

SKRIPSI

**GAMBARAN FAKTOR DETERMINAN SKABIES DI PONDOK
PESANTREN NURUL HAKIM KEDIRI
PERIODE OKTOBER - NOVEMBER 2023**



Oleh

Diana Ayu Savitri

KIA019016

**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MATARAM
2024**

SKRIPSI

GAMBARAN FAKTOR DETERMINAN SKABIES DI PONDOK PESANTREN NURUL HAKIM KEDIRI PERIODE OKTOBER - NOVEMBER 2023

**Diajukan sebagai syarat mencapai gelar Sarjana Farmasi (S.Farm) pada
Program Studi Farmasi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Mataram**



Oleh

Diana Ayu Savitri

KIA019016

**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MATARAM
2024**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Diana Ayu Savitri

NIM : K1A019016

Fakultas : Kedokteran

Program Studi : Farmasi

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang saya tulis dengan judul:

**GAMBARAN FAKTOR DETERMINAN SKABIES DI PONDOK
PESANTREN NURUL HAKIM KEDIRI
PERIODE OKTOBER – NOVEMBER 2023**

adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Mataram, 19 Januari 2024



Diana Ayu Savitri

K1A019016

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN FAKTOR DETERMINAN SKABIES DI PONDOK PESANTREN NURUL HAKIM KEDIRI PERIODE OKTOBER - NOVEMBER 2023

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Diana Ayu Savitri
NIM : K1A019016
Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Program Studi : Farmasi

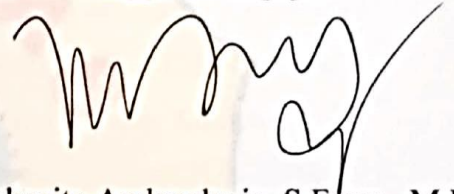
Telah dipertahankan di hadapan Dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana pada Program Studi Farmasi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram. Ditetapkan di Mataram pada tanggal 15 Januari 2024

Ketua Penguji



dr. Wahyu Sulistya Affarah, MPH., SpKL., Subsp.PP(K)
NIP. 19850929201022010

Anggota Penguji 1



apt. Mahacita Andanalusia, S.Farm., M.Farm
NIP. 199201032022032008

Anggota Penguji II



apt. Raisya Hasina, S.Farm., M.Sc
NIDK. 8981300020

Mengetahui

Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Mataram



Dr. dr. Ari Syamsug Sp. KF., M.Si.Med.
NIP. 19730901082003121002

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademis Universitas Mataram, saya yang bertanda tangan di bawah ini;

Nama : Diana Ayu Savitri

NIM : K1A019016

Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

Program Studi : Farmasi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Mataram **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul: **Gambaran Faktor Determinan Skabies di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri Periode Oktober – November 2023** beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Mataram berhak menyimpan, mengalih media/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Mataram, 19 Januari 2024

Yang Menyatakan



Diana Ayu Savitri

K1A019016

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji dan syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul: “GAMBARAN FAKTOR DETERMINAN SKABIES DI PONDOK PESANTREN NURUL HAKIM KEDIRI PERIODE OKTOBER - NOVEMBER 2023” ini dengan ikhtiar maksimal.

Skripsi ini juga dapat diselesaikan berkat do'a, arahan, bimbingan serta dukungan dari berbagai pihak yang berperan, diantaranya:

1. Dr. dr. Arfi Syamsun, Sp.KF., M.Si.Med. Selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram.
2. Dr. apt Agriana Rosmalina Hidayati, S.Farm., M.Farm. selaku Ketua Program Studi Farmasi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram.
3. dr. Wahyu Sulistya Affarah, MPH., SpKL., Subsp. PP(K) selaku dosen pembimbing 1 yang telah membimbing dan mengarahkan penulis selama menyusun skripsi ini sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
4. apt. Mahacita Andanalusia, S.Farm., M. Farm selaku dosen pembimbing II yang telah membimbing dan mengarahkan penulis selama menyusun skripsi ini sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
5. apt. Raisya Hasina, S.Farm., M.Sc., selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dan arahan dalam penyempurnaan penyusunan skripsi ini.
6. Kedua orang tua, kakak, adik, keluarga, dan teman-teman yang selalu mendoakan, memberikan semangat, dan mendukung penulis sejak awal.
7. Pimpinan dan pengurus Pondok Pesantren Nurul Hakim kediri yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian di pondok pesantren.

9. Seluruh penelitian santriwati umum di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri

Akhir kata, semoga skripsi ini menjadi tulisan yang bermanfaat agar dijadikan sebagai acuan dan bahan bacaan yang bermanfaat secara aplikasi dan teori

Mataram, 19 Januari 2024



Diana Ayu Savitri

K1A019016

ABSTRAK

Skabies merupakan salah satu penyakit kulit yang disebabkan karena infeksi parasit *Sarcoptes scabiei varietas hominis* dan termasuk sebagai salah satu *Neglected Tropical Diseases* (NTDs). Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Nurul Hakim terdapat 8 santriwati terkena skabies dan dalam 2 bulan menjadi 76. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran faktor determinan skabies pada santriwati program umum jenjang MA di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri periode Oktober - November 2023. Desain penelitian yang digunakan yaitu deskriptif kuantitatif dan kualitatif secara observasional dengan pendekatan *cross-section*. Sampel diambil dengan teknik *accidental sampling* dan diperoleh 40 santriwati. Pengumpulan data kualitatif menggunakan wawancara dan data kuantitatif menggunakan kuesioner dengan uji statistik menggunakan *uji chi square*. Hasil data kualitatif obat yang sering digunakan untuk mencegah skabies yaitu salep 2-4 dengan kandungan sulfur praesipitatum 5% dan beberapa obat simtomatik yaitu cetirizin, loratadin, chloratamin maleat, dan dexametason. Hasil data kuantitatif penelitian didapatkan 62,5% diduga mengalami skabies, 52,5% memiliki sanitasi lingkungan baik, dan 57,5% memiliki perilaku baik. Hasil penelitian menunjukkan hubungan faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya skabies pada santriwati yaitu kepadatan kamar ($p\ value = 0.029 < 0.05$), air ($p\ value = 0.024 < 0.05$), ventilasi udara ($p\ value = 0.017 < 0.05$), pengalaman pribadi ($p\ value = 0.005 < 0.05$), PHBS ($p\ value = 0.029 < 0.05$) dan didapatkan hasil analisis kelembaban ($p\ value = 0.063 > 0.05$) dan pencahayaan ($p\ value = 0.282 > 0.05$) sehingga tidak terdapat hubungan dengan kejadian skabies. Dari analisis multivariat faktor yang paling dominan yaitu pengalaman pribadi dengan nilai OR 9,625.

Kata kunci: Skabies, Faktor Determinan, Farmakologi, Pondok Pesantren

ABSTRACT

Scabies is a skin disease caused by infection with the parasite *Sarcoptes scabiei* variety *hominis* and is classified as one of the Neglected Tropical Diseases (NTDs). Based on the results of preliminary studies in Nurul Hakim, there were 8 female students affected by scabies and in 2 months it became 76. This study aims to describe the determinant factors of scabies in general program students at MA level in Nurul Hakim Kediri Islamic Boarding School for the period October - November 2023. The research design used was descriptive quantitative and qualitative observational with a cross-sectional approach. The sample was taken by accidental sampling technique and obtained 40 female students. Qualitative data collection using interviews and quantitative data using questionnaires with statistical tests using Chi-square test. Qualitative data results of medications commonly used to prevent scabies are 2-4 ointments with 5% sulfur praesipitatum content and several symptomatic medications, namely cetirizine, loratadine, chloratamine maleate, and dexamethasone. The results of quantitative data showed that 62.5% were suspected of having scabies, 52.5% had good environmental hygiene, and 57.5% had good behavior. The results showed the relationship of factors affecting the occurrence of scabies in female students, namely room density (p value = 0.029 < 0.05), water (p value = 0.024 < 0.05), air ventilation (p value = 0.017 < 0.05), personal experience (p value = 0.005 < 0.05), PHBS (p value = 0.029 < 0.05), and obtained the results of the analysis of humidity (p value = 0.063 > 0.05) and lighting (p value = 0.282 > 0.05), so that there is no relationship with the incidence of scabies. From the multivariate analysis, the most dominant factor is personal experience with an OR value of 9.625.

Keywords: Scabies, Determinant Factors, Pharmacology, Islamic Boarding Schools

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Skabies.....	6
2.2 Teori HL Blum	12
2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Skabies	12
2.4 Pengobatan	17
2.5 Pondok Pesantren.....	18
2.6 Kuesioner.....	20
2.7 Kerangka Teori.....	23
BAB III METODE PENELITIAN	23
3.1 Jenis dan Rencana Penelitian	24
3.2 Waktu dan Tempat	24
3.3 Populasi dan Sampel penelitian.....	24
3.4 Definisi Operasional	25
3.5 Instrumen Penelitian.....	25
3.6 Prosedur Penelitian.....	25
3.7 Alur Penelitian.....	31
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	32
4.1 Uji Validitas Isi	32
4.2 Uji Validitas Muka	33

4.3 Uji Konstruk	33
4.4 Uji Reliabilitas.....	34
4.5 Karakteristik	34
4.6 Karakteristik Berdasarkan Gejala Klinis.....	35
4.7 Gambaran Faktor Lingkungan dengan Kejadian Skabies	37
4.8 Gambaran Faktor Perilaku dengan Kejadian Skabies	42
4.9 Faktor Dominan Kejadian Skabies.....	44
4.10 Keterbatasan Penelitian	45
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	46
5.1 Kesimpulan.....	46
5.2 Saran.....	46
DAFTAR PUSTAKA	48
LAMPIRAN.....	52

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1 Skema Kerangka Teori	23
Gambar 3.1 Alur Penelitian	31

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Pilihan Terapi Skabies	17
Tabel 3.1 Definisi Operasional	25
Tabel 4.1 Hasil Uji Validitas Isi.....	32
Tabel 4.2 Hasil Uji Reliabilitas Instrumen	34
Tabel 4.3 Karakteristik	34
Tabel 4.4 Karakteristik Gejala Klinis.....	35
Tabel 4.5 Karakteristik Berdasarkan Faktor Lingkungan.....	37
Tabel 4.6 Analisis Hubungan Faktor Lingkungan Terkait Kejadian Skabies	38
Tabel 4.7 Karakteristik Berdasarkan Faktor Perilaku	42
Tabel 4.8 Analisis Hubungan Faktor Perilaku dengan Kejadian Skabies.....	43
Tabel 4.9 Analisis Faktor Dominan Penyebab Skabies.....	44

DAFTAR LAMPIRAN

	Hal
Lampiran 1 Surat Keputusan Persetujuan Etik	53
Lampiran 2 Penjelasan Sebelum Persetujuan	54
Lampiran 3 Lembar Permohonan Menjadi	56
Lampiran 4 Lembar Pernyataan Persetujuan.....	57
Lampiran 5 Kuesioner Penelitian.....	58
Lampiran 6 Skor Penilaian Kuesioner.....	61
Lampiran 7 Uji Validitas	63
Lampiran 8 Uji Reliabilitas.....	69
Lampiran 9 Hasil Analisis Univariat.....	70
Lampiran 10 Hasil Analisis Bivariat.....	73
Lampiran 11 Hasil Analisis Multivariat	78
Lampiran 12 Dokumentasi Pondok Pesantren.....	79

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah kesehatan penyakit menular masih menjadi perhatian utama secara global, termasuk Indonesia. Kurangnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan dan sanitasi lingkungan yang baik akan meningkatkan angka kesakitan dan menimbulkan berbagai macam penyakit seperti skabies, diare, tuberkulosis, demam berdarah, dan infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) (Ismiati & Wijayanti, 2021). Salah satu penyakit yang disebabkan karena kualitas dan sanitasi lingkungan yang kurang baik terutama pada tempat dengan jumlah penghuni yang padat dan sanitasi lingkungan yang kurang baik yaitu skabies.

Skabies merupakan salah satu penyakit kulit yang disebabkan karena infeksi parasit *Sarcoptes scabiei varietas hominis* dan menjadi masalah kesehatan utama terutama di negara yang beriklim tropis dan subtropis. Pada tahun 2017 berdasarkan permintaan negara anggota dan rekomendasi Penasehat Strategi dan Teknik WHO, skabies dimasukkan sebagai salah satu *Neglected Tropical Diseases* (NTDs). Menurut WHO terdapat 300 juta kasus skabies setiap tahun dan secara global menginfeksi hampir 200 juta orang setiap saat dengan prevalensi pada literatur terkait skabies baru-baru ini berkisar antara 0,2% - 71% (WHO, 2020). Menurut *International Alliance for the Control of Skabies* (IACS) pada tahun 2014 tingkat kejadian skabies dalam literatur terbaru bervariasi mulai dari 0,3% menjadi 46%.

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (KEMENKES RI) pada tahun 2016 dari 261,6 juta penduduk, prevalensi skabies mencapai 4,60-12,95% dan termasuk 3 kasus terbanyak dari 12 penyakit kulit yang paling sering terjadi (Notobroto, 2009). Prevalensi kejadian skabies dari tahun ke tahun sudah mengalami penurunan dari rentang 5,60% - 12,96% (2008), menjadi 4,9% - 12,95% (2009), dan semakin menurun pada

rentang 3,9% - 6% (2013). Meskipun prevalensi skabies di Indonesia telah menunjukkan penurunan akan tetapi Indonesia belum terbebas dari skabies dan hingga saat ini masih menjadi salah satu masalah penyakit menular di Indonesia, termasuk di provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB).

Data Dinas Kesehatan Nusa Tenggara Barat (DINKES NTB), penyakit infeksi kulit merupakan tiga penyakit terbanyak dari sepuluh penyakit yang paling menonjol dengan jumlah kasus 199,386 (6,41%) pada tahun 2003, dan kembali menempati urutan yang sama dengan jumlah 271.258 kasus dan 4,29% diantaranya merupakan kasus skabies yang menyerang kelompok usia 1-14 tahun (DINKES NTB, 2006). Hasil Penelitian Kurniawan et al., (2019) di pondok pesantren MA Ishlahil Athfal Rumak Kabupaten Lombok Barat terdapat sekitar 60% santrinya terjangkit skabies. Hasil serupa juga didapatkan dari penelitian Hidayat et al., (2019) di Pondok Pesantren Nurul Islam Sekarbela dari 52 santri terdapat 21% diantaranya terinfeksi skabies. Berdasarkan hasil wawancara pendahuluan dengan pengurus Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri yang dilakukan pada bulan Maret 2022 didapatkan bahwa selama 2 bulan terakhir terdapat 8 santriwati yang mengalami skabies dan angka ini terus mengalami peningkatan hingga 76 santriwati.

Terdapat anggapan baik di kalangan para santri maupun pengurus pondok pesantren bahwa skabies (kudisan) merupakan penyakit biasa dan tidak mengancam jiwa, sehingga muncul ungkapan yang menyatakan bahwa “Belum menjadi santri jika belum kudisan” (Sungkar, 2016). Apabila kasus skabies tidak dilakukan penanganan secara komprehensif maka rantai penularan menjadi sulit terkendali dan bisa juga menyebabkan terjadinya infeksi sekunder. Rasa gatal pada malam hari yang ditimbulkan karena aktivitas tungau yang mengalami peningkatan akan mempengaruhi kualitas tidur dan konsentrasi belajar serta aktivitas santri pada siang hari, sehingga lama-kelamaan akan menurunkan kualitas hidup santri (Sungkar, 2016). Berdasarkan hasil penelitian menyatakan bahwa kualitas belajar santri mengalami penurunan dan sebanyak 15,5% santri mengalami penurunan nilai raport setelah terinfeksi skabies (Sudarsono, 2011; Sungkar, 2016). Oleh karena itu, perlu dilakukan

penanganan secara menyeluruh untuk memutus mata rantai penyebaran skabies dengan melakukan terapi farmakologi dan non farmakologi.

Beberapa faktor risiko yang menyebabkan terjangkitnya skabies pada santri yaitu kebiasaan menggunakan alat pribadi secara bersama-sama seperti selimut, mukenah, jaket, baju, dan perlengkapan-perengkapan lain seperti sisir, handuk, dan sabun mandi merupakan faktor penularan skabies pada santri (Ihtiaringsyas, 2019). Jika kondisi ini terus dibiarkan maka akan terjadi kegagalan penanganan kasus skabies dan peningkatan jumlah santri yang terdampak, sehingga terapi secara farmakologi dan non farmakologi yang diberikan tidak mampu menekan peningkatan kasus skabies karena adanya peningkatan kasus baru atau infeksi berulang pada penderita skabies.

Hasil studi pendahuluan yang sebelumnya dilakukan menunjukkan bahwa kasus kejadian skabies di Nurul Hakim masih berada pada tahap awal sehingga perlu dilakukan penanganan lebih lanjut untuk menekan penularan skabies dan mencegah terjadinya infeksi sekunder. Melihat kondisi yang ada, pentingnya mengetahui faktor determinan terkait kejadian skabies di pondok pesantren diharapkan dapat menjadi dasar rekomendasi untuk pemangku kebijakan sehingga intervensi yang dapat dilakukan menjadi lebih spesifik dan efisien dalam penanggulangan maupun pencegahan skabies dalam pondok pesantren. Peneliti bermaksud untuk mengkaji lebih dalam gambaran faktor determinan skabies di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri karena termasuk salah satu pondok yang cukup besar dan terkenal dengan jumlah santri yang mendaftar setiap tahunnya konstan, terdapat \pm 5000 santri dan padat penduduk sehingga resiko terjangkit dan penyebaran skabies di Pondok Pesantren Nurul Hakim tinggi. Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Hilma 2014 yang menyatakan bahwa kurangnya pengetahuan santri mengenai faktor- faktor risiko skabies akan menjadi salah satu faktor determinan terjadinya skabies dan peningkatan jumlah kasus (UD, 2014).

