tahun 2014. *Skripsi*. Jakarta: Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan.
- Muslih, R. 2012. Hubungan Personal Hygiene Dengan Kejadian Skabies Pada Santri Di Pondok Pesantren Cipasung Kabupaten Tasikmalaya. *Skripsi*. Tasikmalaya: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Siliwangi.
- Mubarak, W. I., C. Nurul., R. Khoirul, dan Supradi. 2007. *Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Murtiastutik, D. 2008. *Buku Ajar Infeksi Menular Seksual*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Muzakir. 2008. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Skabies pada Pesantren di Kabupaten Aceh Besar. *Tesis*. Medan. Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
- Ni'mah, N. 2016. Hubungan Perilaku Personal Hygiene dengan Kejadian Skabies pada Santri Putra dan Putri di Pondok Pesantren An-Nur Ngrukem Sewon Bantul Yogyakarta. *Skripsi*. Yogyakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiyah.
- Notoatmodjo, S. 2011. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta

- Nuraini, N., dan R. A. Wijayanti. 2016. Faktor Resiko Kejadian Scabies di Pondok Pesantren Nurul Islam Jember. *Jurnal Ilmiah INOVASI*. 1(2): 140.
- Paramita, S. K., 2015. Profil Skabies pada Anak. *JOURNAL Universitas Airlangga*. 27 (1): 45.
- Parman., Hamdani., I. Rachman, dan A. Pratama. 2017. Faktor Risiko Hygiene Perorangan Santri Terhadap Kejadian Penyakit Kulit Skabies Di Pesantren Al-Baqiyatush shalihat Tanjung Jabung Barat Tahun 2017. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*. 17(3):247.
- Potter, P. A. dan A. G. Perry. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan :Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi Keempat. Jakarta: EGC
- Purwanto, N. F. 2016. Hubungan Antara Penyakit Skabies Dengan Tingkat Kualitas Hidup Santri Di Pondok Pesantren Al-Muayyad Surakarta. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Qomar, M. 2007. *Pesantren Dari Transformasi Metodologi Menuju Demokratisasi Institusi*, Jakarta: Erlangga
- Ratnasari, A. F., dan S. Sungkar, 2014. Prevalensi Skabies dan Faktor-Faktor yang Berhubungan di Pesantren X, Jakarta Timur. *EJournal Kedokteran Indonesia*. 2 (1): 252.
- Saad. 2008. Pengaruh Faktor Higiene Perorangan Terhadap Angka Kejadian Skabies Di Pondok Pesantren An-Najach Magelang. *Skripsi*. Semarang: Fakultas Kedokteran.
- Sahala, M. A., S. Soedarman., L. A. Rizky., A. P. Natanegara., M. S. Advani, dan S. Sungkar. 2013. The Prevalence of Skin Diseases and its Association with Hygiene Behavior and Level of Education in a Pesantren, Jakarta Selatan 2013. *EJournal Kedokteran Indonesia*. 4(2): 122.
- Sajida, A. 2012. Hubungan Personal Hygiene Dan Sanitasi Lingkungan Dengan Keluhan Penyakit Kulit Di Kelurahan Denai Kecamatan Medan Denai Kota Medan Tahun 2012. *Skripsi*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Sari, D. K., dan D. Yunamawan. 2017. Karakteristik Penghuni Pondok Pesantren Terhadap Prevalensi Penyakit Kulit Scabies Di Pondok Pesantren PutriDesa Gedok Wetan Kabupaten Malang. *Jurnal Unitri*. 5(2): 38.
- Siregar, R. S. 2015. *Saripati Penyakit Kulit*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Soedarto. 2009. *Penyakit Menular di Indonesia*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sudirman, T. 2006. Scabies: Masalah Diagnosis dan Pengobatan. *Majalah Kesehatan Damianus*. 5 (3): 177-190.
- Sutanto, I., I. S. Ismid., P. K. Sjarifuddin, dan S. Sungkar. 2008. *Parasitologi kedokteran*. Edisi ke Empat. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Suryati, B. 2012. Perilaku kebersihan remaja saat mentruasi. *Jurnal Health Quality*. 3(1): 59
- Tarigan, C. V. R., P. Subchan, dan A. Widodo. 2018. Pengaruh Higiene Perorangan Terhadap Prevalensi Terjadinya Penyakit Scabies Di Pondok Pesantren Matholiul Huda Al Kautsar Kabupaten Pati. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*. 7(1): 113-126.
- Tarwoto dan Wartonah. 2010. *Kebutuhan Dasar Manusia Dan Proses Keperawatan*. Edisi Ke Tiga. Jakarta: Salemba Medika.
- Wardhana. 2006. *Macam-macam Penyakit Menular dan Pencegahannya*. Jakarta: Bina Pustaka
- World Health Organization. 2009. *Epidermal Parasitic Skin Diseases : a Neglected Category of Poverty-Associated Plagues*.
<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/2/07-047308/en/>. [Diakses pada 5 Februari 2018]

Lampiran 3.1 Lembar Penjelasan Kepada Calon Sampel**PENJELASAN MENGENAI PENELITIAN HUBUNGAN TINGKAT
PENGETAHUAN DAN *PERSONAL HYGIENE* DENGAN KEJADIAN
PENYAKIT SKABIES DI LINGKUNGAN PONDOK PESANTREN
KABUPATEN JEMBER**

Anthia Ayu Nandira (142010101049) mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember akan melakukan penelitian untuk mengetahui apakah terdapat Hubungan Tingkat Pengetahuan dan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Skabies di Lingkungan Pondok Pesantren Kabupaten Jember yang dilaksanakan di Pondok Pesantren Miftahul Ulum. Jumlah sampel dalam penelitian ini ada 350 santri yang terpilih sesuai dengan kriteria inklusi.

Anda terpilih sebagai sampel yang memiliki kriteria inklusi, peneliti meminta anda untuk menjadi sukarelawan dalam penelitian yang akan dilakukan. Adapun manfaat yang akan anda dapatkan apabila bersedia ikut serta dalam penelitian ini adalah mendapatkan ilmu mengenai skabies, dilakukan pemeriksaan dan mendapatkan terapi skabies secara gratis. Apabila anda bersedia, anda dapat mengikuti prosedur penelitian ini dengan mengisi surat persetujuan dan menjawab beberapa pertanyaan penelitian tentang skabies dan *personal hygiene*, kemudian dilakukan pemeriksaan skabies. Anda dapat menolak jika tidak ingin mengikuti penelitian ini dengan tidak menandatangani surat persetujuan. Identitas anda akan dirahasiakan dari orang lain. Anda dapat menanyakan kepada peneliti jika terdapat hal yang kurang jelas dalam penelitian ini dengan menghubungi Anthia Ayu Nandira pada nomor 081249776477.

