

**HUBUNGAN ANTARA FAKTOR PENGETAHUAN
DAN PERILAKU DENGAN KUALITAS HIDUP
PENDERITA SKABIES DI PONDOK PESANTREN
SE-MALANG RAYA**

SKRIPSI

Oleh:

TSALSA DZIKRIA SAVIRA

NIM 16910016



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM
MALANG
2020**

**HUBUNGAN ANTARA FAKTOR PENGETAHUAN
DAN PERILAKU DENGAN KUALITAS HIDUP
PENDERITA SKABIES DI PONDOK PESANTREN
SE-MALANG RAYA**

SKRIPSI

**Diajukan Kepada:
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Islam Negeri
Maulana Malik Ibrahim Malang
Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Dalam Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran (S. Ked)**

**Oleh:
TSALSA DZIKRIA SAVIRA
NIM 16910016**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK
IBRAHIM MALANG
2020**

**HUBUNGAN ANTARA FAKTOR PENGETAHUAN
DAN PERILAKU DENGAN KUALITAS HIDUP
PENDERITA SKABIES DI PONDOK PESANTREN
SE-MALANG RAYA**

SKRIPSI

Oleh:
TSALSA DZIKRIA SAVIRA
NIM 16910016

Telah Diperiksa dan Disetujui untuk Diuji:
Tanggal 11 Maret 2020

Pembimbing I,



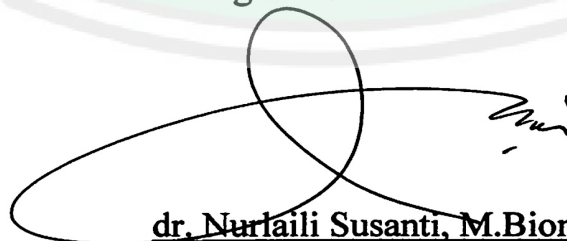
dr. Doby Indrawan, MMRS
NIDT 19781001 20170101 1 113

Pembimbing II,



dr. Prida Ayudianti, Sp. KK
NIDT 19830524 20170101 2 117

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Dokter



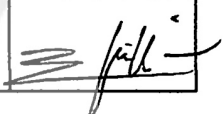
dr. Nurlaili Susanti, M.Biomed
NIP. 19831024 201101 2 007

**HUBUNGAN ANTARA FAKTOR PENGETAHUAN
DAN PERILAKU DENGAN KUALITAS HIDUP
PENDERITA SKABIES DI PONDOK PESANTREN
SE-MALANG RAYA**

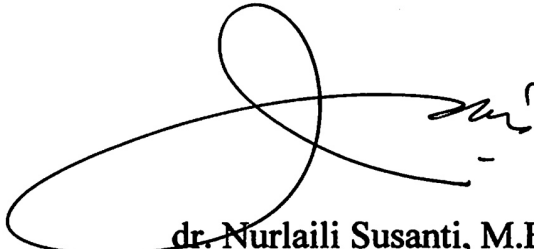
SKRIPSI

Oleh:
TSALSA DZIKRIA SAVIRA
NIM 16910016

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji Skripsi dan
Dinyatakan Diterima sebagai Salah Satu Persyaratan untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked)
Tanggal 11 Maret 2020

Penguji Utama	<u>Dr. dr. Herry Darsim Gaffar, M. Kes</u> NIP 19570701 198710 1 002	
Ketua Penguji	<u>dr. Prida Ayudianti, Sp. KK</u> NIDT 19830524 20170101 2 117	
Sekretaris Penguji	<u>dr. Doby Indrawan, MMRS</u> NIDT 19781001 20170101 1 113	
Anggota Penguji	<u>Nur Toifah, M.Pd</u> NIDT 19810915 20180201 2 216	

Mengesahkan,
Ketua Program Studi Pendidikan Dokter



dr. Nurlaili Susanti, M.Biomed
NIP. 19831024 201101 2 007

HALAMAN PERSEMBAHAN

Rasa syukur terucap kehadiran Allah Swt atas kuasanya sehingga sebuah karya kecil ini dapat terselesaikan dengan baik.

Kupersembahkan karya kecil ini untuk Bapak Widayanto dan Ibu Tri Hidayati Rohmah yang doanya tak pernah berhenti terpanjatkan kepada Allah Swt Yang Maha Rahmat sehingga anak ketiganya ini berhasil menginjak titik puncak masa pendidikan sarjana.

Jasamu tak kan pernah terbalaskan, walau gunung emas kuberikan. Hanya doa yang bisa kuberikan, semoga bapak dan ibu selalu dalam lindungan Allah Swt.

Aamiin.

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tsalsa Dzikria Savira

NIM : 16910016

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan data, tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan pikiran saya sendiri, kecuali dengan mencantumkan sumber cuplikan pada daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan skripsi ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi ini dengan judul “Hubungan antara Faktor Pengetahuan dan Perilaku dengan Kualitas Hidup Penderita Skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya”. Tujuan penulisan proposal skripsi ini untuk memenuhi syarat memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S. Ked) bagi mahasiswa program S1 di Program Studi Pendidikan Dokter Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang.

Selanjutnya pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat, penulis haturkan ucapan terima kasih karena terselesaikannya proposal skripsi ini tidak terlepas dari doa dan harapan serta bantuan dari semua pihak. Oleh karena itu, bagi semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil baik langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan proposal skripsi ini hingga selesai, saya ucapan terima kasih ini penulis sampaikan terutama kepada:

1. Prof. Dr. H. Abd. Haris, M. Ag, selaku rektor UIN Maulana Malik Ibrahim Malang.
2. Prof. Dr. dr. Bambang Pardjianto, Sp.B, Sp.BP-RE (K) dan dilanjutkan oleh Prof. Dr. dr. Yuyun Yueniwati Prabowowati Wadjib, M.Kes. Sp.Rad (K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Maulana Malik Ibrahim Malang.
3. dr. Nurlaili Susanti, M. Biomed selaku Ketua Program Studi Pendidikan Dokter UIN Maulana Malik Ibrahim Malang.
4. Dr. dr. Herry Darsim Gaffar, M. Kes selaku dosen penguji skripsi.

5. dr. Doby Indrawan, MMRS dan dr. Prida Ayudianti, Sp. KK selaku dosen pembimbing skripsi yang telah memberikan pengarahan, bimbingan, dan pengalaman yang sangat berharga.
6. Seluruh dosen, staf dan karyawan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Maulana Malik Ibrahim Malang.
7. Paping (Widayanto) dan Maming (Tri Hidayati Rohmah) tercinta yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan dalam segala hal.
8. Kakak tersayang Widyan Rahma Sania yang selalu ada untuk membantu dan mendukung pada berbagai situasi dan kondisi.
9. Sahabat UBUL, teman-teman Neonatus, dan Anindya yang selalu menghibur, memotivasi, dan memberikan semangat selama menyelesaikan proposal skripsi ini.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat kekurangan dan penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi para pembaca khususnya bagi penulis secara pribadi. *Amin Ya Rabbal Alamin.*

Wassalamualaikum Wr. Wb

Malang, 11 Maret 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
ABSTRAK.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
 BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Skabies.....	7
2.2 Faktor yang Berhubungan dengan Skabies.....	14
2.3 Pengetahuan.....	16
2.4 Perilaku.....	18
2.5 Kualitas Hidup.....	20
2.6 Pondok Pesantren.....	22
2.7 Derajat Kesehatan Masyarakat.....	24
 BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	
3.1 Kerangka Konsep.....	26
3.2 Hipotesis.....	27
 BAB IV METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian.....	28
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	28
4.3 Populasi Penelitian.....	28
4.4 Sampel Penelitian.....	29
4.5 Variabel Penelitian.....	30
4.6 Alat dan Bahan Penelitian.....	31
4.7 Definisi Operasional.....	32
4.8 Prosedur Penelitian.....	35
4.9 Alur Penelitian.....	36
4.10 Analisis Data.....	36

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian.....	38
5.2 Pembahasan	46
5.3 Kajian Integrasi Islam	54

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan.....	59
6.2 Saran.....	59

DAFTAR PUSTAKA.....	61
LAMPIRAN.....	66



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian.....	32
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Penderita Skabies Berdasarkan Pengetahuan Skabies.....	38
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Penderita Skabies Berdasarkan Perilaku.....	39
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Penderita Skabies Berdasarkan Kualitas Hidup.....	40
Tabel 5.4 Analisis Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dengan Kualitas Hidup.....	41
Tabel 5.5 Analisis Hubungan Antara Perilaku dengan Kualitas Hidup.....	43
Tabel 5.6 Analisis Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku.....	44

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Infeksi skabies di pergelangan dan sela jari.....	7
Gambar 2.2 Tungau jantan <i>Sarcoptes scabiei</i> dan telur dilihat menggunakan mikroskop dengan perbesaran (40x) diambil dari kerokan kulit pada papula penderita skabies	11
Gambar 2.3 Skabies di daerah aksila seorang anak dengan gambaran papula dan nodul, serta skabies di daerah sela jari dengan gambaran papula yang mengalami ekskoriiasi dengan likenifikasi kulit karena garukan kronis.....	13
Gambar 2.4 Faktor yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat.....	24



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Pengetahuan Penderita Skabies.....	66
Lampiran 2. Kuesioner Perilaku Penderita Skabies.....	67
Lampiran 3. Kuesioner DLQI untuk Mengukur Kualitas Hidup Penderita Skabies.....	69
Lampiran 4. Lembar Penjelasan Penelitian.....	70
Lampiran 5. Lembar Persetujuan Penelitian kepada Penderita Skabies	71
Lampiran 6. Lembar Asesmen Penderita Skabies.....	72
Lampiran 7. Pelaksanaan Penelitian	73
Lampiran 8. Contoh Lembar <i>Assesment</i> Santri yang diisi oleh Dokter.....	74
Lampiran 9. Contoh Lembar Persetujuan dan Kuesioner yang diisi oleh Santri.....	75
Lampiran 10. Hasil Analisis Bivariat.....	80
Lampiran 11. Lingkungan Pondok Pesantren.....	87

DAFTAR SINGKATAN

Acne-QoL	<i>Acne-specific Quality of Life questionnaire</i>
CU-Q2oL	<i>Chronic Urticaria Quality of Life questionnaire</i>
DLQI	<i>Dermatology Life Quality Index</i>
HRQOL	<i>Health Related Questionnaire of Health</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>



ABSTRAK

Savira, Tsalsa Dzikria. 2020. HUBUNGAN ANTARA FAKTOR PENGETAHUAN DAN PERILAKU DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA SKABIES DI PONDOK PESANTREN SE-MALANG RAYA. Skripsi. Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang. Pembimbing: (I) dr. Doby Indrawan, MMRS (II) dr. Prida Ayudianti, Sp. KK

Kata Kunci: *Skabies, Pengetahuan, Perilaku, Kualitas Hidup, Pondok Pesantren*

Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh tungau *Sarcoptes scabiei var hominis* yang sangat erat kaitannya dengan kebersihan perseorangan dan lingkungan, serta dengan jumlah orang yang tinggal secara bersama-sama pada suatu tempat. Kasus skabies masih banyak ditemukan di Indonesia, terutama pada lingkungan Pondok Pesantren. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan dan perilaku dengan kualitas hidup penderita skabies di Pondok Pesantren se-Malang Raya. Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional analitik, dengan jenis penelitian menggunakan pendekatan *cross sectional study*. Subjek penelitian ini adalah santri yang telah terdiagnosis skabies oleh dokter dan tinggal di beberapa Pondok Pesantren se-Malang Raya. Penentuan sampel penelitian dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling* yang merupakan prosedur pemilihan sampel berdasarkan kriteria yang telah ditentukan pada penelitian, didapatkan sampel minimal sebanyak 85 responden di beberapa Pondok Pesantren se-Malang Raya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang tidak signifikan antara pengetahuan tentang skabies dengan kualitas hidup ($p = 0,950$), dan terdapat hubungan yang tidak signifikan antara perilaku dengan kualitas hidup ($p = 0,590$) pada penderita skabies di Pondok Pesantren se-Malang Raya dengan probabilitas $> level\ of\ significance$ ($\alpha=0,05$). Hal tersebut menunjukkan bahwa perlu diadakan penyuluhan kesehatan untuk menurunkan angka skabies, sehingga kualitas hidup santri tidak terpengaruh akibat penyakit skabies.

ABSTRACT

Savira, Tsalsa Dzikria. 2020. RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE AND BEHAVIORAL FACTORS WITH THE QUALITY OF LIFE OF SCABIES PATIENTS IN PONDOK PESANTREN IN MALANG CITY. Thesis. Medical Departement, Medical and Health Sciences Faculty, The Islamic State University Maulana Malik Ibrahim of Malang. Advisor: (I) dr. Doby Indrawan, MMRS (II) dr. Prida Ayudianti, Sp. KK

Keywords: *Scabies, Knowledge, Behavior, Quality of Life, Pondok Pesantren*

Scabies is a skin disease caused by *Sarcoptes scabiei var hominis* which is very closely related to personal hygiene and the environment, as well as to the number of people who live together in a place. Scabies cases are still commonly found in Indonesia, especially in the boarding school environment. This study aims to determine the relationship between the level of knowledge and behavior and the quality of life of patients with scabies in Pondok Pesantren in Malang. This study used an observational analytic research design, with the type of research using a cross sectional study approach. The subjects of this study were students who had been diagnosed scabies by doctor and lived in several Pondok Pesantren in Malang. Determination of the research sample is done by using purposive sampling technique which is a sample selection procedure based on criteria determined in the study, a minimum sample of 85 respondents was obtained in several Pondok Pesantren in Malang. The results showed that there was no significant relationship between knowledge of scabies with quality of life ($p = 0.950$), and there was no significant relationship between behavior and quality of life ($p = 0.590$) in patients with scabies in Pondok Pesantren in Malang Raya with probability $>$ level of significance ($\alpha = 0.05$). This shows that it is necessary to hold health education to reduce the number of scabies, so that the quality of life of students is not affected by scabies.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kulit banyak ditemukan di Indonesia, dikarenakan Indonesia adalah negara yang beriklim tropis (Utomo, 2004). Proses perkembangan bakteri, parasit, dan juga jamur dapat dengan mudah berkembang pada lingkungan beriklim tropis. Selain itu, penyakit kulit juga sering ditemukan akibat kurangnya kebersihan diri (Kristiwiani, 2005). Skabies merupakan salah satu penyakit infeksi kulit menular paling tinggi yang terjadi di negara-negara tropis yang merupakan negara endemik dari penyakit skabies (Chosidow, 2009).

Skabies adalah salah satu penyakit yang terjadi akibat investasi dan sensitisasi terhadap kutu (tungau) yakni *Sarcoptes scabiei* yang selanjutnya ditulis *S. scabiei*, yakni *varian hominis* yang terdiri atas dua macam yaitu *S. scabiei varian hominis* yang menyerang manusia dan *S. scabiei varian animalis* yang dapat menyerang binatang (kucing, anjing, dan babi). Penularan terjadi secara kontak langsung dan tidak langsung, secara langsung misalnya bersentuhan dengan penderita atau secara tidak langsung misalnya melalui handuk dan pakaian (Anwar, 2014).

Prevalensi skabies di seluruh dunia dilaporkan sekitar 300 juta kasus per tahun. Wanita memiliki prevalensi lebih tinggi terkena penyakit skabies yaitu sebesar 56% dibandingkan dengan laki-laki. Hal tersebut diduga karena beberapa faktor seperti perilaku wanita yang memiliki kecenderungan lebih senang berada di dalam ruangan dan kontak satu sama lain yang lebih dekat dan lebih lama dari pada laki-laki yang membuat wanita dikatakan lebih rentan terkena skabies (Chosidow,

2009). Pada tahun 2013, Baur melaporkan prevalensi skabies di India sebesar 20,4%. Prevalensi tersebut ditinjau dari wilayah perkotaan dan pedesaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat prevalensi skabies pada daerah perkotaan lebih tinggi dari pada daerah pedesaan. Daerah perkotaan yang diteliti merupakan kota yang kumuh dan padat penduduk sehingga prevalensi skabies tinggi.

Menurut Setyaningrum (2013) skabies menduduki urutan ketiga dari 12 penyakit kulit tersering di Indonesia. Depkes RI menjelaskan bahwa berdasarkan data dari puskesmas seluruh Indonesia tahun 2008, prevalensi skabies adalah 5,6%-12,95%. Tahun 2003, prevalensi skabies pada 12 pondok pesantren di Kabupaten Lamongan adalah 48,8% (Ma'rufi, 2005) dan prevalensi di Pesantren An- Najah Magelang pada tahun 2008 adalah 43% (Saad, 2008).

Penelitian Vetronela (2018) pada asrama mahasiswa Kabupaten Kubu Raya menunjukkan bahwa usia seseorang tidak memengaruhi tingkat pengetahuan seseorang secara langsung, meskipun pada umumnya semakin tua usia seseorang semakin luas pula pengetahuannya. Hasil penelitian terhadap pengetahuan skabies menunjukkan bahwa sebagian besar responden (45,2 %) memiliki pengetahuan yang kurang tentang skabies. Sebagian responden menyatakan mereka belum pernah terpapar informasi mengenai skabies.

Faktor-faktor yang dapat memengaruhi kejadian skabies antara lain higiene yang buruk, keadaan sosial ekonomi rendah, imunitas yang menurun, kepadatan penduduk, serta hubungan seksual individu yang bersifat promiskuitas (Stone, 2008). Penyakit skabies pada umumnya menyerang individu yang hidup berkelompok seperti di panti asuhan, pondok pesantren, barak tentara, dan penjara (Sungkar, 2013). Ma'rufi (2005) berpendapat bahwa kasus skabies di pondok

pesantren berlangsung terus menerus dan prevalensinya masih sangat tinggi. Sesuai dengan hasil observasi Hannan (2014) yang dilakukan di Pondok Pesantren Miftahul Ihsan, didapatkan 12 orang yang menderita penyakit skabies, di mana penderita mengatakan bahwa penderita jarang memperhatikan kebersihan dirinya dikarenakan selalu mandi dengan air yang keruh. Hal tersebut sangat bertentangan dengan sebuah Hadis yang diriwayatkan dari Abu Malik al-Asyari bahwa Rasulullah saw. bersabda “*Kesucian merupakan separuh dari iman*” (H.R. Muslim dalam kitab *al-Thaharah, bab Fadhl al Wudhu*’, nomor 223 pada Elzaky, 2011).