1.2 Rumusan Masalah

Apa saja faktor determinan skabies pada santriwati program umum jenjang MA di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri periode Oktober-November 2023?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran faktor determinan skabies pada santriwati program umum jenjang MA di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri periode Oktober-November 2023.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui gambaran faktor kepadatan kamar, air, kelembaban, pencahayaan, dan ventilasi udara yang mempengaruhi skabies pada santriwati program umum jenjang MA di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri.
2. Untuk mengetahui gambaran faktor PHBS dan pengalaman pribadi yang mempengaruhi skabies pada santriwati program umum jenjang MA di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pondok Pesantren

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi pengurus pondok sebagai pengambil kebijakan di lingkungan pondok pesantren mengenai perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

1.4.2 Bagi Santriwati

Melalui penelitian ini diharapkan santriwati bisa mendapatkan pengetahuan tentang faktor determinan sehingga lebih sadar untuk melakukan pencegahan penyebaran skabies di pondok pesantren.

1.4.3 Bagi Profesi dan Institusi Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi acuan pengembangan program kesehatan dan sumber informasi bagi dinas

kesehatan dan puskesmas setempat dalam upaya promotif, preventif, dan rehabilitatif untuk menekan penyebaran kasus skabies di masyarakat dan pondok pesantren.

1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menjadi pedoman bagi peneliti selanjutnya untuk meneliti lebih lanjut terkait faktor determinan skabies dan bisa menjadi acuan untuk pemberantasan skabies level individu maupun institusi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skabies

2.1.1 Definisi dan Etiologi

Skabies merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh infeksi tungau dan dapat menginfeksi anak-anak, remaja, dewasa, maupun orang tua di seluruh dunia baik secara langsung maupun tidak langsung (Rahmi et al. 2016). Skabies disebabkan oleh infeksi tungau *Sarcoptes scabiei* varian harmoni (Djuanda et al. 2007) dan menjangkit semua ras, golongan, umur, dan sosial ekonomi yang berbeda (Raza et al. 2009). Di Indonesia skabies bisa disebut kudis, di Jawa disebut gudik, dan di Sunda disebut budug (Cakmoki, 2007).

Sarcoptes scabiei berasal dari bahasa Yunani yaitu *sarx* (kulit) dan *koptein* (potongan) dan *scabere* (menggaruk). Secara harfiah skabies merupakan gatal pada bagian kulit sehingga muncul keinginan untuk menggaruk bagian yang gatal pada kulit dan dapat menimbulkan terjadinya lesi pada kulit. Skabies merupakan salah satu penemuan penting dalam perkembangan ilmu kedokteran karena merupakan etiologi penyakit pertama yang diidentifikasi dari organisme (Sungkar, 2016). Tahun 1678 penemuan terbesar Giovan Cosimo Bonomo menyatakan bahwa *Sarcoptes scabiei* ditemukan berjalan dipermukaan kulit untuk mencari lokasi baru dan tidak tinggal di satu terowongan serta bisa berpindah dari penderita ke orang lain (Bonomo, 1998) dan menimbulkan infeksi baru. Berdasarkan hasil penelitian Mellanby menyatakan bahwa infeksi yang terjadi pada kulit oleh *Sarcoptes scabiei* disebabkan oleh tungau betina yang telah atau baru dibuahi (Mellanby, 1977).

Ciri morfologi skabies yaitu berukuran 0,2-0,5 mm, berbentuk oval dengan bagian punggung cembung serta perut rata dengan 8 kaki (Chosidow, 2012). Tungau dewasa memiliki 4 pasang kaki yang 2 pasang

kaki depan dan 2 pasang kaki belakang di mana pada betina pasang ke 3,4 terdapat bulu cambuk dan pada jantan bulu cambuk hanya pada pasang ke-3 (Iskandar, 2000).

2.1.2 Epidemiologi

Skabies merupakan salah satu penyakit endemik yang menjangkit semua golongan dan ras di seluruh dunia. Skabies banyak dijumpai pada anak-anak dan remaja terutama pada negara berkembang (6-27%) dengan iklim tropis seperti Indonesia (Sungkar, 1995). Berdasarkan hasil survei 1983 didapatkan bahwa pada beberapa desa di sepanjang sungai Ucayali, Peru hampir semua anak-anak dan penduduk desa asli penduduk terkena skabies. Pada tahun 1975 di kepulauan San Blas, Panama terjadi wabah skabies karena faktor kepadatan penduduk di mana tiap rumah dihuni 13 orang atau lebih. Berdasarkan hasil *systematic review* dari 48 peneliti berbagai macam negara skabies banyak dijumpai di negara berkembang dengan status ekonomi rendah terutama pada anak-anak, masyarakat dengan pendidikan rendah, dan masyarakat dengan kepadatan penduduk yang tinggi (Romani et al, 2015).

Faktor lain yang menyebabkan semakin luasnya penyebaran skabies yaitu karena faktor sosial ekonomi, sanitasi lingkungan yang kurang baik, hubungan seksual (gontai-ganti pasangan), dan kesalahan diagnosis. Penularan skabies biasanya melalui pakaian, tempat tidur, kontak langsung, dan bisa juga karena pemakaian handuk, selimut, spre, bantal, dan alat mandi secara bersamaan (Djuanda, 2007).

2.1.3 Patofisiologi

Siklus skabies dimulai ketika terjadinya kovulasi antara tungau jantan dan betina dipermukaan kulit yang kemudian tungau betina akan menggali terowongan dan meletakkan telurnya (2-50 buah). Telur menetas menjadi larva dan berkembang menjadi nimfa yang memerlukan waktu 2-3 hari. Keseluruhan siklus mulai dari telur hingga dewasa memerlukan

waktu antara 10-14 hari. Dari semua bentuk infeksi *Sarcoptes scabai* tungau dewasa betina memiliki 90% peran sebagai agen infeksius penularan skabies. Aktivitas tungau di dalam kulit akan menyebabkan rasa gatal dan memicu respon imunitas seluler dan humoral dan menyebabkan terjadinya peningkatan IgE di serum dan kulit. Masa inkubasi 4-6 minggu. Skabies dapat ditularkan secara langsung melalui kontak langsung antar kulit karena adanya rangsangan dari aroma pada tubuh dan termotaksis hospes baru yang berlangsung sekitar 15-20 menit. Penularan secara tidak langsung melalui sprei, selimut, handuk, dan alat pribadi lainnya yang apabila sudah terkena skabies maka membutuhkan waktu lama untuk melihat gejala yang muncul hingga akhirnya didiagnosis skabies (Sungkar, 2016).

Diagnosis skabies pada orang tua atau dan orang yang memiliki imunitas rendah biasanya sering tidak terdiagnosis dan dianggap sebagai penyakit lain sehingga pengobatan yang dilakukan tidak efektif atau salah sehingga akan menyebabkan terjadinya wabah secara terus menerus pada daerah yang memiliki resiko tinggi skabies. Skabies di dalam kulit menyebabkan rasa gatal dan muncul respon imun IgE baik di serum maupun kulit. Pada saat penggalian terjadi pengeluaran sekret yang melisis stratum korneum dan menyebabkan timbulnya lesi dan rasa gatal sekunder. Lesi sekunder yang terjadi seperti vesikel, papul, pustul dan bula. Lesi tersier berupa ekskoriasi, pioderma, dan eksaminasi. Sedangkan, tungau hanya ada pada lesi primer (Linuwih, 2016).

2.1.4 Gejala Klinis

Gejala utama skabies yaitu timbulnya rasa gatal pada malam hari, ketika berkeringat dan cuaca panas di sekitar lesi atau bisa juga pada seluruh bagian tubuh pada penderita skabies kronik. Gatal yang dirasakan disebabkan karena adanya sekret *Sarcoptes scabai* yang dikeluarkan ketika menggali terowongan

Berikut gejala umum yang biasanya ditemukan pada penderita skabies:

- a. *Pruritus nokturnal* atau gatal pada malam hari karena pada suhu lembab dan panas terjadi peningkatan aktivitas tungau
- b. *Hiposensitisasi* atau menyerang manusia secara berkelompok misalnya dalam sebuah keluarga atau asrama
- c. Terdapat terowongan pada berwarna putih dan adanya papula. Biasanya terdapat pada sela jari tangan, lipatan ketiak, bokong, dan pergelangan tangan. Pada bayi biasanya terdapat di telapak tangan, telapak kaki, atau bisa juga di seluruh tubuh.
- d. Adanya tungau
- e. Timbulnya gatal pada malam hari sebelum tidur menandakan adanya bintil, bintil bernanah, bekas garukan, atau bekas lesi yang menghitam (Sudirman, 2006).

2.1.5 Diagnosis

Diagnosis skabies secara dermatologi masih simpang siur (Sudirman, 2006). Akan tetapi, jika melihat riwayat gatal pada malam hari dan terdapat anggota keluarga yang sakit seperti penderita merupakan diagnosis awal skabies. Pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan yaitu melihat adanya benjolan, gatal, dan luasnya area penyebaran. Pemastian diagnostik dengan melakukan pemeriksaan mikroskop untuk melihat adanya telur dan tungau (Cakmoki, 2007). Jika tidak ditemukan tungau atau produknya pada pemeriksaan laboratorium belum bisa menyingkirkan perkiraan skabies karena tungau mungkin berada pada tempat yang tidak terjangkau saat pengambilan sampel. Penderita dinyatakan positif skabies apabila memberikan respon positif dengan pemberian terapi skabisida. Akan tetapi, respon positif skabisida belum tentu menyingkirkan penyakit kulit lain dan respon negatif skabies belum menyingkirkan skabies karena mungkin tungau resistensi terhadap skabisida (Sungkar, 2016).

2.1.6 Klasifikasi Skabies

Klasifikasi skabies dibedakan menjadi beberapa macam yaitu: (Sungkar, 2016).

a. Skabies pada Orang Bersih

Skabies ini biasanya ditemukan pada orang yang memiliki tingkat kebersihan baik. Rasa gatal yang dirasakan tidak terlalu berat dan biasanya terdapat pada sela jari tangan dan pergelangan tangan. Manifestasi skabies berupa papul dan terowongan dengan jumlah yang sedikit sehingga sulit diidentifikasi dan terjadi kesalahan diagnostik.

b. Skabies Inkognito

Skabies bentuk inkognito biasanya terdapat pada skabies yang diobati dengan kortikosteroid sehingga gejala membaik, akan tetapi tungau masih ada dan menularkan skabies. Pengobatan dengan menggunakan steroid topikal dalam jangka panjang juga dapat menyebabkan penurunan respon imun sehingga lesi semakin parah.

c. Skabies Nodularis

Dilaporkan pertama kali oleh Ayres dan Anderson pada tahun 1923. Skabies nodularis berupa nodul coklat kemerahan dan terasa gatal terutama pada tempat yang tertutup pakaian. Nodul terbentuk karena adanya reaksi hipersensitivitas kulit terhadap tungau dan produknya. Skabies nodularis biasanya ada pada tangan, siku, penis, skrotum, aksila, areola mammae, dan perut. Nodul biasanya bertahan selama beberapa bulan atau tahun meskipun sudah diberikan obat anti skabies. Obat yang biasa digunakan yaitu dengan penyuntikan kortikosteroid intralesi karena obat skabies yang biasa digunakan tidak efektif untuk skabies nodular.

d. Skabies Bulosa

Skabies bulosa tersebar di jar-jari tangan, genital, dan pergelangan tangan. Gejala skabies bulosa yaitu gatal pada malam hari, menyerang semua usia, lesi bula terasa gatal dan dinding bula tegak dan kendur,

didalam bula ditemukan darah, dan bula dapat juga berkusta. Bula terbentuk karena adanya superinfeksi tungau oleh bakteri *S. aureus*. Skabies bulosa umumnya diobati dengan permetrin 5%, krotamiton 10%, benzil benzoat, sulfur 6%, atau ivermektin.

e. Skabies yang Ditularkan Melalui Hewan

Sumber utama skabies pada hewan biasanya ditularkan melalui anjing. Gejala skabies yang ditularkan hewan berbeda dengan manusia. Skabies pada hewan biasanya terdapat pada daerah yang sering bersentuhan dengan hewan seperti pada lengan, perut, paha, dan dada. Penularan skabies pada hewan lebih cepat dan masa inkubasinya pendek. Lesi bersifat sementara (4-8 minggu) dan dapat sembuh sendiri karena tidak dapat melanjutkan siklus hidupnya pada manusia.

f. Skabies pada Orang Terbaring di Tempat Tidur

Skabies ini biasanya sering dijumpai pada lansia yang berbaring ditempat tidur dalam jangka waktu lama atau pada orang yang menderita penyakit kronis. Diagnosis pada usia lanjut sering tertunda karena manifestasi klinis mirip penyakit kulit lain sehingga diagnosis sulit ditegakkan. Diagnosis biasanya dilakukan dengan menempelkan selotip pada lesi skabies, kemudian selotip dicabut dan ditempelkan di kaca objek, ditetesi KOH dan diperiksa dengan menggunakan mikroskop.

g. Skabies yang Disertai Penyakit Menular Seksual Lainnya

Skabies ini biasanya ditemukan lesi pada genital sehingga perlu dilakukan pemeriksaan lanjutan berupa pemeriksaan gonore, pemeriksaan serologi untuk sifilis, dan pemeriksaan lainnya. Penyakit menular penyerta yang biasanya muncul yaitu gonore, sifilis, herpes genitalis, dan pedikulosis pubis.

h. Skabies Krustosa

Skabies krustosa disebut juga Norwegian skabies karena pertama kali ditemukan di Norwegia oleh Danielsen dan Boeck pada tahun 1884. Skabies ini biasanya terdapat pada penderita leukemia, penderita

terapi immunosupresan, penderita transplantasi organ, dan penderita HIV-AIDS. Skabies krustosa biasanya akan menimbulkan wabah karena terdapat tungau dalam jumlah banyak sehingga sangat menular.

2.1.7 Penularan

Penularan skabies terjadi melalui perpindahan telur, nimfa, larva, atau tungau dewasa dari penderita ke orang lain, dimana tungau dewasa memiliki peran paling sering yaitu sekitar 90% untuk menularkan skabies. Penularan skabies dari penderita ke orang lain terjadi karena adanya stimulasi aroma tubuh yang adekuat dan terjadi dalam waktu yang lama sekitar 15-20 menit. Skabies dapat ditularkan secara langsung maupun tidak langsung. Penularan skabies secara langsung ditularkan melalui kontak kulit penderita dengan orang lain dalam waktu yang cukup lama misalnya pada saat tidur bersama. Pada orang dewasa penularan skabies secara langsung paling sering terjadi saat berhubungan seksual, dan pada anak-anak melalui keluarga dan temannya.

Penularan skabies secara tidak langsung dapat ditularkan melalui sprengi, handuk, selimut, kasur, sarung bantal, pakaian, mukenah, atau alat pribadi lainnya yang terinfeksi skabies. Penularan skabies secara tidak langsung tergantung waktu atau lama tungau bisa bertahan hidup di luar tubuh tergantung kondisi suhu dan kelembaban. Pada barang yang terinfeksi skabies bisa bertahan 2-3 hari pada suhu ruang, pada suhu 21°C dan kelembaban 41-80% skabies dapat bertahan 3-4 hari, pada permukaan benda kering dapat bertahan selama beberapa jam, dan pada suhu di bawah 21°C tungau tidak dapat bergerak.

2.2 Teori HL Blum

Berdasarkan teori H.L. Blum terdapat empat faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat yaitu perilaku, lingkungan, pelayanan kesehatan, dan genetik (Pakpahan, 2021). Berdasarkan teori H.L. Blum faktor perilaku manusia merupakan faktor yang paling berpengaruh terkait kejadian skabies

karena kesehatan lingkungan individu maupun kelompok dipengaruhi oleh perilaku manusia itu sendiri. Faktor perilaku mempengaruhi kesehatan terkait dengan kebiasaan, kepercayaan, adat istiadat, dan sosial ekonomi yang dijalani dalam kehidupan masyarakat. Adapun faktor lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan yaitu lingkungan fisik yang dipengaruhi oleh kualitas sanitasi lingkungan tempat tinggal. Faktor pelayanan kesehatan mempengaruhi derajat kesehatan dari segi keberadaan fasilitas kesehatan, pelayanan pemulihan, dan pencegahan penyakit. Adapun faktor genetik mempengaruhi derajat kesehatan karena beberapa penyakit ditularkan melalui genetik. Keempat faktor determinan tersebut akan saling berinteraksi dalam mempengaruhi kesehatan individu maupun kesehatan masyarakat.

2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Skabies

2.3.1 Lingkungan

Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa status kesehatan pada lingkungan meliputi penyediaan air bersih, rumah, tempat pembuangan, dan lainnya. Sanitasi lingkungan yang kurang baik akan menjadi faktor pemicu muncul dan berkembangnya tungau penyebab skabies. Sanitasi lingkungan yang berkaitan dengan kejadian skabies meliputi kelembaban, persediaan air bersih yang kurang, kebersihan tempat tidur, pencahayaan dan kepadatan hunian berpengaruh terhadap jumlah parasit penyebab skabies.

1. Kepadatan Kamar Tidur

Kepadatan kamar tidur atau tempat tinggal berpengaruh terhadap jumlah pasokan udara dan peningkatan CO₂ dalam waktu cepat sehingga menyebabkan udara semakin mudah mengalami pencemaran. Prevalensi skabies dua kali lipat lebih tinggi pada masyarakat dengan jumlah penghuni padat dibandingkan yang tidak padat (Gilmore, 2011). Di pondok pesantren jumlah santriwati dalam satu kamar bisa mencapai 30 orang sehingga akan mempermudah penyebaran tungau penyebab skabies.