Lampiran 3.2 Lembar Pernyataan Persetujuan

**PERNYATAAN PERSETUJUAN
(Informed Consent)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin :

Kelas :

Menyatakan bersedia untuk menjadi subjek penelitian dari:

Nama : Anthia Ayu Nandira

NIM : 142010101049

Fakultas : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Dengan judul penelitian “Hubungan Tingkat Pengetahuan dan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Skabies di Lingkungan Pondok Pesantren Kabupaten Jember”. Setelah membaca dan mendapat penjelasan yang telah disampaikan kepada saya dan pertanyaan yang belum saya mengerti telah dijawab oleh peneliti.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari siapapun.

Jember ,2018

Responden

Saksi

Pengasuh Pondok

(.....) (Hj. Nurul Kamila) (Drs KH. Achmad Rosyidi B.)

Lampiran 3.3 Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

Hubungan Tingkat Pengetahuan dan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Skabies di Lingkungan Pondok Pesantren Kabupaten Jember

Nama :
Kelas :
Usia :
Jenis Kelamin :

I. Riwayat Penyakit

1. Apakah anda pernah memiliki keluhan gatal dikulit?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Sejak kapan anda mulai merasakan gatal?
 - a. Saat masuk pondok
 - b. Sebelum masuk pondok
3. Dibagian mana anda merasakan gatal?
 - a. Sela-sela jari
 - b. Lipatan ketiak
 - c. Selangkangan
 - d. Lainnya
4. Apakah sudah pernah anda beri pengobatan ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Jika YA obat apa yang sudah anda diberikan?

II. Tingkat Pengetahuan

1. Apakah anda pernah mendengar penyakit skabies ?
 - a. Pernah
 - b. Tidak

2. Jika 'pernah' apa penyebabnya ?
 - a. Adanya tungau sarcoptes scabiei
 - b. Karena kuman
 - c. Pengaruh dari garukan

3. Apa saja tanda-tanda penyakit skabies ?
 - a. Bintik-bintik kecil sampai besar, berwarna kemerahan dan bernanah
 - b. Gatal pada malam hari dan terasa panas
 - c. Timbulnya nanah

4. Bagian tubuh mana saja penyakit skabies timbul ?
 - a. Sela jari, ketiak, pinggang, alat kelamin, siku dan depan pegelangan
 - b. Bagian yang sering tertutup
 - c. Kebanyakan bagian kelamin

5. Bagaimana cara penularan penyakit skabies ?
 - a. Kontak kulit dengan kulit dan melalui pakaian, handuk, sprei dan peralatan lain yang digunakan oleh si penderita
 - b. Hanya melalui kulit saja
 - c. Hanya melalui pakaian dan tempat tidur saja

6. Siapa saja yang dapat menderita penyakit skabies ?
 - a. Semua golongan umur, namun lebih sering pada usia remaja
 - b. Pada golongan umur remaja saja
 - c. Hanya pada golongan umur tertentu saja

7. Apakah dengan saling menukar pakaian dengan penderita dapat menular penyakit skabies ?
 - a. Ya dapat menular
 - b. Bila daya tahan tubuh kuat tidak
 - c. Tidak menular

8. Apakah penyakit skabies merupakan penyakit berbahaya bagi kesehatan kulit

- a. Ya
- b. Tidak

9. Apakah penderita penyakit skabies perlu dikarantinakan (dipisahkan)?

- a. Tidak, hanya perlu dilakukan pengobatan secara teratur
- b. Hanya menjaga jarak saja dengan penderita
- c. Perlu, dikarantinakan

10. Apa yang dilakukan untuk memutuskan mata rantai penyakit skabies ?

- a. Disinfeksi serentak pada pakaian, sprengi dan pengobatan serentak
- b. Menjaga jarak dengan orang lain bila menderita skabies
- c. Cukup melakukan pengobatan secara teratur

11. Apakah dengan menjemur kasur dan bantal dapat menghindari penyakit skabies ?

- a. Dapat
- b. Tidak

12. Bagaimana cara menghindari penyakit skabies ?

- a. Mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun dan menjaga kontak langsung dengan penderita
- b. Cukup mandi 2 kali sehari dan menjaga kebersihan pakaian
- c. Menjaga pakaian, handuk dan tempat tidur agar terkontaminasi dengan penderita skabies

III. Personal Hygiene

NO.	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1.	Berapa kali anda mengganti pakaian anda dalam sehari?	2X/>	1X
2.	Apakah anda pernah bertukar pakaian dengan teman?		
3.	Apakah anda mencuci pakaian menggunakan detergen?		
4.	Apakah anda menyetrika baju anda?		
5.	Apakah anda merendam pakaian disatukan dengan pakaian teman yang lain?		
6.	Apakah anda menjemur pakaian dibawah terik matahari?		
7.	Berapa kali anda mandi dalam sehari?	2X />	1X
8.	Apakah anda mandi menggunakan sabun?		
9.	Apakah anda menggosok badan saat mandi?		
10.	Apakah anda mandi menggunakan sabun sendiri? (Tidak pernah menggunakan sabun orang lain)		
11.	Apakah anda mandi setelah melakukan kegiatan olahraga?		
12.	Apakah teman anda pernah menggunakan sabun anda?		
13.	Apakah anda mencuci tangan setelah membersihkan tempat tidur anda?		
14.	Apakah anda mencuci tangan setelah membersihkan kamar mandi?		
15.	Apakah anda memotong kuku sekali seminggu?		
16.	Apakah anda mencuci tangan menggunakan sabun setelah BAB / BAK?		
17.	Apakah anda mencuci tangan menggunakan sabun setelah menggaruk badan anda?		
18.	Apakah anda menyikat kuku menggunakan sabun saat mandi?		
19.	Apakah anda mandi menggunakan handuk sendiri? (Tidak pernah menggunakan handuk orang lain)		

20.	Apakah anda menjemur handuk setelah digunakan untuk mandi?		
21.	Apakah anda mencuci handuk bersamaan atau dijadikan satu dengan teman anda?		
22.	Apakah anda menggunakan handuk bergantian dengan teman anda?		
23.	Apakah anda menjemur handuk dibawah terik sinar matahari?		
24.	Apakah anda menggunakan handuk dalam keadaan kering setiap hari?		
25.	Apakah anda mengganti pakaian dalam anda sesudah mandi?		
26.	Apakah anda mencuci pakaian dalam menggunakan detergen?		
27.	Apakah anda membersihkan alat kelamin saat mandi?		
28.	Apakah anda menjemur pakaian dalam anda dibawah sinar terik matahari?		
29.	Apakah anda membersihkan alat kelamin setiap sesudah BAB / BAK?		
30.	Apakah anda merendam pakaian dalam dijadikan satu dengan teman anda?		