Al -Qardhawi (2001), dalam bukunya menjelaskan bahwa kebersihan harus mendapatkan perhatian yang lebih, dikarenakan: (1) Kebersihan adalah hal yang disukai oleh Allah. Allah berfirman dalam Q.S. Al-Baqarah: 222: “*Sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang bertobat dan menyukai orang-orang yang menyucikan diri*” (Al Quran Al-Jumanatul ‘Ali, 2005); (2) Kebersihan merupakan kunci dari kesehatan dan kekuatan seseorang; (3) Kebersihan merupakan syarat untuk terlihat indah yang merupakan salah satu hal yang disukai oleh Allah dan Rasul-Nya, dikatakan dalam sebuah hadis: “*Sesungguhnya Allah itu indah dan menyukai keindahan*” (H.R.Muslim dalam Sahih Muslim, Tahqiq oleh Muhammad Fuad ‘Abd al-Baqy, Juz 1); serta (4) Kebersihan dan penampilan luar seseorang adalah faktor penguat ikatan antar sesama manusia, karena berdasarkan fitrahnya manusia tidak menyukai dan menghindari hal-hal yang menjijikkan. Sehingga dari pernyataan tersebut, kemudian disyari’atkan pada tiap manusia untuk mandi sebagai salah satu usaha dalam menjaga kebersihan dan memberikan penampilan luar yang baik.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Muzakir (2008) bahwa infeksi

skabies di pesantren berpengaruh pada kualitas hidup santri, misalnya santri merasa terganggu saat belajar dan prestasi belajarnya turun. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan Sudarsono di Medan pada tahun 2011 yang menunjukkan prestasi belajar santri menjadi lebih rendah dibandingkan sebelum menderita skabies.

Indonesia memiliki jumlah penduduk muslim terbanyak di dunia. Jumlah tersebut memengaruhi tingginya prevalensi terjadinya skabies, yang dibuktikan dari data Departemen Kesehatan RI pada tahun 2007, yakni sebanyak 14.798 pondok pesantren mempunyai prevalensi skabies cukup tinggi. Keadaan beberapa pondok pesantren di Malang Raya ditemukan bahwa pondok pesantren memiliki kondisi dengan faktor risiko yang membuat mudahnya santri terkena skabies, antara lain higiene yang kurang dan kepadatan santri pada setiap kamar. Satu kamar asrama terdiri dari sepuluh santri (putra/ putri dipisah) dengan fasilitas satu kamar mandi di setiap kamarnya. Air dari kamar mandi kadang memiliki warna hitam keruh dan kadang juga bersih. Tidak terdapat tempat untuk meletakkan handuk di setiap kamar, namun disediakan tempat penjemuran umum untuk menjemur handuk dan juga pakaian santri. Faktanya santri lebih memilih untuk meletakkan handuknya di sandaran tempat tidur masing-masing dikarenakan tempat penjemuran umum berada di tempat terbuka dan terpisah dari gedung asrama, serta terletak di dekat selokan yang berukuran lumayan besar.

Dikarenakan jumlah kasus skabies yang cukup tinggi dan faktor risiko tinggi yang membuat mudahnya terjangkit penyakit skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya, serta penelitian terkait hubungan antara pengetahuan dan perilaku pasien skabies terhadap kualitas hidup masih belum dilakukan, maka penulis

terdorong untuk melakukan penelitian mengenai hubungan tingkat pengetahuan dan perilaku pasien skabies dengan kualitas hidup penderita.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara faktor pengetahuan dan perilaku dengan kualitas hidup penderita skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

1. Untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan dan perilaku hidup pasien skabies dengan kualitas hidup penderita.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui faktor pengetahuan dan perilaku penderita skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya.
2. Mengetahui kualitas hidup penderita skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademik

Dapat digunakan sebagai salah satu acuan untuk penelitian selanjutnya, digunakan untuk menemukan salah satu upaya preventif dan promotif dalam menurunkan angka kesakitan penderita skabies serta mendukung perkembangan ilmu pengetahuan mengenai hubungan tingkat pengetahuan dan perilaku hidup pasien skabies dengan kualitas hidupnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

Dapat dijadikan sumber data kualitas hidup penderita skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya, sehingga pondok pesantren lebih memperhatikan pengetahuan santri mengenai skabies dan perilaku hidup bersih santrinya.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skabies

2.1.1 Definisi Skabies

Skabies adalah infeksi parasit yang diakibatkan oleh infestasi tungau *S. scabiei varian hominis* (Soutor dan Hordinsky, 2013). Skabies adalah salah satu penyakit manusia yang penyebabnya pertama kali diketahui pada abad ke-17 (Arlian dan Morgan, 2017). Skabies memiliki nama lain yakni: kudis, *the itch*, *gudig*, *budukan*, dan lain sebagainya. Skabies merupakan infeksi parasit yang cukup banyak ditemukan kejadiannya, karena skabies dapat menyerang manusia pada segala usia, dan pada berbagai kalangan sosial. Beberapa penyebab terjadinya kejadian skabies yang tinggi adalah karena penularan penyakit yang cepat, siklus hidup tungau *S. scabiei* yang pendek, dan sering ditemukan ketidakpatuhan pasien pada terapi (Tan, 2017).



Gambar 2.1 Infeksi skabies di pergelangan dan sela jari (Soutor dan Hordinsky, 2013).

2.1.2 Klasifikasi Skabies

Skabies mempunyai tiga presentasi klinik yaitu *classic*, *crusted*, dan *nodular*.

1. Skabies klasik merupakan skabies yang umum, menunjukkan gejala pruritus

yang parah (semakin parah pada malam hari), *fatigue* (lelah), mudah tersinggung, dan pada beberapa pasien mengalami demam dari impetigo sekunder atau selulitis. Parasit pada skabies klasik biasanya sedikit, rata-rata 10 sampai 12 tungau selama infestasi pada 3 bulan pertama (McCarthy, 2004 dalam Dewi dan Wathoni, 2017). Pada kulit terbentuk garis abu-abu yang merupakan hasil dari sekresi tungau yang sedang melaju (Burgess, 1994 dalam Dewi dan Wathoni, 2017).

2. *Crusted scabies* (skabies berkerak) terjadi pada pasien dengan sistem imun yang lemah, seperti pada terapi immunosupresif jangka panjang (yaitu penerima transplantasi organ) atau mereka yang terinfeksi HIV atau infeksi limfosit tipe T 1. Kelompok rentan lainnya adalah pasien cacat mental atau fisik, seperti mereka yang memiliki anggota tubuh lumpuh, neuropati sensorik, atau kusta, karena dalam kondisi tersebut tidak dapat merasakan gatal atau goresan (Cargill, 1997 dalam Dewi dan Wathoni, 2017). Tungau penyebab *crusted scabies* sama dengan tungau penyebab klasik skabies, namun banyaknya tungau menjadi pembeda keduanya. Tungau pada *crusted scabies* jauh lebih besar dan bisa berkisar antara ribuan hingga jutaan per pasien, sedangkan pada skabies klasik hanya 10-12 tungau. Perbedaan ini menyebabkan *crusted scabies* jauh lebih menular dibandingkan skabies klasik. Pengobatan pada pasien yang menderita *crusted scabies* cukup sulit dikarenakan pemberantasan tungau dan berat telur dari daerah kulit yang sangat banyak dan sulit dilakukan (Huekelbach, 2006 dalam Dewi dan Wathoni, 2017).
3. Skabies nodular adalah jenis skabies yang jarang terjadi yang ditandai dengan nodul coklat kemerahan yang sangat gatal setinggi 2 cm yang biasanya

ditemukan pada alat kelamin, bokong, selangkangan, dan aksila. Nodul dianggap sebagai hasil reaksi hipersensitivitas terhadap produk tungau karena tungau hampir tidak pernah diidentifikasi pada lesi ini (Chosidow, 2000 dalam Dewi dan Wathoni, 2017).

Berdasarkan buku *Clinical Dermatology* (Soutor dan Hordinsky, 2013), skabies mempunyai tiga presentasi klinik yaitu:

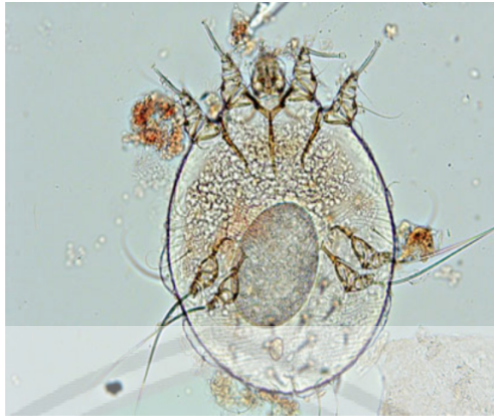
1. Skabies nodular: adalah jenis skabies yang biasanya timbul dengan beberapa nodul berwarna salmon kemerahan yang sangat pruritus dan biasanya ditemukan di aksila, pangkal paha, dan genital pria. Skabies nodular adalah reaksi hipersensitivitas yang biasanya terjadi setelah infestasi skabies sebelumnya yang berhasil diobati dan tidak selalu menunjukkan infeksi aktif.
2. Skabies bulosa: adalah jenis skabies dengan gambaran melepuh yang umumnya terjadi pada telapak tangan dan telapak kaki yang terinfeksi *Sarcoptes scabiei*. Skabies bulosa biasanya timbul dengan gambaran erupsi bulosa yang luas, kebanyakan terjadi pada orang dewasa lanjut usia. Sering terjadi kesalahan diagnosis pada skabies bulosa dengan pemfigoid bulosa.
3. Skabies berkrusta: adalah jenis skabies yang timbul dengan gambaran plak tebal, berkerak, atau bersisik dan sering terjadi kesalahan diagnosis dengan psoriasis. Skabies berkrusta biasanya memengaruhi individu yang berkebutuhan khusus, tua, cacat, atau lemah. Pasien-pasien ini sering tidak menunjukkan pruritus dan garukan yang khas. Jumlah tungau pada skabies berkrusta jauh lebih besar bisa berkisar ribuan tungau. Hal tersebut menyebabkan skabies berkrusta bersifat sangat menular.

2.1.3 Etiologi Skabies

Skabies merupakan suatu penyakit infeksi kulit yang disebabkan oleh tungau ektoparasit *Sarcoptes scabiei var hominis*, filum Arthropoda, orde akarina yang merupakan parasit obligat pada manusia yang berukuran 300-400 mikron (Heukelbach dan Feldmeier, 2006 dalam Dewi dan Wathoni, 2017). Memiliki gambaran putih seperti mutiara, tidak memiliki mata, tembus cahaya, kecil, berbentuk oval, dan perutnya rata (Chouella et. al, 2002 dalam Dewi dan Wathoni, 2017).

Tungau jantan dan betina melakukan kopulasi di permukaan kulit. Kopulasi ini hanya terjadi sekali selama hidup tungau betina. Tungau betina dapat membuat liang dalam epidermis kemudian meletakkan telur-telurnya di dalam liang tersebut. Tungau betina dewasa mati setelah 5 minggu di ujung terowongan. Sepanjang waktu ini, tungau akan memperpanjang terowongan dengan kecepatan yang bervariasi mulai dari 0.5-5 mm per hari (Chouella et. al, 2002 dalam Dewi dan Wathoni, 2017).

Siklus hidup *S. scabiei* dimulai saat tungau dewasa masuk ke dalam kulit *host* (manusia) dan tungau betina bertelur. Larva menetas dari telur dan akhirnya berkembang menjadi tungau dewasa, dan siklus berulang (Heukelbach dan Feldmeier, 2006 dalam Dewi dan Wathoni, 2017).



Gambar 2.2 Tungau jantan *Sarcoptes scabiei* dan telur dilihat menggunakan mikroskop dengan perbesaran (40x) diambil dari kerokan kulit pada papula penderita skabies (Soutor dan Hordinsky, 2013).

2.1.4 Cara Penularan Skabies

Penularan utama skabies adalah dari orang ke orang melalui kontak langsung pada situasi yang membuat adanya kontak kulit ke kulit dan juga kondisi kepadatan penduduk yang dapat meningkatkan insiden dari infestasi tungau (Soutor dan Hordinsky, 2013). Kejadian skabies berhubungan erat dengan tingkat kebersihan perseorangan dan lingkungan, serta kepadatan penduduk atau penghuni pada satu tempat yang sama dan sempit. Skabies dapat menular dengan mudah apabila penghuni tidur bersamaan di satu tempat tidur yang sama baik di lingkungan rumah tangga, sekolah yang di dalamnya terdapat fasilitas asrama dan pondok, fasilitas - fasilitas kesehatan yang dipakai oleh masyarakat luas, serta fasilitas umum lain yang dipakai secara bersama-sama dan dalam waktu berulang-ulang di lingkungan padat penduduk (Adhi et. al, 2010).

2.1.5 Patogenesis Skabies

Infestasi skabies dimulai saat tungau betina yang telah dibuahi berada di permukaan kulit. Selanjutnya, tungau tersebut akan mulai menggali terowongan dengan perkiraan waktu satu jam. Tiga puluh hari kemudian, terowongan yang pada

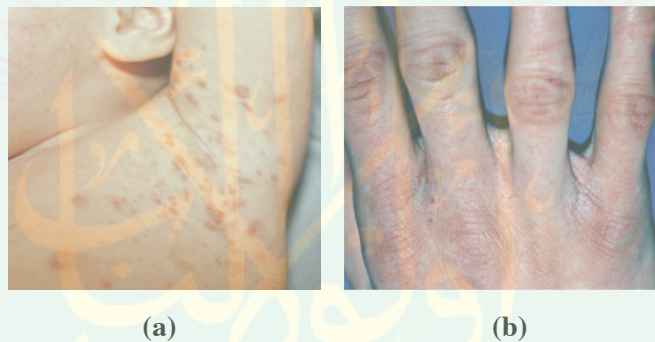
awalnya hanya berukuran beberapa milimeter dapat berubah lebih panjang menjadi beberapa centimeter. Namun terowongan ini tidak akan menembus lapisan kulit melebihi epidermis dan hanya terdapat di bagian stratum korneum. Tungau betina menggali terowongan untuk menyimpan telur-telurnya dan biasanya skibala juga dapat ditemukan di terowongan tersebut. Tungau, telur, dan produk lain inilah yang berperan menjadi iritan yang dapat merangsang sistem imun tubuh untuk mengerahkan komponen-komponennya (Kresno, 2010).

Antibodi dan sel sistem imun spesifik lainnya masih belum memberikan respon terhadap tubuh pada beberapa hari pertama setelah adanya infestasi tungau. Namun, tubuh melakukan perlawanan yang menyebabkan inflamasi oleh sistem imun non spesifik. Timbulnya kemerahan pada kulit, panas, nyeri dan bengkak merupakan tanda terjadinya inflamasi. Hal ini disebabkan oleh karena peningkatan persediaan darah ke tempat inflamasi yang terjadi atas pengaruh amin vasoaktif seperti histamine, triptamin, dan mediator lainnya yang berasal dari sel mastosit. Beberapa molekul seperti prostaglandin dan kinin, dapat mengalirkan plasma dan protein plasma melintasi endotel serta meningkatkan permeabilitas yang dapat menyebabkan gambaran kemerahan di kulit dan rasa panas. Rasa gatal di kulit juga disebabkan oleh mediator-mediator inflamasi tersebut. (Baratawidjaja, 2007).

2.1.6 Gambaran Klinis Skabies

Temuan klinis pada kulit yang ditimbulkan oleh infestasi tungau *S. scabiei* sangat bervariasi. Kelainan kulit tersebut tidak hanya disebabkan oleh tungau skabies tetapi juga oleh penderita sendiri akibat garukan. Masa inkubasi skabies diketahui berlangsung selama 4 - 6 minggu. Skabies dengan kasus reinfeksi, gejalanya akan timbul hanya dalam 4 - 6 hari. Selain itu terdapat suatu fase respons

alergi sesudah terjadinya investasi. Selama fase ini, tungau bisa terdapat di permukaan kulit tanpa menimbulkan rasa gatal. Gatal yang dirasakan oleh penderita skabies disebabkan oleh karena adanya sensitisasi terhadap sekret tungau. Setelah kontak pertama dengan tungau skabies, rasa gatal maupun *rash* timbul setelah kira-kira 6 - 8 minggu. Rasa gatal terutama pada malam hari disebabkan karena adanya peningkatan aktivitas tungau pada saat meningkatnya suhu tubuh. Kelainan yang tampak berupa terowongan berbentuk garis lurus atau seperti huruf S dengan panjang lebih kurang 1 cm. Selain terowongan, terdapat pula papul, papulo-vesikel, dan eritem. Garukan pada daerah yang mengalami skabies dapat menimbulkan erosi, ekskoriiasi, krusta dan infeksi sekunder (Anwar, 2014).



Gambar 2.3 (a) Skabies di daerah aksila seorang anak dengan gambaran papula dan nodul, (b) skabies di daerah sela jari orang dewasa dengan gambaran papula yang mengalami ekskoriiasi dengan likenifikasi kulit karena garukan kronis (Soutor dan Hordinsky, 2013).

Tempat predileksi pada daerah yang mempunyai lapisan tanduk tipis seperti sela jari tangan, pergelangan tangan bagian volar, bagian lateral siku, lipat ketiak bagian depan, areola *mammæ*, umbilikus, abdomen bagian bawah, genitalia eksterna pada laki-laki, bokong, dan tungkai bawah. Pada anak usia muda dan bayi, lesi juga cenderung timbul pada telapak tangan, kaki, dan kepala. Diketahui terdapat empat tanda utama (*cardinal sign*) untuk menegakkan diagnosis adanya infestasi skabies yaitu pruritus nokturnal, sekelompok orang, adanya terowongan atau kanalikuli, dan menemukan *S. scabiei* pada pemeriksaan (Anwar, 2014).

