

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENGETAHUAN SKABIES DENGAN
KEJADIAN SKABIES PADA SANTRIWATI DI PONDOK PESANTREN
AN- NUR 2 PUTRI AL-MURTADLO BULULAWANG,MALANG**

**TUGAS AKHIR
Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



**Oleh :
Deby Aditya Hutami
Nim 155070101111018**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
2019**

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENGETAHUAN SKABIES DENGAN
SKABIES PADA SANTRIWATI DI PONDOK PESANTREN AN-NUR 2 PUTRI
AL-MURTADLO, BULULAWANG, MALANG**

Oleh :
Deby Aditya Hutami
NIM. 1550701001111018

Telah diuji pada
Hari :
Tanggal :
Dan dinyatakan lulus oleh :

Penguji I

dr. Alidha Nur Rakhmani, S.ked, Msc
NIP. 2012018608162001

Pembimbing I/Penguji II,

Pembimbing II/Penguji III,

Dr. dr. Dhelya Widasmara, Sp.KK FINSVD
NIP. 19820814201410200

dr. Panji Sananta, Sp.OT
NIP. 197706102009121001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Dokter

dr. Triwahju Astuti, M.Kes., Sp.P(K)
NIP. 196310221996012

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Deby Aditya Hutami
NIM : 1550701001111018
Program Studi : Sarjana Kedokteran Fakultas
Kedokteran Universitas Brawijaya

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini adalah hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang,
Yang membuat pernyataan,

Deby Aditya Hutami
NIM. 1550701001111018

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberi rahmat dan petunjuk, serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul". **HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENGETAHUAN SKABIES DENGAN KEJADIAN SKABIES PADA SANTRIWATI DI PONDOK PESANTREN AN-NUR 2 PUTRI AL-MURTADLO BULULAWANG,MALANG**

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang besar kepada :

1. Dr. dr. Wisnu Barlianto, M.Si.Med.,Sp.A(K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
2. dr. Triwahju Astuti, M.Kes.,Sp.P(K), selaku Ketua Program Studi Sarjana Kedokteran Universitas Brawijaya.
3. Dr. dr. Dhelya Widasmara, Sp.KK FINSDV., selaku Dosen Pembimbing pertama yang telah berbaik hati untuk banyak meluangkan waktu serta membimbing dan mengarahkan saya dengan sabar, penuh keikhlasan, serta senantiasa memberikan ilmu baru dan semangat dalam penulisan tugas akhir ini.
4. dr. Panji Sananta, Sp.OT., selaku Dosen Pembimbing kedua yang telah berbaik hati untuk banyak meluangkan waktu serta membimbing dan mengarahkan saya dengan sabar, penuh keikhlasan, serta senantiasa memberikan ilmu baru dan semangat dalam penulisan tugas akhir ini.
5. dr.Alidha Nur Rakhmani,S.ked.,selaku penguji saya yang telah memberikan masukan dengan penuh kesabaran dan senantiasa memberikan ilmu baru dan semangat dalam penulisan tugas akhir ini.

6. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKUB, yang telah membantu melancarkan urusan administrasi, sehingga penulis dapat melaksanakan Tugas Akhir dengan lancar
7. Yang tercinta ayahanda Ahmad Setiawan,SH,M.H dan ibunda Lamiang,S.s.o.s,M.H serta kakak ku dr. Andri Hariyanti Utami atas segala pengertian, semangat dan kasih sayangnya.
8. Teman-teman seperjuangan saya, kelas PD-A 2015 dan PD-A 2016 yang senantiasa mengisi hari-hari perkuliahan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya baik dalam suka maupun duka.
9. Teman-teman seperjuangan kelompok penelitian saya, Haitsam, Virginia , Novelina terimakasih atas kesempatannya untuk selalu berbagi ilmu dan selalu memberi keceriaan, semangat dan doa selama pengerjaan skripsi ini
10. Kepada Seto Wahyu Prasetyo yang selalu bersedia membantu, mendengarkan keluh kesah penulis dan senantiasa mendukung dalam proses penyusunan skripsi ini hingga selesai.
11. Sahabat-sahabat saya, yang selalu hadir untuk bertukar pikiran dan memberikan semangat mengenai tugas akhir, Sekarlangit , Bella yunita Wanda puteri , Margareta , Rosela Elmita , Rifka , Theresia Marahati , Aditya Ramadhana , Bimo Prasetyo , Gajendren ,M.Budi ,Nisaly, Niaerry.
12. Dan semua pihak yang telah membantu menyelesaikan tugas akhir ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Akhir kata penulis menyadari bahwa tulisan ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga kritik dan saran yang membangun untuk penulis sangat penulis harapkan. Semoga tugas akhir ini dapat diterima dan akan bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca yang membutuhkannya.