Lampiran 3.4 Skor Penilaian Kuesioner

Variabel	Nomor Kuesioner	Skor		
		A	B	C
Pengetahuan	1.	3	0	
	2.	3	2	1
	3.	3	2	1
	4.	3	2	1
	5.	3	2	1
	6.	3	2	1
	7.	3	2	1
	8.	3	0	
	9.	3	2	1
	10.	3	2	1
	11.	3	0	
	12.	3	2	1

Variabel	Nomor Kuesioner	Skor	
		A	B
<i>Personal Hygiene</i>	1.	1	0
	2.	0	1
	3.	1	0
	4.	1	0
	5.	0	1
	6.	1	0
	7.	1	0
	8.	1	0
	9.	1	0
	10.	1	0
	11.	1	0
	12.	0	1
	13.	1	0
	14.	1	0
	15.	1	0
	16.	1	0
	17.	1	0
	18.	1	0
	19.	1	0
	20.	1	0
	21.	0	1
	22.	0	1
	23.	1	0
	24.	1	0

	25.	1	0
	26.	1	0
	27.	1	0
	28.	1	0
	29.	1	0
	30.	0	1



Lampiran 3.5 Persetujuan Etik



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS JEMBER

KOMISI ETIK PENELITIAN

Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Telp/Fax (0331) 337877 Jember 68121 – Email :
fk_unej@telkom.net

KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK

ETHICAL APPROVA

Nomor : 1.163 /H25.1.11/KE/2018

Komisi Etik, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Jember University, With regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN *PERSONAL HYGIENE* DENGAN KEJADIAN PENYAKIT SKABIES DI LINGKUNGAN PONDOK PESANTREN KABUPATEN JEMBER

Nama Peneliti Utama : Anthia Ayu Nandira
Name of the principal investigator

NIM : 142010101049

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
Name of institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above mentioned proposal.

05 Juli 2018
Komisi Etik Penelitian
Anthi, Sp.PK

Tanggapan Anggota Komisi Etik

(Diisi oleh Anggota Komisi Etik, berisi tanggapan sesuai dengan butir-butir isian diatas dan telaah terhadap Protokol maupun dokumen kelengkapan lainnya)

Review Proposal :

- Penelitian mendapat ijin dari Pimpinan instansi tempat penelitian dilaksanakan dan mohon dicantumkan dalam metode penelitian.
- Subyek penelitian menandatangani informed consent
- Saran : adanya kompensasi bagi subyek penelitian.
- Mohon dijelaskan siapa yang mendiagnosis subjek penelitian dinyatakan positif terkena scabies.
- Mohon dicantumkan sumber ilmiah penentuan subjek penelitian dinyatakan scabies karena pada tinjauan pustaka juga belum jelas dasarnya.
- Hasil penelitian disampaikan pada pimpinan instansi tempat penelitian dilaksanakan.

Mengetahui
Ketua Komisi Etik Penelitian

Nyanti, Sp.PK


Jember, 25 Mei 2018

Reviewer



dr. Desie Dwi Wisudanti, M.Biomed

Lampiran 4.1 Hasil Penelitian

No.	Nama	Kelas	Jenis Kelamin	Tingkat Pengetahuan	<i>Personal Hygiene</i>	Diagnosis
1	AR	7	laki-laki	Baik	Cukup	Negatif
2	NK	7	laki-laki	Baik	Cukup	Positif
3	MGIT	7	laki-laki	Baik	Cukup	Positif
4	AM	7	laki-laki	Baik	Cukup	Negatif
5	AFR	7	laki-laki	Baik	Cukup	positif
6	MAS	7	laki-laki	Baik	Cukup	negatif
7	MEK	7	laki-laki	Cukup	Cukup	negatif
8	MSR	7	laki-laki	Cukup	Cukup	negatif
9	AAM	7	laki-laki	Baik	Cukup	positif
10	MS	7	laki-laki	Baik	Cukup	positif
11	AR	7	laki-laki	Baik	Cukup	positif
12	MHA	7	laki-laki	Kurang	Baik	negatif
13	MK	7	laki-laki	Cukup	Cukup	positif
14	AH	7	laki-laki	Baik	Cukup	negatif
15	FHA	7	laki-laki	Baik	Cukup	positif
16	MF	7	laki-laki	Cukup	Kurang	positif
17	RS	7	laki-laki	Baik	Baik	positif
18	FK	8	laki-laki	Cukup	Kurang	positif
19	AK	8	laki-laki	Baik	Kurang	positif
20	MRH	8	laki-laki	Baik	Baik	positif
21	MF	8	laki-laki	Baik	Kurang	negatif
22	IE	8	laki-laki	Baik	Cukup	positif
23	FR	8	laki-laki	Baik	Cukup	positif
24	ARM	8	laki-laki	Cukup	Cukup	negatif
25	AFJ	8	laki-laki	Cukup	Cukup	positif
26	MQK	8	laki-laki	Baik	Baik	positif
27	MRH	8	laki-laki	Baik	Cukup	positif
28	MHK	8	laki-laki	Cukup	Kurang	positif
29	ASAF	9	laki-laki	Baik	Cukup	positif
30	AW	9	laki-laki	Baik	Cukup	positif
31	MB	9	laki-laki	Baik	Kurang	positif
32	MHB	9	laki-laki	Baik	Cukup	positif
33	AIH	9	laki-laki	Baik	Cukup	negatif
34	MNSA	9	laki-laki	Kurang	Cukup	positif