2.1.7 Diagnosis Skabies

Menurut Perdoski (Anonim, 2017), diagnosis perkiraan (presumtif) skabies dapat ditegakkan bila ditemukan 3 tanda (trias) di bawah ini:

1. Terdapat lesi kulit di daerah predileksi.
 - a) Lesi kulit: terdapat terowongan atau disebut kunikulus yang memiliki bentuk garis lurus maupun berkelok, berwarna putih atau abu-abu dengan ujung papul atau vesikel. Akan ditemukan pustul ataupun nodul, apabila terjadi infeksi sekunder.
 - b) Daerah predileksinya terjadi pada lapisan kulit dengan stratum korneum tipis, yaitu pada sela-sela jari tangan, pergelangan tangan bagian volar, siku bagian luar, lipatan ketiak, areola *mammae*, umbilikus, lipatan pantat, genitalia eksterna, dan perut bagian bawah. Pada bayi dapat mengenai wajah, skalp, telapak tangan dan telapak kaki.
2. Rasa gatal yang parah terutama terjadi pada malam hari (*pruritus nocturnal*).
3. Adanya riwayat sakit yang sama sebelumnya dalam satu rumah/lingkungan.

Diagnosis pasti dari skabies ditegakkan apabila ditemukan: tungau, larva, telur atau kotorannya melalui pemeriksaan penunjang (mikroskopis).

2.2 Faktor yang Berhubungan dengan Skabies

2.2.1 Sanitasi

Penyediaan air bersih merupakan kunci utama sanitasi kamar mandi yang berperan dalam penularan skabies, karena skabies termasuk ke dalam *water washed disease*. Ketersediaan air bersih yang tidak memenuhi syarat baik dari segi kuantitas maupun kualitas akan menyebabkan seseorang tidak dapat membersihkan dirinya secara maksimal dan efektif. Hal ini akan memengaruhi kondisi kesehatan orang

tersebut dalam pemenuhan kebersihan pribadinya yang akan berdampak pada timbulnya penyakit skabies. Selain itu, air yang kurang memenuhi persyaratan kesehatan apabila digunakan oleh penderita skabies akan meningkatkan risiko terjadinya infeksi sekunder akibat bakteri yang ada di air tersebut. Infeksi sekunder ini nantinya akan menyebabkan proses penyembuhan skabies menjadi lebih lama (Yunita et. al, 2018).

2.2.2 Pengetahuan

Penyakit skabies masih menjadi penyakit yang sulit diatasi pada manusia yang memiliki tingkat pendidikan dan pengetahuan yang rendah, begitu pula dengan pengendalian juga sangat sulit dilakukan (Wang, 2012).

2.2.3 Kepadatan penduduk

Faktor yang berpengaruh pada tingginya angka kejadian skabies di negara berkembang sering dikaitkan dengan kepadatan hunian. Penyebaran tungau skabies akan lebih mudah terjadi pada penduduk yang hidup berkelompok atau padat penghuni pada suatu lingkungan seperti di asrama, kelompok anak sekolah, maupun antar anggota keluarga pada rumah yang padat penghuni bahkan antar warga di suatu perkampungan (Menaldi et. al, 2015). Kepadatan hunian termasuk ke dalam salah satu syarat untuk menilai suatu kesehatan perumahan, di mana kepadatan hunian yang tinggi terutama pada kamar tidur akan memudahkan penularan penyakit skabies secara kontak langsung dari satu orang ke orang lain (Ratnasari et. al, 2014).

2.2.4 Perekonomian yang rendah

Status ekonomi masyarakat yang rendah di berbagai belahan dunia, di laporkan berpengaruh dengan kasus kejadian skabies. (Wang, 2012).

2.2.5 Higiene perorangan

Kebersihan adalah keadaan bebas dari kotoran, termasuk di antaranya adalah debu, sampah, dan bau. Kebersihan menandakan lambang kepribadian seseorang yang dapat dilihat dari tempat tinggal, pakaian, dan keadaan tubuhnya (Wang, 2012). Seseorang dengan *personal hygiene* kurang baik apabila berkontak dengan penderita skabies atau dengan benda-benda yang telah terkontaminasi tungau skabies akan lebih berisiko untuk menderita skabies karena tungau skabies akan lebih mudah menginfestasi individu dengan *personal hygiene* jelek. Sebaliknya, seseorang dengan *personal hygiene* baik apabila berkontak dengan sumber penularan skabies akan lebih sukar terinfeksi oleh tungau karena tungau dapat dihilangkan dengan mandi menggunakan sabun, mengganti pakaian setiap hari, mencuci pakaian dengan sabun, menyetrika pakaian dan lain sebagainya (Menaldi et. al, 2015).

2.2.6 Hubungan Seksual

Orang yang sering melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan merupakan populasi yang berisiko tinggi terkena skabies. Hal tersebut diakibatkan oleh penularan utama dari skabies terjadi melalui kontak tubuh secara langsung (Wang, 2012).

2.3 Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2014) pengetahuan merupakan hasil tahu seseorang setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra meliputi indra penglihatan, indra penciuman, indra pendengaran, indra rasa, dan indra raba. Tindakan yang dilakukan oleh seseorang sangat dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki. Sebagian besar pengetahuan

manusia diperoleh melalui mata dan juga telinga.

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai tingkatan yang berbeda dan dibagi dalam 6 tingkatan, yaitu:

1. Tahu (*know*)

Dikatakan tahu apabila seseorang dapat mengingat suatu materi yang telah ada atau telah dipelajari sebelumnya. Tahu dapat dikatakan sebagai tingkat pengetahuan yang paling rendah dan dapat diukur dengan menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan hal yang telah dipelajari.

2. Memahami (*comprehension*)

Kemampuan seseorang untuk menjelaskan secara benar terkait objek yang diketahui.

3. Aplikasi (*application*)

Kemampuan seseorang yang telah tahu dan memahami suatu materi yang telah dipelajari pada kondisi yang sebenarnya.

4. Analisis (*analysis*)

Kemampuan seseorang untuk dapat membedakan atau mengelompokkan suatu materi ke dalam komponen-komponen tertentu yang masih memiliki keterkaitan.

5. Sintesis (*synthesis*)

Kemampuan seseorang untuk dapat merangkum suatu teori yang baru dari materi yang sebelumnya telah ada, seperti dapat meringkas maupun menyusun suatu teori.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Kemampuan seseorang untuk dapat menilai suatu materi tertentu berdasarkan

pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

Wawancara maupun angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden dapat digunakan sebagai pengukuran pengetahuan. Pengetahuan yang diukur pada penelitian ini adalah berbagai hal yang diketahui responden mengenai penyakit skabies yang meliputi pengertian, cara penularan baik langsung maupun tidak langsung, masa inkubasi, gejala dari penyakit, daerah yang paling sering terkena, dan cara-cara pencegahan penyakit skabies agar tidak tertular.

Menurut Arikunto (2010), dengan mengajukan pertanyaan pada seseorang (skala yang bersifat kualitatif) dapat mengetahui dan mengukur tingkat pengetahuannya, yaitu:

1. Menjawab benar 76%-100% dari seluruh pertanyaan dikatakan baik.
2. Menjawab benar 56%-75% dari seluruh pertanyaan dikatakan cukup.
3. Menjawab benar <56% dari seluruh pertanyaan dikatakan kurang.

2.4 Perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan, merupakan tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas. Perilaku juga dapat diartikan sebagai semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak lain (Notoatmodjo, 2014).

Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati yang berhubungan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan terdiri atas

beberapa perilaku, yaitu perilaku untuk mencegah atau melindungi diri dari penyakit serta masalah kesehatan lain (kegiatan preventif), meningkatkan kesehatan diri (kegiatan promotif), dan mencari pengobatan atau penyembuhan apabila sakit (kegiatan kuratif dan rehabilitatif) (Notoatmodjo, 2010).

Perilaku kesehatan dibagi dalam 2 kelompok besar (Notoatmodjo, 2010), yaitu:

1. Perilaku Orang Sehat

Perilaku ini mencakup perilaku yang tampak maupun tidak tampak untuk mencegah penyakit (preventif) dan perilaku untuk meningkatkan kesehatan (promotif).

2. Perilaku Orang yang Sakit

Perilaku yang terjadi pada orang yang mengalami masalah kesehatan untuk mencari tindakan-tindakan yang dapat diambil untuk memperoleh kesembuhan atas penyakit yang sedang dideritanya.

Becker dalam Notoatmodjo (2010) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan:

1. Perilaku hidup sehat

Perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan untuk mempertahankan kesehatan.

2. Perilaku sakit (*illness behavior*)

Respons dan persepsi seseorang terhadap sakit dan penyakit tentang: penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit, dan lain sebagainya.

3. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*)

Orang sakit (pasien) mempunyai peran yang mencakup hak-hak orang sakit (*right*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*) yang harus diketahui oleh orang sakit sendiri maupun orang lain.

2.5 Kualitas Hidup

2.5.1 Kualitas Hidup Pasien Skabies

World Health Organization (WHO) mendefinisikan kualitas hidup adalah persepsi masing-masing individu terhadap keberadaan mereka pada kehidupan dalam konteks budaya norma yang berlaku di tempat tinggal mereka (*World Health Organization Quality of Life* 2012).

Kualitas hidup seseorang terkait kesehatan merupakan konsep yang lebih terbatas, melihat pengaruh kondisi kesehatan seseorang terhadap kualitas hidup yang dirasakan oleh orang tersebut. Sebagian besar penyakit kulit tidak memperpendek usia harapan hidup maupun mengancam nyawa, namun sebagian besar penyakit kulit dapat memengaruhi kehidupan penderita secara fisik, emosional, dan fungsional (Chen, 2012). Suatu penelitian menyebutkan bahwa lebih dari 50% pasien mengeluhkan rasa gatal maupun rasa tidak nyaman akibat kelainan kulitnya, dan 25% di antaranya dengan derajat parah (Tejada, 2011).

Komponen yang termasuk dalam kualitas hidup terkait kesehatan umumnya meliputi aspek kesehatan secara umum, fungsi fisik, gejala fisik dan toksisitas, fungsi emosional, fungsi kognitif, fungsi peran, kesejahteraan serta fungsi sosial, dan fungsi seksual. Peneliti umumnya mendeskripsikan apa yang dimaksud dengan kualitas hidup melalui komponen pertanyaan dalam kuesioner penelitiannya. Penilaian kualitas hidup terkait kesehatan setidaknya mencakup beberapa aspek seperti fisik, psikis, dan sosial (Fayers et. al, 2007).

Penelitian sebelumnya yang dilakukan Muzakir (2008), menunjukkan bahwa tingginya angka kejadian skabies di pondok pesantren menimbulkan efek terhadap kualitas hidup penderita. Santri merasa terganggu dalam belajar, prestasi belajar menurun, nilai rapor menurun bahkan ada beberapa santri yang tidak naik kelas dan tidak lulus ujian akhir. Menurut Worth (2012) skabies berpengaruh terhadap kualitas hidup yang dapat terjadi pada dewasa maupun anak-anak, yang menimbulkan rasa malu penderita terhadap penyakitnya, berusaha menutupi bagian tubuh yang terkena skabies, membatasi kegiatannya, dan penderita merasa diejek oleh orang sekitar atas penyakit skabies yang diderita (Worth *et al*, 2012).

2.5.2 Pengukuran Kualitas Hidup Pasien Skabies

Pengukuran kualitas hidup dapat dinilai menggunakan kuesioner yang mencakup semua penyakit secara umum seperti HRQOL (*Health Related Questionnaire of Health*) dan WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*). Terdapat pula kuesioner yang bertujuan untuk menilai kualitas hidup pada pasien dengan penyakit kulit seperti DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) dan Skindex. Tidak hanya kuesioner yang dapat mencakup banyak penyakit secara umum, terdapat juga kuesioner yang diperuntukkan khusus untuk sebuah penyakit seperti Acne-QoL untuk penderita jerawat dan CU-Q2oL untuk penderita urtikaria (Grob dan Gaudy-marqueste, 2006).

DLQI merupakan kuesioner yang bersifat spesifik untuk menilai kualitas hidup penderita dengan kelainan dermatologi yang dapat digunakan pada berbagai penyakit kulit, salah satunya yakni penyakit skabies. Kuesioner DLQI sangat sederhana namun juga sensitif menilai disabilitas akibat penyakit kulit. Kuesioner dapat dengan cepat dan akurat diisi oleh pasien sendiri tanpa bantuan (Lewis dan

Finlay, 2004).

Cara penilaian kualitas hidup menggunakan DLQI adalah dengan cara memberi kuesioner yang terdiri atas sepuluh pertanyaan mengenai gejala dan perasaan dari penyakit kulit yang diderita, aktivitas sehari-hari, kegiatan di waktu luang, pekerjaan dan sekolah, hubungan personal, dan terapi dalam seminggu terakhir. Aspek gejala dan perasaan terdiri atas dua pertanyaan (nomor 1 dan 2), aspek aktivitas sehari-hari terdiri atas dua pertanyaan (nomor 3 dan 4), aspek kegiatan di waktu santai terdiri atas dua pertanyaan (nomor 5 dan 6), aspek pekerjaan dan sekolah hanya terdiri atas satu pertanyaan (nomor 7), aspek hubungan personal terdiri atas dua pertanyaan (nomor 8 dan 9), dan aspek terapi terdiri atas satu pertanyaan (nomor 10) (Lewis dan Finlay, 2004).

Pilihan jawaban kuesioner menunjukkan seberapa besar penderita terganggu oleh setiap masalah. Pilihan tersebut dimulai dari pilihan sangat besar yang menggambarkan jawaban sangat berpengaruh pada kualitas hidup dan pilihan terakhir yaitu tidak sama sekali yang menggambarkan jawaban tidak terdapat pengaruh terhadap kualitas hidup. Setelah semua pertanyaan telah dipenuhi, skor akan ditotal. Semakin tinggi total skor yang didapatkan, mengindikasikan kualitas hidup yang semakin buruk (Rahmatina, 2013).

2.6 Pondok Pesantren

Pesantren berasal dari kata santri yang diberi awalan “pe” dan akhiran “an” menjadi “pesantrian” yang dikarenakan pengucapan kata itu kemudian berubah menjadi terbaca “en” (pesantren), yaitu sebutan untuk bangunan fisik atau biasa disebut asrama di mana bangunan tersebut digunakan untuk para santri bertempat tinggal. Tempat tersebut dalam bahasa Jawa dikatakan pondok atau pemonudukan.

Kata santri sendiri berasal dari kata cantrik atau murid, yang berarti murid dari seorang resi atau seseorang yang memiliki ilmu, yang juga biasanya menetap dalam satu tempat yang dinamakan dengan padepokan. Pesantren mempunyai persamaan dengan padepokan dalam beberapa hal, yaitu adanya murid (cantrik dan santri), adanya guru (kiai dan resi), adanya bangunan (pesantren dan padepokan), dan terakhir adanya kegiatan belajar mengajar (Yusuf dan Suwito, 2009).

Pondok pesantren adalah tempat pendidikan bagi para santri untuk mempelajari ilmu pengetahuan agama Islam yang diajarkan oleh Ustadz maupun Kyai. Santri yang berada di Pondok pesantren pada dasarnya sama dengan murid di sekolah umum yang harus berkembang dan perlu mendapat pelatihan khusus terutama mengenai kesehatan dan pertumbuhannya. Permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh santri-santri dengan yang dihadapi oleh murid di sekolah umum tidaklah berbeda, namun permasalahan bagi santri yang menetap di pondok akan bertambah lagi dengan masalah kesehatan lingkungan yang ada di pondok yang mereka tempati (Rohmawati, 2010).

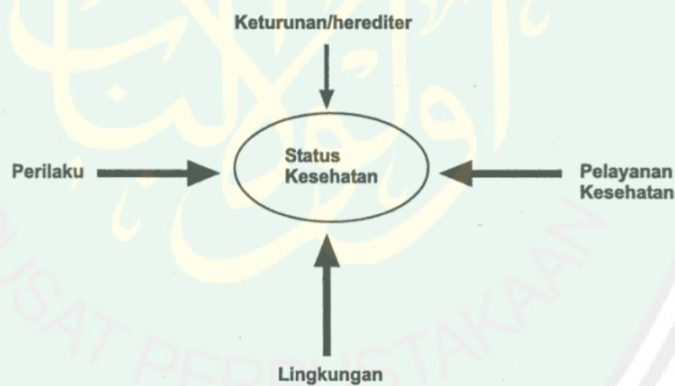
Permasalahan kesehatan pada santri yang terjadi di pondok pesantren disebabkan oleh perilaku hidup bersih dan sehat terutama kebersihan perseorangan, yang kurang mendapatkan perhatian dari warga pesantren itu sendiri. Keadaan tinggal bersama dengan sekelompok orang di pondok pesantren menjadi salah satu faktor risiko penularan berbagai penyakit terutama penyakit kulit. Selain itu, masih ada pesantren yang bertahan dengan kondisi lingkungan kumuh, kamar mandi dan WC yang kotor, lembab, dan sanitasi yang buruk. Perilaku tidak sehat yang dimiliki santri seperti menggantung pakaian dalam kamar dan saling meminjam benda

pribadi, seperti sisir dan handuk juga dapat memperburuk kondisi kesehatan para santri (Akmal, 2013).

2.7 Derajat Kesehatan Masyarakat

Teori Blum menjelaskan bahwa status kesehatan seseorang ditentukan berdasarkan empat faktor yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan. Termasuk dalam empat faktor tersebut adalah (Hartoyo, et. al, 2015):

1. Lingkungan berupa lingkungan fisik (dapat bersifat alami atau buatan), kimia, biologik, dan sosial budaya.
2. Perilaku mencakup sikap, kebiasaan, dan tingkah laku.
3. Pelayanan kesehatan yang terdiri dari promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
4. Keturunan (genetik) atau faktor bawaan yang dimiliki setiap manusia.