2. Air

Air merupakan faktor penting yang menyebabkan terjadinya penularan penyakit terutama penyakit menular yang diklasifikasikan berdasarkan intervensi manusia. Kualitas dan ketersediaan air merupakan hal penting dalam pencegahan skabies. Menurut Permenkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999 kualitas air bersih yang harus dipenuhi perorang yaitu 60 liter/hari. Ketersediaan air bersih ini akan mengurangi penularan skabies karena skabies merupakan penyakit menular yang berkaitan dengan penggunaan dan ketersediaan air bersih sebagai kebersihan diri, alat, kebutuhan sehari-hari.

3. Kelembaban

Kelembaban merupakan faktor penting pertumbuhan kuman dan penyakit. Lingkungan yang lembab akan menjadi tempat pertumbuhan, perkembangan, dan penularan penyakit. Tingkat kelembaban yang memenuhi syarat berdasarkan data Kemenkes RI/No.829/Menkes/SK/VII/1999 yaitu 40-70%. Tingkat kelembaban yang tidak sesuai dengan persyaratan dan kondisi lingkungan serta perilaku kesehatan yang kurang baik akan meningkatkan resiko penularan skabies.

4. Pencahayaan Alami

Pencahayaan alami merupakan pencahayaan yang berasal dari sinar matahari. sinar matahari dapat membunuh parasit atau mikroorganisme yang terdapat dalam lingkungan kamar tidur atau lingkungan sekitar. Sinar matahari pagi dapat menghambat perkembangbiakan dari bakteri patogen. Syarat pencahayaan alam atau buatan yaitu dapat menerangi seluruh ruangan, tidak menyilaukan, dan memiliki intensitas 60-120 lux.

5. Ventilasi udara

Ventilasi berfungsi untuk sirkulasi dan mengurangi kelembaban udara. Rumah yang sehat yaitu rumah yang memiliki sirkulasi pertukaran udara yang baik sehingga akan menyebabkan kondisi atmosfer yang menyenangkan dan menyehatkan.

2.3.2 Perilaku

Skabies berkaitan erat dengan tingkat kebersihan individu dan lingkungan sekitar. Kebiasaan mencuci tangan, memotong kuku, mengeringkan handuk, menjemur selimut dan kasur setidaknya satu kali dalam seminggu dapat mencegah atau menekan penyebaran kasus skabies. Anak-anak yang dengan tingkat kebersihan diri yang kurang baik memiliki enam kali lipat resiko terkena skabies dibandingkan anak-anak yang memiliki kebiasaan baik (Putri, 2011). Di pondok pesantren santri juga kadang-kadang biasanya mandi tanpa sabun dan menggunakan pakaian berlapis pada saat cuaca panas yang akan menyebabkan keringat yang dikeluarkan semakin banyak dan menjadikan pakaian lembab, namun pakaian tersebut tidak dicuci langsung akan tetapi dimasukkan atau digantung dilemari dan digunakan lagi ketika kering sehingga akan menjadi tempat yang cocok sebagai perantara parasit (Sungkar, 2016).

1. PHBS

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) merupakan suatu perilaku yang dilakukan dengan kesadaran untuk menolong diri sendiri dan orang yang berada disekitarnya untuk sadar dan berperan aktif dalam upaya kesehatan. Selain itu PHBS juga berperan untuk memberikan informasi dan melakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku terutama pada santri dan santriwati sehingga sadar, mau, dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat.

2. Pengalaman pribadi

Di pondok pesantren santri biasanya memiliki jiwa kebersamaan dan sosial yang tinggi karena merasa senasib sehingga biasanya menggunakan alat atau barang-barang pribadi secara bersamaan seperti handuk, baju, selimut, mukenah, sarung, dan kasur. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Kurnitasari (2004), 54% penderita skabies berkaitan dengan kebiasaan ganti baju, kebiasaan mandi, dan kebiasaan menggunakan alat-alat pribadi bersamaan dengan penderita skabies. Salah satu faktor tidak langsung yang menyebabkan penularan skabies yaitu penggunaan alat-alat pribadi seperti handuk, selimut, alat-alat mandi, dan pakaian secara bersamaan (Mansyur, 2007). Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa 62,9% penderita skabies berkaitan dengan penggunaan alat atau barang-barang pribadi secara bersamaan (Handayani, 2007).

2.3.3 Layanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan memiliki peranan yang sangat penting dalam menentukan derajat kesehatan yang meliputi pelayanan pemulihan, pencegahan terhadap penyakit, pengobatan, dan perawatan individu dan kelompok dalam pelayanan kesehatan. Terdapat beberapa jenjang pelayanan kesehatan dimulai dari unit daerah seperti RSUD hingga unit lembaga seperti poskestren. Poskestren merupakan layanan kesehatan pesantren yang memberikan pengobatan kepada seluruh masyarakat yang ada di pesantren meliputi santri/santriwati, pimpinan pondok, guru, ustadz/ustadzah, dan seluruh staf yang berada di pesantren. Poskestren memiliki peran yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan, pengobatan, dan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan yang dapat dilakukan misalnya melalui kegiatan penyuluhan kesehatan khususnya mengenai penyuluhan pencegahan penularan skabies di lingkungan pondok pesantren. Poskestren dalam mewujudkan upaya pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan

pesantren memiliki tujuan untuk mewujudkan pesantren yang sehat dan peduli terkait permasalahan kesehatan. Adapun tujuan khusus dari poskestren yaitu untuk meningkatkan pengetahuan santri, santriwati maupun pengurus pesantren tentang kesehatan, meningkatkan sikap PHBS di lingkungan pondok pesantren, meningkatkan peran pesantren dalam upaya kesehatan, terpenuhi pelayanan kesehatan di lingkungan pesantren, dan untuk mewujudkan sifat mawas diri untuk mengetahui faktor determinan maupun resiko masalah kesehatan.

2.4 Pengobatan

Pengobatan skabies bisa dilakukan baik secara oral maupun topikal. Beberapa obat yang biasa digunakan untuk mengobati skabies yaitu (Dewi, 2017) :

Tabel 2.1 Pilihan Terapi Skabies

Terapi	Dosis & KI	Regimen terapi	Mekanisme Kerja	Kelebihan	Kekurangan	Keterangan
Permetrin	Krim 5%	8-12 jam	Mengganggu polarisasi dinding sel saraf dengan berikatan ion Na dan menyebabkan paralisis parasite	Aman, efektif, dan bisa ditoleransi dengan baik	Gatal dan menyengat saat penggunaan	Penggunaan kedua biasanya dilakukan seminggu setelah penggunaan pertama
Ivermektin	Pil (200 µg/kg) KI: anak >15Kg, Wanita hamil & menyusui	Diulangi pada hari ke-14	Berikatan secara selektif dengan reseptor neurotransmitter sehingga terjadi kematian parasite (Omura, 2011)	Kepatuhan pasien tinggi	Harga mahal	Penggunaanya tidak disetujui di banyak negara
Endapan Sulfur	2-10%	Setiap 24 jam selama 2 haru	Keratolitik. Sulfur berinteraksi dengan sistein pada keratinosit dan akan diubah menjadi asam pentathionat untuk menghilangkan	Aman untuk bayi, ibu hamil, menyusui	Iritasi kulit	

			parasite stratum korneum			
Crotamiton	Salep 10%	Dibilas setelah 24 jam	Agen akarisida pada sistem motorik tungau untuk menghentikan pergerakan tungau	Aman di bayi, ditoleransi baik	Efikasi dipertanyakan	Digunakan pada skabies nodular pada anak
Lindane	Krim/Lotion 1%	Dibilas setelah 6 jam	Mengganggu fungsi neurotransmitter GABA dengan berinteraksi pada saluran reseptor Cl yang menyebabkan terjadinya hipersekresi	Murah dan efektif	Kram, pusing, kejang pada anak	Penarikan di Eropa (Neurotoksik)

2.4 Pondok Pesantren Nurul Hakim

Nurul Hakim merupakan salah satu pondok pesantren di Kediri Lombok Barat yang didirikan pada tahun 1948 M oleh al-Mukarram TGH. Abdul Karim. Pada masa awal berdiri pondok pesantren kegiatan belajar dan mengajar dilakukan di Mushola dan seiring berkembangnya waktu mulai dibangun ruang pendidikan dan berbagai jenjang pendidikan. Setelah wafatnya TGH. Abdul Karim kepemimpinan di pondok pesantren Nurul Hakim dilanjutkan oleh anaknya TGH. Shafwan Hakim dan selanjutnya saat ini kepemimpinan dilanjutkan oleh TGH. Muharrar Mahfudz.

Nurul Hakim merupakan salah satu Pondok pesantren yang besar dan kini telah memasuki usia ke-75 tahun (1948-2023). Secara sejarah berdirinya pondok pesantren Nurul Hakim hadir karena itikad TGH. Abdul Karim dalam upayanya untuk menyiarkan islam yang awalnya hanya berupa *halaqah* kecil dengan keterbatasan sarana prasarana, dukungan, dan finansial dalam tahap perkembangannya. Pada era beliau Kediri dikenal dengan nama “Kota Santri”. Seiring semakin tingginya minat orang tua dan masyarakat untuk memasukkan anaknya ke Pondok Pesantren Nurul Hakim maka ruang belajar mulai

dibangun. Nurul Hakim hingga saat ini terus mengalami perkembangan baik dari segi bangunan maupun lembaga pendidikan.

Visi dan misi Pondok Pesantren Nurul Hakim yaitu menciptakan anak didik yang bertauhid dan memiliki akhlakul karimah untuk menjadi generasi yang imani, amali, dan rabbani yang membangun peradaban islam pada semua sektor kehidupan serta menyebarkan, menyuburkan dan menumbuhkan syariat, pemikiran dan tradisi intelektual islam yang kaffah. Pergerakan dan perjuangan pantang menyerah dalam mendidik anak bangsa menjadikan keberadaan berbagai macam lembaga formal dan non-formal yang terdapat di Pondok Pesantren Nurul Hakim. Adapun lembaga pendidikan formal yang terdapat di Nurul Hakim yaitu Raudhatul Athfal, Madrasah Ibtidaiyah (MI), Madrasah Tsanawiyah (MTS) Putra dan Putri, Madrasah Aliyah (MA) Putra dan Putri, SMK Plus Nurul Hakim, Ma'had Aly Darul Hikmah, Sekolah Tinggi Agama Islam Nurul Hakim, Bagian al-Ulum al-Islamiyah dan bahasa arab. Program Pendidikan Khusus KMMI. Pendidikan non-formal yaitu Balai Latihan Kerja Santri dan Masyarakat (BLKSM), Radio Dakwah dan Pembangunan Swara Nurul Hakim, Koperasi Pondok Pesantren, Klinik Kesehatan Ibnu Sina, Panti Asuhan Ashabul Hikam, Majelis Taklim, Lembaga Pengembangan Masyarakat (LPM), dan Kelompok Bimbingan Ibadah Haji (KBIH) (Fadli, 2014).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri terdapat beberapa penyakit yang paling banyak diderita santri yaitu demam, maag, amandel, nyeri haid, sakit mata, sakit gigi, sakit tenggorokan, dan skabies. Berdasarkan data yang didapatkan pada awal tahun 2022 bersamaan dengan awal munculnya skabies di Nurul Hakim selama 2 bulan selain skabies penyakit lain yang sering dialami santri yaitu terdapat 141 santri mengalami demam, 76 terinfeksi skabies, 19 santri mengalami maag, 16 santri mengalami amandel, 34 santri mengalami sakit gigi, 14 santri mengalami sakit mata, 4 santri mengalami cacar, dan 7 santri mengalami nyeri haid. Jadi, berdasarkan data hasil studi pendahuluan skabies merupakan penyakit terbanyak kedua yang sering diderita santri dan kejadian skabies baru

terdeteksi setelah terdapat 8 santriwati yang terinfeksi dan terus meningkat hingga menjadi 76 santri.

2.5 Kuesioner

2.5.1 Kuesioner

Kuesioner merupakan serangkaian pertanyaan yang dirancang sedemikian rupa dan ditulis di atas kertas maupun digital yang selanjutnya akan diberikan kepada untuk dijawab sehingga dapat membantu peneliti dalam mengumpulkan data. Kuesioner merupakan metode pengumpulan data yang tepat apabila jumlahnya besar dan tersebar ke beberapa tempat atau wilayah. Berdasarkan bentuk dan tipe pertanyaan kuesioner dibedakan menjadi dua yaitu:

1. Pertanyaan terbuka dimana secara leluasa memberikan jawaban atau uraian terkait dengan pertanyaan yang diberikan tanpa dibatasi alternatif jawaban dari kuesioner yang diberikan. Kelebihan dari kuesioner terbuka yaitu jawaban yang didapatkan lebih detail dan mendalam. Adapun kekurangannya yaitu kurang terstruktur, sulit mengkode jawaban dan memerlukan statistik yang rumit dalam menganalisis jawaban, memerlukan waktu yang lebih lama, dan bisa jadi mengalami kesulitan dalam menguraikan tanggapannya dibandingkan langsung memilih jawaban dari kuesioner.
2. Pertanyaan tertutup dimana tinggal memilih berdasarkan alternatif jawaban yang tersedia atau memberikan jawaban singkat terkait pertanyaan yang diajukan. Kelebihan kuesioner tertutup yaitu struktur pertanyaannya baku, jawaban mudah diberikan kode dan dianalisis, dan waktu yang dibutuhkan untuk pengambilan data lebih singkat. Adapun kekurangan kuesioner tertutup yaitu jawaban yang didapat bersifat superfisial dan kurang mendalam (Susani, 2019)

2.5.2 Uji Validitas

Terdapat 3 jenis uji validitas yang biasa digunakan yaitu: (Duarsa, 2021)

1. Validitas isi yaitu berkaitan dengan apakah setiap pertanyaan kuesioner yang dibuat sudah mencakup semua materi atau variabel yang akan diukur.
2. Uji validitas muka dilakukan untuk menilai pemahaman bahasa yang digunakan, tampilan, dan tata letak kuesioner. Kuesioner dinyatakan valid hingga bahasa kuesioner, tata letak, dan alur kuesioner bisa dipahami . (Pratama, 2021).
3. Validitas konstruk yaitu apakah alat ukur yang digunakan sudah sesuai atau berdasarkan kerangka teori yang tepat dan relevan.

2.6.3 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa uji yaitu: (Yusup, 2018).

1. *Test-Retest* yaitu dilakukan dengan mencoba satu jenis instrumen beberapa kali pada yang sama. Instrumen reliabel apabila koefisien korelasi positif dan signifikan. Hasil korelasi uji pertama dan selanjutnya diuji dengan korelasi *Product Moment* dan dilakukan pengujian signifikansi dengan menggunakan r tabel atau uji t.
2. *Equivalent* dilakukan dengan mencoba instrumen yang berbeda tetapi sebanding atau ekuivalen. Percobaan hanya dilakukan satu kali pada yang sama. Reliabilitas diukur dari hasil percobaan instrumen satu dengan yang lainnya. Hasil korelasi uji pertama dan selanjutnya diuji dengan korelasi *Product Moment* dan dilakukan pengujian signifikansi dengan menggunakan r tabel atau uji t.
3. *Internal Consistency* yaitu melakukan sekali percobaan pada subjek penelitian. Pengujian dapat dilakukan dengan menggunakan KR 20, KR 21, Spearman brown, dan *alpha crobatch*.
 - a. Spearman Brown (*Split Half*) biasanya dilakukan pada instrumen yang memiliki satu jawaban benar seperti pilihan ganda, mencocokkan, atau memilih satu jawaban benar. Percobaan

pengujian ini dilakukan sekali saja pada pada kemudian jawaban dibagi dua berdasarkan nomor soal ganjil dan genap, kemudian hasil korelasi dihitung dengan menggunakan rumus Spearman Brown

- b. KR 20 dan KR 21 biasanya digunakan pada instrumen yang hanya memiliki satu jawaban benar. Apabila setiap pertanyaan tidak dapat dipastikan tingkat kesulitan yang sama., maka instrumen dianalisis dengan KR 20. Jika instrumen bisa dipastikan memiliki tingkat kesulitan yang sama untuk setiap pertanyaan, maka untuk uji reliabilitasnya digunakan rumus KR 21.
- c. *Cronbach Alpha* dilakukan untuk instrumen yang memiliki jawaban benar lebih dari satu misalnya pada kuesioner, esai, dan angket.

$$r = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma b^2}{\sigma t^2} \right] \dots\dots\dots (III.1)$$

Keterangan :

r = Reliabilitas instrumen

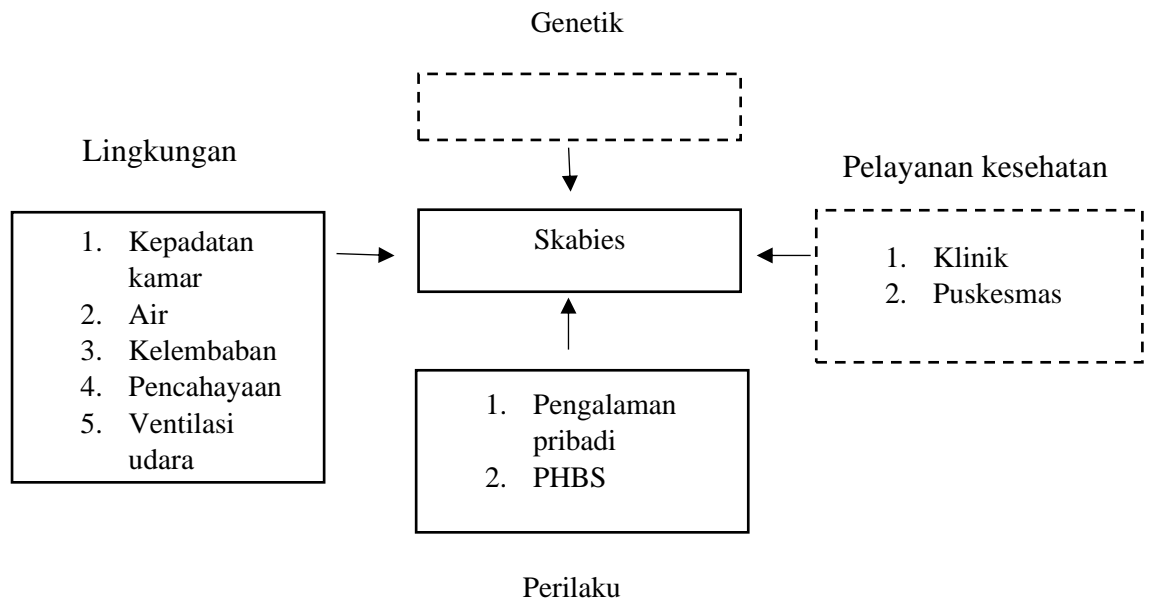
k = Banyak butir pertanyaan

$\sum \sigma b^2$ = Total varian butir instrumen

σt^2 = Total varian

Dikatakan reliabel apabila didapatkan nilai *cronbach's alpha* minimal 0,7 (Sa'adah, 2021), dikatakan tidak reliabel apabila didapatkan nilai sebaliknya dan nilai *cronbach's alpha* tidak boleh lebih dari 0,90 (Strainer, 2003). Jika nilai *cronbach's alpha* kurang dari 0,6 disarankan untuk menghilangkan item yang memiliki nilai korelasi rendah, dan jika lebih dari 0,9 disarankan untuk mengurangi jumlah soal dengan kriteria soal yang sama meskipun bentuk kalimatnya sama (Tavakol, 2011).