35	MU	9	laki-laki	Baik	Cukup	positif
36	ML	9	laki-laki	Baik	Baik	positif
37	MAF	9	laki-laki	Baik	Cukup	positif
38	MIH	9	laki-laki	Baik	Baik	positif
39	MA	10	laki-laki	Baik	Kurang	positif
40	MAH	10	laki-laki	Baik	Cukup	negatif
41	IG	10	laki-laki	Baik	Kurang	negatif
42	AR	10	laki-laki	Baik	Cukup	positif
43	AHW	10	laki-laki	Baik	Cukup	positif
44	FA	10	laki-laki	Baik	Cukup	positif
45	MAS	10	laki-laki	Baik	Kurang	positif
46	RB	10	laki-laki	Baik	Baik	positif
47	RNP	10	laki-laki	Baik	Cukup	positif
48	MAS	10	laki-laki	Baik	Cukup	negatif
49	MSA	10	laki-laki	Baik	Cukup	positif
50	AH	11	laki-laki	Baik	Cukup	positif
51	AM	11	laki-laki	Baik	Cukup	positif
52	MF	11	laki-laki	Cukup	Cukup	positif
53	MA	11	laki-laki	Baik	Cukup	negatif
54	MIR	11	laki-laki	Cukup	Cukup	positif
55	MFS	11	laki-laki	Baik	Cukup	negatif
56	AR	12	laki-laki	Baik	Kurang	negatif
57	ASLY	12	laki-laki	Baik	Cukup	negatif
58	MSA	12	laki-laki	Baik	Cukup	negatif
59	FR	12	laki-laki	Baik	Cukup	positif
60	RS	12	laki-laki	Kurang	Cukup	negatif
61	DH	7	Perempuan	Cukup	Cukup	negatif
62	AIU	7	Perempuan	Baik	Baik	positif
63	SNK	7	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
64	IM	7	Perempuan	Cukup	Cukup	negatif
65	SA	7	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
66	IH	7	Perempuan	Baik	Kurang	positif
67	WHH	7	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
68	AM	7	Perempuan	Baik	Cukup	positif
69	LM	7	Perempuan	Cukup	Cukup	positif
70	RE	7	Perempuan	Baik	Kurang	negatif
71	FP	7	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
72	NRF	7	Perempuan	Baik	Cukup	negatif

73	SS	7	Perempuan	Baik	Cukup	positif
74	FR	7	Perempuan	Baik	Cukup	positif
75	AHS	7	Perempuan	Cukup	Cukup	positif
76	IH	7	Perempuan	Cukup	Cukup	negatif
77	R	7	Perempuan	Baik	Cukup	positif
78	NS	7	Perempuan	Baik	Cukup	positif
79	BS	7	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
80	TSA	7	Perempuan	Cukup	Cukup	positif
81	FD	7	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
82	NEH	7	Perempuan	Baik	Baik	negatif
83	MSA	7	Perempuan	Cukup	Cukup	negatif
84	ZR	7	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
85	OS	7	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
86	VDPS	7	Perempuan	Cukup	Cukup	positif
87	IS	7	Perempuan	Baik	Kurang	negatif
88	NKM	7	Perempuan	Baik	cukup	positif
89	EFJ	7	Perempuan	Baik	cukup	negatif
90	SBM	7	Perempuan	Baik	cukup	negatif
91	AY	7	Perempuan	Cukup	cukup	negatif
92	SH	7	Perempuan	Baik	cukup	positif
93	NS	7	Perempuan	Baik	cukup	positif
94	RH	7	Perempuan	Baik	cukup	positif
95	MI	7	Perempuan	Baik	cukup	negatif
96	DWAIA	7	Perempuan	Baik	cukup	negatif
97	SNR	7	Perempuan	Baik	Cukup	positif
98	SS	7	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
99	YMT	7	Perempuan	Cukup	Cukup	negatif
100	EML	7	Perempuan	Kurang	Baik	negatif
101	RF	7	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
102	EAW	7	Perempuan	Baik	Cukup	positif
103	FU	7	Perempuan	Baik	Cukup	positif
104	FS	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
105	RF	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
106	LAS	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
107	INJ	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
108	SJ	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
109	M	8	Perempuan	Baik	Cukup	positif
110	HJ	8	Perempuan	Baik	Baik	negatif

111	SKW	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
112	NF	8	Perempuan	Baik	Cukup	positif
113	NU	8	Perempuan	Baik	Cukup	positif
114	SA	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
115	UQZ	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
116	A	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
117	SRN	8	Perempuan	Cukup	Cukup	negatif
118	PASP	8	Perempuan	Baik	Baik	positif
119	PAN	8	Perempuan	Baik	Baik	positif
120	I	8	Perempuan	Baik	Baik	negatif
121	MH	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
122	MAS	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
123	ZDDP	8	Perempuan	Baik	Cukup	positif
124	DL	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
125	DR	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
126	LM	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
127	LS	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
128	NIM	8	Perempuan	Baik	Cukup	positif
129	SM	8	Perempuan	Cukup	Cukup	negatif
130	AM	8	Perempuan	Cukup	Cukup	positif
131	SRM	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
132	RY	8	Perempuan	Baik	Cukup	positif
133	RH	8	Perempuan	Baik	Cukup	positif
134	PPA	8	Perempuan	Cukup	Cukup	positif
135	UM	8	Perempuan	Baik	Cukup	positif
136	MW	8	Perempuan	Baik	Cukup	positif
137	NLA	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
138	NAQ	8	Perempuan	Kurang	Cukup	negatif
139	SA	8	Perempuan	Baik	Cukup	positif
140	RI	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
141	SA	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
142	SM	8	Perempuan	Baik	Cukup	positif
143	SF	8	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
144	AS	9	Perempuan	Baik	Cukup	positif
145	RHM	9	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
146	NH	9	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
147	SEM	9	Perempuan	Baik	Cukup	positif
148	I	9	Perempuan	Baik	Cukup	Negatif
149	ZM	9	Perempuan	Baik	Cukup	Negatif