Gambar 2.3 Faktor yang memengaruhi status kesehatan masyarakat (Ryadi, 2016).

Teori tersebut ditujukan untuk menjelaskan status kesehatan komunitas yang menunjukkan bahwa status kesehatan komunitas setidaknya dipengaruhi oleh faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan, di mana faktor perilaku dan faktor lingkungan adalah faktor dengan pengaruh terbesar

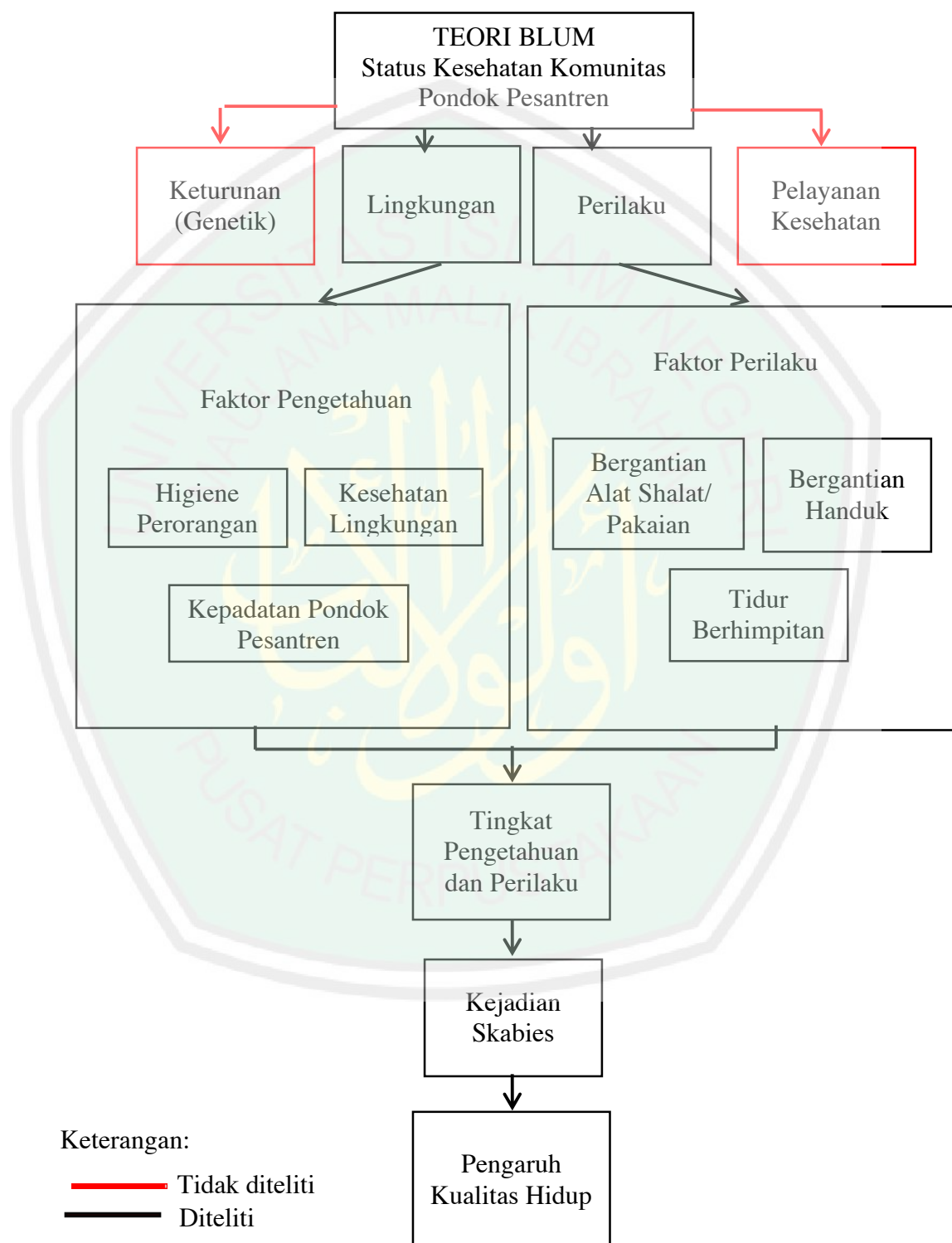
yang memberi kontribusi sebesar 70% terhadap status kesehatan masyarakat (Ryadi, 2016).

Berdasar teori di atas, lingkungan termasuk sosial budaya dan perilaku adalah dua hal yang erat kaitannya dan saling memengaruhi. Berbagai aspek sosial budaya dan perilaku tentunya akan berdampak pada status kesehatan, baik secara langsung maupun tidak langsung (Noorkasiani, et. al, 2007). Aspek lingkungan dan pengetahuan berdampak pada kasus skabies yang terjadi pada pondok pesantren dapat dilihat pada faktor lingkungan berupa pengetahuan tentang higiene perorangan, kesehatan lingkungan, dan kepadatan hunian pondok pesantren, sedangkan faktor perilaku berupa perilaku bergantian alat shalat atau pakaian, bergantian handuk, dan tidur berhimpitan. Tingkat pengetahuan dan perilaku penderita dapat memengaruhi kejadian skabies yang merupakan gambaran dari status kesehatan komunitas di pondok pesantren.

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Berdasarkan Teori Blum mengenai status kesehatan komunitas, faktor yang memengaruhi kesehatan komunitas adalah faktor keturunan, lingkungan, perilaku, dan pelayanan kesehatan. Faktor lingkungan dapat dilihat dari segi pengetahuan dan faktor perilaku penderita skabies dapat menjadi penyebab terjadinya skabies. Faktor pengetahuan berupa pengetahuan tentang higiene perorangan, kesehatan lingkungan, dan kepadatan hunian pondok pesantren, sedangkan faktor perilaku berupa perilaku bergantian alat shalat atau pakaian, bergantian handuk, dan tidur berhimpitan. Tingkat pengetahuan dan perilaku penderita dapat memengaruhi kejadian skabies yang selanjutnya akan memengaruhi kualitas hidup penderita.

3.2 Hipotesis Penelitian

Terdapat hubungan antara faktor pengetahuan dan perilaku terhadap kualitas hidup penderita skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode observasional analitik, dengan jenis penelitian menggunakan pendekatan *cross sectional study* yaitu pengambilan data yang dilakukan hanya sekali dengan menggunakan kuesioner sebagai instrumen penelitiannya. Penelitian ini mengukur hubungan antara tingkat pengetahuan dan perilaku terhadap kualitas hidup penderita skabies di beberapa Pondok Pesantren Se-Malang Raya.

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di beberapa Pondok Pesantren Se-Malang Raya yang dilaksanakan pada bulan Januari 2020, yaitu:

- PP Sabilurrosyad Gasek Putra Malang
- PP Sabilurrosyad Gasek Putri Malang
- PP Bahrul Maghfiroh Malang
- PPSQ Asy- Syadzili 2 Sumberpasir
- PP Salafiyah Al-Ittihad Putra Poncokusumo

4.3 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah santri yang menderita skabies yang tinggal di beberapa Pondok Pesantren “Se-Malang Raya” dan telah didiagnosis oleh dokter.

4.4 Sampel Penelitian

4.4.1 Besar Sampel

Besar sampel ditentukan dalam jangka waktu bulan Januari 2020, yang disesuaikan dengan kriteria inklusi. Menentukan sampel minimal pada penelitian ini, dilakukan dengan menghitung menggunakan rumus besar sampel minimal sebagai berikut (Sastroasmoro, 2014):

$$N = \frac{Z^2 \alpha^2 PQ}{d^2}$$

Keterangan:

N = Jumlah sampel minimum yang diperlukan

$Z \alpha^2$ = Nilai distribusi normal baku (table Z) pada α tertentu (kepercayaan 95/1,96)

P = Proporsi penderita skabies secara general (diketahui nilainya dari studi pusaka/literature=0,67)

Q = 1 – proporsi

d = Kesalahan (absolut) yang dapat di tolerir (0,1)

$$N = \frac{1,96^2 \times 0,67 (1-0,67)}{0,1^2}$$

$$= \frac{3,8416 \times 0,67 \times 0,33}{0,01}$$

$$= \frac{0,84937776}{0,01}$$

$$= 84,937776$$

Dengan menggunakan rumus di atas, didapatkan besar sampel pada penelitian ini yaitu sebesar 84,93 sampel atau dibulatkan menjadi 85 sampel.

4.4.2 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan untuk mengambil sampel adalah dengan menggunakan teknik *Purposive sampling*, yaitu subyek yang dipilih telah memenuhi kriteria penelitian sesuai kriteria yang ditentukan. Adapun kriteria inklusinya adalah sebagai berikut:

1. Santri yang terdiagnosis skabies oleh dokter
2. Terdaftar sebagai santri yang tinggal dan menetap di Pondok Pesantren di daerah Malang Raya pada tahun 2020 minimal selama 3 bulan atau lebih.
3. Bersedia menjadi subjek penelitian atau sebagai responden

Adapun kriteria eksklusinya adalah sebagai berikut:

1. Santri yang tidak terdiagnosis skabies oleh dokter
2. Tidak terdaftar atau terdaftar sebagai santri yang tinggal dan menetap di Pondok Pesantren di daerah atau bukan di daerah Malang Raya pada tahun 2020 selama kurang dari 3 bulan.
3. Tidak bersedia menjadi subjek penelitian atau sebagai responden

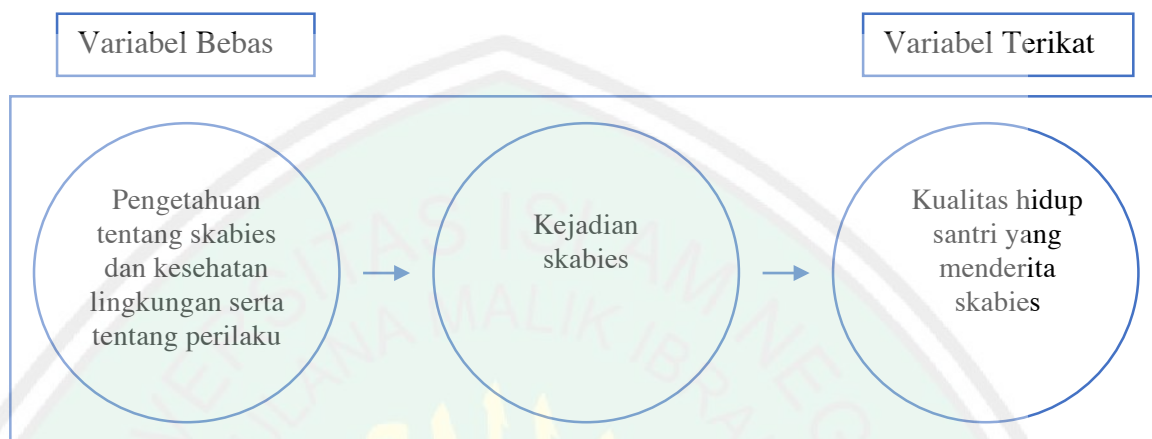
4.5 Variabel Penelitian

4.5.1 Variabel Independen

Variabel bebas pada penelitian ini adalah faktor pengetahuan tentang skabies dan kesehatan lingkungan serta tentang perilaku.

4.5.2 Variabel Dependen

Variabel terikat pada penelitian ini adalah kualitas hidup santri yang menderita skabies.



4.6 Alat dan Bahan Penelitian

Penelitian ini didukung dengan penggunaan beberapa item, antara lain:

- Data yang didapatkan dari lembar asesmen pasien dan diisi oleh dokter untuk mengetahui bahwa pasien telah terdiagnosis skabies
- Lembar kuesioner tingkat pengetahuan tentang skabies dan perilaku sebagai alat ukur variabel yang sebelumnya telah digunakan pada penelitian lain, serta telah diuji validitas dan reabilitas oleh peneliti.
- Lembar kuesioner DLQI yang sebelumnya telah dipersiapkan untuk dapat memperoleh data pasien.

4.6.1 Uji Validitas dan Kepercayaan Daftar Kuesioner

Dalam penelitian ini dipilih seluruh poin yang tercakup kedalam kuesioner DLQI yang telah dibuktikan dari beberapa penelitian bahwa DLQI memiliki karakteristik psikometri yang baik, termasuk validitas dan reliabilitas (Rogers *et al.*,

2012). Kuesioner pengetahuan dan perilaku juga telah diuji validitas dan reliabilitasnya, sehingga kuesioner dapat digunakan dan dipercaya untuk dijadikan alat untuk mengumpulkan data (Rohmawati, 2010).

Uji validitas merupakan ukuran seberapa baik alat ukur melakukan fungsi ukurnya. Sebuah item pertanyaan dapat dikatakan valid apabila memiliki korelasi yang tinggi terhadap skor total item. Untuk melakukan uji validitas, metode yang dilakukan adalah mengukur korelasi antara setiap pertanyaan dengan skor pertanyaan secara keseluruhan. Tahap-tahap yang harus dilakukan untuk pengujian validitas adalah:

- 1 Mendefinisikan konsep yang diukur menjadi suatu definisi operasional.
- 2 Melakukan uji coba pada beberapa responden.
- 3 Mempersiapkan tabel tabulasi jawaban.
- 4 Menghitung nilai korelasi antara skor tiap jawaban dengan skor total semua jawaban dengan rumus *Korelasi Pearson Product Moment*.

Uji reliabilitas berkaitan dengan kepercayaan terhadap alat ukur. Suatu alat ukur memiliki reliabilitas atau tingkat kepercayaan yang tinggi apabila hasil pengujian alat ukur tersebut menunjukkan hasil yang tetap. (Setyawan, 2014). Kuesioner atau angket dapat dikatakan reliabel apabila memiliki nilai *Alpha* paling sedikit 0,7 (Riwidikdo, 2012).

4.7 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Pengetahuan	Pengetahuan mengenai kesehatan lingkungan merupakan suatu pemahaman responden mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan kesehatan lingkungan dalam upaya mencegah terjadinya kejadian skabies	Kuesioner yang terdiri dari 20 pertanyaan .	Jika penelitian ini menunjukkan: a. Kategori baik apabila skor jawaban $\geq 50\%$ b. Kategori kurang baik jika skor jawabannya $< 50\%$	Ordinal
Perilaku	Perilaku adalah kebiasaan dan kegiatan yang dilakukan oleh responden dalam menjalani kehidupan sehari-hari yang dalam penelitian ini dilihat perilakunya dalam bergantian alat shalat maupun pakaian, bergantian handuk, dan tidur secara berhimpitan (Rohmawati, 2014).	Kuesioner yang terdiri dari 19 pertanyaan .	Jika penelitian ini menunjukkan: a. Perilaku bergantian alat shalat atau pakaian dan bergantian handuk - Dikatakan ya apabila skor jawaban dari responden $\leq 50\%$, dengan catatan nomor 3 dijawab ya. - Dikatakan tidak apabila skor jawaban $> 50\%$ dengan catatan nomor 3 dijawab tidak. b. Perilaku tidur berhimpitan	Ordinal

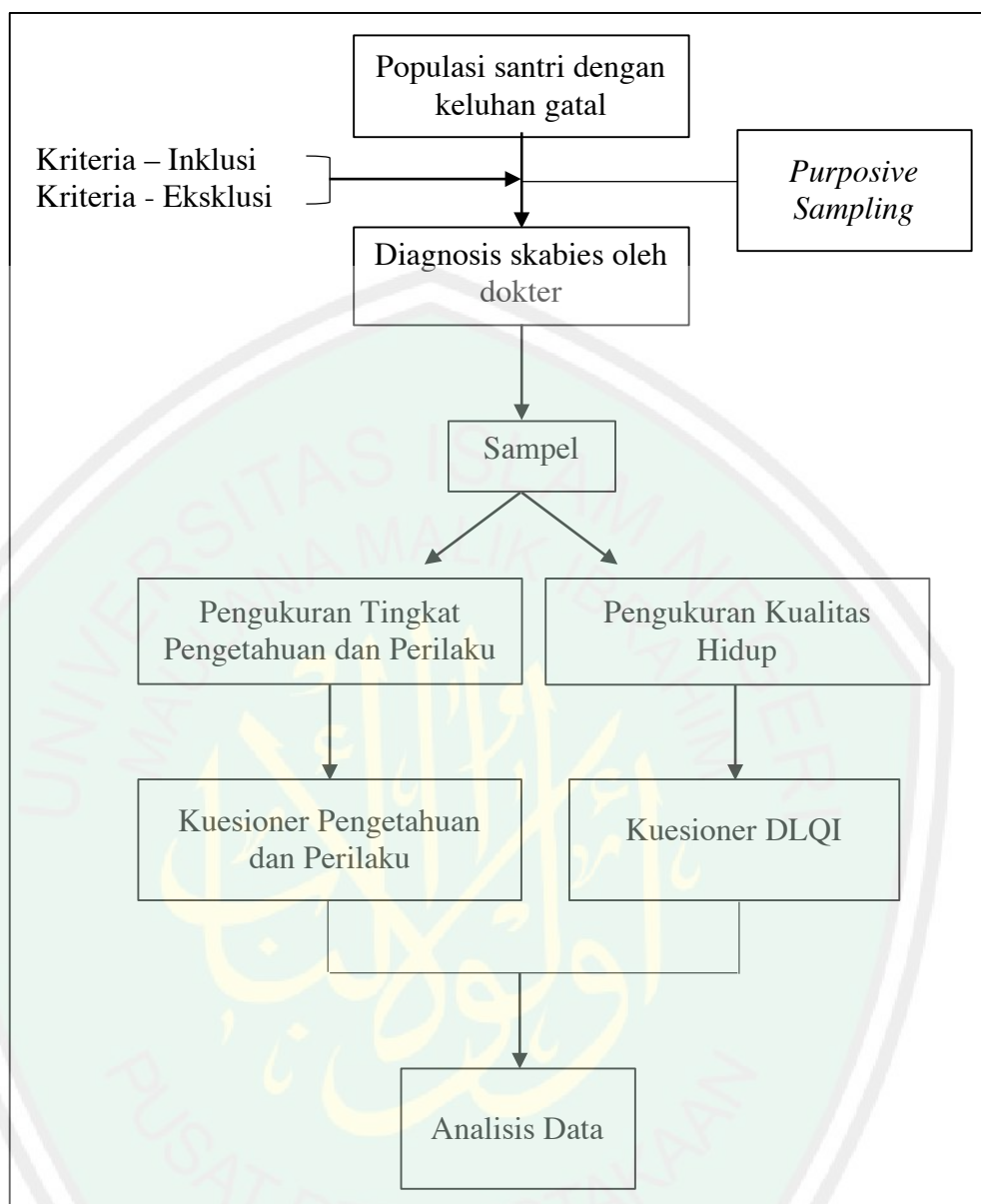
			- Dikatakan ya apabila skor jawaban $\leq 60\%$ dengan catatan pertanyaan nomor dua dan tiga dijawab ya. - Dikatakan tidak apabila skor jawaban $> 40\%$ dengan catatan pertanyaan nomor dua dan tiga dijawab tidak.	
Skabies	Skabies merupakan penyakit infeksi parasit yang termasuk ke dalam penyakit mudah menular. Biasa disebut dengan kudis, budug, dan gatal agogo. Skabies disebabkan oleh adanya investasi serta sensitisasi tungau <i>Sarcoptes scabiei varian hominis</i> . (Anwar, 2014).	Diagnosis oleh dokter.	Ditegakkan diagnosis skabies apabila ditemukan 3 tanda yaitu terdapat lesi kulit pada daerah predileksi, gatal pada malam hari, dan adanya riwayat sakit yang sama sebelumnya dalam suatu lingkungan. Diagnosis pastinya ditegakkan apabila ditemukan: tungau, larva, telur atau kotorannya melalui pemeriksaan penunjang (mikroskopis).	Nominal
Kualitas Hidup	Kualitas hidup adalah persepsi masing-masing individu terhadap keberadaan mereka pada kehidupan dalam konteks budaya norma	Kuesioner yang terdiri dari 10 pertanyaan	Skor DLQI dapat dianalisis pada tiap aspeknya, dengan nilai maksimal 6 untuk aspek yang terdiri atas dua pertanyaan, dan nilai maksimal 3 untuk aspek yang terdiri atas satu	Ordinal