2.6 Kerangka Teori



Keterangan :

: Variabel yang tidak diteliti

: Variabel yang diteliti

Gambar 2.1 Skema Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Rencana Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dan kualitatif secara observasional dengan pendekatan *cross-section*. Analisis data kuantitatif bertujuan untuk melihat gambaran faktor determinan skabies dan analisis kualitatif dilakukan di klinik Nurul Hakim sebagai data pendukung untuk melihat terapi farmakologi skabies pada santriwati program umum jenjang MA di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri, Lombok Barat periode Oktober-November Tahun 2023.

3.2 Waktu dan Tempat

3.2.1 Waktu

Penelitian dilakukan pada bulan Oktober - November 2023

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri, Kabupaten Lombok Barat, Nusa Tenggara Barat.

3.3 Populasi dan Sampel penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah semua santriwati jenjang MA di Pondok Pesantren Nurul Hakim.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini adalah santriwati jenjang MA di Pondok Pesantren Nurul Hakim yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- a. Santriwati umum jenjang MA di Pondok Pesantren Nurul Hakim
- b. Tinggal menetap di Pondok Pesantren

- c. Berusia ≥ 17 tahun
- d. Bersedia menjadi

2. Kriteria Eksklusi

Santriwati yang mengisi kuesioner tidak lengkap

3. Teknik Sampling

Pada penelitian ini pengambilan jumlah sampling dilakukan dengan *accidental sampling* sesuai dengan kriteria penelitian. Accidental sampling merupakan teknik pengambilan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang santriwati yang bertemu dengan peneliti bisa digunakan menjadi sampel jika memenuhi kriteria penelitian (Sugiono, 2016)

4. Besar Sampel

Sampel yang digunakan pada penelitian ini sebanyak 40 santriwati sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

3.4 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat ukur	Skala	Kategori
Gejala Klinis	Penyakit kulit yang disebabkan oleh infeksi <i>Sarcoptes scabiei varietas hominis</i> dan menimbulkan rasa gatal pada malam hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bintik kemerahan 2. Terdapat lesi 3. Gatal pada malam hari 4. Menyerang area lipatan 	Kuesioner	Ordinal	<p>Skor: Positif - Ya : 1 - Tidak : 0 Negatif - Tidak : 1 - Ya : 0</p> <p>Kriteria: - Positif : Skor \geq T mean - Negatif: Skor $<$ T mean</p>
Lingkungan	Status kebersihan dan kesehatan lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepadatan kamar 2. Air 3. Kelembaban 4. Pencahayaan 5. Ventilasi udara 	Kuesioner	Ordinal	<p>Skor: Positif - Ya : 1 - Tidak : 0 Negatif - Tidak : 1 - Ya : 0</p> <p>Kriteria: - Positif : Skor \geq T mean</p>

Perilaku	Tindakan atau respon seseorang terhadap sesuatu dan dijadikan sebagai sebuah kebiasaan karena nilai atau sesuatu yang diyakini	1. Pengalaman pribadi 2. PHBS	Kuesioner	Ordinal	- Negatif: Skor < T mean <hr/> Skor: Sangat Setuju (SS) : skor 4 Setuju (S) : skor 3 Kurang Setuju (KS) : skor 2 Tidak Setuju (TS) : skor 1 Negatif Sangat Setuju (SS) : skor 1 Setuju (S) : skor 2 Kurang Setuju (KS) : skor 3 Tidak Setuju (TS) : skor 4 Kriteria: - Positif : Skor \geq T mean - Negatif: Skor \leq T mean
----------	--	----------------------------------	-----------	---------	---

3.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar kuesioner. Kuesioner yang diberikan terdiri dari beberapa pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik sehingga dalam pengisian kuesioner (angket) tinggal menjawab pertanyaan atau memberikan tanda tertentu sesuai dengan kuesioner ataupun pertanyaan yang diberikan. Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner tertutup yang sudah disediakan jawaban sehingga tinggal memilih dan mengisi sendiri. Isi data kuesioner tersebut meliputi data umum dan khusus. Data umum meliputi nama, umur, dan kelas, sedangkan data khusus seperti lingkungan yang meliputi kepadatan kamar, air, kelembaban, pencahayaan, dan ventilasi udara, dan perilaku yang meliputi PHBS dan pengalaman pribadi.

3.6 Prosedur Penelitian

1. Persiapan

Penelitian dilakukan setelah peneliti mendapatkan surat rekomendasi izin penelitian dari Program Studi Farmasi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram. Selain itu peneliti juga melakukan uji etik untuk mengetahui kelayakan uji penelitian. Pada tahap persiapan peneliti meminta izin kepada pihak pondok pesantren untuk

melakukan penelitian dengan membawa surat rekomendasi izin penelitian dari Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram. Kemudian mengunjungi pengurus pondok pesantren untuk melihat data nama santriwati yang diperlukan untuk keperluan penelitian. Pada tahap *informed consent* peneliti menjelaskan mengenai masalah, tujuan, dan manfaat penelitian dengan media lembar penjelasan dan *informed consent*. Kemudian peneliti menentukan sampel yang akan digunakan berdasarkan data yang sebelumnya diperoleh dari pihak pondok pesantren berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi.

2. Pengambilan Data

Pengambilan data dilakukan dengan mengumpulkan santriwati di Mushola. Peneliti kemudian membagikan lembaran kuesioner dengan didampingi pengasuh dan menjelaskan mengenai tata cara pengisian kuesioner. Selama proses pengisian kuesioner, diperkenankan untuk bertanya jika terdapat pertanyaan yang belum dipahami atau kurang jelas. Setelah selesai mengisi kuesioner, peneliti mengumpulkan kuesioner dan mengecek kelengkapan jawaban dan jumlah kuesioner.

3. Pengolahan dan Analisis Data

a. Uji Validitas

Uji validitas dilakukan untuk mengukur valid atau tidaknya suatu kuesioner atau untuk menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur bisa mengukur apa yang diukur (Singarimbun, 2010).

$$r_{xy} = \frac{(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

Keterangan

x = Skor item

y = Skor total

xy = Skor pertanyaan

n = Jumlah untuk uji coba

r = Korelasi *product moment*

Kuesioner dinyatakan valid apabila diperoleh persetujuan antara pakar secara kuantitatif dengan nilai $CVR > 0.99$ (Yusrizal, 2022)..

b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas digunakan untuk melihat sejauh mana alat ukur yang digunakan bisa dipercaya atau sejauh mana konsistensi alat ukur dalam mengukur gejala yang sama jika dilakukan berulang dengan gejala dan alat ukur yang sama. Pada pengujian dengan menggunakan SPSS, metode ini dilakukan dengan menggunakan metode *Cronbach Alpha*, dimana kuesioner yang digunakan dinyatakan reliabel apabila nilai *Cronbach Alpha* minimal 0,7 (Sa'adah, 2021).

$$r = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma b^2}{\sigma t^2} \right]$$

Keterangan :

r = Reliabilitas instrumen

k = Banyak butir pertanyaan

$\sum \sigma b^2$ = Total varian butir instrumen

σt^2 = Total varian

c. Analisis Data

Menurut Hidayat (2010) setelah data terkumpul dilakukan pengolahan data dengan cara sebagai berikut :

1. *Editing*

Editing dilakukan untuk memeriksa kembali kebenaran data yang telah diperoleh. *Editing* bisa dilakukan sebelum atau setelah pengumpulan data dilakukan.

2. *Coding*

Coding yaitu memberi kode numerik terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori, *coding* penting dilakukan terutama pada pengolahan data dengan menggunakan komputer.

Pada penelitian ini, pengukuran kondisi gejala klinis, lingkungan, dan perilaku dapat dilihat berdasarkan nilai rata-rata (*mean*) yang didapatkan dari hasil penelitian dengan menggunakan skala *likert*.

a) Gejala Klinis

Untuk mengukur gejala klinis menggunakan skala *likert* yaitu :

Pernyataan positif

Ya : skor 1

Tidak : skor 0

Pernyataan negatif

Ya : skor 0

Tidak : skor 1

Untuk mengetahui gejala klinis dengan menggunakan skor digunakan rumus :

$$\text{Rumus skor } T = 50 + 10 (x_i - \bar{x}) / SD$$

Keterangan :

x_i : Skor

\bar{x} : Nilai rata-rata kelompok

SD : Standar deviasi

Kategori penilaian :

Positif : Skor \geq mean

Negatif : Skor $<$ mean

b) Lingkungan

Untuk mengukur lingkungan menggunakan skala *likert* yaitu :

Pernyataan positif

Ya : skor 1

Tidak : skor 0

Pernyataan negatif

Ya : skor 0

Tidak : skor 1

Untuk mengetahui kondisi lingkungan dengan menggunakan skor digunakan rumus :

$$\text{Rumus skor } T = 50 + 10 (x_i - \bar{x}) / SD$$

Keterangan :

X_i : Skor

\bar{x} : Nilai rata-rata kelompok

SD : Standar deviasi

Kategori penilaian :

Positif : Skor \geq mean

Negatif : Skor $<$ mean

c) Perilaku

Untuk mengukur perilaku menggunakan skala *likert* yaitu :

Pernyataan positif

Sangat Setuju (SS) : skor 4

Setuju (S) : skor 3

Kurang Setuju (KS) : skor 2

Tidak Setuju (TS) : skor 1

Pernyataan negatif

Sangat Setuju (SS) : skor 1

Setuju (S) : skor 2

Kurang Setuju (KS) : skor 3

Tidak Setuju (TS) : skor 4

Untuk mengetahui perilaku dengan menggunakan skor digunakan

rumus :

$$\text{Rumus skor } T = 50 + 10 (x_i - \bar{x}) / SD$$

Keterangan :

x_i : Skor

\bar{x} : Nilai rata-rata kelompok

SD : Standar deviasi

Kategori penilaian :

Positif : Skor \geq mean

Negatif : Skor $<$ mean

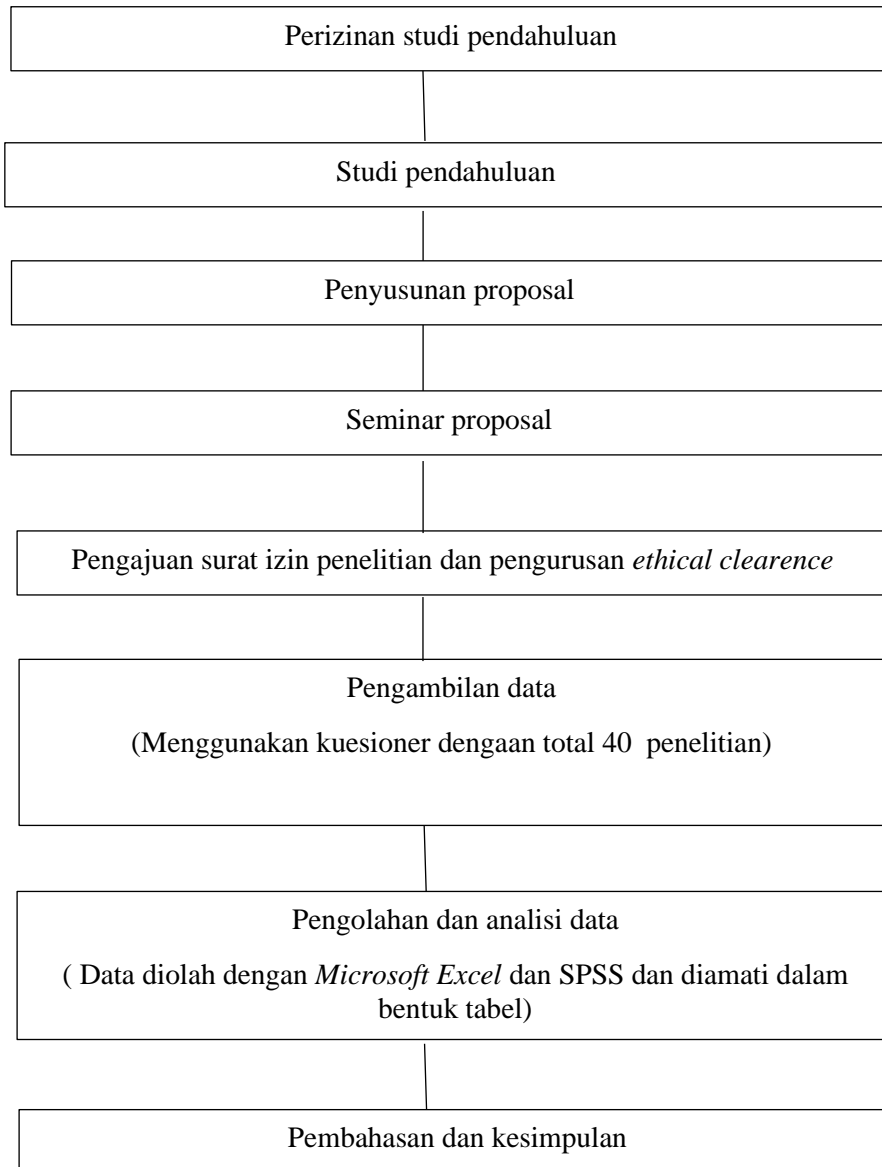
3. *Scoring*

Scoring bertujuan untuk memberikan penilaian terhadap jawaban yang telah diberikan untuk mengukur hasil penelitian yang didapatkan.

4. *Tabulating*

Tabulating merupakan pembuatan tabel-tabel data sesuai dengan tujuan penelitian yang diinginkan (Notoatmodjo, 2012). *Tabulating* biasanya dilakukan dengan mengelompokkan data berdasarkan kategori tertentu.

3.7 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian dimulai dengan penyusunan proposal penelitian dan dilanjutkan dengan pengajuan etik penelitian ke Ketua Komisi Etik Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram dengan nomor etik No: 484/UN18.F8/ETIK/2023 setelah seminar proposal dilakukan. Selanjutnya dilakukan penyusunan instrumen penelitian dan dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Penelitian ini diuraikan secara deskriptif sesuai tujuan umum dan khusus penelitian. Penelitian dilakukan pada bulan Oktober – November 2023 dengan jumlah sebanyak 40 santriwati. Data umum berisi karakteristik berdasarkan usia dan kelas dan data khusus berisi gejala klinis, faktor lingkungan, dan faktor perilaku santriwati.

4.1 Uji Validitas Isi

Uji validitas isi dilakukan dari 25 Juli – 4 Oktober 2023. Uji validitas isi dilakukan untuk menilai kesesuaian antara setiap butir pertanyaan dengan aspek yang akan diukur (Ristiani, 2020). Uji validitas isi ini melibatkan 5 pakar yang terdiri dari 3 dokter dan 2 apoteker.

Tabel 4.1 Hasil uji validitas isi

Tahapan	Hasil
Tahap 1	<ul style="list-style-type: none">a. 1 butir pertanyaan tidak valid terkait gejala klinis skabiesb. 1 butir pertanyaan tidak valid terkait faktor perilakuc. 1 butir pertanyaan dihapus karena memiliki makna sama dengan pertanyaan sebelumnyad. 1 butir pertanyaan ditambahkan keterangan standar pengukurane. 1 butir pertanyaan diubah kalimatnya agar mudah dimengerti

	f. Persetujuan dari beberapa pakar bahwa kuesioner dinyatakan valid dan layak digunakan
Tahap 2	Persetujuan dari seluruh pakar bahwa kuesioner dinyatakan valid dan layak digunakan

Tabel 4.1 menunjukkan hasil validitas isi yang telah dilakukan dengan 5 pakar. Pada tahap pertama terdapat satu pertanyaan tidak valid pada gejala klinis karena pertanyaan yang diajukan mengenai obat apa yang pernah digunakan sehingga dikeluarkan dari kuesioner. Selain itu, terdapat juga satu pertanyaan yang tidak valid pada faktor perilaku karena pertanyaan yang diajukan lebih menggambarkan sikap sehingga dikeluarkan dari kuesioner. Pada tahap kedua, 26 butir pertanyaan bernilai 1 dari kelima pakar yang memvalidasi isi kuesioner penelitian. Kuesioner dinyatakan valid apabila diperoleh persetujuan antara pakar secara kuantitatif dengan nilai $CVR > 0.99$ (Yusrizal, 2022). Berdasarkan hasil uji didapatkan nilai $CVR = 1$ ($1 > 0.999$) sehingga pertanyaan pada kuesioner dinyatakan valid dan dapat digunakan.