150	S	9	Perempuan	Baik	Baik	positif
151	PNF	9	Perempuan	Baik	Baik	positif
152	KHN	9	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
153	IF	9	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
154	DR	9	Perempuan	Baik	Cukup	positif
155	NH	9	Perempuan	Baik	Cukup	positif
156	AH	9	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
157	JN	9	Perempuan	Baik	Baik	negatif
158	EW	9	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
159	SD	9	Perempuan	Baik	Cukup	positif
160	SFK	9	Perempuan	Baik	Cukup	positif
161	NAZ	9	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
162	FA	9	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
163	VRSH	9	Perempuan	Cukup	Cukup	negatif
164	ENB	9	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
165	EAP	9	Perempuan	Baik	Baik	negatif
166	NA	9	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
167	UK	10	Perempuan	Kurang	Baik	negatif
168	UH	10	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
169	EL	10	Perempuan	Baik	Kurang	positif
170	LM	10	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
171	FL	10	Perempuan	Kurang	Cukup	negatif
172	RAH	10	Perempuan	Baik	Baik	positif
173	SK	10	Perempuan	Cukup	Cukup	negatif
174	S	10	Perempuan	Baik	Cukup	positif
175	KK	10	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
176	SNY	10	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
177	SNH	10	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
178	SNI	10	Perempuan	Baik	Baik	negatif
179	CT	10	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
180	RA	10	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
181	RS	10	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
182	FF	10	Perempuan	Baik	Cukup	positif
183	SNA	10	Perempuan	Baik	Baik	negatif
184	FS	10	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
185	I	10	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
186	R	10	Perempuan	Baik	Cukup	positif
187	SWN	10	Perempuan	Baik	Cukup	negatif

188	RY	10	Perempuan	Baik	Cukup	positif
189	SHS	11	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
190	WK	11	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
191	RH	11	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
192	AM	11	Perempuan	Baik	Cukup	positif
193	HM	11	Perempuan	Baik	Baik	negatif
194	SH	11	Perempuan	Baik	Baik	positif
195	KR	11	Perempuan	Baik	Cukup	positif
196	YDL	11	Perempuan	Cukup	Cukup	negatif
197	EK	11	Perempuan	Baik	Baik	negatif
198	FPL	11	Perempuan	Baik	Baik	negatif
199	NH	11	Perempuan	Baik	Baik	negatif
200	FK	11	Perempuan	Baik	Baik	positif
201	H	11	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
202	SN	11	Perempuan	Baik	Cukup	positif
203	AS	11	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
204	UA	11	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
205	LI	11	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
206	SAK	11	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
207	WH	11	Perempuan	Cukup	Cukup	positif
208	UH	11	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
209	S	11	Perempuan	Cukup	Cukup	positif
210	WDA	11	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
211	NH	11	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
212	PH	12	Perempuan	Baik	Cukup	positif
213	FA	12	Perempuan	Baik	Cukup	positif
214	RA	12	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
215	FM	12	Perempuan	Baik	Cukup	positif
216	RP	12	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
217	SNK	12	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
218	FF	12	Perempuan	Baik	Cukup	positif
219	H	12	Perempuan	Baik	Cukup	positif
220	TK	12	Perempuan	Baik	Cukup	positif
221	FH	12	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
222	SA	12	Perempuan	Baik	Baik	negatif
223	AM	12	Perempuan	Baik	Baik	negatif
224	CF	12	Perempuan	Baik	Cukup	positif
225	AR	12	Perempuan	Baik	Baik	positif

226	AH	12	Perempuan	Baik	Cukup	negatif
227	HS	12	Perempuan	Baik	Cukup	positif
228	HS	12	Perempuan	Baik	Baik	positif
229	VSR	12	Perempuan	Baik	Cukup	negatif



Lampiran 4.2 Hasil Uji Karakteristik Responden

angka kejadian skabies

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid negatif	124	54,1	54,1	54,1
positif	105	45,9	45,9	100,0
Total	229	100,0	100,0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-Laki	60	26,2	26,2	26,2
Perempuan	169	73,8	73,8	100,0
Total	229	100,0	100,0	

Klasifikasi usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <15	143	62,4	62,4	62,4
>15	86	37,6	37,6	100,0
Total	229	100,0	100,0	

Tingkat Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SMP	144	62,9	62,9	62,9
SMA	85	37,1	37,1	100,0
Total	229	100,0	100,0	

Keluhan Pruritus

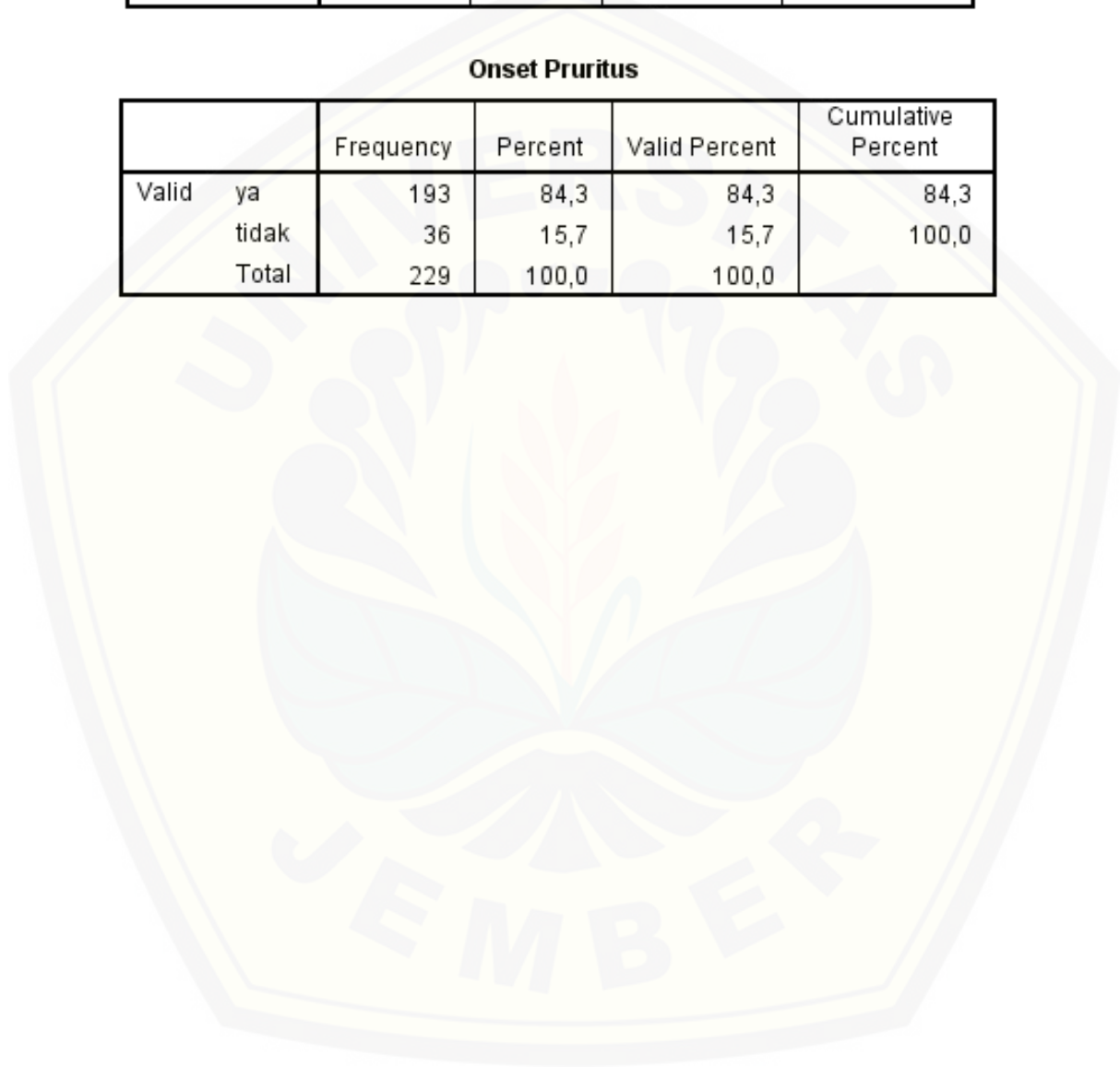
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	7	3,1	3,1	3,1
ya	222	96,9	96,9	100,0
Total	229	100,0	100,0	