	yang berlaku di tempat tinggal mereka (Anonim, 1997).		pertanyaan. Disyaratkan semua pertanyaan dalam aspek harus dijawab jika ingin dilakukan analisis tiap aspek. Skor total DLQI diperoleh dengan menjumlahkan nilai tiap pertanyaan, sehingga nilai maksimal adalah 30 dan nilai minimal 0. Semakin tinggi skor total, semakin buruk kualitas hidup seseorang. Interpretasi skor total adalah: a. Tidak berpengaruh (0-1) b. Pengaruh kecil (2-5) c. Pengaruh sedang (6-10) d. Pengaruh besar (11-20) e. Pengaruh sangat besar (21-30) (Rahmatina, 2013).	
--	---	--	---	--

4.8 Prosedur Penelitian

Penelitian dilakukan dengan melakukan diagnosis skabies pada santri oleh dokter. Selanjutnya melakukan pengumpulan data berupa data kualitatif yang didapatkan dari pengisian tiga kuesioner secara langsung pada santri yang terdiagnosis skabies. Kuesioner pertama mengenai faktor pengetahuan tentang kesehatan lingkungan, kuesioner kedua mengenai perilaku santri yang meliputi bergantian handuk, pakaian atau alat shalat dan tidur secara berhimpitan, serta kuesioner yang ketiga mengenai kualitas hidup.

4.9 Alur Penelitian



4.10 Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini untuk melihat kemungkinan adanya hubungan yang bermakna antara variabel bebas (dependent) dengan variabel terikat (independent) yaitu pengetahuan dan perilaku terhadap kualitas hidup penderita skabies pada santri. Analisis menggunakan uji statistik *chi square*. Melalui uji statistik *chi square* akan diperoleh tingkat signifikansi (nilai p) sebesar 0,05. Penelitian antar dua variabel dikatakan bermakna jika mempunyai nilai $p \leq$

0,05 dimana terdapat hubungan yang bermakna antara variabel dependen dan variabel independen. Namun sebaliknya, bila nilai $p > 0,05$ maka tidak terdapat hubungan yang bermakna antara variabel dependen dan variabel independen. Dasar pengambilan keputusan penerimaan hipotesis penelitian berdasarkan tingkat signifikansi (nilai p) adalah:

1. Jika nilai $p > 0,05$ maka hipotesis penelitian ditolak.
2. Jika nilai $p < 0,05$ maka hipotesis penelitian diterima.



BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Analisis Deskriptif

a. Distribusi Frekuensi Penderita Skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya Berdasarkan Pengetahuan Skabies

Distribusi frekuensi penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya berdasarkan pengetahuan tentang skabies dapat disajikan pada tabel berikut:

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Penderita Skabies Berdasarkan Pengetahuan Skabies

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Kurang	44	48,9%
Baik	46	51,1%
Total	90	100%

Sumber: Data Primer Penelitian, 2020.

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa dari 90 penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya yang berpartisipasi dalam penelitian ini, yaitu: sebanyak 48,9% memiliki pengetahuan tentang skabies yang kurang; sedangkan sebanyak 51.1% penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya memiliki pengetahuan tentang skabies yang baik.

Hal ini menunjukkan bahwa dari 90 penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya yang hampir sebanding antara yang memiliki pengetahuan skabies yang baik dengan yang memiliki pengetahuan skabies yang kurang (51,1% : 48,9%).

b. Distribusi Frekuensi Penderita Skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya Berdasarkan Perilaku

Distribusi frekuensi penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya berdasarkan perilaku dapat disajikan pada tabel berikut:

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Penderita Skabies Berdasarkan Perilaku

Perilaku	Frekuensi	Persentase
Kurang	30	33,3%
Baik	60	66,7%
Total	90	100 %

Sumber: Data Primer Penelitian, 2020.

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa dari 90 penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya yang berpartisipasi dalam penelitian ini, yaitu: sebanyak 33,3% memiliki perilaku yang kurang baik; sedangkan sebanyak 66,7% penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya memiliki perilaku yang baik.

Hal ini menunjukkan bahwa dari 90 penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya yang berpartisipasi dalam penelitian ini, sebagian besar memiliki perilaku yang baik (66,7%).

c. Distribusi Frekuensi Penderita Skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya Berdasarkan Kualitas Hidup

Distribusi frekuensi penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya berdasarkan kualitas hidup dapat disajikan pada tabel berikut:

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Penderita Skabies Berdasarkan Kualitas Hidup

Perilaku	Frekuensi	Persentase
Kecil	5	5,6%
Sedang	33	36,7%
Besar	45	50,0%
Sangat Besar	7	7,8%
Total	90	100 %

Sumber: Data Primer Penelitian, 2020.

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa dari 90 penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya yang berpartisipasi dalam penelitian ini, yaitu: sebanyak 5,6% memiliki kualitas hidup dalam kategori kecil; sedangkan sebanyak 36,7% penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya memiliki kualitas hidup dalam kategori sedang; dan sebanyak 50,0% penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya memiliki kualitas hidup dalam kategori besar; serta sebanyak 7,8% penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya memiliki kualitas hidup dalam kategori sangat besar.

Hal ini menunjukkan bahwa dari 90 penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya yang berpartisipasi dalam penelitian ini, sebagian besar memiliki kualitas hidup dalam kategori besar.

5.1.2 Analisis Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dan Perilaku dengan Kualitas

Hidup pada Pasien Skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya

- a. Analisis Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Kualitas Hidup pada Penderita Skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya**

Analisis hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kualitas hidup pada penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya dapat diketahui sebagaimana tabel berikut ini:

Tabel 5.4 Analisis Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Kualitas Hidup

Pengetahuan	Kualitas Hidup								Jumlah		<i>p value</i>
	Kecil		Sedang		Besar		Sangat Besar				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kurang	3	3,30 %	16	17,80 %	22	24,40 %	3	3,30 %	44	48,90 %	0,950
Baik	2	2,20 %	17	18,90 %	23	25,60 %	4	4,40 %	46	51,10 %	
Total	5	5,60 %	33	36,70 %	45	50,00 %	7	7,80 %	90	100%	

Sumber: Data Primer Penelitian, 2020.

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 90 penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya, yaitu: penderita yang memiliki pengetahuan skabies kurang dengan pengaruh kualitas hidup yang kecil adalah 3,30%; sedangkan penderita yang memiliki pengetahuan skabies kurang dengan pengaruh kualitas hidup yang sedang adalah 17,80%; dan penderita yang memiliki pengetahuan skabies kurang dengan pengaruh kualitas hidup yang besar adalah 24,40%; serta penderita yang memiliki pengetahuan skabies kurang dengan pengaruh kualitas hidup yang sangat besar adalah 3.30%.

Hal ini menunjukan bahwa sebagian besar penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya yang memiliki tingkat pengetahuan skabies yang kurang, memiliki pengaruh kualitas hidup yang besar (24,40%).

Selanjutnya dari 90 penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya, yaitu: penderita yang memiliki pengetahuan skabies baik dengan pengaruh kualitas

hidup yang kecil adalah 2,20%; sedangkan penderita yang memiliki pengetahuan skabies baik dengan pengaruh kualitas hidup yang sedang adalah 18,90%; dan penderita yang memiliki pengetahuan skabies yang baik dengan pengaruh kualitas hidup yang besar adalah 25,60%; serta penderita memiliki pengetahuan tentang skabies yang baik dengan pengaruh kualitas hidup yang sangat besar adalah 4,40%.

Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya yang memiliki tingkat pengetahuan skabies yang baik, juga memiliki pengaruh kualitas hidup yang besar (25,60%).

Pengujian hubungan pengetahuan tentang skabies dengan kualitas hidup pada penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya dilakukan menggunakan *Chi Square*. Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa nilai probabilitas *Chi-Square* sebesar 0.950. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas $> level\ of\ significance$ ($\alpha = 0,05$). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang tidak signifikan antara pengetahuan tentang skabies dengan kualitas hidup pada penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya.

b. Analisis Hubungan Antara Perilaku dengan Kualitas Hidup pada Penderita Skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya

Analisis hubungan antara perilaku dengan kualitas hidup pada penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya dapat diketahui sebagaimana tabel berikut ini :

Tabel 5.5 Analisis Hubungan antara Perilaku dengan Kualitas Hidup

Perilaku	Kualitas Hidup								Jumlah		<i>P value</i>
	Kecil		Sedang		Besar		Sangat Besar				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kurang	1	1,10 %	9	10,00 %	18	20,00 %	2	2,20 %	30	33,30 %	0,590

Baik	4	4,40 %	24	26,70 %	27	30,00 %	5	5,60 %	60	66,70 %	
Total	5	5,60 %	33	36,70 %	45	50,00 %	7	7,80 %	90	100%	

Sumber: Data Primer Penelitian, 2020.

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 90 penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya, yaitu: penderita yang memiliki perilaku kurang dengan pengaruh kualitas hidup yang kecil adalah 1,10%; sedangkan penderita yang memiliki perilaku kurang dengan pengaruh kualitas hidup yang sedang adalah 10,00%; dan penderita yang memiliki perilaku kurang dengan pengaruh kualitas hidup yang besar adalah 20,00%; serta penderita yang memiliki perilaku kurang dengan pengaruh kualitas hidup yang sangat besar adalah 2,20%.

Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya yang memiliki perilaku yang kurang, memiliki pengaruh kualitas hidup yang besar (20,00%).

Selanjutnya dari 90 penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya, yaitu: penderita yang memiliki perilaku baik dengan pengaruh kualitas hidup yang kecil adalah 4,40%, sedangkan penderita yang memiliki perilaku baik dengan pengaruh kualitas hidup yang sedang adalah 26,70%; dan penderita yang memiliki perilaku baik dengan pengaruh kualitas hidup yang besar adalah 30,00%; serta penderita yang memiliki perilaku baik dengan pengaruh kualitas hidup yang sangat besar adalah 5,60%.

Hal ini menunjukan bahwa sebagian besar penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya yang memiliki perilaku yang baik, juga memiliki pengaruh kualitas hidup yang besar (30,00%).

Pengujian hubungan perilaku dengan kualitas hidup pada penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya dilakukan menggunakan *Chi Square*. Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa nilai probabilitas *Chi-Square* sebesar 0.590. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas $> level\ of\ significance$ ($\alpha = 0,05$). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang tidak signifikan antara perilaku dengan kualitas hidup pada penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya.

c. Analisis Hubungan Antara Pengetahuan dengan Perilaku pada Penderita Skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya

Analisis hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pada penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya dapat diketahui sebagaimana tabel berikut ini :

Tabel 5.6 Analisis Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku

Pengetahuan	Perilaku				Jumlah		<i>p value</i>
	Kurang		Baik				
	n	%	n	%	n	%	
Kurang	15	16,70%	29	32,20%	44	48,90%	0.881
Baik	15	16,70%	31	34,40%	46	51,10%	
Total	30	33,30%	60	66,70%	90	100%	

Sumber: Data Primer Penelitian, 2020.

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 90 penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya, yaitu: penderita yang memiliki pengetahuan skabies kurang dengan perilaku kurang adalah 16.70%; sedangkan penderita yang memiliki pengetahuan skabies kurang dengan perilaku baik adalah 32.20%.

Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya yang memiliki pengetahuan skabies yang kurang, memiliki perilaku baik (32,20%).

Selanjutnya dari 90 penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya, yaitu: penderita yang memiliki pengetahuan skabies baik dengan perilaku kurang adalah 16,70%; sedangkan penderita yang memiliki pengetahuan skabies baik dengan perilaku baik adalah 34,4%.

Hal ini menunjukan bahwa sebagian besar penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya yang memiliki pengetahuan tentang skabies yang baik, juga memiliki perilaku baik (34,40%).

Pengujian hubungan Tingkat pengetahuan tentang skabies dengan perilaku pada penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya dilakukan menggunakan *Chi Square*. Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa nilai probabilitas *Chi-Square* sebesar 0.881. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas > *level of significance* ($\alpha = 0,05$). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang tidak signifikan antara tingkat pengetahuan tentang skabies dengan perilaku pada penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dengan Kualitas Hidup pada Penderita Skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya

Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa nilai probabilitas *Chi-Square* sebesar 0.950, yang berarti bahwa terdapat hubungan yang tidak signifikan antara pengetahuan tentang skabies dengan kualitas hidup pada penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya. Sebagian besar penderita skabies di Pondok Pesantren se-Malang Raya yang memiliki tingkat pengetahuan tentang skabies yang kurang, terpengaruh kualitas hidupnya dalam kategori besar. Begitu pula dengan santri yang memiliki tingkat pengetahuan tentang skabies yang baik, juga terpengaruh kualitas hidupnya dalam kategori besar.

Santri yang terlibat dalam penelitian ini telah memahami hal-hal yang berkaitan dengan penyakit skabies, kondisi lingkungan yang memengaruhi kejadian skabies, tempat berkembangbiak dari kutu *sarcoptes scabiei*, dan cara penularannya. Hal tersebut dapat dilihat dari hasil penelitian yaitu sebanyak 51,10% santri memiliki hasil pengetahuan yang baik dan 48,90% santri memiliki hasil pengetahuan yang kurang. Sama halnya dengan penelitian Afraniza (2011) yang dilakukan pada 66 santri di Pesantren Kyai Gading Kabupaten Demak, yang menunjukkan hasil bahwa pengetahuan umum santri mengenai skabies adalah lebih banyak yang memiliki hasil baik. Putri et. al (2016) yang melakukan penelitian pada 250 santri pada Pondok Pesantren Darut Taqwa Bulusan Semarang juga mengungkapkan hasil yang sama yaitu sebagian besar santri memiliki tingkat pengetahuan baik terkait penyakit

skabies, yaitu 162 responden (64,8%), sedangkan yang memiliki pengetahuan buruk sebanyak 88 responden (35,2%).

Pengaruh hasil yang sama besarnya pada kualitas hidup antara santri yang memiliki pengetahuan kurang dan pengetahuan baik, dapat dikarenakan oleh anggapan penyakit kulit yang sepele, namun beberapa penyakit kulit justru bisa berdampak pada gangguan aktivitas sehari-hari dan gangguan psikologis sehingga mempengaruhi kualitas hidup terhadap penderitanya setelah dilakukan pengukuran. Berdasarkan hasil penelitian Basra (2014), pengukuran kualitas hidup yang dilakukan pada penderita dengan penyakit kulit ternyata lebih mempengaruhi dibandingkan penyakit lain yang bersifat kronis sistemik atau penyakit yang tidak bisa disembuhkan. Pengaruh kualitas hidup tersebut sangat besar terjadi pada anak-anak, banyak di antara mereka yang di ejek oleh teman sekolahnya karena penyakit kulitnya sehingga anak yang menderita penyakit kulit akan mendapat tekanan psikis yang berdampak pada kegiatan belajar mengajarnya. Hasil tersebut juga sesuai dengan penelitian Purwanto (2016) yang menunjukkan hasil uji analisa *Kolmogorov-Smirnov* diperoleh $p=0,000$ karena $p < 0,005$, maka disimpulkan terdapat hubungan antara penyakit skabies dengan tingkat kualitas hidup santri di Pondok Pesantren Al-Muayyad Surakarta.