Malang, 4 November 2019

Penulis



ABSTRAK

Hutami, Deby Aditya. 2019. **HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENGETAHUAN SKABIES DENGAN KEJADIAN SKABIES PADA SANTRIWATI DI PONDOK PESANTREN AN-NUR 2 PUTRI AL-MURTADLO, BULULAWANG, MALANG.** Tugas Akhir, Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1)_Dr. dr. Dhelya Widasmara, Sp.KK FINSVD (2) dr. Panji Sananta, Sp.OT

Skabies disebabkan oleh tungau *Sarcoptes scabiei*. merupakan penyakit yang paling sering ditemukan. Kepadatan dalam komunitas merupakan faktor utama dalam survei terakhir ini disamping faktor sosial ekonomi yang mempengaruhi penyakit menular yang sering ditemui. penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan skabies dengan kejadian skabies pada pondok pesantren yang menggunakan metode desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan cross sectional dan pengambilan data menggunakan simple random sampling Sampel diambil secara acak oleh penelitian dengan cara mengisi lembar kuisioner yang terkumpul dengan melihat hasil skor untuk mengetahui tingkat pengetahuan tinggi, sedang dan rendah untuk menghindari adanya duplikasi digabungkan, 60 sampel penelitian yang memenuhi kriteria inklusi yang di bagi 30 skabies negatif dan 30 skabies positif dengan menggunakan uji chi-square untuk menilai tingkat pengetahuan santriwati pada penyakit skabies. Hasil didapatkan pengetahuan sedang 21 (70.0%) dan pengetahuan baik 12 (40.0%) dan pengetahuan yang kurang 8 (26.7%). Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan bermakna, uji chi-square menunjukkan tingkat pengetahuan skabies ($p=0.481$). kesimpulnya yang tidak terkena penyakit skabies akan mempunyai pengetahuan yang lebih baik dari pada siswa yang terkena penyakit Skabies.

Kata kunci : skabies, *sarcoptes scabei*, Tingkat Pengetahuan

ABSTRACT

Hutami, Deby Aditya. 2019. **RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE LEVELS OF SCABIES WITH THE EVENT OF SCABIES IN FEMALE STUDENTS AT ISLAMIC BOARDING SCHOOL AN-NUR 2 PUTRI AL-MURTADLO, BULULAWANG, MALANG.** Final assignment, Medical Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisors: (1) Dr. dr. Dhelya Widasmara, Sp.KK FINS DV (2) dr. Panji Sananta, Sp.OT

Scabies is caused by *Sarcoptes scabiei* mites and it is the most common disease found. The density in the community is the main factor in this last survey besides the socio-economic factors that affect infectious diseases that are often encountered. This study aims to determine the level of knowledge of scabies with scabies events in Islamic boarding schools using analytic observational research design methods with cross sectional suppressors and data collection using simple random sampling. Samples were randomly taken by the study by filling out the questionnaire sheets collected and analysing the results of the scores to determine the level of knowledge high, medium and low to avoid duplication combined, 60 research samples that met the inclusion criteria were divided into 30 negative scabies and 30 positive scabies using the chi-square test to assess the level of knowledge of female students in scabies. Results obtained moderate knowledge 21 (70.0%) and good knowledge 12 (40.0%) and less knowledge 8 (26.7%). The results showed a significant relationship, the chi-square test showed the level of knowledge 0.481). of scabies ($p = 0.481$). the conclusions are not affected by scabies will have better knowledge than students who are affected by scabies.