riwayat pengobatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	56	24,5	24,5	24,5
ya	173	75,5	75,5	100,0
Total	229	100,0	100,0	

Onset Pruritus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	193	84,3	84,3	84,3
tidak	36	15,7	15,7	100,0
Total	229	100,0	100,0	



Lampiran 4.3 Hasil Uji Analisis Univariat

tingkat pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	8	3,5	3,5	3,5
	cukup	30	13,1	13,1	16,6
	baik	191	83,4	83,4	100,0
	Total	229	100,0	100,0	

personal hygiene

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	15	6,6	6,6	6,6
	cukup	184	80,3	80,3	86,9
	baik	30	13,1	13,1	100,0
	Total	229	100,0	100,0	

Mandi menggunakan sabun

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	229	100,0	100,0	100,0

Mandi 2x sehari

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	52	22,7	22,7	22,7
	ya	177	77,3	77,3	100,0
	Total	229	100,0	100,0	

Menggunakan sabun bersama dengan teman

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	106	46,3	46,3	46,3
	tidak	123	53,7	53,7	100,0
	Total	229	100,0	100,0	

Bertukar pakaian dengan teman

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	141	61,6	61,6	61,6
tidak	88	38,4	38,4	100,0
Total	229	100,0	100,0	

Menyetrika pakaian

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	155	67,7	67,7	67,7
ya	74	32,3	32,3	100,0
Total	229	100,0	100,0	

Merendam pakaian disatukan dengan pakaian teman

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	17	7,4	7,4	7,4
tidak	212	92,6	92,6	100,0
Total	229	100,0	100,0	

Memotong kuku 1x/minggu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	59	25,8	25,8	25,8
ya	170	74,2	74,2	100,0
Total	229	100,0	100,0	

Menggunakan handuk bergantian dengan teman

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	38	16,6	16,6	16,6
tidak	191	83,4	83,4	100,0
Total	229	100,0	100,0	

Lampiran 4.4 Hasil Uji Bivariat

Personal Hygiene ^ Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

			Angka Kejadian Skabies		Total
			Negatif	Positif	
Personal Hygiene	Kurang	Count	17	15	32
		% within Personal Hygiene	53,1%	46,9%	100,0%
	sedang	Count	92	75	167
		% within Personal Hygiene	55,1%	44,9%	100,0%
	baik	Count	15	15	30
		% within Personal Hygiene	50,0%	50,0%	100,0%
Total		Count	124	105	229
		% within Personal Hygiene	54,1%	45,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	,281 ^a	2	,869
Likelihood Ratio	,280	2	,869
Linear-by-Linear Association	,054	1	,816
N of Valid Cases	229		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,76.

Tingkat Pengetahuan ^ Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

			Angka Kejadian Skabies		Total
			negatif	positif	
Tingkat Pengetahuan	kurang	Count	22	14	36
		% within Tingkat Pengetahuan	61,1%	38,9%	100,0%
	baik	Count	102	91	193
		% within Tingkat Pengetahuan	52,8%	47,2%	100,0%
Total		Count	124	105	229
		% within Tingkat Pengetahuan	54,1%	45,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,834 ^a	1	,361		
Continuity Correction ^b	,534	1	,465		
Likelihood Ratio	,842	1	,359		
Fisher's Exact Test				,467	,233
Linear-by-Linear Association	,830	1	,362		
N of Valid Cases	229				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,51.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tingkat Pengetahuan (kurang / baik)	1,402	,677	2,901
For cohort Angka Kejadian Skabies = negatif	1,156	,863	1,549
For cohort Angka Kejadian Skabies = positif	,825	,533	1,275
N of Valid Cases	229		

Jenis Kelamin * Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

			Angka Kejadian Skabies		Total
			negatif	positif	
Jenis Kelamin	Laki-Laki	Count	19	41	60
		% within Jenis Kelamin	31,7%	68,3%	100,0%
	Perempuan	Count	105	64	169
		% within Jenis Kelamin	62,1%	37,9%	100,0%
Total		Count	124	105	229
		% within Jenis Kelamin	54,1%	45,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	16,551 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	15,347	1	,000		
Likelihood Ratio	16,726	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	16,479	1	,000		
N of Valid Cases	229				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 27,51.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis Kelamin (Laki-Laki / Perempuan)	,282	,151	,528
For cohort Angka Kejadian Skabies = negatif	,510	,345	,753
For cohort Angka Kejadian Skabies = positif	1,804	1,393	2,337
N of Valid Cases	229		

Riwayat Pengobatan * Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

			Angka Kejadian Skabies		Total
			Negatif	Positif	
Riwayat Pengobatan	tidak	Count	41	21	62
		% within Riwayat Pengobatan	66,1%	33,9%	100,0%
	ya	Count	83	84	167
		% within Riwayat Pengobatan	49,7%	50,3%	100,0%
Total		Count	124	105	229
		% within Riwayat Pengobatan	54,1%	45,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,915 ^a	1	,027		
Continuity Correction ^b	4,276	1	,039		
Likelihood Ratio	4,996	1	,025		
Fisher's Exact Test				,036	,019
Linear-by-Linear Association	4,894	1	,027		
N of Valid Cases	229				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28,43.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Riwayat Pengobatan (tidak / ya)	1,976	1,077	3,626
For cohort Angka Kejadian Skabies = Negatif	1,331	1,052	1,682
For cohort Angka Kejadian Skabies = Positif	,673	,461	,984
N of Valid Cases	229		