Hubungan yang tidak signifikan dapat dikarenakan oleh adanya pengaruh selain faktor pengetahuan, seperti keluhan gatal yang hebat yang dirasakan para santri yang memiliki pengetahuan baik maupun kurang. Rasa gatal yang dirasakan memberi pengaruh pada kualitas hidup yang besar. Penelitian Basra (2014) juga menjelaskan bahwa gejala yang paling

mempengaruhi dari penyakit kulit adalah rasa kemerahan dan gatal, yang dapat mengganggu kegiatan belajar, liburan, hubungan dengan teman, dan tidur. Didukung oleh penelitian Tabri (2003) yang menyebutkan bahwa gangguan kondisi fisiologis yang memengaruhi santri yang menderita skabies berupa rasa gatal terutama malam hari yang dapat menyebabkan gangguan tidur, sehingga pada pagi harinya penderita tampak lelah dan lesu serta konsentrasi belajar anak mungkin terganggu.

Selain itu, hubungan yang tidak signifikan juga dapat dipengaruhi oleh perbedaan tingkat percaya diri yang dimiliki oleh santri, karena tingkat percaya diri pada seseorang tidak dibedakan oleh tingkat pengetahuannya. Santri yang merasa kurang percaya diri karena keluhan gatal yang diderita berada pada bagian tubuh yang tampak seperti sela jari tangan, daerah kaki, dan daerah tubuh lainnya juga dapat memberikan pengaruh terhadap kualitas hidup yang besar. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Basra (2014), seseorang lebih merasa tidak percaya diri jika menderita penyakit kulit. Menurut Purwanto (2016) pada penelitiannya menunjukkan keluhan paling sering kedua dari pengukuran DLQI pada penderita skabies adalah mengenai kenyamanan dan rasa malu setelah keluhan pertama tersering yaitu tentang gejala seperti rasa gatal, perih, nyeri, serta rasa menyengat akibat keluhan penyakit kulit.

Pengetahuan santri mengenai skabies mengalami perbaikan karena adanya penyuluhan mengenai pentingnya menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, yang banyak dilakukan oleh petugas kesehatan di pondok pesantren. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Nuryani et. al, (2017) yang menunjukkan

bahwa hampir seluruh santri pada Pondok Pesantren Al-Muayyad Surakarta pernah mendapatkan informasi tentang penyakit skabies dari berbagai sumber seperti media massa, media elektronik, petugas kesehatan dan teman sebaya. Berdasarkan penelitian Hannan (2014) didapatkan sebagian besar siswa di Pondok Pesantren Miftahul Ihsan Bluto memiliki kebiasaan personal hygiene yang baik sebanyak 55,0%, hal tersebut didukung oleh tingkat pendidikan pada responden yaitu sebagian besar penghuni pondok tingkat pendidikannya sebagai siswa atau santri, yang membuat keadaan personal hygiene yang baik tersebut terjadi karena ditunjang oleh pengetahuan siswa di sekolah.

5.2.2 Hubungan Antara Perilaku dengan Kualitas Hidup pada Penderita Skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya

Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa nilai probabilitas *Chi-Square* sebesar 0.590, yang berarti bahwa terdapat hubungan yang tidak signifikan antara perilaku dengan kualitas hidup pada penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar penderita skabies di pondok pesantren se-Malang Raya yang memiliki perilaku yang kurang, terpengaruh kualitas hidupnya dalam kategori besar. Begitu pula dengan santri yang memiliki perilaku yang baik, juga memiliki pengaruh kualitas hidup yang besar.

Santri yang terlibat dalam penelitian ini telah memahami hal-hal yang berkaitan dengan risiko penularan skabies yaitu mengenai bergantian pakaian atau alat shalat, bergantian handuk, dan tidur berhimpitan. Hal tersebut dapat dilihat dari hasil penelitian yaitu sebanyak 66.70% santri memiliki hasil perilaku yang baik dan 33.30% santri memiliki hasil perilaku yang kurang.

Sama halnya dengan penelitian Putri et. al (2016) yang dilakukan pada 250 santri yang menunjukkan hasil yaitu sebagian besar santri Pondok Pesantren Darut Taqwa Bulusan Semarang memiliki perilaku pencegahan skabies baik mengenai penyakit skabies, yaitu 149 responden (59,6%), sedangkan yang memiliki perilaku pencegahan skabies buruk sebanyak 101 responden (40,4%). Ridwan et. al (2017) juga menunjukkan hasil yang sama yaitu, bahwa dari 71 responden (100%), responden yang paling banyak adalah memiliki personal hygiene yang baik dengan jumlah 61 responden (85,9%) dan yang paling sedikit adalah responden yang memiliki personal hygiene buruk dengan jumlah 10 responden (18,1%).

Pengaruh hasil yang sama besarnya pada kualitas hidup antara santri yang memiliki perilaku kurang dan perilaku baik, dapat dikarenakan oleh rasa gatal yang ditimbulkan oleh penyakit skabies terutama waktu malam hari. Seperti pada penelitian Jin- Gang *et al.* (2010) dari pengukuran DLQI keluhan paling banyak yaitu tentang gejala seperti rasa gatal, perih, serta rasa menyengat akibat keluhan penyakit kulit. Secara tidak langsung keluhan gatal dapat mengganggu kelangsungan hidup penderitanya dilihat dari waktu yang tersita untuk istirahat tidur, dapat membuat kegiatan yang akan dilakukannya di siang hari juga ikut terganggu dan jika hal ini dibiarkan berlangsung lama, maka efisiensi dan efektifitas kerja menjadi menurun yang akhirnya mengakibatkan menurunnya kualitas hidup penderita skabies (Kenneth, 2010). Hal tersebut sesuai dengan penelitian Sudarsono di Medan pada tahun 2011 yang menunjukkan prestasi belajar santri menjadi lebih rendah dibandingkan sebelum menderita skabies (Sudarsono et. al, 2011).

Hubungan yang tidak signifikan dapat dikarenakan adanya pengaruh selain faktor perilaku, seperti kepadatan santri pada tiap kamarnya. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Nuryani (2017), menunjukkan adanya keterbatasan yang responden hadapi di lingkungan Pondok Pesantren Putra Tarbiyatul Mutatowwi'in antara lain responden memang harus tidur dalam satu kamar yang sudah ditentukan, bersama-sama dengan santri-santri yang lain dalam jumlah yang banyak yaitu 15-17 orang dalam satu kamar yang luasnya sekitar $3 \times 4 \text{ m}^2$ dan jumlah itu semakin bertambah setiap adanya penerimaan santri baru. Pada lingkungan yang padat akan menimbulkan perasaan tidak nyaman dalam melakukan berbagai kegiatan akibat penyakit skabies yang dimiliki oleh santri, seperti kegiatan untuk membersihkan kamar, kegiatan di waktu santai, dan berbagai kegiatan lainnya. Saat lingkungan padat maka kebebasan untuk berkegiatan penderita skabies menjadi terbatas oleh karena pengaruh penyakit yang diderita. Sesuai dengan penelitian Purwanto (2016) yang menunjukkan keluhan paling sering ketiga dari pengukuran DLQI pada penderita skabies adalah mengenai hubungan sosial dan waktu santai, serta berbelanja dan mengurus tempat tinggal setelah keluhan pertama tersering yaitu tentang gejala dan tersering kedua yaitu tentang kenyamanan dan rasa malu.

Faktor lain seperti faktor ekonomi juga dapat memengaruhi kualitas hidup santri dilihat dari segi pengobatan santri. Pada santri dengan perilaku yang baik maupun kurang, apabila memiliki tingkat ekonomi yang rendah maka akan kurang memerhatikan pengobatan pada penyakitnya karena akan digunakan untuk hal lainnya yang dianggap lebih penting dan mendesak oleh santri. Hal tersebut didukung oleh penelitian Ma'rufi (2005) yang

menunjukkan kebiasaan santri yang rata-rata tidak pergi ke dokter atau Puskesmas maupun petugas kesehatan lain ketika mereka sakit, namun mereka mengobati sendiri penyakit yang diderita dengan membeli obat yang dijual bebas dan apabila tidak sembuh, maka mereka biarkan saja, sehingga hal ini akan memungkinkan peningkatan penyebaran penyakit skabies. Apabila hal tersebut dibiarkan berlangsung lama, secara tidak langsung akan menurunkan kualitas hidup penderita skabies di pondok pesantren.

Analisis hubungan pada perilaku dan pengetahuan juga menunjukkan hasil tidak signifikan yang menunjukkan bahwa pengetahuan yang baik tidak selalu dan sepenuhnya memengaruhi perilaku yang baik pula, begitu juga sebaliknya. Hal tersebut bertentangan dengan penelitian Nuryani (2017) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap santri tentang penyakit skabies dengan perilaku pencegahan penyakit skabies di Pondok Pesantren Tarbiyatul Mutatowwi'in Desa Rejosari Kecamatan Kebonsari Kabupaten Madiun.

Kebiasaan santri di Pondok Pesantren yang mendukung terjadinya penularan skabies antar sesama santri, seperti kebiasaan menumpuk kasur setelah digunakan untuk tidur, kebiasaan menumpuk pakaian santri pada satu tempat, keadaan bak penampung air memanjang yang digunakan untuk beberapa kamar mandi, dan penggunaan handuk yang tidak tepat. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Widuri et. al (2017) yang menunjukkan kebiasaan santri diantaranya membersihkan kasur dan alas tidur dengan cara menumpuk di pinggir ruangan kamar tidur santri, sering mandi di kolam atau empang, memakai baju, alat sholat dan handuk secara bergantian, tidur bersama dan

berhimpitan serta keadaan seperti ini cenderung tidak dianggap serius karena santri beranggapan bahwa penyakit skabies adalah penyakit yang lazim dan sudah akrab dengan santri, bahkan mereka beranggapan bahwa belum dikatakan mondok apabila belum terkena skabies.

Banyak faktor lain yang dapat memengaruhi hasil dari pengetahuan dan juga perilaku santri terhadap pengaruh kualitas hidupnya. Raebun dan Rootman (Angriyani, 2008) mengemukakan bahwa terdapat delapan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang, dua diantaranya adalah kontrol yang berkaitan dengan kontrol seseorang terhadap perilaku yang dilakukan seperti kegiatan untuk menjaga kondisi tubuh, serta yang kedua adalah sumber daya yang terkait dengan kemampuan dan kondisi fisik seseorang, yang berhubungan dengan sesuatu yang dimiliki oleh seseorang sebagai individu, seperti kemampuan untuk berpikir, belajar, melakukan aktivitas, serta kemampuan lainnya. Namun, kebiasaan yang dilakukan santri tidak seluruhnya tercantum dan diajukan pada pertanyaan di kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini. Hal tersebut dapat mempengaruhi hasil dari pengukuran pengetahuan skabies dan perilaku santri, yang dapat menghambat perilaku pencegahan skabies yang dimiliki oleh santri, karena walaupun santri memiliki tingkat pengetahuan yang baik mengenai skabies namun apabila kebiasaan santri diluar kuesioner adalah buruk, maka hal tersebut dapat meningkatkan risiko penularan penyakit skabies.

5.3 Kajian Integrasi Islam

Allah menciptakan manusia ke dalam bentuk yang sempurna. Penciptaan manusia telah dilakukan secara seimbang, kecuali Allah yang maha kuasa menghendaki hal lain sesuai Quran Surat At-Tin ayat 4 yang memiliki arti *“Sesungguhnya Kami telah menciptakan manusia dalam bentuk yang sebaik-baiknya”* (Al Quran Al-Jumanatul ‘Ali, 2005). Manusia diciptakan dan diberikan akal, yang mana akal tersebut harus senantiasa dimanfaatkan untuk mempelajari dan mencari ilmu. Dilihat dari hasil penelitian yang menunjukkan bahwa santri yang memiliki pengetahuan skabies baik lebih banyak dari santri yang memiliki pengetahuan kurang, yang menunjukkan bahwa santri telah mengamalkan untuk senantiasa mempelajari dan mencari ilmu. Hal tersebut sesuai dengan penjelasan QS. Al-Ankabut ayat 43:

وَتِلْكَ الْأَمْثَالُ نَضْرِبُهَا لِلنَّاسِ لَعَلَّهُمْ يَعْقِلُونَ

(QS. Al-Ankabut: 43)

Artinya: *“Dan perumpamaan-perumpamaan ini Kami buat untuk manusia; dan tiada yang memahaminya kecuali orang-orang yang berilmu.”* (Al- Ankabut: 43. Al Quran Al-Jumanatul ‘Ali, 2005).

Berdasarkan Tafsir Tarbawi (Munir, 2008), ayat tersebut mengandung makna sebagai berikut:

1. Manusia diwajibkan untuk menuntut ilmu
2. Ilmu yang dimiliki manusia dapat menunjukkan derajat kemuliaan
3. Ilmu pengetahuan adalah kunci menuju keselamatan dan kebahagiaan akhirat
4. Hakikat manusia tidak dapat dipisahkan dari kemampuan untuk mengembangkan ilmu

Aplikasi dalam kehidupan sehari-hari berdasarkan penjelasan tafsir di atas yakni agar selalu menaati perintah Allah dan menjauhi segala larangan-Nya, serta mampu berpikir dengan baik tentang akibat dari suatu perkara. Sesuai dengan ayat di atas, ilmu yang dimiliki dan diamalkan dapat membuat seseorang senantiasa untuk menjaga kebersihan diri, karena seseorang yang berilmu akan mengetahui bahwa sesungguhnya kebersihan adalah hal yang disenangi oleh Allah, kunci dari kesehatan, serta akan melakukan hidup bersih dan sehat karena mengetahui akibat dari perilaku bersih dan sehat yaitu dapat menghindarkan diri dari berbagai penyakit. Namun hal tersebut tidak sesuai dengan yang ditemukan di pondok pesantren. Santri yang telah memiliki pengetahuan baik, belum tentu memiliki perilaku yang baik pula, karena perilaku santri di luar kuesioner menunjukkan perilaku yang kurang baik seperti perilaku menumpuk pakaian kotor secara bersamaan, menumpuk kasur setelah digunakan di satu tempat secara bersamaan, menjemur pakaian di dekat tempat pembuangan sampah, serta menggunakan satu gayung untuk dipakai secara bersamaan. Hal tersebut yang harus lebih diperhatikan oleh pihak pondok pesantren, agar kejadian skabies tidak terjadi dan dialami secara terus menerus oleh santri.

Akal yang diberikan kepada manusia juga dapat digunakan untuk melindungi diri dari berbagai serangan penyakit, yaitu dengan menjaga kebersihan dan kesehatan tubuh. Salah satu cara untuk menjaga kesehatan adalah dengan menerapkan perilaku hidup bersih, karena penyakit yang diderita oleh seseorang adalah akibat dari perilaku dan perbuatan yang telah dilakukan. Hal tersebut telah dijelaskan pada QS. Asy-Syura ayat 30:

وَمَا أَصْبَكُمْ مِنْ مُصِيبَةٍ فَبِمَا كَسَبَتْ أَيْدِيكُمْ وَيَعْفُوا عَنْ كَثِيرٍ

(QS. Asy-Syura: 30)

Artinya: “Dan apa saja musibah yang menimpa kamu, maka adalah disebabkan oleh perbuatan tanganmu sendiri, dan Allah memaafkan sebagian besar (dari kesalahan-kesalahanmu)” (QS. Asy-Syura: 30. Al Quran Al-Jumanatul ‘Ali, 2005).

Sebagian manusia memiliki kebiasaan hidup tidak sehat, yang mana mereka tidak menjaga kebersihan dirinya dengan baik. Hal tersebut dapat menyebabkan timbulnya penyakit pada dirinya. Berkaitan dengan kebersihan diri tersebut, Rasulullah SAW menganjurkan umatnya untuk melakukan kebiasaan yang sehat, sebagaimana sabda Rasulullah yang diriwayatkan oleh H.R. Muslim yang berbunyi “Ketika seseorang bangun tidur, janganlah memasukkan tangannya ke dalam wadah air (untuk berwudhu) kecuali setelah membersihkannya sebanyak tiga kali.” (H.R. Muslim dalam kitab *al-Thaharah*, bab *Karahatu Ghams al-Mutawadhdhi Yadahu al-Masyuk fi Najasatiha fi al-Ina*’, nomor 278 pada Elzaky, 2011). Kebiasaan tersebut sangat biasa ditemukan di lingkungan pondok pesantren dikarenakan oleh keadaan dari bak air yang terdapat di pondok pesantren kebanyakan masih berbentuk memanjang dan tidak terdapat keran air atau sumber air mengalir. Hal tersebut dapat mempengaruhi perilaku santri untuk memasukkan tangannya secara tidak langsung melalui gayung yang digunakan untuk mengambil air di dalam bak air yang tersedia. Perilaku demikian tidak sesuai dengan ayat Al Quran dan hadis di atas yang mana dapat meningkatkan risiko penularan dari penyakit skabies yang terdapat pada pondok pesantren.

Islam memerintahkan umatnya untuk senantiasa hidup bersih dan sehat,

karena kebersihan merupakan langkah awal untuk memperoleh kesehatan. Orang yang memiliki kesehatan yang baik akan memiliki kekuatan yang lebih dari orang yang sakit yang mana hal tersebut sangat memengaruhi tingkat kualitas hidup. Kualitas hidup seseorang sangat dipengaruhi oleh penyakit yang diderita, seperti pada penelitian ini yang menunjukkan hasil bahwa sebagian besar responden terpengaruh besar kualitas hidupnya akibat penyakit skabies yang diderita. Padahal orang kuat itu lebih disukai di sisi Allah daripada orang yang lemah, sebagaimana sabda Rasulullah yang artinya: *“Seorang mukmin yang kuat lebih baik dan lebih disayangi Allah daripada mukmin yang lemah”* (HR. Muslim). Maknanya adalah mukmin yang kuat imannya, tubuhnya, dan amalnya lebih baik daripada mukmin yang lemah imannya atau lemah dalam hal amalan dan tubuhnya. Sebab, mukmin yang kuat dapat melakukan sesuatu untuk kaum muslimin.