4.2 Uji Validitas Muka

Uji validitas muka dilakukan secara luring di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri untuk menilai pemahaman bahasa yang digunakan, tampilan, dan tata letak kuesioner. Uji ini menggunakan 30 santriwati program umum jenjang MA di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri. Kuesioner dinyatakan valid hingga bahasa kuesioner, tata letak, dan alur kuesioner bisa dipahami . (Pratama, 2021). Uji dilakukan secara luring di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri. Hasil uji tersebut adalah tidak terdapat perbaikan bahasa, tata letak/urutan, dan alur pertanyaan dalam kuesioner dari .

4.3 Uji Konstruk

Uji konstruk dilakukan menggunakan uji korelasi *product moment*. Uji validitas dilakukan untuk mengukur valid atau tidaknya suatu kuesioner atau untuk menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur bisa mengukur apa yang diukur (Singarimbun, 2010). Uji dilakukan dengan menggunakan 30 , kemudian

hasil yang didapat dianalisis dan dibandingkan dengan r tabel. Pertanyaan dikatakan valid jika $r_{hitung} > r_{tabel}$. Hasil yang didapat menunjukkan bahwa $r_{hitung} = 0,306-0,938$ lebih besar dari $r_{tabel} = 0,3061$ (**Lampiran 7**).

4.4 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan untuk untuk melihat sejauh mana alat ukur yang digunakan bisa dipercaya atau sejauh mana konsistensi alat ukur dalam mengukur gejala yang sama jika dilakukan berulang dengan gejala dan alat ukur yang sama. Pada pengujian dengan menggunakan SPSS, metode ini dilakukan dengan menggunakan metode *Cronbach Alpha*, dimana kuesioner yang digunakan dinyatakan reliabel apabila nilai *Cronbach Alpha* minimal 0,7 (Sa'adah, 2021).

Tabel 4.2 Hasil uji reliabilitas instrumen

Aspek	Cronbach's Alpha	Keterangan
Gejala Klinis	0.843	Reliabel
Faktor Lingkungan	0.739	Reliabel
Faktor Perilaku	0.730	Reliabel

4.5 Karakteristik

Hasil penelitian yang telah lakukan, santriwati yang digunakan pada penelitian ini sebanyak 40 santriwati yang termasuk memenuhi kriteria inklusi. Karakteristik pada penelitian ini berdasarkan usia dan kelas . Gambaran karakteristik dapat dilihat dari data distribusi frekuensi pada **Tabel 4.3**.

Tabel 4.3 Karakteristik

Variabel		Frekuensi (n)	Persentase (%)
Usia	17 tahun	21	52.5
	18 tahun	16	40
	19 tahun	3	7
Kelas	11 SMA	4	10

12 SMA	36	90
--------	----	----

Berdasarkan **Tabel 4.3** yang digunakan merupakan santriwati kelas 11 dan 12 SMA dengan rentang usia 17-19 tahun. Pada rentang usia tersebut remaja sudah termasuk dalam kategori remaja tahap akhir, sehingga tidak lagi menerima informasi yang didapat secara langsung akan tetapi sudah mulai memproses dan mengadaptasi sesuai pemikirannya sendiri (Dewi, 2021). Sehingga diharapkan pada rentang usia tersebut bisa mendeskripsikan apa yang dirasa secara benar ke dalam kuesioner. Selain itu, data pada tabel menunjukkan mayoritas berusia 17 tahun dan kelas 12 SMA karena penelitian dilakukan pada tahap semester awal dan termasuk tahap awal peralihan dari kelas 10 ke kelas 11 dan kelas 11 ke kelas 12 sehingga hanya terdapat sedikit yang sudah berusia ≥ 17 .

4.6 Karakteristik Berdasarkan Gejala Klinis

Tabel 4.4 Karakteristik berdasarkan gejala klinis

Gejala Klinis	Frekuensi	Persen %
Positif (> 2 gejala)	25	62,5%
Negatif (≤ 2 gejala)	15	37,5%
Kuantitas	40	100%

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa dari 40 penelitian terdapat 25 (62,5%) menunjukkan kategori diduga menderita skabies dan 15 (37,5%) negatif atau diduga tidak menderita skabies. Adapun gejala yang dialami berupa adanya lesi atau bintik- bintik kecil kemerahan, gatal pada malam hari, dan terdapat teman atau anggota keluarga yang memiliki sakit yang sama dengan penderita.

Berdasarkan hasil diskusi dengan pengurus pondok dan santriwati faktor yang mungkin menyebabkan tingginya kejadian skabies di pondok pesantren yaitu terkait persepsi santriwati tentang penyakit skabies, perilaku kebersihan

dan pengetahuan yang rendah mengenai skabies, kepedulian terhadap kesehatan, dan santriwati diwajibkan untuk tinggal di pondok pesantren yang padat penghuni sehingga resiko kontak dan penularan skabies tinggi. Di lingkungan pesantren skabies dianggap sebagai penyakit biasa karena merupakan tempat sederhana, tempat santriwati dilatih untuk sabar dan hidup mandiri. Di pesantren segala sesuatu bersifat terbatas sehingga skabies dianggap sebagai penyakit biasa dan sebagai ujian dari Allah untuk melatih kesabaran (Sungkar, 2016). Selain itu, masa inkubasi skabies lama (3-6 minggu) sehingga santriwati tidak menyadari jika terpapar skabies hingga muncul lesi dan secara pasti didiagnosis skabies (Mutiara, 2016)

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa lesi atau rasa gatal pada santriwati banyak terdapat pada jari tangan, daerah sekitar kemaluan, dan lipatan ketiak, dan kulit sekitar payudara. Hal ini disebabkan karena pada daerah tersebut memiliki lapisan kulit yang tipis dan lembab sehingga menjadi tempat yang cocok untuk perkembangbiakan skabies (Wardhana, 2016). Hal ini sejalan dengan Sungkar yang menyatakan bahwa skabies biasanya memilih lokasi epidermis yang tipis untuk menggali terowongan misalnya di sela-sela jari tangan, *areola mammae*, penis, lipatan payudara, pinggang, paha, serta lipatan *aksila anterior* dan *posterior* (Sungkar, 2016).

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan di klinik dengan dua informan yaitu perawat dan penanggung jawab klinik, obat skabisida yang tersedia di klinik pondok pesantren yaitu salep 2-4 dengan kandungan sulfur praecipitatum dan asam salisilat. Akan tetapi, jumlahnya terbatas dan lebih sering menggunakan obat-obat yang bersifat simtomatik seperti golongan antihistamin (cetirizine, loratadine, chloratamin maleat), golongan steroid (dexamethasone) sehingga hanya mengurangi keluhan dan bersifat sementara karena penyebab mendasar terjadinya skabies tidak tertangani. Adapun obat-obat skabisida yang seharusnya tersedia di klinik untuk menangani skabies yaitu krim permetrin 5%, sulfur presipitatum 5%, emulsi benzil benzoat 25%, lindane 1%, dan ivermektin (oral) (Kurniawan, 2020). Kurangnya ketersediaan obat

skabisida jenis lain disebabkan karena harga obat relatif mahal dan jumlah santri yang terkena skabies tinggi sehingga tidak memungkinkan untuk menyediakan obat jenis lain.

4.7 Gambaran Faktor Lingkungan dengan Kejadian Skabies

Tabel 4.5 Karakteristik responden berdasarkan faktor lingkungan

Faktor Lingkungan	Frekuensi	Persen %
Sehat	21	52,5%
Tidak sehat	19	47,5%
Kuantitas	40	100 %

Teori H.L. Blum menyatakan bahwa faktor lingkungan merupakan salah satu faktor determinan utama yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Faktor lingkungan mempengaruhi derajat kesehatan yaitu terkait dengan lingkungan fisik yang dipengaruhi oleh kualitas sanitasi lingkungan tempat tinggal. Notoatmodjo menyatakan bahwa status kesehatan pada lingkungan meliputi penyediaan air bersih, rumah, tempat pembuangan, dan lainnya. Sanitasi lingkungan yang kurang baik akan menjadi faktor pemicu muncul dan berkembangnya tungau penyebab skabies (Notoatmodjo, 2012).

Berdasarkan **Tabel 4.5** menunjukkan bahwa dengan sanitasi lingkungan yang sehat cukup tinggi yaitu 21 (52,5%) . Hal ini dikarenakan yang digunakan dalam penelitian ini yaitu santriwati, dimana biasanya santriwati lebih sadar dan peduli tentang kebersihan dan kecantikan sehingga lebih merawat diri dan lebih termotivasi untuk membiasakan perilaku hidup bersih dan sehat (Sungkar, 2016).

Penelitian Anggraini et al (2019) melaporkan bahwa prevalensi kejadian skabies pada anak laki-laki di Desa Songan jauh lebih tinggi (69%) dibandingkan pada anak perempuan (31%). Selain itu, mayoritas berusia ≥ 17 tahun dan kelas 12 SMA sehingga secara umum semakin dewasa dan semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin sadar dan peduli tentang kesehatan

dan lingkungan sekitar. Notoatmodjo menyatakan bahwa pendidikan merupakan proses untuk belajar dimana terjadi proses tumbuh, berkembang, dan bergerak menjadi individu yang lebih baik dan dewasa baik di lingkungan keluarga maupun komunitas (Notoatmodjo, 2014).

Pada penelitian ini, terdapat beberapa faktor lingkungan yang mempengaruhi kejadian skabies sehingga dilakukan analisis bivariat untuk melihat hubungan antara faktor penyebab dengan kejadian skabies seperti hubungan kepadatan kamar dengan kejadian skabies, hubungan air dengan kejadian skabies, hubungan kelembaban dengan kejadian skabies, hubungan pencahayaan dengan kejadian skabies, hubungan ventilasi udara dengan kejadian skabies. Hubungan faktor penyebab dan kejadian skabies dilakukan dengan uji *Chi-Square* dengan nilai *p-value* $< \alpha = 0.05$. Jika, *p-value* < 0.05 maka disimpulkan terdapat hubungan antara faktor penyebab dengan kejadian skabies.

Tabel 4.6 Hasil analisis hubungan faktor lingkungan dengan kejadian skabies di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri

Variabel	Kejadian Skabies		<i>p-value</i>
	Positif n (%)	Negatif n (%)	
Faktor Kepadatan Kamar			
Sehat	5 (38,5%)	8 (61,5%)	0,029
Tidak sehat	20 (74,1%)	7 (25,9%)	
Total	25 (62,5%)	15 (37,5%)	
Faktor Air			
Sehat	18 (54,5%)	15(45,5%)	0,024
Tidak sehat	7 (100%)	0 (0%)	
Total	25 (62,5%)	15 (37,5%)	
Faktor Ventilasi Udara			
Baik	7 (41,2%)	10 (58,8%)	0,017
Kurang baik	18 (78,3%)	5 (21,7%)	
Total	25 (62,5%)	15 (37,5%)	

Faktor Kelembaban			
Tidak Lembab	8 (88,9%)	1 (11,1%)	
Lembab	17 (54,8%)	14 (45,2%)	0,063
Total	25 (62,5%)	15 (37,5%)	
Faktor Pencahayaan			
Sehat	18 (58,5)	13 (41,9)	
Tidak Sehat	7 (77,8)	2 (22,2)	0,282
Total	25 (62,5%)	15 (37,5%)	

Berdasarkan hasil pengujian kepadatan kamar pada **Tabel 4.6** didapatkan nilai signifikan $p\text{-value} = 0,029 < \alpha = 0.05$, sehingga disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara faktor kepadatan kamar terhadap kejadian skabies. Kepadatan kamar hunian yang terlalu padat dan tidak memenuhi syarat akan berdampak buruk terhadap penyebaran tungau penyebab skabies atau bakteri penyakit menular (Mendila, 2022).

Berdasarkan Kemenkes RI (2017) standar luas kamar hunian adalah 8m^2 untuk dua orang. Di pesantren santriwati biasanya berasal dari berbagai kalangan dengan status sosial dan kondisi ekonomi yang berbeda. Santriwati yang berasal dari status ekonomi rendah biasanya tidak mampu membayar biaya pendidikan dan biaya hidup layak yang menyebabkan ketersediaan fasilitas pesantren terbatas. Di pondok pesantren ini terdapat 30-35 santriwati tidur dalam satu ruangan yang sempit dengan kondisi kasur berjajar berhimpitan satu sama lain dan terdapat beberapa santriwati yang tidur bersama dalam satu kasur sehingga kondisi ini akan meningkatkan resiko penyebaran skabies semakin tinggi.

Tingginya kontak langsung sesama santriwati dalam satu kamar akan menyebabkan tungau mudah melekat dan berpindah dari barang atau santriwati yang satu ke yang lain. Selain itu, santriwati dalam satu kamar juga memiliki kebiasaan menumpuk selimut, kasur, dan bantal menjadi satu sehingga resiko penyebaran skabies pada satu kamar yang sama akan semakin tinggi. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Fauzi (2022) di Pondok

Pesantren Nurul Huda bahwa dari 62 santri yang tinggal pada tempat dengan hunian yang padat terdapat 89% santri terjangkit skabies. Selain itu Sungkar (2016) menyatakan bahwa skabies banyak dijumpai pada murid yang tinggal di asrama dengan jumlah hunian yang tinggi misalnya di lingkungan pondok pesantren.

Selain faktor kepadatan kamar dilakukan analisis hubungan air dengan kejadian skabies. Berdasarkan hasil pengujian yang dilakukan didapatkan nilai signifikan $p\text{-value} = 0,024 < \alpha = 0.05$, sehingga disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara faktor air terhadap kejadian skabies. Air merupakan kebutuhan penting yang dibutuhkan manusia dalam kehidupan sehari-hari untuk minum, mandi, mencuci, dan memasak (Zulhilmi, 2019). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Winandar (2021) terdapat hubungan antara sumber air bersih terhadap kejadian skabies.

Di Nurul Hakim sumber air yang digunakan merupakan air yang ditampung di bawah tanah kemudian dialirkan dengan pipa pada jam dan waktu tertentu. Air yang digunakan merupakan air bersih dan jernih dan biasanya digunakan untuk minum (air kran), berwudhu, mandi, dan mencuci. Keterkaitan faktor air dengan kejadian skabies pesantren ini disebabkan karena kurangnya kuantitas air bersih yang tersalurkan sehingga pada waktu tertentu kualitas air bersih menurun.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan sebagian kamar mandi menggunakan bak mandi panjang dan beberapa santriwati meletakkan peralatan mandi tidak teratur sehingga beresiko mencemari semua air dalam bak mandi. Air biasanya dialirkan pada jam dan waktu tertentu menyebabkan santriwati kurang maksimal dalam membersihkan diri dan mempengaruhi kebersihan pribadi yang dapat meningkatkan risiko kejadian skabies. Hal ini sejalan dengan penelitian Asyari yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara air dengan kejadian skabies (Asyari, 2023).

Selain faktor diatas dilakukan analisis hubungan faktor ventilasi udara dengan kejadian skabies. Berdasarkan hasil pengujian yang dilakukan didapatkan nilai signifikan $p\text{-value} = 0,017 < \alpha = 0.05$, sehingga disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara faktor ventilasi udara dengan kejadian skabies. Hal ini sejalan dengan penelitian Ibadurrahmi (2016) di Pondok Pesantren Qotrun Nada yang menyatakan bahwa ventilasi udara merupakan salah satu faktor yang berperan dalam menularkan skabies.

Keterkaitan tersebut disebabkan karena sebagian ventilasi udara tertutup kertas dan gantungan baju atau handuk yang menyebabkan pertukaran udara terhalang. Gangguan pertukaran udara di dalam kamar menyebabkan peningkatan suhu dan kelembaban yang berpengaruh terhadap perkembangbiakan dan waktu hidup tungau di luar hospes (Rina, 2017). Selain itu, ventilasi udara yang kurang baik juga dapat menyebabkan peningkatan jumlah konsentrasi bakteri di dalam kamar sehingga menyebabkan terjadinya infeksi sekunder. Swe et al (2014) dikutip dari Sungkar mengidentifikasi bahwa terjadinya infeksi sekunder pada penderita skabies disebabkan karena bakteri mudah masuk melalui kulit yang dirusak oleh tungau. Selain itu, aktivitas inhibitor tungau akan menghentikan atau menunda efek sistem imun alami secara lokal sehingga bakteri bisa mudah bereplikasi dan menyebabkan infeksi (Sungkar, 2016).

Selain faktor diatas, dilakukan analisis faktor kelembaban dan faktor pencahayaan dengan kejadian skabies. Berdasarkan hasil analisis didapatkan berturut-turut nilai signifikan $p\text{-value} = 0,063$ dan $0,282 > \alpha = 0.05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara faktor kelembaban dan faktor pencahayaan terhadap kejadian skabies. Hasil ini berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan Ibadurrahmi yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara faktor kelembaban dan pencahayaan dengan kejadian skabies di Pondok Pesantren Qotrun Nada (Ibadurrahmi, 2016). Perbedaan hasil penelitian ini dikarenakan adanya perbedaan arah dan letak kamar sehingga tingkat pencahayaannya berbeda. Selain itu yang didapat arah

dan letak kamar yang berbeda sehingga setiap kamar memiliki tingkat pencahayaan yang berbeda. Selain itu, disekitar lingkungan pondok masih banyak terdapat pohon besar yang menyebabkan tingkat pencahayaan dan kelembaban setiap kamar berbeda.