Klasifikasi usia * Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

			Angka Kejadian Skabies		Total
			Negatif	Positif	
Klasifikasi usia	<15	Count	77	66	143
		% within Klasifikasi usia	53,8%	46,2%	100,0%
	>15	Count	47	39	86
		% within Klasifikasi usia	54,7%	45,3%	100,0%
Total		Count	124	105	229
		% within Klasifikasi usia	54,1%	45,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,014 ^a	1	,906		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,014	1	,906		
Fisher's Exact Test				1,000	,508
Linear-by-Linear Association	,014	1	,906		
N of Valid Cases	229				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 39,43.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Klasifikasi usia (<15 / >15)	,968	,566	1,656
For cohort Angka Kejadian Skabies = Negatif	,985	,771	1,259
For cohort Angka Kejadian Skabies = Positif	1,018	,760	1,363
N of Valid Cases	229		

Tingkat Pendidikan * Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

			Angka Kejadian Skabies		Total
			Negatif	Positif	
Tingkat Pendidikan	SMP	Count	75	69	144
		% within Tingkat Pendidikan	52,1%	47,9%	100,0%
	SMA	Count	49	36	85
		% within Tingkat Pendidikan	57,6%	42,4%	100,0%
Total		Count	124	105	229
		% within Tingkat Pendidikan	54,1%	45,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,666 ^a	1	,414		
Continuity Correction ^b	,461	1	,497		
Likelihood Ratio	,668	1	,414		
Fisher's Exact Test				,493	,249
Linear-by-Linear Association	,663	1	,415		
N of Valid Cases	229				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 38,97.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tingkat Pendidikan (SMP / SMA)	,799	,465	1,371
For cohort Angka Kejadian Skabies = Negatif	,903	,710	1,149
For cohort Angka Kejadian Skabies = Positif	1,131	,837	1,528
N of Valid Cases	229		

Keluhan Pruritus * Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

			Angka Kejadian Skabies		Total
			Negatif	Positif	
Keluhan Pruritus	tidak	Count	7	0	7
		% within Keluhan Pruritus	100,0%	0,0%	100,0%
	ya	Count	117	105	222
		% within Keluhan Pruritus	52,7%	47,3%	100,0%
Total		Count	124	105	229
		% within Keluhan Pruritus	54,1%	45,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,114 ^a	1	,013		
Continuity Correction ^b	4,358	1	,037		
Likelihood Ratio	8,775	1	,003		
Fisher's Exact Test				,016	,013
Linear-by-Linear Association	6,088	1	,014		
N of Valid Cases	229				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,21.

b. Computed only for a 2x2 table

Onset Pruritus * Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

			Angka Kejadian Skabies		Total
			Negatif	Positif	
Onset Pruritus	ya	Count	97	96	193
		% within Onset Pruritus	50,3%	49,7%	100,0%
	tidak	Count	27	9	36
		% within Onset Pruritus	75,0%	25,0%	100,0%
Total		Count	124	105	229
		% within Onset Pruritus	54,1%	45,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,480 ^a	1	,006		
Continuity Correction ^b	6,517	1	,011		
Likelihood Ratio	7,845	1	,005		
Fisher's Exact Test				,006	,005
Linear-by-Linear Association	7,448	1	,006		
N of Valid Cases	229				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,51.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Onset Pruritus (ya / tidak)	,337	,151	,754
For cohort Angka Kejadian Skabies = Negatif	,670	,530	,848
For cohort Angka Kejadian Skabies = Positif	1,990	1,110	3,565
N of Valid Cases	229		

Bertukar pakaian dengan teman * Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

			Angka Kejadian Skabies		Total
			Negatif	Positif	
Bertukar pakaian dengan teman	ya	Count % within Bertukar pakaian dengan teman	81 57,4%	60 42,6%	141 100,0%
	tidak	Count % within Bertukar pakaian dengan teman	43 48,9%	45 51,1%	88 100,0%
Total		Count % within Bertukar pakaian dengan teman	124 54,1%	105 45,9%	229 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,608 ^a	1	,205		
Continuity Correction ^b	1,281	1	,258		
Likelihood Ratio	1,607	1	,205		
Fisher's Exact Test				,222	,129
Linear-by-Linear Association	1,601	1	,206		
N of Valid Cases	229				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 40,35.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Bertukar pakaian dengan teman (ya / tidak)	1,413	,827	2,412
For cohort Angka Kejadian Skabies = Negatif	1,176	,910	1,520
For cohort Angka Kejadian Skabies = Positif	,832	,629	1,101
N of Valid Cases	229		

Menyetrika pakaian * Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

			Angka Kejadian Skabies		Total	
			Negatif	Positif		
Menyetrika pakaian	tidak	Count % within Menyetrika pakaian	82 52,9%	73 47,1%	155 100,0%	
	ya	Count % within Menyetrika pakaian	42 56,8%	32 43,2%	74 100,0%	
Total			Count % within Menyetrika pakaian	124 54,1%	105 45,9%	229 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,300 ^a	1	,584		
Continuity Correction ^b	,164	1	,685		
Likelihood Ratio	,300	1	,584		
Fisher's Exact Test				,671	,343
Linear-by-Linear Association	,298	1	,585		
N of Valid Cases	229				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 33,93.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Menyetrika pakaian (tidak / ya)	,856	,490	1,495
For cohort Angka Kejadian Skabies = Negatif	,932	,727	1,195
For cohort Angka Kejadian Skabies = Positif	1,089	,799	1,485
N of Valid Cases	229		

Merendam pakaian disatukan dengan pakaian teman ^ Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