Mukmin yang kuat dapat memberikan manfaat kepada kaum muslimin dengan kekuatan tubuh, iman, dan amalnya. Seperti santri yang terpengaruh besar kualitas hidupnya akibat menderita penyakit skabies yang mana dapat mempengaruhi tindakan yang dilakukan akibat keluhannya gatal yang paling mempengaruhi kualitas hidup santri. Secara tidak langsung keluhan gatal dapat mengganggu kelangsungan hidup penderitanya, dilihat dari waktu yang tersita untuk istirahat tidur yang dapat membuat kegiatan yang akan dilakukannya di siang hari juga ikut terganggu dan jika hal ini dibiarkan berlangsung lama, maka efisiensi dan efektifitas kerja menjadi menurun yang akhirnya mengakibatkan menurunnya kualitas hidup penderita skabies (Kenneth, 2010). Oleh sebab itu, sebagai seorang muslim hendaklah untuk senantiasa menjaga kebersihan dengan melakukan berbagai perilaku sehat dengan menerapkan hal-hal yang telah diperintahkan oleh

Nabi Muhammdad SAW (*Majmu' Fatawa Fadhilatusy Syaikh Shalih bin Fauzan al-Fauzan*), sehingga manfaat dari penelitian ini dapat dirasakan bagi kemajuan umat Islam yang dilihat dari segi kualitas hidup pada santri yang terpengaruh akibat menderita penyakit skabies. Bila kejadian skabies dapat diberantas dengan senantiasa menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, maka kualitas hidup yang dimiliki santri akan meningkat sehingga dapat memaksimalkan amal dan perbuatan para santri seperti kualitas belajar, mengikuti kegiatan yang ada di pondok, dan berbagai kegiatan lain yang secara tidak langsung dapat meningkatkan mutu individu dan berguna bagi umat dan negara.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengamatan dan analisis data, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan yang tidak signifikan antara pengetahuan tentang skabies dengan kualitas hidup pada penderita skabies di Pondok Pesantren se-Malang Raya ($p = 0,950$) dengan probabilitas $> level\ of\ significance$ ($\alpha = 0,05$).
2. Terdapat hubungan yang tidak signifikan antara perilaku dengan kualitas hidup pada penderita skabies di Pondok Pesantren se-Malang Raya ($p = 0,590$) dengan probabilitas $> level\ of\ significance$ ($\alpha = 0,05$).
3. Santri yang terlibat dalam penelitian sebagian besar memiliki pengetahuan dan perilaku yang baik, serta memiliki pengaruh besar terhadap kualitas hidup akibat penyakit skabies yang diderita.

6.2 Saran

1. Bagi pondok pesantren, diharapkan dapat memberikan informasi melalui penyuluhan kesehatan serta menerapkan kebiasaan hidup bersih dan sehat terhadap santrinya, melalui kerja sama dengan instansi terkait agar angka kejadian skabies semakin menurun.
2. Bagi santri, perlu mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan dan perilaku kesehatan untuk mengurangi angka kejadian skabies dengan menjaga kebersihan lingkungan.
3. Bagi penelitian selanjutnya, perlu mengembangkan penelitian dengan variabel lain yang lebih kompleks, karena terdapat banyak faktor lain yang dapat

mempengaruhi tingkat pengetahuan, perilaku, dan kualitas hidup penderita skabies, termasuk yang berhubungan kondisi lingkungan seperti sumber air, kepadatan kamar, dan tempat menjemur pakaian.

4. Bagi tenaga kesehatan, diharapkan lebih berperan aktif untuk memberikan penyuluhan mengenai perilaku hidup bersih dan sehat serta pengobatan skabies di Pondok Pesantren guna mencegah dan menurunkan angka kejadian skabies, sehingga kualitas hidup santri tidak terpengaruh akibat penyakit skabies.



DAFTAR PUSTAKA

- _____. 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Adhi D, Mochtar H, dan Siti A. 2010. *Skabies*. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Edisi Keenam. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.
- Afraniza Y. 2011. *Hubungan Antara Praktik Kebersihan Pribadi Dan Angka Kejadian Skabies di Pesantren Kyai Gading Kabupaten Demak*. Skripsi. Semarang: FK UNDIP.
- Akmal, S.C. 2013. *Hubungan Personal Hygiene Dengan Kejadian Skabies di Pondok Pendidikan Islam Darul Ulum Kecamatan Koto Tangah*. Skripsi Universitas Andalas.
- Al-Qardhawi, Yusuf. 2001. *Sunnah, Ilmu Pengetahuan dan Peradaban*. Yogyakarta: Tiara Wacana Yogya.
- Anam, Khairul. 2016. Pendidikan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dalam Prespektif Islam. *Jurnal Sagacious* 3:1.
- Angriyani, D. 2008. *Kualitas Hidup pada Orang dengan Penyakit Lupus Erythematosus (Odapus)*. Skripsi. Fakultas Psikologi Universitas Airlangga.
- Anonim. 1997. *Whoqol Measuring Quality of Life from Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse*. Geneva: World Health Organization.
- Anonim. 2012. *The World Health Organization quality of life (WHOQOL)*. World Health Organization.
- Anonim. 2017. *Panduan Praktik Klinis bagi Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin*. Jakarta: Perdoski.
- Anwar, Anis Irawan et, al. 2014. *Penyakit Skabies*. Makassar: Dua Satu Press.
- Arikunto. 2010. *Prosedur Penelitian Sebagai Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arlian LG, & Morgan MS. 2017. A review of sarcoptes sca-biei: past, present and future. *Parasit Vectors* 10: 297.
- Baratawidjaja, K.G., 2007. *Imunologi Dasar* Edisi IX. Yogyakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Basra, M.K.A. 2014. *Quality of Life Issues in Children and Adolescents with Dermatological Condition and their Wider Impact on the Family and*

- Society. Departement of Dermatology and Wound Healing. Cardiff: University School of Medicine.*
- Baur, B. et, al. 2013. The Pattern of Dermatological Disorders among Patients Attending the Skin O.P.D of A Tertiary Care Hospital in Kolkata, India. *Journal of Dental and Medical Sciences* 3: 1-6.
- Chosidow, 2009. Skabies. *The New England Journal Of Medicine* 35: 1-16.
- Departemen Agama Republik Indonesia. 2005. *Al Quran Al-Jumanatul 'Ali*. Bandung: J-ART.
- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Pedoman Penyelenggaraan dan Pembinaan Pos Kesehatan Pesantren*. Diunduh dari: <http://perpustakaan.depkes.go.id>.
- Dewi, M K dan Wathoni, N. 2017. *Diagnosis dan Regimen Pengobatan Skabies*. Bandung: Universitas Padjadjaran.
- Elzaky, Jamal Muhammad. 2011. *Buku Induk Mukjizat Kesehatan Ibadah*. Jakarta: Zaman.
- Fayers P, Machin D. Introduction. 2007. *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes*. England: Wiley.
- Grob, J. and Gaudy-marqueste, C. 2006. Urticaria and Quality of Life. *Allergy and Immunology* 30: 47–52.
- Hannan, Mujib. 2014. *Pengaruh Kebiasaan Personal Hygiene Terhadap Kejadian Skabies*. Sumenep: Universitas Wiraraja.
- Hartoyo, et al. 2015. *Sarapan Pagi & Produktivitas*. Malang: Universitas Brawijaya Press.
- Jin-gang, A. et, al. 2010. Quality of Life of Patients With Scabies. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*. 24:1187-91.
- Kenneth, F. 2010. *Penyakit Kulit*. Bandung: Yrama Widya.
- Kresno S B. 2010. *Imunologi Diagnosis dan Prosedur Laboratorium*. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Kristiwiani, D. 2005. *Hubungan Antara Praktik Kebersihan Diri dengan Kejadian Skabies pada Anak SD di SD Bandarharjo I Semarang*. Skripsi. Semarang: FKM UNDIP.
- Lewis V & Finlay A. 2004. 10 Years Experience of The Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Investig Dermatol Symp Proc* 9:169.

- Ma'rufi I, Keman S, & Notobroto HB. 2005. Faktor Sanitasi Lingkungan yang Berperan terhadap Prevalensi Penyakit Skabies Studi pada Santri di Pondok Pesantren Kabupaten Lamongan. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Unair*.
- Majmu' Fatawa Fadhilatussy Syaikh Shalih bin Fauzan al-Fauzan, 1/198—199 dalam Majalah Asy Syariah Edisi 107. *Makna Hadits Mukmin yang Kuat*. Dilihat pada: <https://asysyariah.com/makna-hadits-mukmin-yang-kuat/> tanggal: 5 Maret 2020.
- Menaldi SLS, Bramono K, Indriatmi W. 2015. *Ilmu penyakit kulit dan kelamin* Edisi ke-7. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Munir, Ahmad. 2008. *Tafsir Tarbawi: Mengungkap Pesan Al-Quran tentang Pendidikan*. Yogyakarta: Teras.
- Muzakir. 2008. *Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Skabies pada Pesantren di Kabupaten Aceh Besar Tahun 2007*. Tesis. Universitas Sumatera Utara.
- Noorkasiani, et. al. 2009. *Sosiologi Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nuryani, Ida et, al. 2017. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Santri tentang Penyakit Scabies dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Scabies. *Global Health Science*: 2:2.
- Purwanto, Naufal Faruq. 2016. *Hubungan antara Penyakit Skabies dengan Tingkat Kualitas Hidup Santri di Pondok Pesantren Al-Muayyad Surakarta*. Naskah Publikasi. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah.
- Putri et, al. 2016. Hubungan Tingkat Pengetahuan Santri dengan Perilaku Pencegahan Skabies di Pondok Pesantren Darut Taqwa Bulusan Semarang Tahun 2016. *Jurnal Kedokteran Diponegoro* 5: 4.
- Rahmatina. 2013. *Uji Validitas dan Reliabilitas Dermatology Life Quality Index (DLQI) Berbahasa Indonesia pada Pasien Poliklinik Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo*. Tesis. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Ratnasari AF, Saleha S. 2014. Prevalensi Skabies Dan Faktor-Faktor Yang Berhubungan Di Pesantren X, Jakarta Timur. *Jurnal Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia* 2: 1.
- Ridwan et, al. 2017. Hubungan Pengetahuan, Personal Hygiene, dan Kepadatan

- Hunian dengan Gejala Penyakit Skabies pada Santri di Pondok Pesantren Darul Muklisin Kota Kendari 2017. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat* 2: 6.
- Riwidikdo H. 2012. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.
- Rogers A, DeLong L, Chen S. 2012. Clinical meaning in skin-specific quality of life instruments: a comparison of the Dermatology Life Quality Index and Skindex banding systems. *Dermatol Clin* 30: 333.
- Rohmawati, R N. 2010. *Hubungan Antara Faktor Pengetahuan dan Perilaku dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Al-Muayyad Surakarta*. Skripsi. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Ryadi, Alexander L. S. 2016. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Andi.
- Saad. 2008. *Pengaruh faktor higiene perorangan terhadap kejadian skabies di Pesantren An-Najach Magelang*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Sastroasmoro, Sudigdo. 2014. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Setyaningrum, Yahmi Ira. 2013. *Skabies Penyakit Kulit Yang Terabaikan: Prevalensi, Tantangan Dan Pendidikan Sebagai Solusi Pencegahan* 10: 1-6.
- Setyawan, Dodiet A. 2014. *Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian*. Surakarta: Poltekkes KEMENKES Surakarta.
- Soutor, Carol dan Hordinsky. 2013. *Clinical Dermatology*. United States: McGraw-Hill Education.
- Stone, SP et, al. 2008. Scabies, other mites, and pediculosis. Dalam: Wolff K, et, al. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. Edisi ke-7. New York: McGrawHill Inc.
- Sudarsono et, al. 2011. *Pengaruh Skabies terhadap Prestasi Belajar Santri di Medan*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Sungkar, S. 2013. *Pemberantasan Skabies pada Santri di Sebuah Pesantren di Jakarta Timur* 6: 20-1.
- Tabri F. 2003. *Skabies pada bayi dan anak*. Dalam: Boediardja SA, Sugito TL, Kurniati DD, Elandari. *Infeksi kulit pada bayi dan anak*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.
- Tan, S. T., Angelina, J. & Krisnataligan. 2017. Scabies: Terapi Berdasarkan Siklus Hidup. *Cermin Dunia Kedokteran* 44:507.
- Tejada C, Mendoza-Sassi R, Junior HA, Figueiredo P, Tejada V. 2011. Impact on the quality of life of dermatological patients in southern Brazil. *An Bras*

Dermatol 86: 1113.

Utomo, P. 2004. Pengendalian Parasit dengan Genetik Host Resistance. *Wartazoa* 4: 160-172.

Vetronela, Luteriana. 2018. *Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Personal Hygiene dengan Kejadian Skabies pada Penghuni Asrama Mahasiswa Kabupaten Kubu Raya*. Naskah Publikasi. Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura Pontianak.

Wang C-H, Lee S-C, Huang S-S, Kao Y-C, See L-C, Yang S-H. 2012. Risk factors for scabies in Taiwan. *J Microbiol Immunol* 45: 276-280.

Widuri, Nur Aini et, al. 2017. Analisis Faktor Risiko Scabies pada Santri di Pondok Pesantren Nurul Hikmah Desa Kebonagung Kecamatan Pakisaji Kabupaten Malang. *Nursing News* 2: 3.

Worth C, Heukelbach J, Fengler G, et al. 2012. Acute morbidity associated with scabies and other ecto- parasitoses rapidly improves after treatment with ivermectin. *Pediatric Dermatology* 29:430.

Yunita, Sari M, Rina Gustia, dan Eliza Anas. 2018. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Skabies di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang Tahun 2015. *Jurnal Kesehatan Andalas* 7:1.

Yusuf, Choirul dan Suwito, N S. 2009. *Model Pengembangan Ekonomi Pesantren*. Purwokerto: STAIN Press.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Pengetahuan Penderita Skabies

No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Benar	Salah
1.	Skabies adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri		
2.	Di Indonesia skabies sering disebut dengan kudis dan orang Jawa sering menyebutnya gudik		
3.	Skabies hanya dapat ditularkan melalui kutu <i>Sarcoptes scabiei</i> betina saja		
4.	Skabies hanya dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian		
5.	Berjabat tangan dapat menularkan penyakit skabies		
6.	Penularan skabies sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat, dan asrama (pondok pesantren)		
7.	Skabies dapat ditularkan melalui pemakaian handuk secara bergantian		
8.	Orang yang menjaga keberhasilan tubuhnya dapat terkena skabies		
9.	Skabies dapat sembuh dengan mandi menggunakan sabun secara teratur		
10.	Kamar yang kurang pencahayaan sinar matahari dapat mempermudah penyebaran penyakit skabies		
11.	Kutu <i>Sarcoptes scabiei</i> penyebab skabies tidak dapat hidup di tempat yang lembab		
12.	Kamar yang tidak ada ventilasinya atau kurang lancar, dapat mempermudah berkembangbiak kutu <i>Sarcoptes scabiei</i>		
13.	Penyakit skabies tidak ada kaitannya dengan kebersihan lingkungan		
14.	Tempat berkembangbiak kutu <i>Sarcoptes scabiei</i> hanya di air yang kotor		
15.	Pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering dapat dijadikan tempat berkembangbiak kutu <i>Sarcoptes scabiei</i>		
16.	Sampah yang berserakan dapat menularkan skabies		
17.	Kutu <i>Sarcoptes scabiei</i> dapat bertahan di lantai kamar atau rumah		
18.	Air merupakan sumber utama penularan skabies		
19.	Kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit skabies		
20.	Pengobatan skabies dapat dilakukan dengan pemberian bedak gatal saja		

Lampiran 2. Kuesioner Perilaku Penderita Skabies**Lampiran 2a. Kuesioner Bergantian Alat Sholat atau Pakaian**

BERGANTIAN ALAT SHOLAT ATAU PAKAIAN			
No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah Anda memiliki pakaian atau alat sholat sendiri?		
2.	Apakah Anda sering mengganti pakaian Anda?		
3.	Apakah pakaian atau alat sholat Anda pernah dipinjam teman Anda?		
4.	Apakah kalau Anda mencuci pakaian bersamaan atau dijadikan satu dengan teman Anda?		
5.	Apakah pakaian kotor Anda, diletakkan dalam satu tempat dengan pakaian teman Anda?		
6.	Apakah Anda sering mengganti kaus kaki Anda?		
	Jika ya berapa kali.....		
7.	Apakah Anda sering mengganti pakaian dalam Anda?		
	Jika ya berapa kali.....		
8.	Apakah Anda menjemur pakaian atau pakaian dalam di kamar?		
	Jika ya berapa kali.....		

Lampiran 2b. Kuesioner Bergantian Handuk

BERGANTIAN HANDUK			
No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah Anda mandi setiap hari?		
	Jika ya berapa kali dalam sehari.....		
2.	Apakah Anda mandi dengan handuk Anda sendiri?		
	Berikan alasannya.....		
3.	Apakah Anda pernah menggunakan handuk bergantian dengan teman Anda?		
	Berikan alasannya.....		
4.	Apakah Anda menjemur handuk setelah digunakan untuk mandi?		
	Berikan alasannya.....		
5.	Apakah Anda selalu mencuci handuk Anda?		
	Jika ya berapa kali.....		
6.	Apakah Anda menjemur handuk sesudah dipakai di dalam kamar?		
	Berikan alasannya.....		

Lampiran 2c. Kuesioner Tidur Berhimpitan

TIDUR BERHIMPITAN			
No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah di pondok ini Anda memiliki tempat tidur sendiri?		
2.	Apakah Anda pernah tidur bersama dalam satu tempat tidur dengan teman?		
3.	Apakah alas yang Anda gunakan untuk tidur digunakan secara bersama-sama?		
4.	Apakah saat tidur, Anda menggunakan selimut Anda sendiri?		
	Berikan alasannya.....		
5.	Apakah Anda menggunakan selimut itu bersama dengan teman Anda?		