Keyword: *Sarcoptes Scabei*, Scabies ,Knowledge Levels

DAFTAR ISI

Judul.....	i
Halaman Persetujuan.....	ii
Halaman Pengesahan.....	iii
Pernyataan Keaslian Tulisan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	vii
Abstract.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xv
Daftar Gambar.....	xvi
Daftar Lampiran.....	xvvi
Daftar Singkatan.....	xix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Manfaat Keilmuan.....	4
1.4.2 Manfaat Aplikatif.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Tingkat Pengetahuan.....	5

2.1.1	Faktor faktor yang mempengaruhi Pengetahuan	7
2.1.2	Cara Memperoleh Pengetahuan	8
2.1.3	Konsep perilaku	10
2.2	Pondok Pesantren	10
2.2.1	Karakteristik Lingkungan Pesantren	11
2.3	Skabies	12
2.3.1	Definisi skabies	12
2.3.2	Epidemiologi	12
2.3.3	Etiologi.....	13
2.3.4	Siklus Hidup.....	14
2.3.5	Transmisi.....	16
2.3.6	Manifestasi Klinis.....	16
2.3.7	Cara Penularan.....	21
2.3.8	Cara Pencegahan.....	21
BAB III	KERANGKA KONSEP PENELITIAN	23
3.1	Kerangka Konsep Penelitian	23
3.2	Hipotesis	24
BAB IV	METODE PENELITIAN	25
4.1	Desain Penelitian.....	25
4.2	Waktu dan Tempat Penelitian.....	25
4.2.1	Waktu Penelitian.....	25

4.2.2 Tempat penelitian.....	25
4.3 Populasi dan Sampel.....	25
4.3.1 Populasi Penelitian.....	25
4.3.2 Sampel Penelitian	25
4.3.2.1 Kriteria Inklusi.....	26
4.3.2.2 Kriteria Eklusi.....	26
4.3.3 Teknik Pemilihan sampling.....	26
4.3.4 Besar Sampel.....	26
4.4 Variabel Penelitian.....	27
4.4.1 Variabel Bebas.....	27
4.4.2 Variabel Terikat.....	27
4.5 Definisi Operasional.....	28
4.6 Alat Penelitian dan Pengumpulan Data.....	29
4.7 Cara Pengumpulan Data.....	29
4.8 Alur Penelitian.....	30
4.9 Pengolahan Data.....	30
4.9.1 Editing.....	30
4.9.2 Entry Data.....	30
4.9.3 Scoring.....	30
4.9.4 Cleaning.....	31
4.10 Analisis Data.....	31
4.10.1 Analisis Univariat.....	31
4.10.2 Analisis Bivariat.....	31
4.11 Etika Penelitian.....	32

BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA	33
5.1 Demografi Responden.....	33
5.1.1 Kelompok Usia yang Terkena Skabies	33
5.1.2 Kelompok Usia yang Tidak Terkena Skabies.....	34
5.1.3 Kelompok Kelas dengan kejadian skabies.....	35
5.2 Analisis Deskriptif	36
5.2.1 Variabel Tingkat Pengetahuan yang Terkena Skabies.....	36
5.2.2 Variabel Tingkat Pengetahuan berdasarkan santriwati yang terkena skabies	37
5.2.3 Variabel Tingkat Pengetahuan berdasarkan santriwati yang tidak terkena skabies.....	41
5.3 Analisa Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dengan kejadian Skabies di Pondok Pesantren.....	45
5.3.1 Hubungan Mereka Mengetahui Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies.....	45
5.3.2 Hubungan Penyakit Kulit Sering disebut Gudik Dengan Kejadian Skabies.....	46
5.3.3 Hubungan Penyakit Kulit Disebabkan Oleh Bakteri Dengan Kejadian Skabies.....	48
5.3.4 Hubungan Berjabat Tangan Dapat Menularkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies	50
5.3.5 Hubungan Penularan Penyakit Kulit Sangat Mudah Menyebar Di Lingkungan Keluarga, Perkampungan Padat Dan Asrama (Pondok Pesantren) Dengan Kejadian Skabies.....	52