4.8 Gambaran Faktor Perilaku dengan Kejadian Skabies

Berdasarkan teori H.L. Blum faktor perilaku manusia merupakan faktor yang paling berpengaruh terkait kejadian skabies karena kesehatan lingkungan individu maupun kelompok dipengaruhi oleh perilaku manusia itu sendiri.

Tabel 4.7 Karakteristik berdasarkan faktor perilaku

No	Faktor Perilaku	Frekuensi	Persen %
1.	Positif	23	57.5%
2.	Negatif	17	42.5%
	Kuantitas	40	100%

Berdasarkan **Tabel 4.7** menunjukkan dari 40 penelitian terdapat dengan perilaku positif lebih banyak yaitu sekitar 23 (57.55%). Hal ini dikarenakan yang digunakan adalah santriwati berusia > 17 tahun dan dominan kelas 12 SMA, dimana santriwati biasanya lebih sadar dan peduli tentang kebersihan dan kecantikan sehingga lebih merawat diri dan lebih termotivasi untuk membiasakan perilaku hidup bersih dan sehat (Sungkar, 2016). Selain itu, secara umum semakin dewasa dan semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin sadar dan peduli tentang kesehatan dan lingkungan sekitar. Notoatmodjo menyatakan bahwa pendidikan merupakan proses untuk belajar dimana terjadi proses tumbuh, berkembang, dan bergerak menjadi individu yang lebih baik dan dewasa baik di lingkungan keluarga maupun komunitas (Notoatmodjo, 2014).

Pada penelitian ini, terdapat beberapa faktor perilaku yang mempengaruhi kejadian skabies sehingga dilakukan analisis bivariat untuk melihat hubungan antara faktor penyebab dengan kejadian skabies seperti hubungan pengalaman pribadi dengan kejadian skabies dan hubungan PHBS dengan kejadian skabies. Hubungan faktor penyebab dan kejadian skabies dilakukan dengan uji *Chi-Square* dengan nilai $p\text{-value} < \alpha = 0.05$. Jika, $p\text{-value} < 0.05$ maka disimpulkan terdapat hubungan antara faktor penyebab dengan kejadian.

Tabel 4.8 Hasil analisis hubungan faktor perilaku dengan kejadian skabies di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri

Variabel	Kejadian Skabies		<i>p-value</i>
	Positif n (%)	Negatif n (%)	
Faktor Pengalaman Pribadi			
Positif	7 (38,9%)	11 (61,1%)	0,005
Negatif	18 (74,1%)	4 (18,2%)	
Total	25 (62,5%)	15 (37,5%)	
Faktor PHBS			
Positif	5 (38,5%)	8(61,5%)	0,029
Negatif	20 (74,1%)	7 (25,8%)	
Total	25 (62,5%)	15 (37,5%)	

Berdasarkan hasil pengujian faktor pengalaman pribadi dengan kejadian skabies didapatkan nilai signifikan $p\text{-value} = 0,005 < \alpha = 0.05$, sehingga disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara faktor pengalaman pribadi terhadap kejadian skabies. Berdasarkan hasil diskusi faktor utama yang menyebabkan tingginya kejadian skabies disebabkan santriwati sering saling meminjam baju satu sama lain. Dalam beberapa kasus, baju yang dipinjamkan merupakan baju yang telah digunakan dan digantung karena dianggap masih bersih sehingga merupakan cara yang efektif untuk menularkan skabies, dimana telur dan tungau dewasa yang menempel pada baju menjadi media yang paling baik sebagai rantai penularan skabies (Sungkar, 2016). Selain itu,

santriwati biasanya hidup, makan, tidur, dan sama-sama jauh dari orang tua sehingga merasa senasib dan sepenanggungan dan terbiasa meminjam dan menggunakan barang pribadi secara bersama (Sungkar, 2016)

Selain faktor pengalaman pribadi dilakukan analisis hubungan faktor PHBS dengan kejadian skabies. Berdasarkan hasil analisis didapatkan nilai signifikan $p\text{-value} = 0,029 < \alpha = 0.05$, sehingga disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara faktor PHBS dengan kejadian skabies. Hubungan tersebut dikarenakan kebiasaan santriwati yang kurang menjaga kebersihan perlengkapan tidur seperti kasur, bantal, selimut, dan spreng sehingga memiliki risiko 6,9 kali lipat lebih tinggi terkena skabies (Candrawati, 2017). Penelitian yang dilakukan oleh Sajida juga menyatakan santri beranggapan bahwa spreng dan kasur yang telah digunakan selama 2 minggu masih bersih dan layak digunakan sehingga tidak dicuci dan dijemur (Sajida, 2012).

4.9 Faktor Dominan Kejadian Skabies

Analisis multivariat dilakukan untuk menentukan atau melihat faktor utama atau faktor paling dominan diantara faktor-faktor yang ada yang mempengaruhi kejadian skabies di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri.

Tabel 4.9 Hasil analisis faktor dominan penyebab skabies

Faktor Penyebab	Sig	Exp (B)	95% CI for EXP (B)	
			Lower	Upper
Pengalaman pribadi	0.005	9.625	1.953	47.440

Pada **Tabel 4.9** berdasarkan hasil analisis multivariat yang dilakukan didapatkan bahwa dari semua faktor *independen* yang diduga mempengaruhi kejadian skabies dengan $p\text{-value} < 0.05$ didapatkan nilai $p\text{-value}$ pengalaman pribadi yaitu 0.005 ($0.005 < 0.05$) dengan nilai *OR* atau *Exp B* terbesar yaitu 9.625, yang artinya faktor pengalaman pribadi memiliki pengaruh yang paling besar terhadap kejadian skabies yaitu sebanyak 9.625 kali lebih tinggi menyebabkan skabies. Hal ini dipengaruhi karena kesehatan lingkungan individu maupun kelompok dipengaruhi oleh perilaku manusia itu sendiri (Adliyani, 2015).

Di pondok pesantren interaksi satu individu dengan individu lainnya lebih sering terjadi karena berada dalam lingkungan yang sama sehingga resiko penyebaran skabies ke kelompok yang lebih luas semakin tinggi. Selain itu, santriwati biasanya memiliki jiwa sosial dan rasa kebersamaan yang tinggi sehingga kebiasaan seperti meminjam atau menggunakan alat pribadi secara bersama dianggap sebagai sikap tenggang rasa (Wandira, 2022). Selain itu, berdasarkan hasil diskusi yang dilakukan dengan santriwati keterbatasan fasilitas yang dimiliki di pondok pesantren juga menjadi salah satu alasan santriwati belum bisa mempraktekkan perilaku *personal hygiene* yang baik.

4.10 Keterbatasan Penelitian

Adapun keterbatasan pada penelitian ini sebagai berikut:

1. Pada penelitian ini hanya terdapat faktor lingkungan (faktor air, faktor kepadatan kamar, faktor ventilasi udara, faktor pencahayaan, dan faktor kelembaban) dan faktor perilaku (faktor pengalaman pribadi dan PHBS), sehingga pada penelitian selanjutnya ditambahkan faktor lain yang mempengaruhi skabies seperti faktor pelayanan kesehatan.
2. Adanya keterbatasan penelitian karena menggunakan kuesioner sehingga jawaban yang diberikan terkadang tidak menunjukkan keadaan sebenarnya, sehingga pada penelitian selanjutnya dilakukan penambahan teknik wawancara.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri dapat disimpulkan bahwa:

1. Faktor determinan yang mempengaruhi kejadian skabies di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri yaitu faktor lingkungan dan faktor perilaku.
2. Faktor lingkungan yang mempengaruhi kejadian skabies di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri yaitu Faktor kepadatan kamar, air, dan ventilasi udara. Sedangkan yang tidak memiliki hubungan signifikan yaitu faktor kelembaban dan pencahayaan.
3. Faktor perilaku yang mempengaruhi kejadian skabies di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri yaitu faktor pengalaman pribadi dan PHBS.

5.2 SARAN

1. Pondok Pesantren

Perlunya dibentuk tim pengawas kebersihan baik dari kalangan pengurus OP3NH maupun pembina dan disarankan untuk lebih aktif bekerja sama dengan tenaga kesehatan klinik untuk memberikan informasi tentang kesehatan *personal hygiene* baik dalam bentuk penyuluhan, kelompok diskusi, atau poster sehingga santriwati lebih sadar tentang kesehatan. Selain itu, perlu adanya teguran atau sanksi bagi santriwati yang masih memiliki kebiasaan meminjam atau menggunakan alat pribadi secara bersama karena memiliki resiko penularan skabies lebih tinggi.

2. Santriwati

Diharapkan agar santriwati lebih sadar dan peduli tentang kesehatan dan kebersihan diri dan meminimalisir penggunaan barang pribadi seperti alat mandi, pakaian, handuk, dan mukenah secara bersama untuk menekan penularan skabies di pondok pesantren.

3. Tenaga Kesehatan Klinik

Perlu diadakan penyuluhan secara berkala mengenai skabies, faktor penyebab, dan pengobatan skabies agar santriwati lebih paham dan sadar bagaimana cara mengobati dan menekan penularan skabies. Hal ini harus dilakukan secara rutin dan berkala karena setiap tahun selalu ada periode santriwati yang baru masuk pondok pesantren.

4. Peneliti Selanjutnya

Diharapkan agar peneliti selanjutnya bisa meneliti faktor determinan lain yang lebih signifikan dan spesifik di pondok pesantren dan mampu memberikan edukasi mengenai skabies melalui kelompok diskusi atau metode penelitian lainnya dengan jumlah yang lebih representatif. Selain itu, peneliti selanjutnya diharapkan bisa mengaplikasikan model penelitian dengan metode yang sama untuk penyakit lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Adliyani, Zaras, O., N. (2015). Pengaruh Perilaku Individu Terhadap Hidup Sehat. *Majority*. 4 (7), 109-114.
- Asyari N., Setiono A., Faturrahman Y. (2023). Hubungan Personal Hygiene dan Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian Skabies di Wilayah Kerja Puskesmas Salawu Kabupaten Tasikmalaya. *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*. 1 (19), 1-16.
- Badan Pusat Statistik NTB. (2016). *Jumlah Kasus 10 Penyakit Terbanyak Di Provinsi Nusa Tenggara Barat*. Diakses: 21 Maret 2023, pukul 02:08. <http://ntb.bps.go.id/statictable/2017/11/16/192/jumlah-kasus-10;penyakit-terbanyak-di-provinsi-nusa-tenggara-barat-2016.html>.
- Bonomo G. (1998). Discoverer of the etiology of scabies. *Int J Dermatol*, 37(8), 625-30.
- Cakmoki. (2007). *Skabies (Gudikan)*. Samarinda: Manulang.
- Chowdown. (2006). Skabies. *The New England Journal Of Medicine*, 35, 1-16.
- Depkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan No. 829/Menkes/SK/VII/1999 *Tentang Persyaratan Kesehatan Rumah*.
- Dewi, F. N. R. Konsep Diri pada Masa Remaja Akhir dalam Kematangan Karir siswa. *Journal of Guidance and Counseling*, 5(1), 46-62.
- Dewi, M. K., Wathoni, N. (2017). Artikel Review: Diagnostik dan Regimen Pengobatan Skabies. *Jurnal Farmaka*, 1 (15), 123-133.
- Dinkes NTB. 2006. *Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat*.
- Djuanda, A. (2007). *Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Fadli A. (2014). *Setengah Abad Nurul Hakim: Menyingkap Sejarah dan Kontribusi Nurul Hakim Bagi Masyarakat*. Lombok: Penerbit Pustaka Lombok.
- Gilmor, S. (2011). Control Strategies for Endemic Childhood Skabies. *Plos One*, 6(1).
- Handayani. 2007. *Hubungan Antara Praktik Kebersihan Diri dengan Kejadian Skabies di Panti Asuhan Nihayatul Amal Waled Kabupaten Cirebon*. Diakses: 6 September 2022, pukul 15:23. <http://fkm.undip.ac.id/data/index.php?action=4&idx=3264>.
- Handoko, R. P. (2009). *Skabies*. Dalam: Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin (Edisi V). Editor: Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 122-125.

- Hidayat, H., et al. (2019) , Peningkatan Pengetahuan dan Pemeriksaan Skabies Santri Pondok Pesantren Nurul Islam Sekarbela. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 16 (2), 213-222.
- Hidayat. 2010. *Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ibadurrahmi H. 2016. Faktor-faktor yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Penyakit Skabies pada Santri di Pondok Pesantren Qotrun Nada Cipayung Depok Februari Tahun 2016, 10 (1), 33-45.
- Ihtiarintyas, S., et al. (2019). Faktor Risiko Penularan Penyakit Skabies pada Santri di Pondok Pesantren An Nawawi Berjan Kecamatan Gebang Kabupaten Purworejo Jawa Tengah. *Jurnal Balaba*, 15(1), 83-88.
- International Alliance for the Control of Scabies. *Skabies*. Diakses: 24 Oktober 2022, pukul 14:08. <http://www.cotrolskabies.org/about-skabies>.
- Iskandar Tolibi N. (2000). Masalah Skabies pada Hewan dan Manusia serta Penanggulangannya. *Indonesian Bulletin of Animal and Veterinary Sciences Journwidurial*. 10(1),28-34.
- Ismiati, A. & Wijayanti, Y. (2021), Kondisi Kamar Hunian, Sanitasi Dasar, dan Keluhan Kesehatan di Asrama Mahasiswa. *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, 1(1), 101-103.
- Kemendes RI.(2012). *Cara Menangani Penyakit Skabies*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Kemendes RI.
- Khotimah., K. (2006). Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Nurul Hikmah Jatisawit Bumiayu Brebes. *Skripsi*. Semarang : UNDIP.
- Kurniawan E., et al. (2019). Penyuluhan Penanganan Penyakit Skabies di Yayasan Pondok Pesantren MA Ishlahil Athfal Rumak Lombok Barat. *Jurnal Pengabdian Magister Pendidikan IPA*, 2(1), 22-24.
- Kurniawan, M. (2020). Diagnosis dan Terapi Skabies. *CDK* 283, 47 (2), 105 -107.
- Kurnitasari, S. (2004). Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Penyakit Skabies Di Pondok Pesantren Kecamatan Wanayasa Kabupaten Banjarnegara. Diakses: 21 Maret 2023, Pukul 01:07. <http://eprints.undip.ac.id/21162/>
- Linuwih. (2016). *Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin (7th ed)*. Jakarta: Badan Penerbit FK UI.
- Mansyur., et al. (2007). Pendekatan Kedokteran Keluarga Pada Penatalaksanaan Skabies Anak Usia Pra-Sekolah. *Majalah Kedokteran Indonesia*, 57(2), 63-67.

- Mellanby K. (1977). *Immunology of scabies*. In: Orkin M, Maibach, Parish, Schwartzman, eds. *Scabies and pediculosis*. Philadelphia: JB Lippincott .
- Mendila, Imaniar. (2022). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Hidayatullah Samarinda Tahun 2022. *Skripsi*. Samarinda: Universitas Mulawarman Samarinda.
- Mutiara H., Syailendra F. Skabies. *Majority*. 5 (2), 37-42.
- Narbuko. (2005). *Metodologi Penelitian*. Jakarta : Bumi Aksara.
- Notoatmodjo.2012. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo.2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notobroto.(2009). *Faktor Sanitasi Lingkungan Yang Berperan Terhadap Prevalensi Penyakit Skabies*. Surabaya : FKM UNAIR.
- Omura, S., Crum, A. Ivermectin, Wonder Drug From Japan: The Human Use Perspective. *Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci*, 87 (2), 13-28.
- Putri. (2011). Hubungan Higiene Perseorangan, Sanitasi Lingkungan, dan Status Gizi Terhadap Kejadian Skabies Pada Anak: Studi Kasus di Sekolah Dasar SD 3 Ngablak, Magelang. *Skripsi*. Semarang: Universitas Di Ponogoro.
- Rahmi, N., et al. (2016). Personal Hygiene Dengan Kejadian Penyakit Skabies Pada Santri Wustho (SMP) di Pesantren Al-Falah Banjarbaru. *Jurnal Dunia Keperawatan*. 4(1), 43.
- Raza, N., et al. (2009). *Risk factors for Scabies among male soldiers in Pakistan: case-control study*. Diakses: 6 September 2022, pukul 15:38. <http://www.emro.who.int/emhj-volume-15-2009/volume-15-issue-5/risk-factorsfor-scabies-among-male-soldiers-in-pakistan-casecontrol-study.html>.
- Rina, W. (2017). Analisis Pengendalian Penularan Skabies di Pondok Pesantren Darussalam Kabupaten Banyuwangi. *JKT*. 8 (1), 21-30.
- Romani L, et al. (2015). Scabies and Impetigo Prevalence and Risk Factors In Fiji. *A National Survey*. *Plos Negl Trop Dis*. 9(3), 452.
- Singarimbun. (2010). *Metode Desain dan Analisis Sistem*. Yogyakarta.
- Sivalingam, S. (2017). Gambaran Kejadian Skabies, Gejala Klinis, Faktor Risiko Dan Penatalaksanaannya di Kalangan Anak-Anak di Desa Nelayan Kecamatan Medan Marelan. *Repositori Institusi USU*.
- Sudarsono, et al. (2011). *Pengaruh Skabies Terhadap Prestasi Belajar Santri Di Sebuah Pesantren Di Kota Medan*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Sudirman. T.(2006). Skabies : Masalah Diagnosis dan Pengobatan. *Majalah Kesehatan Damianus*. 5 (3), 177-190.

- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Jakarta.
- Sungkar (2016). *Skabies, Etiologi, Patogenesis, Pengobatan, Pemberantasan, dan Pencegahan*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Tavako, M. (2018) Making Sense of Cronbach's Alpha. *International Journal of Medical Education*. 2, 53-55.
- UD Hilma. (2014). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Mlangi Nogotirto Gamping Sleman Yogyakarta. *Jurnal JKKI*, 6, 148-157.
- Wandira., N., A. (2022). Hubungan Perilaku Personal Hygiene dengan Kejadian Penyakit Kulit Skabies Santri di Pondok Pesantren Darul Ulum Kabupaten Kota Waringin Barat Provinsi Kalimantan Tengah. *Skripsi*. Pangkalan Bun: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Borneo Cendekia Medika.
- Wardhana, dkk. (2016). Immunology of Susceptibility and Resistance in Scabies. *Naskah National Symposium of Dermatology and Venereology Tropical Skin Infections*: Bali.
- Winandar A., Muhamad W. (2021). Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kesembuhan Penderita Skabies di Wilayah Kerja Puskesmas Sibigo Kecamatan Simeulue Barat. *Jurnal Sains dan Aplikasi*, 9 (2), 140-149.
- Yusuf, F. (2018). Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian Kuantitatif. *Jurnal Tarbiyah: Jurnal Ilmiah Kependidikan*. 7(1), 17-23.
- Zulhilmi, Efendi, I., Syamsul, D., Idawati. (2019). Faktor yang berhubungan Tingkat Konsumsi Air Bersih pada Rumah Tangga di Kecamatan Peudada Kabupaten Bireuen. *Journal Biology Education*. 7 (2), 110-126.
- Zuriah, Nurul. (2006). *Metodologi Penelitian Sosial dan Pendidikan Teori-Aplikasi*. Jakarta: Bumi AKSARA.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Keputusan Persetujuan Etik



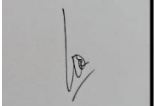

KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS MATARAM
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
Jalan Pendidikan No.37, Telp. 640874 Fax. 641717 Mataram 83125 - NTB

SURAT KEPUTUSAN PERSETUJUAN ETIK

No: 484/UN18.F8/ETIK/2023

Tanggal: 16 November 2023

Dengan ini menyatakan bahwa protokol dan dokumen yang berhubungan dengan protokol berikut ini telah mendapatkan persetujuan etik :

No. Protokol	UNRAM2301023	Sponsor : Mandiri
Judul Penelitian	Gambaran Faktor Determinan Skabies di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri Periode Oktober - November 2023	
Ketua Peneliti	Diana Ayu Savitri	
Anggota Peneliti	dr Wahyu Sulistya Affarah, MPH., SpKL., Subsp.PP(K) & apt Mahacita Andanalusia, S.Farm., M.Farm	
Tempat Penelitian	Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri	
Masa Berlaku	16 November 2023 – 16 November 2024	
Jenis Review	<input checked="" type="checkbox"/> Exempted <input type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard	
Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan FK Unram	Nama : dr. Ario Danianto, Sp.OG	Tanda tangan,  
Wakil Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan FK Unram	Nama : dr. Linda Silvana Sari, M.Biomed., Sp.A	Tanda tangan,  

Catatan :

1. Peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian selambat – lambatnya 1 (satu) bulan setelah selesai penelitian kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Unram. Apabila laporan penelitian tidak diserahkan, maka Komisi Etik berhak untuk membatalkan persetujuan yang diberikan.
2. Apabila pelaksanaan penelitian tidak sesuai dengan usulan kegiatan, Komisi Etik tidak bertanggung jawab terhadap kelayakan etik penelitian tersebut.
3. Apabila ada perubahan prosedur/kegiatan penelitian, mohon agar mengusulkan kembali proposal kelayakan etik kepada Komisi Etik.
4. Penyalahgunaan terhadap Surat Keputusan Persetujuan Telaah Etik menjadi tanggung jawab peneliti.

Lampiran 2. Penjelasan Sebelum Persetujuan

INFORMED CONSENT

(PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN)

Selamat Pagi/Siang/Sore Adik-adik. Perkenalkan saya Diana Ayu Savitri, mahasiswi dari Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram, yang akan melakukan penelitian mengenai gambaran faktor determinan skabies pada santriwati. Pada kesempatan kali ini, kami mengundang Adik-adik untuk berpartisipasi menjadi subjek dalam penelitian yang berjudul **“Gambaran Faktor Determinan Skabies di Pondok Pesantren Nurul Hakim Periode Oktober-November 2023”** Berikut adalah informasi yang terkait dengan penelitian ini :

1. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran faktor determinan skabies pada santriwati program umum jenjang MA di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri Periode Oktober-November 2023.
2. Manfaat bagi masyarakat di area PonPes Nurul Hakim dan sekitarnya agar bisa meningkatkan pengetahuan tentang faktor determinan sehingga lebih sadar untuk melakukan pencegahan penyebaran skabies, bisa menjadi acuan pengambilan kebijakan bagi pengurus pondok mengenai perilaku hidup bersih dan sehat, dan bisa menjadi acuan pengembangan program kesehatan dan sumber informasi bagi dinas kesehatan dan puskesmas setempat dalam upaya promotif, preventif, dan rehabilitatif untuk menekan penyebaran kasus skabies di masyarakat dan pondok pesantren.
3. Prosedur pengambilan data yaitu dengan cara mengisi lembar persetujuan menjadi subjek penelitian ini. Setelah itu akan dilakukan pengisian kuesioner yang meliputi data karakteristik, gejala klinis, faktor lingkungan, dan faktor perilaku. Pengisian kuesioner berlangsung selama 1 hari saja yang membutuhkan waktu sekitar 15-25 menit.
4. Selama berpartisipasi dalam penelitian ini, jika belum bersedia menjadi subjek penelitian, maka dapat menolak atau mengundurkan diri dan tidak akan dikenakan sanksi apapun.

5. Semua data pribadi akan terjaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.
6. Tidak ada risiko yang ditimbulkan dari kegiatan penelitian ini.
7. Kerahasiaan data penelitian akan peneliti jaga dan digunakan sebagaimana mestinya.
8. Kegiatan penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan persetujuan etik dari Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram (terlampir).
9. Jika selama pelaksanaan penelitian terdapat pelanggaran protokol penelitian yang tidak kami sengaja, maka kami akan menginformasikan kepada .
10. Apabila memerlukan informasi atau bantuan mengenai penelitian ini, dapat menghubungi peneliti melalui kontak di bawah :

No.Hp/WhatsApp : 087840124473

Email : dianaayusavitri00@gmail.com

Peneliti,



Diana Ayu Savitri

Lampiran 3. Lembar Permohonan Menjadi**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI**

Kepada Yth:
Calon penelitian
Di Tempat

Dengan Hormat

Yang bertanda tangan di bawah ini Mahasiswa Program Studi Farmasi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram:

Nama : Diana Ayu Savitri

NIM : K1A019016

Bersamaan dengan ini peneliti mengajukan permohonan untuk melakukan penelitian tentang “Gambaran Faktor Determinan Skabies di Pondok Pesantren Nurul Hakim Kediri Periode Oktober - November 2023”

Saya mohon ketersediaan saudara untuk bersedia menjadi dalam penelitian yang akan saya lakukan. Kerahasiaan data pribadi akan sangat saya jaga dan informasi yang didapatkan akan saya gunakan untuk kepentingan penelitian, oleh karena itu penulis berharap memberikan jawaban sesuai dengan yang dikehendaki.

Atas perhatian dan kerjasamanya untuk menjadi , penulis mengucapkan terimakasih.

Mataram, 15 November 2023

Penulis,

Diana Ayu Savitri
K1A019016

Lampiran 4. Lembar Pernyataan Persetujuan**PERNYATAAN PERSETUJUAN***(Informed Consent)*

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Usia :

Kelas :

Menyatakan bersedia menjadi subjek penelitian dari:

Nama : Diana Ayu Savitri

NIM : K1A019016

Fakultas : Kedokteran Universitas Mataram

No. Hp : 087840124473

Dengan judul penelitian “Gambaran Faktor Determinan Skabies di Pondok Pesantren Nurul Hakim Periode Oktober - November 2023”. Setelah membaca dan mendapatkan penjelasan yang 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.

Mataram, 15 November 2023

Peneliti,

Diana Ayu Savitri
K1A019016

.....

Lampiran 5. Kuesioner Penelitian

**Gambaran Faktor Determinan Skabies di Pondok Pesantren Nurul Hakim
Kediri Periode Oktober - November 2023**

Nama :

Pendidikan/kelas :

Usia :

Alamat :

1. Gejala Skabies

Petunjuk: Berilah tanda (X) pada pertanyaan di bawah ini sesuai dengan apa yang anda alami

1. Apakah anda sering mengalami gatal pada malam hari?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Apakah rasa gatal tersebut sering terjadi dan berasal dari bintik-bintik kecil di kulit anda ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Apakah orang disekitar tempat tinggal anda juga mengalami gejala yang sama (gatal pada malam hari dan terdapat bintik-bintik kecil kemerahan) ?
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Dimanakah rasa gatal atau lesi itu muncul ? (Jawaban boleh lebih dari satu)
 - a. Daerah sekitar kemaluan
 - b. Sela jari tangan
 - c. Lipatan ketiak
 - d. Kulit sekitar payudara
 - e. Perut bagian bawah
 - g. Siku bagian luar
 - h. Lain-lain, sebutkan.....

2. Kuesioner Lingkungan

Petunjuk: Berilah tanda (✓) pada kolom yang tersedia di bawah ini sesuai dengan apa yang anda alami

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah air yang digunakan untuk mandi dan cuci-mencuci bersih dan jernih ?		
2.	Apakah air yang digunakan bersumber dari air yang mengalir ?		
3.	Apakah terdapat tempat untuk menjemur kasur ?		
4.	Apakah terdapat tempat untuk menjemur handuk dan pakaian ?		
5.	Apakah lantai dan dinding ruangan terasa lembab dan dingin?		
6.	Apakah terdapat aliran udara yang cukup di dalam kamar pondok?		
7.	Apakah terdapat ventilasi untuk pertukaran udara di kamar pondok ?		
8.	Apakah sinar matahari bisa langsung masuk ke dalam kamar pondok ?		
9.	Apakah jumlah santriwati sesuai dengan luas kamar pondok ($4\text{m}^2/\text{orang}$) ?		
10.	Apakah anda berbagi tempat tidur dengan orang lain ?		

3. Kuesioner Perilaku

Petunjuk: Berilah tanda (✓) pada kolom yang tersedia di bawah ini sesuai dengan apa yang anda alami

Keterangan : SS : Sangat Setuju

S : Setuju

KS : Kurang Setuju

TS : Tidak Setuju

No	Pertanyaan	Jawaban			
		SS	S	KS	TS
1.	Tidur sekasur dengan teman lain				
2.	Menumpuk pakaian kotor menjadi satu dengan teman yang lain				
3.	Saling meminjam pakaian dan handuk dengan teman yang diduga menderita skabies				
4.	Tidak memakai satu sabun mandi batang secara bergantian dengan teman lain				
5.	Menjaga jarak dengan teman yang diduga menderita skabies				
6.	Mandi minimal 2 kali sehari setiap hari				
7.	Berganti dengan pakaian yang bersih setiap hari				
8.	Menjemur kasur tempat tidur satu minggu sekali				
9.	Menjemur pakaian di bawah terik matahari				
10.	Menjemur handuk yang masih ingin digunakan di bawah sinar matahari				
11.	Mengganti dan mencuci sprei minimal satu minggu sekali				
12.	Mengganti mukenah yang telah digunakan minimal satu minggu sekali				

Lampiran 6. Skor Penilaian Kuesioner

Kuesioner Gejala Klinis

Variabel	Nomor Kuesioner	Skor	
		A	B
Gejala Klinis	1	1	0
	2	1	0
	3	1	0
	4	1	0

Kuesioner Lingkungan

Variabel	Nomor Kuesioner	Skor	
		Ya	Tidak
Lingkungan	1	1	0
	2	1	0
	3	1	0
	4	1	0
	5	0	1
	6	1	0
	7	1	0
	8	1	0
	9	1	0
	10	0	1

Kuesioner Perilaku

Variabel	Nomor Kuesioner	Skor			
		SS	S	KS	TS
Perilaku	1	4	3	2	1
	2	4	3	2	1
	3	4	3	2	1
	4	1	2	3	4
	5	1	2	3	4
	6	1	2	3	4
	7	1	2	3	4
	8	1	2	3	4
	9	1	2	3	4
	10	1	2	3	4
	11	1	2	3	4
	12	1	2	3	4

Lampiran 7. Uji Validitas

UJI VALIDITAS KUESIONER KEJADIAN SKABIES

		Correlations				
		A1	A2	A3	A4	totalA
A1	Pearson Correlation	1	.740**	.668**	.867**	.900**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000
	Sum of Squares and Cross-products	7.500	5.500	5.000	6.500	24.500
	Covariance	.259	.190	.172	.224	.845
	N	30	30	30	30	30
A2	Pearson Correlation	.740**	1	.935**	.740**	.938**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000
	Sum of Squares and Cross-products	5.500	7.367	6.933	5.500	25.300
	Covariance	.190	.254	.239	.190	.872
	N	30	30	30	30	30
A3	Pearson Correlation	.668**	.935**	1	.668**	.899**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000
	Sum of Squares and Cross-products	5.000	6.933	7.467	5.000	24.400
	Covariance	.172	.239	.257	.172	.841
	N	30	30	30	30	30
A4	Pearson Correlation	.867**	.740**	.668**	1	.900**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000
	Sum of Squares and Cross-products	6.500	5.500	5.000	7.500	24.500
	Covariance	.224	.190	.172	.259	.845
	N	30	30	30	30	30
totalA	Pearson Correlation	.900**	.938**	.899**	.900**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	Sum of Squares and Cross-products	24.500	25.300	24.400	24.500	98.700
	Covariance	.845	.872	.841	.845	3.403
	N	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

UJI VALIDITAS KUESIONER FAKTOR LINGKUNGAN

Correlations

	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	TotalB
B1 Pearson Correlation	1	.598**	.464**	-.105	-.089	.200	.200	-.089	.356	-.089	.402*
Sig. (2-tailed)		.000	.010	.581	.640	.288	.288	.640	.053	.640	.028
Sum of Squares and Cross-products	1.867	1.667	.867	-.267	-.200	.600	.600	-.200	.800	-.200	5.533
Covariance	.064	.057	.030	-.009	-.007	.021	.021	-.007	.028	-.007	.191
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B2 Pearson Correlation	.598**	1	.239	.614**	.149	.447*	.447*	.149	.447*	.149	.770**
Sig. (2-tailed)	.000		.203	.000	.432	.013	.013	.432	.013	.432	.000
Sum of Squares and Cross-products	1.667	4.167	.667	2.333	.500	2.000	2.000	.500	1.500	.500	15.833
Covariance	.057	.144	.023	.080	.017	.069	.069	.017	.052	.017	.546
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B3 Pearson Correlation	.464**	.239	1	-.105	-.089	.535**	.535**	-.089	-.089	-.089	.402*
Sig. (2-tailed)	.010	.203		.581	.640	.002	.002	.640	.640	.640	.028
Sum of Squares and Cross-products	.867	.667	1.867	-.267	-.200	1.600	1.600	-.200	-.200	-.200	5.533
Covariance	.030	.023	.064	-.009	-.007	.055	.055	-.007	-.007	-.007	.191
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B4 Pearson Correlation	-.105	.614**	-.105	1	.523**	.294	.294	.523**	.196	.196	.644**
Sig. (2-tailed)	.581	.000	.581		.003	.115	.115	.003	.299	.299	.000
Sum of Squares and Cross-products	-.267	2.333	-.267	3.467	1.600	1.200	1.200	1.600	.600	.600	12.067
Covariance	-.009	.080	-.009	.120	.055	.041	.041	.055	.021	.021	.416
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B5 Pearson Correlation	-.089	.149	-.089	.523**	1	.389*	.111	.630**	-.111	.630**	.562**
Sig. (2-tailed)	.640	.432	.640	.003		.034	.559	.000	.559	.000	.001
Sum of Squares and Cross-products	-.200	.500	-.200	1.600	2.700	1.400	.400	1.700	-.300	1.700	9.300
Covariance	-.007	.017	-.007	.055	.093	.048	.014	.059	-.010	.059	.321
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B6 Pearson Correlation	.200	.447*	.535**	.294	.389*	1	.583**	.389*	.111	.389*	.798**
Sig. (2-tailed)	.288	.013	.002	.115	.034		.001	.034	.559	.034	.000
Sum of Squares and Cross-products	.600	2.000	1.600	1.200	1.400	4.800	2.800	1.400	.400	1.400	17.600