			Angka Kejadian Skabies		Total
			Negatif	Positif	
Merendam pakaian disatukan dengan pakaian teman	ya	Count	8	9	17
		% within Merendam pakaian disatukan dengan pakaian teman	47,1%	52,9%	100,0%
	tidak	Count	116	96	212
		% within Merendam pakaian disatukan dengan pakaian teman	54,7%	45,3%	100,0%
Total		Count	124	105	229
		% within Merendam pakaian disatukan dengan pakaian teman	54,1%	45,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,372 ^a	1	,542		
Continuity Correction ^b	,127	1	,721		
Likelihood Ratio	,370	1	,543		
Fisher's Exact Test				,617	,359
Linear-by-Linear Association	,370	1	,543		
N of Valid Cases	229				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,79.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Merendam pakaian disatukan dengan pakaian teman (ya / tidak)	,736	,273	1,980
For cohort Angka Kejadian Skabies = Negatif	,860	,512	1,445
For cohort Angka Kejadian Skabies = Positif	1,169	,729	1,874
N of Valid Cases	229		

Mandi 2x sehari ^ Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

			Angka Kejadian Skabies		Total
			Negatif	Positif	
Mandi 2x sehari	tidak	Count	25	27	52
		% within Mandi 2x sehari	48,1%	51,9%	100,0%
	ya	Count	99	78	177
		% within Mandi 2x sehari	55,9%	44,1%	100,0%
Total		Count	124	105	229
		% within Mandi 2x sehari	54,1%	45,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,999 ^a	1	,318	,345	,200
Continuity Correction ^b	,708	1	,400		
Likelihood Ratio	,996	1	,318		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,995	1	,319		
N of Valid Cases	229				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,84.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Mandi 2x sehari (tidak / ya)	,730	,393	1,356
For cohort Angka Kejadian Skabies = Negatif	,860	,630	1,173
For cohort Angka Kejadian Skabies = Positif	1,178	,864	1,606
N of Valid Cases	229		

Mandi menggunakan sabun ^ Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

			Angka Kejadian Skabies		Total
			Negatif	Positif	
Mandi menggunakan sabun	ya	Count	124	105	229
		% within Mandi menggunakan sabun	54,1%	45,9%	100,0%
Total		Count	124	105	229
		% within Mandi menggunakan sabun	54,1%	45,9%	100,0%

Menggunakan sabun bersama dengan teman ^ Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

			Angka Kejadian Skabies		Total
			Negatif	Positif	
Menggunakan sabun bersama dengan teman	ya	Count	51	55	106
		% within Menggunakan sabun bersama dengan teman	48,1%	51,9%	100,0%
	tidak	Count	73	50	123
		% within Menggunakan sabun bersama dengan teman	59,3%	40,7%	100,0%
Total		Count	124	105	229
		% within Menggunakan sabun bersama dengan teman	54,1%	45,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,895 ^a	1	,089		
Continuity Correction ^b	2,460	1	,117		
Likelihood Ratio	2,899	1	,089		
Fisher's Exact Test				,110	,058
Linear-by-Linear Association	2,883	1	,090		
N of Valid Cases	229				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 48,60.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Menggunakan sabun bersama dengan teman (ya / tidak)	,635	,376	1,073
For cohort Angka Kejadian Skabies = Negatif	,811	,634	1,037
For cohort Angka Kejadian Skabies = Positif	1,276	,963	1,691
N of Valid Cases	229		

Memotong kuku 1x/minggu * Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

			Angka Kejadian Skabies		Total
			Negatif	Positif	
Memotong kuku 1x/minggu	tidak	Count % within Memotong kuku 1x/minggu	32 54,2%	27 45,8%	59 100,0%
	ya	Count % within Memotong kuku 1x/minggu	92 54,1%	78 45,9%	170 100,0%
Total		Count % within Memotong kuku 1x/minggu	124 54,1%	105 45,9%	229 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,000 ^a	1	,987		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,000	1	,987		
Fisher's Exact Test				1,000	,555
Linear-by-Linear Association	,000	1	,987		
N of Valid Cases	229				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 27,05.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Memotong kuku 1x/minggu (tidak / ya)	1,005	,555	1,821
For cohort Angka Kejadian Skabies = Negatif	1,002	,763	1,316
For cohort Angka Kejadian Skabies = Positif	,997	,723	1,377
N of Valid Cases	229		

Menggunakan handuk bergantian dengan teman ^ Angka Kejadian Skabies Crosstabulation

		Angka Kejadian Skabies		Total
		Negatif	Positif	
Menggunakan handuk bergantian dengan teman	ya	Count 14 36,8%	Count 24 63,2%	38 100,0%
	tidak	Count 110 57,6%	Count 81 42,4%	191 100,0%
Total		Count 124 54,1%	Count 105 45,9%	229 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,496 ^a	1	,019		
Continuity Correction ^b	4,692	1	,030		
Likelihood Ratio	5,505	1	,019		
Fisher's Exact Test				,021	,015
Linear-by-Linear Association	5,472	1	,019		
N of Valid Cases	229				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,42.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Menggunakan handuk bergantian dengan teman (ya / tidak)	,430	,209	,881
For cohort Angka Kejadian Skabies = Negatif	,640	,415	,987
For cohort Angka Kejadian Skabies = Positif	1,489	1,110	1,998
N of Valid Cases	229		

Lampiran 4.5 Hasil Uji Analisis Multivariat

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	23,866	5	,000
	Block	23,866	5	,000
	Model	23,866	5	,000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	292,017 ^a	,099	,132

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Classification Table^a

Observed		Predicted			
		Angka Kejadian Skabies		Percentage Correct	
		Negatif	Positif		
Step 1	Angka Kejadian Skabies	Negatif	89	35	71,8
		Positif	53	52	49,5
Overall Percentage					61,6

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1 ^a	Jeniskelamin	-,626	,288	4,705	1	,030	,535	,304	,941
	RiwayatObat	,453	,330	1,885	1	,170	1,573	,824	3,003
	KeluhanGatal	19,986	14948,003	,000	1	,999	478220323,4	,000	.
	OnsetGatal	-,943	,441	4,566	1	,033	,390	,164	,925
	MenggunakanHandukBergantiandgnTeman	-,484	,388	1,557	1	,212	,617	,288	1,318
	Constant	-38,005	29896,006	,000	1	,999	,000		

a. Variable(s) entered on step 1: Jeniskelamin, RiwayatObat, KeluhanGatal, OnsetGatal, MenggunakanHandukBergantiandgnTeman.

Lampiran 4.6 Dokumentasi Penelitian



Menjelaskan prosedur penelitian kepada para santri



Santri mengisi kuesioner penelitian



Pemeriksaan fisik pada santri



Penyuluhan skabies oleh Dr. dr Yunita Armiyanti, M.Kes kepada seluruh santri Miftahul Ulum