Lampiran 3. Kuesioner DLQI untuk Mengukur Kualitas Hidup Penderita Skabies

Tujuan dari kuesioner ini adalah untuk mengukur seberapa besar masalah kulit anda telah mempengaruhi hidup anda SELAMA SEMINGGU TERAKHIR. Silahkan berikan tanda centang ✓ pada salah satu kotak ☐ jawaban untuk setiap pertanyaan.

1. Selama seminggu terakhir, seberapa parah rasa gatal, perih, nyeri, atau tersengat pada kulit anda?	Sangat besar	☐	
	Besar	☐	
	Kecil	☐	
	Tidak sama sekali	☐	
5. Selama seminggu terakhir, seberapa malu atau tidak nyamankah anda karena kelainan kulit anda?	Sangat besar	☐	
	Besar	☐	
	Kecil	☐	
	Tidak sama sekali	☐	
9. Selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda mengganggu kegiatan berbelanja, mengurus rumah atau pekerjaan?	Sangat besar	☐	pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☐
	Besar	☐	
	Kecil	☐	
	Tidak sama sekali	☐	
4. Selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda mempengaruhi cara anda berpakaian?	Sangat besar	☐	pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☐
	Besar	☐	
	Kecil	☐	
	Tidak sama sekali	☐	
5. Selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda mempengaruhi kegiatan sosial atau kegiatan di waktu santai anda?	Sangat besar	☐	Pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☐
	Besar	☐	
	Kecil	☐	
	Tidak sama sekali	☐	
9. Selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda menyulitkan anda untuk berolahraga?	Sangat besar	☐	pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☐
	Besar	☐	
	Kecil	☐	
	Tidak sama sekali	☐	
7. Selama seminggu terakhir, apakah kelainan kulit anda mengakibatkan anda tidak dapat bekerja atau belajar? Jika jawabannya "Tidak", selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda menjadi masalah ketika anda bekerja atau belajar?	Ya	☐	pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☐
	Tidak	☐	
	Besar	☐	
	Kecil	☐	
8. Selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda menyebabkan masalah dengan pasangan, teman dekat atau keluarga anda?	Sangat besar	☐	pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☐
	Besar	☐	
	Kecil	☐	
	Tidak sama sekali	☐	
9. Selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda menyebabkan masalah seksual?	Sangat besar	☐	pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☐
	Besar	☐	
	Kecil	☐	
	Tidak sama sekali	☐	
10. Selama seminggu terakhir, seberapa mengganggu pengobatan kulit anda, misalnya mengotori rumah atau menghabiskan waktu anda?	Sangat besar	☐	pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☐
	Besar	☐	
	Kecil	☐	
	Tidak sama sekali	☐	

Harap memeriksa kembali apakah anda telah menjawab SETIAP pertanyaan. Terima kasih.

Lampiran 4. Lembar Penjelasan Penelitian**LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN**

Nama : Tsalsa Dzikria Savira
 NIM : 16910016
 Instansi Pendidikan : Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Maulana Malik Ibrahim Malang
 Judul Penelitian : Hubungan antara Faktor Pengetahuan dan Perilaku dengan Kualitas Hidup Penderita Skabies di Pondok Pesantren

Peneliti adalah mahasiswa Program S1 Pendidikan Dokter UIN Maulana Malik Ibrahim Malang.

Saudara telah diminta ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Responden dalam penelitian ini adalah secara sukarela. Saudara berhak menolak berpartisipasi dalam penelitian ini. Penelitian ini dilakukan dalam bentuk mengisi kuesioner. Segala informasi yang saudara berikan akan digunakan sepenuhnya hanya dalam penelitian ini. Peneliti sepenuhnya akan menjaga kerahasiaan identitas saudara dan tidak dipublikasikan dalam bentuk apapun. Jika ada yang belum jelas, saudara boleh bertanya pada peneliti. Jika saudara sudah memahami penjelasan ini dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan saudara menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan.

Peneliti,
 Tsalsa Dzikria Savira

Lampiran 5. Lembar Persetujuan Penelitian kepada Penderita Skabies**PERNYATAAN PERSETUJUAN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai:

1. Penelitian yang berjudul “Hubungan antara Faktor Pengetahuan dan Perilaku dengan Kualitas Hidup Penderita Skabies di Pondok Pesantren _____
2. Partisipasi dalam penelitian dengan mengisi kuesioner
3. Manfaat sebagai subyek penelitian
4. Prosedur Penelitian

dan prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

..... 20.....

Peneliti,

Responden,

.....

.....

Saksi,

.....

*) Coret salah satu

Lampiran 6. Lembar Asesmen Penderita Skabies

Asesmen Pasien Skabies <u>Identitas Pasien:</u> Nama : _____ Usia : _____ Jenis Kelamin : _____ Pekerjaan : _____ <u>Inspeksi Efloresensi pada Pasien:</u> - - - - - - <u>Lokasi dan distribusi lesi:</u>	Diisi oleh dokter : _____ Tanggal Pemeriksaan : _____
--	---

No. Pasien

Lampiran 7. Pelaksanaan Penelitian



7a. Penjelasan tentang penelitian



7b. Antrian sebelum pemeriksaan



7c. Anamnesis terhadap santri



7d. Pemeriksaan terhadap santri



7e. Menunggu pengisian kuesioner



7f. Pemberian hadiah pada santri

Lampiran 9. Contoh Lembar Persetujuan dan Kuesioner yang diisi oleh Santri

INFORMED CONSENT
(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Alif Ali

Umur : 18

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : pelajar

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

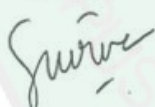
1. Penelitian yang berjudul "Hubungan antara Faktor Pengetahuan dan Perilaku dengan Kualitas Hidup Penderita Skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya"
2. Partisipasi dalam penelitian dengan mengisi kuisisioner
3. Manfaat sebagai subyek penelitian
4. Prosedur Penelitian

dan prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/~~tidak bersedia~~*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak mana pun.

Malang, 12 Januari 2020

Peneliti,

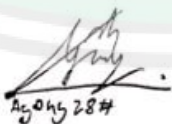


Tsalsa Dzikria Savira

Responden,



Saksi,


 28/01/2020

*) Coret salah satu



Scanned with
CamScanner

Lanjutan Lampiran 9.

No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Benar	Salah
1.	Skabies adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri		✓
2.	Di Indonesia skabies sering disebut dengan kudis dan orang Jawa sering menyebutnya gudik	✓	
3.	Skabies hanya dapat ditularkan melalui kutu <i>Sarcoptes scabiei</i> betina saja	✓	
4.	Skabies hanya dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian	✓	✗
5.	Berjabat tangan dapat menularkan penyakit skabies	✓	
6.	Penularan skabies sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat, dan asrama (pondok pesantren)	✓	
7.	Skabies dapat ditularkan melalui pemakaian handuk secara bergantian	✓	
8.	Orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena skabies		✓ ✗
9.	Skabies dapat sembuh dengan mandi menggunakan sabun secara teratur	✓	✗
10.	Kamar yang kurang pencahayaan sinar matahari dapat mempermudah penyebaran penyakit skabies	✓	
11.	Kutu <i>Sarcoptes scabiei</i> penyebab skabies tidak dapat hidup di tempat yang lembab	✓	✗
12.	Kamar yang tidak ada ventilasinya atau kurang lancar, dapat mempermudah perkembangbiakan kutu <i>Sarcoptes scabiei</i>	✓	
13.	Penyakit skabies tidak ada kaitannya dengan kebersihan lingkungan		✓
14.	Tempat berkembangbiak kutu <i>Sarcoptes scabiei</i> hanya di air yang kotor	✓	✗
15.	Pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering dapat dijadikan tempat berkembangbiak kutu <i>Sarcoptes scabiei</i>	✓	✗
16.	Sampah yang berserakan dapat menularkan skabies	✓	
17.	Kutu <i>Sarcoptes scabiei</i> dapat bertahan di lantai kamar atau rumah	✓	
18.	Air merupakan sumber utama penularan skabies	✓	✗
19.	Kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit skabies	✓	
20.	Pengobatan skabies dapat dilakukan dengan pemberian bedak gatal saja	✓	✗

S=8



Scanned with
CamScanner

Lanjutan Lampiran 9.

BERGANTIAN ALAT SHOLAT ATAU PAKAIAN			
No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah Anda memiliki pakaian atau alat sholat sendiri?	✓	
2.	Apakah Anda sering mengganti pakaian Anda?	✓	
3.	Apakah pakaian atau alat sholat Anda pernah dipinjam teman Anda?		✓
4.	Apakah kalau Anda mencuci pakaian bersamaan atau dijadikan satu dengan teman Anda?	✓	
5.	Apakah pakaian kotor Anda, diletakkan dalam satu tempat dengan pakaian teman Anda?		✓
6.	Apakah Anda sering mengganti kaus kaki Anda?	—	—
	Jika ya berapa kali.....	—	—
7.	Apakah Anda sering mengganti pakaian dalam Anda?	✓	
	Jika ya berapa kali.....	2-3 kali sehari	
8.	Apakah Anda menjemur pakaian atau pakaian dalam di kamar?		✓
	Jika ya berapa kali.....		

BERGANTIAN HANDUK			
No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah Anda mandi setiap hari?	✓	
	Jika ya berapa kali dalam sehari.....	2 kali	
2.	Apakah Anda mandi dengan handuk Anda sendiri?	✓	
	Berikan alasannya.....		
3.	Apakah Anda pernah menggunakan handuk bergantian dengan teman Anda?		✓
	Berikan alasannya.....		
4.	Apakah Anda menjemur handuk setelah digunakan untuk mandi?	✓	
	Berikan alasannya.....		
5.	Apakah Anda selalu mencuci handuk Anda?	✓	
	Jika ya berapa kali.....		
6.	Apakah Anda menjemur handuk sesudah dipakai di dalam kamar?	✓	
	Berikan alasannya.....		

Lanjutan Lampiran 9.

TIDUR BERHIMPITAN			
No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah di pondok ini Anda memiliki tempat tidur sendiri?	✓	
2.	Apakah Anda pernah tidur bersama dalam satu tempat tidur dengan teman?		✓
3.	Apakah alas yang Anda gunakan untuk tidur digunakan secara bersama-sama?		✓
4.	Apakah saat tidur, Anda menggunakan selimut Anda sendiri?	✓	
	Berikan alasannya.....		
5.	Apakah Anda menggunakan selimut itu bersama dengan teman Anda?		✓

Lanjutan Lampiran 9.

INDEKS KUALITAS HIDUP DERMATOLOGI

Nama: _____

Tujuan dari kuesioner ini adalah untuk mengukur seberapa besar masalah kulit anda telah mempengaruhi hidup anda **SELAMA SEMINGGU TERAKHIR**. Silahkan berikan tanda centang v pada salah satu kotak ☐ jawaban untuk setiap pertanyaan.

4. Selama seminggu terakhir, seberapa parah rasa gatal, perih, nyeri, atau tersengat pada kulit anda?	Sangat besar ☐	
	Besar ☐	
	Kecil ☒	
	Tidak sama sekali ☐	
5. Selama seminggu terakhir, seberapa malu atau tidak nyamankah anda karena kelainan kulit anda?	Sangat besar ☐	
	Besar ☐	
	Kecil ☐	
	Tidak sama sekali ☒	
6. Selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda mengganggu kegiatan berbelanja, mengurus rumah atau pekerjaan?	Sangat besar ☐	pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☐
	Besar ☐	
	Kecil ☒	
	Tidak sama sekali ☐	
7. Selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda mempengaruhi cara anda berpakaian?	Sangat besar ☐	pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☐
	Besar ☐	
	Kecil ☒	
	Tidak sama sekali ☐	
8. Selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda mempengaruhi kegiatan sosial atau kegiatan di waktu santai anda?	Sangat besar ☐	Pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☐
	Besar ☐	
	Kecil ☒	
	Tidak sama sekali ☐	
9. Selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda menyulitkan anda untuk berolahraga?	Sangat besar ☐	pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☐
	Besar ☐	
	Kecil ☒	
	Tidak sama sekali ☐	
7. Selama seminggu terakhir, apakah kelainan kulit anda mengakibatkan anda tidak dapat bekerja atau belajar? Jika jawabannya "Tidak", selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda menjadi masalah ketika anda bekerja atau belajar?	Ya ☐	pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☐
	Tidak ☒	
	Besar ☐	
	Kecil ☒	
	Tidak sama sekali ☐	
8. Selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda menyebabkan masalah dengan pasangan, teman dekat atau keluarga anda?	Sangat besar ☐	pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☐
	Besar ☐	
	Kecil ☐	
	Tidak sama sekali ☒	
9. Selama seminggu terakhir, seberapa besar kelainan kulit anda menyebabkan masalah seksual?	Sangat besar ☐	pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☒
	Besar ☐	
	Kecil ☐	
	Tidak sama sekali ☒	
10. Selama seminggu terakhir, seberapa mengganggu pengobatan kulit anda, misalnya mengotori rumah atau menghabiskan waktu anda?	Sangat besar ☐	pertanyaan tidak sesuai untuk saya ☐
	Besar ☐	
	Kecil ☐	
	Tidak sama sekali ☒	

Harap memeriksa kembali apakah anda telah menjawab **SETIAP** pertanyaan. Terima kasih.

© A Y Finlay, G K Khan April 1992 www.dermatology.org.uk This must not be copied without the permission of the authors.



Scanned with
CamScanner

6 sedang

Lampiran 10. Hasil Analisis Bivariat

10a. Analisis Deskriptif

1. Distribusi Frekuesnsi Penderita Skabies Berdasarkan Pengetahuan Skabies

		Pengetahuan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	44	48.9	48.9	48.9
	Baik	46	51.1	51.1	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

2. Distribusi Frekuesnsi Penderita Skabies Berdasarkan Perilaku

		Perilaku			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	30	33.3	33.3	33.3
	Baik	60	66.7	66.7	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

3. Distribusi Frekuesnsi Penderita Skabies Berdasarkan Kualitas Hidup

		Kualitas Hidup			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kecil	5	5.6	5.6	5.6
	Sedang	33	36.7	36.7	42.2
	Besar	45	50.0	50.0	92.2
	Sangat Besar	7	7.8	7.8	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Lanjutan Lampiran 10.

10. b Analisis Hubungan Variabel

1. Analisis Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Kualitas Hidup pada Penderita Skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya

Pengetahuan * Kualitas Hidup Crosstabulation					
		Kualitas Hidup			
		Kecil	Sedang	Besar	Sangat Besar
Pengetahuan Kurang	Count	3	16	22	3
					Total
					44

	% within Pengetahuan	6.8%	36.4%	50.0%	6.8%	100.0%
	% within Kualitas	60.0%	48.5%	48.9%	42.9%	48.9%
	Hidup					
	% of Total	3.3%	17.8%	24.4%	3.3%	48.9%
Baik	Count	2	17	23	4	46
	% within Pengetahuan	4.3%	37.0%	50.0%	8.7%	100.0%
	% within Kualitas	40.0%	51.5%	51.1%	57.1%	51.1%
	Hidup					
Total	% of Total	2.2%	18.9%	25.6%	4.4%	51.1%
	Count	5	33	45	7	90
	% within Pengetahuan	5.6%	36.7%	50.0%	7.8%	100.0%
	% within Kualitas	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Hidup					
	% of Total	5.6%	36.7%	50.0%	7.8%	100.0%

Lanjutan Lampiran 10.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	.351 ^a	3	.950
Likelihood Ratio	.353	3	.950
Linear-by-Linear Association	.170	1	.680
N of Valid Cases	90		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.44.

Lanjutan Lampiran 10.

2. Analisis Hubungan antara Perilaku dengan Kualitas Hidup pada Penderita Skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya

Perilaku * Kualitas Hidup Crosstabulation

			Kualitas Hidup				Total
			Kecil	Sedang	Besar	Sangat Besar	
Perilaku	Kurang	Count	1	9	18	2	30
		% within Perilaku	3.3%	30.0%	60.0%	6.7%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	20.0%	27.3%	40.0%	28.6%	33.3%
		% of Total	1.1%	10.0%	20.0%	2.2%	33.3%
	Baik	Count	4	24	27	5	60
		% within Perilaku	6.7%	40.0%	45.0%	8.3%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	80.0%	72.7%	60.0%	71.4%	66.7%
		% of Total	4.4%	26.7%	30.0%	5.6%	66.7%
	Total	Count	5	33	45	7	90
		% within Perilaku	5.6%	36.7%	50.0%	7.8%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	5.6%	36.7%	50.0%	7.8%	100.0%

Lanjutan Lampiran 10.**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.917	3	.590
Likelihood Ratio	1.949	3	.583
Linear-by-Linear Association	.878	1	.349
N of Valid Cases	90		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.67.

Lanjutan Lampiran 10.

3. Analisis Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku pada Penderita Skabies di Pondok Pesantren Se-Malang Raya

Pengetahuan * Perilaku Crosstabulation

			Perilaku		Total
			Kurang	Baik	
Pengetahuan	Kurang	Count	15	29	44
		% within Pengetahuan	34.1%	65.9%	100.0%
		% within Perilaku	50.0%	48.3%	48.9%
		% of Total	16.7%	32.2%	48.9%
	Baik	Count	15	31	46
		% within Pengetahuan	32.6%	67.4%	100.0%
		% within Perilaku	50.0%	51.7%	51.1%
		% of Total	16.7%	34.4%	51.1%
Total	Count		30	60	90
	% within Pengetahuan		33.3%	66.7%	100.0%
	% within Perilaku		100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total		33.3%	66.7%	100.0%

Lanjutan Lampiran 10.**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.022 ^a	1	.881	1.000	.529
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.022	1	.881		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.022	1	.882		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.67.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 11. Lingkungan Pondok Pesantren



11a. Santri menjemur pakaian di atas bak air umum di Pondok



11b. Kondisi bak air umum di Pondok



11c. Kondisi jemuran Pondok di dekat pembuangan sampah umum



11d. Kondisi kamar santri (menumpuk kasur dan pakaian kotor)



11e. Kondisi kamar mandi santri