	Covariance	.021	.069	.055	.041	.048	.166	.097	.048	.014	.048	.607
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B7	Pearson Correlation	.200	.447*	.535**	.294	.111	.583**	1	-.167	.111	.111	.617**
	Sig. (2-tailed)	.288	.013	.002	.115	.559	.001		.379	.559	.559	.000
	Sum of Squares and Cross-products	.600	2.000	1.600	1.200	.400	2.800	4.800	-.600	.400	.400	13.600
	Covariance	.021	.069	.055	.041	.014	.097	.166	-.021	.014	.014	.469
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B8	Pearson Correlation	-.089	.149	-.089	.523**	.630**	.389*	-.167	1	.259	.259	.502**
	Sig. (2-tailed)	.640	.432	.640	.003	.000	.034	.379		.167	.167	.005
	Sum of Squares and Cross-products	-.200	.500	-.200	1.600	1.700	1.400	-.600	2.700	.700	.700	8.300
	Covariance	-.007	.017	-.007	.055	.059	.048	-.021	.093	.024	.024	.286
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B9	Pearson Correlation	.356	.447*	-.089	.196	-.111	.111	.111	.259	1	-.111	.381*
	Sig. (2-tailed)	.053	.013	.640	.299	.559	.559	.559	.167		.559	.038
	Sum of Squares and Cross-products	.800	1.500	-.200	.600	-.300	.400	.400	.700	2.700	-.300	6.300
	Covariance	.028	.052	-.007	.021	-.010	.014	.014	.024	.093	-.010	.217
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
B10	Pearson Correlation	-.089	.149	-.089	.196	.630**	.389*	.111	.259	-.111	1	.441*
	Sig. (2-tailed)	.640	.432	.640	.299	.000	.034	.559	.167	.559		.015
	Sum of Squares and Cross-products	-.200	.500	-.200	.600	1.700	1.400	.400	.700	-.300	2.700	7.300
	Covariance	-.007	.017	-.007	.021	.059	.048	.014	.024	-.010	.093	.252
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
total	Pearson Correlation	.402*	.770**	.402*	.644**	.562**	.798**	.617**	.502**	.381*	.441*	1
B	Sig. (2-tailed)	.028	.000	.028	.000	.001	.000	.000	.005	.038	.015	
	Sum of Squares and Cross-products	5.533	15.833	5.533	12.067	9.300	17.600	13.600	8.300	6.300	7.300	101.367
	Covariance	.191	.546	.191	.416	.321	.607	.469	.286	.217	.252	3.495
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

UJI VALIDITAS KUESIONER FAKTOR PERILAKU

Correlations

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	TotalC
C1 Pearson Correlation	1	.512**	.525**	-.415*	.156	-.300	.087	-.002	-.028	-.336	-.122	-.068	.316
C1 Sig. (2-tailed)		.004	.003	.022	.409	.107	.647	.993	.884	.069	.519	.720	.088
C1 Sum of Squares and Cross-products	46.967	21.433	25.100	-18.000	5.700	-4.767	2.500	-.067	-.633	-7.633	-4.333	-1.667	64.600
C1 Covariance	1.620	.739	.866	-.621	.197	-.164	.086	-.002	-.022	-.263	-.149	-.057	2.228
C1 N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C2 Pearson Correlation	.512**	1	.251	-.233	.304	-.214	.098	-.030	.160	-.235	-.148	.077	.353
C2 Sig. (2-tailed)	.004		.181	.216	.102	.256	.607	.874	.399	.210	.436	.687	.056
C2 Sum of Squares and Cross-products	21.433	37.367	10.700	-9.000	9.900	-3.033	2.500	1.133	3.233	-4.767	-4.667	1.667	64.200
C2 Covariance	.739	1.289	.369	-.310	.341	-.105	.086	-.039	.111	-.164	-.161	.057	2.214
C2 N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C3 Pearson Correlation	.525**	.251	1	-.136	.024	-.105	-.017	.191	.255	-.221	-.055	-.081	.395*
C3 Sig. (2-tailed)	.003	.181		.474	.899	.580	.928	.312	.173	.241	.771	.672	.031
C3 Sum of Squares and Cross-products	25.100	10.700	48.700	-6.000	.900	-1.700	-5.000	8.200	5.900	-5.100	-2.000	-2.000	82.200
C3 Covariance	.866	.369	1.679	-.207	.031	-.059	-.017	.283	.203	-.176	-.069	-.069	2.834
C3 N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C4 Pearson Correlation	-.415*	-.233	-.136	1	.238	.273	.113	.385*	.286	.477**	.245	.044	.329
C4 Sig. (2-tailed)	.022	.216	.474		.206	.144	.551	.035	.125	.008	.192	.816	.076
C4 Sum of Squares and Cross-products	18.000	-9.000	-6.000	40.000	8.000	4.000	3.000	15.000	6.000	10.000	8.000	1.000	62.000
C4 Covariance	-.621	-.310	-.207	1.379	.276	.138	.103	.517	.207	.345	.276	.034	2.138
C4 N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C5 Pearson Correlation	.156	.304	.024	.238	1	.333	.427*	.409*	.641**	.301	.328	.423*	.716**
C5 Sig. (2-tailed)	.409	.102	.899	.206		.072	.019	.025	.000	.106	.077	.020	.000

C10	Pearson Correlation	-.336	-.235	-.221	.477**	.301	.708**	.397*	.478**	.362*	1	.682**	.368*	.501**
	Sig. (2-tailed)	.069	.210	.241	.008	.106	.000	.030	.008	.050	.000	.046	.005	
	Sum of Squares and Cross-products	-7.633	-4.767	-5.100	10.000	5.300	5.433	5.500	9.733	3.967	10.967	11.667	4.333	49.400
	Covariance	-.263	-.164	-.176	.345	.183	.187	.190	.336	.137	.378	.402	.149	1.703
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C11	Pearson Correlation	-.122	-.148	-.055	.245	.328	.613**	.231	.608**	.273	.682**	1	.617**	.598**
	Sig. (2-tailed)	.519	.436	.771	.192	.077	.000	.218	.000	.145	.000	.000	.000	.000
	Sum of Squares and Cross-products	-4.333	-4.667	-2.000	8.000	9.000	7.333	5.000	19.333	4.667	11.667	26.667	11.333	92.000
	Covariance	-.149	-.161	-.069	.276	.310	.253	.172	.667	.161	.402	.920	.391	3.172
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
C12	Pearson Correlation	-.068	.077	-.081	.044	.423*	.566**	.201	.122	.283	.368*	.617**	1	.462*
	Sig. (2-tailed)	.720	.687	.672	.816	.020	.001	.286	.522	.130	.046	.000	.010	
	Sum of Squares and Cross-products	-1.667	1.667	-2.000	1.000	8.000	4.667	3.000	2.667	3.333	4.333	11.333	12.667	49.000
	Covariance	-.057	.057	-.069	.034	.276	.161	.103	.092	.115	.149	.391	.437	1.690
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
total C	Pearson Correlation	.316	.353	.395*	.329	.716**	.519**	.562**	.716**	.744**	.501**	.598**	.462*	1
	Sig. (2-tailed)	.088	.056	.031	.076	.000	.003	.001	.000	.000	.005	.000	.010	
	Sum of Squares and Cross-products	64.600	64.200	82.200	62.000	113.400	35.800	70.000	131.200	73.400	49.400	92.000	49.000	887.200
	Covariance	2.228	2.214	2.834	2.138	3.910	1.234	2.414	4.524	2.531	1.703	3.172	1.690	30.593
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

HASIL UJI VALIDITAS KUESIONER KEJADIAN SKABIES

No.	Soal	r hitung	r tabel	Keterangan
1.	Pertanyaan 1	0.900	0.3061	Valid
2.	Pertanyaan 2	0.938	0.3061	Valid
3.	Pertanyaan 3	0.899	0.3061	Valid
4.	Pertanyaan 4	0.900	0.3061	Valid

HASIL UJI VALIDITAS KUESIONER FAKTOR LINGKUNGAN

No.	Soal	r hitung	r tabel	Keterangan
1.	Pertanyaan 1	0.402	0.3061	Valid
2.	Pertanyaan 2	0.770	0.3061	Valid
3.	Pertanyaan 3	0.402	0.3061	Valid
4.	Pertanyaan 4	0.644	0.3061	Valid
5.	Pertanyaan 5	0.562	0.3061	Valid
6.	Pertanyaan 6	0.798	0.3061	Valid
7.	Pertanyaan 7	0.617	0.3061	Valid
8.	Pertanyaan 8	0.502	0.3061	Valid
9.	Pertanyaan 9	0.381	0.3061	Valid
10.	Pertanyaan 10	0.444	0.3061	Valid

HASIL UJI VALIDITAS KUESIONER PERILAKU

No.	Soal	r hitung	r tabel	Keterangan
1.	Pertanyaan 1	0.316	0.3061	Valid
2.	Pertanyaan 2	0.353	0.3061	Valid
3.	Pertanyaan 3	0.395	0.3061	Valid
4.	Pertanyaan 4	0.329	0.3061	Valid
5.	Pertanyaan 5	0.716	0.3061	Valid
6.	Pertanyaan 6	0.519	0.3061	Valid
7.	Pertanyaan 7	0.562	0.3061	Valid
8.	Pertanyaan 8	0.716	0.3061	Valid
9.	Pertanyaan 9	0.744	0.3061	Valid
10.	Pertanyaan 10	0.501	0.3061	Valid
11.	Pertanyaan 11	0.598	0.3061	Valid
12.	Pertanyaan 12	0.462	0.3061	Valid

Lampiran 8. Uji Realibilitas

1. KUESIONER KEJADIAN SKABIES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.843	5

2. KUESIONER FAKTOR LINGKUNGAN

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.739	11

3. KUESIONER FAKTOR PERILAKU

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.730	23

Lampiran 9. Hasil Analisis Univariat

1. Umur

		Umur			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17 tahun	21	52.5	52.5	52.5
	18 tahun	16	40.0	40.0	92.5
	19 tahun	3	7.5	7.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

2. Kelas

		Kelas			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kelas 11	4	10.0	10.0	10.0
	kelas 12	36	90.0	90.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

3. Kejadian Skabies

		Kejadian Skabies			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	25	62.5	62.5	62.5
	Negatif	15	37.5	37.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

4. Faktor Lingkungan

		Faktor Lingkungan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sehat	19	47.5	47.5	47.5
	sehat	21	52.5	52.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

5. Faktor Perilaku**faktor perilaku**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid negatif	17	42.5	42.5	42.5
positif	23	57.5	57.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Lampiran 10. Hasil Analisis Bivariat

1. Hubungan Faktor Air dengan Kejadian Skabies

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Faktor Air * Kejadian Skabies	40	100.0%	0	0.0%	40	100.0%

Faktor Air * Kejadian Skabies Crosstabulation

			Kejadian Skabies		Total
			Positif	Negatif	
Faktor Air	tidak sehat	Count	7	0	7
		% within Faktor Air	100.0%	0.0%	100.0%
	Sehat	Count	18	15	33
		% within Faktor Air	54.5%	45.5%	100.0%
Total		Count	25	15	40
		% within Faktor Air	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.091 ^a	1	.024	.033	.026
Continuity Correction ^b	3.336	1	.068		
Likelihood Ratio	7.450	1	.006		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4.964	1	.026		
N of Valid Cases	40				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.63.

b. Computed only for a 2x2 table

2. Hubungan Faktor Kepadatan Kamar dengan Kejadian Skabies

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kepadatan Kamar * Kejadian Skabies	40	100.0%	0	0.0%	40	100.0%

Kepadatan Kamar * Kejadian Skabies Crosstabulation

			Kejadian Skabies		Total
			Positif	Negatif	
Kepadatan Kamar	tidak sehat	Count	20	7	27
		% within Kepadatan Kamar	74.1%	25.9%	100.0%
	Sehat	Count	5	8	13
		% within Kepadatan Kamar	38.5%	61.5%	100.0%
Total		Count	25	15	40
		% within Kepadatan Kamar	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.748 ^a	1	.029		
Continuity Correction ^b	3.350	1	.067		
Likelihood Ratio	4.699	1	.030		
Fisher's Exact Test				.041	.034
Linear-by-Linear Association	4.630	1	.031		
N of Valid Cases	40				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.88.

b. Computed only for a 2x2 table

3. Hubungan Faktor Kelembaban Kamar dengan Kejadian Skabies

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Faktor Kelembaban * Kejadian Skabies	40	100.0%	0	0.0%	40	100.0%

Faktor Kelembaban * Kejadian Skabies Crosstabulation

			Kejadian Skabies		Total
			Positif	Negatif	
Faktor Kelembaban	Lembab	Count	17	14	31
		% within Faktor Kelembaban	54.8%	45.2%	100.0%
	Tidak Lembab	Count	8	1	9
		% within Faktor Kelembaban	88.9%	11.1%	100.0%
Total		Count	25	15	40
		% within Faktor Kelembaban	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.450 ^a	1	.063		
Continuity Correction ^b	2.151	1	.143		
Likelihood Ratio	3.962	1	.047		
Fisher's Exact Test				.117	.067
Linear-by-Linear Association	3.364	1	.067		
N of Valid Cases	40				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.38.

b. Computed only for a 2x2 table

4. Hubungan Faktor Pencahayaan dengan Kejadian Skabies

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pencahayaan * Kejadian Skabies	40	100.0%	0	0.0%	40	100.0%

Pencahayaan * Kejadian Skabies Crosstabulation

			Kejadian Skabies		Total
			Positif	Negatif	
Pencahayaan	tidak sehat	Count	7	2	9
		% within Pencahayaan	77.8%	22.2%	100.0%
	Sehat	Count	18	13	31
		% within Pencahayaan	58.1%	41.9%	100.0%
Total		Count	25	15	40
		% within Pencahayaan	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.157 ^a	1	.282	.440	.251
Continuity Correction ^b	.468	1	.494		
Likelihood Ratio	1.225	1	.268		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.128	1	.288		
N of Valid Cases	40				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.38.

b. Computed only for a 2x2 table

5. Hubungan Faktor Ventilasi Udara dengan Kejadian Skabies

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Ventilasi Udara * Kejadian Skabies	40	100.0%	0	0.0%	40	100.0%

Ventilasi Udara * Kejadian Skabies Crosstabulation

			Kejadian Skabies		Total
			Positif	Negatif	
Ventilasi Udara	kurang baik	Count	18	5	23
		% within Ventilasi Udara	78.3%	21.7%	100.0%
	Baik	Count	7	10	17
		% within Ventilasi Udara	41.2%	58.8%	100.0%
Total		Count	25	15	40
		% within Ventilasi Udara	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.736 ^a	1	.017	.024	.019
Continuity Correction ^b	4.263	1	.039		
Likelihood Ratio	5.805	1	.016		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5.592	1	.018		
N of Valid Cases	40				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.38.

b. Computed only for a 2x2 table

6. Hubungan Faktor PHBS dengan Kejadian Skabies

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PHBS * Kejadian Skabies	40	100.0%	0	0.0%	40	100.0%

PHBS * Kejadian Skabies Crosstabulation

			Kejadian Skabies		Total
			Positif	Negatif	
PHBS	Negative	Count	20	7	27
		% within PHBS	74.1%	25.9%	100.0%
	Positif	Count	5	8	13
		% within PHBS	38.5%	61.5%	100.0%
Total		Count	25	15	40
		% within PHBS	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.748 ^a	1	.029	.041	.034
Continuity Correction ^b	3.350	1	.067		
Likelihood Ratio	4.699	1	.030		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4.630	1	.031		
N of Valid Cases	40				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.88.

b. Computed only for a 2x2 table

7. Hubungan Faktor Pengalaman Pribadi dengan Kejadian Skabies

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengalaman Pribadi * Kejadian Skabies	40	100.0%	0	0.0%	40	100.0%

Pengalaman Pribadi * Kejadian Skabies Crosstabulation

			Kejadian Skabies		Total
			Positif	Negatif	
Pengalaman Pribadi	Negative	Count % within Pengalaman Pribadi	18 81.8%	4 18.2%	22 100.0%
	Positif	Count % within Pengalaman Pribadi	7 38.9%	11 61.1%	18 100.0%
Total		Count % within Pengalaman Pribadi	25 62.5%	15 37.5%	40 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.785 ^a	1	.005		
Continuity Correction ^b	6.061	1	.014		
Likelihood Ratio	8.006	1	.005		
Fisher's Exact Test				.009	.007
Linear-by-Linear Association	7.590	1	.006		
N of Valid Cases	40				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.75.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 11. Hasil Analisis Multivariat

HASIL ANALISIS MULTIVARIAT

		Variables in the Equation ^c						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	pengalaman	1.956	.734	7.094	1	.008	7.071	1.676	29.828
	Constant	-3.460	1.207	8.223	1	.004	.031		
Step 2 ^b	AIR	21.320	13907.531	.000	1	.999	7.619	.000	.
	pengalaman	2.264	.814	7.741	1	.005	9.625	1.953	47.440
	Constant	-46.158	27815.063	.000	1	.999	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: pengalaman.

b. Variable(s) entered on step 2: AIR.

c. Stepwise procedure stopped because removing the least significant variable results in a previously fitted model.

Lampiran 12. Pondok Pesantren



a. Kondisi Kasur Santriwati



b. Kondisi Lemari dan Gantungan Baju



c. Ventilasi Udara



d. Koridor Kamar



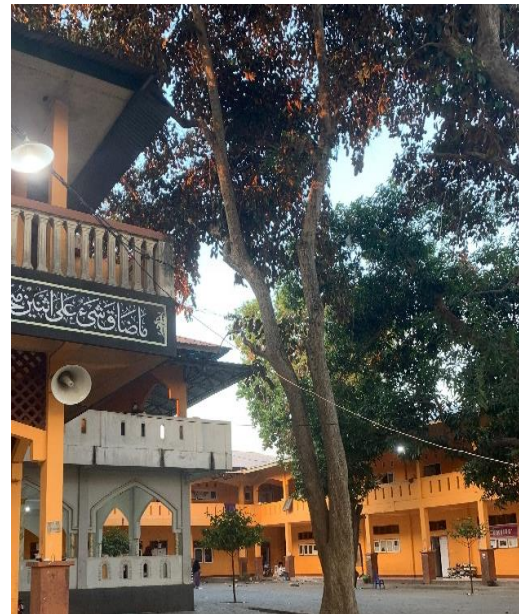
e. Koridor kamar



f. Ruangan Kamar Tidur



g. Halaman (Banyak Pohon Besar)



h. Halaman (Banyak Pohon Besar)



i. Halaman (Banyak Pohon Besar)



j. Kamar Mandi & Jemuran