5.3.6	Hubungan Orang Yang Menjaga Kebersihan Tubuhnya Dapat Terkena Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies.....	54
5.3.7	Hubungan Kondisi Lingkungan Yang Buruk Dapat Menyebabkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies.....	56
5.3.8	Hubungan Kamar Yang Tidak Ada Ventilasinya Dapat Mempermudah Terjadinya Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies.....	58
5.3.9	Hubungan Penyakit Kulit Dapat Ditularan Melalui Pemakaian Pakaian Atau Alat Sholat Secara Bergantian Dengan Kejadian Skabies.....	60
5.3.10	Hubungan Sampah Yang Berserakan Dapat Menularkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies.....	62
5.3.11	Hubungan Pakaian Atau Handuk Yang Tidak Dijemur Sampai Kering Bisa Menyebabkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies.....	64
5.3.12	Hubungan Kondisi Lingkungan Yang Buruk Dapat Menyebabkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies.....	66
BAB VI PEMBAHASAN.....		68
6.1	Pembahasan Hasil Peneliian	68
6.1.1	Demografi Penderita Skabies	68
6.1.2	Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian Skabies	69

6.2 Keterbatasan Penelitian.....	73
BAB VII PENUTUP.....	72
7.1 Kesimpulan.....	74
7.2 Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA.....	75
LAMPIRAN.....	79



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional.....28

Tabel 5.1 Kelompok Usia Terkena skabies.....33

Tabel 5.2 Kelompok Usia Tidak Terkena Skabies.....34

Tabel 5.3 Kelompok Kelas Dengan Kejadian SKabies.....35

Tabel 5.4 Distribsi Frekuensi Jawaban Responden Pada Variabel Tingkat Pengetahuan Yang Terkena Skabies.....37

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Pada Variabel Tingkat Pengetahuan Yang Tidak Terkena Skabies.....41

Tabel 5.6 Hubungan mereka mengetahui penyakit kulit dengan kejadian skabies.....45

Tabel 5.7 Hubungan Penyakit Kulit disebut gundik dengan kejadian skabies46

Tabel 5.8 Hubungan penyakit kulit disebabkan oleh bakteri dengan kejadian skabies..... 48

Tabel 5.9 Hubungan berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit dengan kejadian skabies.....50

Tabel 6.0 Hubungan penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga,perkampungan padat dan asrama dengan kejadian skabies52

Tabel 6.1 Hubungan orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit dengan kejadian skabies.....54

Tabel 6.2 Hubungan Kondisi Lingkungan Yang Buruk Dapat Menyebabkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies.....56

Tabel 6.3 Hubungan kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit dengan kejadian skabies58

Tabel 6.4 Hubungan penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian dengan kejadian skabies60

Tabel 6.5 Hubungan sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit dengan kejadian skabies.....62



Tabel 6.6 Hubungan pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies.....64

Tabel 6.7 Hubungan kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies.....66



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Morfologi *Sarcoptes Scabei*.....14

Gambar 2 Siklus Hidup Skabies..... 15

Gambar 3 Predileksi Skabies 18

Gambar 4 Bentukan *Sarcoptes Scabei* dalam lapisan kulit epidermis yang telah diwarnai HE.....19

Gambar 5 Kerangka Konsep 23

Gambar 6 Alur Penelitian 30



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kelaikan Etik Penelitian	67
Lampiran 2. Surat pernyataan Persetujuan	68
Lampiran 3. Instrumen Penelitian.....	70
Lampiran 4. Surat Izin melakukan Penelitian.....	71
Lampiran 5. Lembar Persetujuan Tugas Akhir.....	72
Lampiran 6. Hasil Uji Validas Kuisisioner.....	73
Lampiran 7. Hasil Uji Reliabilitas Kuisisioner.....	74
Lampiran 8. Data Uji Validitas dan reliabilitas.....	76
Lampiran 9. Analisis Deskriptif.....	77
Lampiran10 Analisis Hubungan Mereka Mengetahui Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies.....	82
Lampiran 11 Analisis Hubungan Penyakit Kulit Sering disebut Gudik Dengan Kejadian Skabies.....	83
Lampiran 12 Analisis Hubungan Penyakit Kulit Disebabkan Oleh Bakteri Dengan KejadianSkabies.....	83
Lampiran 13 Analisis Hubungan Berjabat Tangan Dapat Menularkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies.....	84
Lampiran 14. Analisis Hubungan Penularan Penyakit Kulit Sangat Mudah Menyebar Di Lingkungan Keluarga, Perkampungan Padat Dan Asrama (Pondok Pesantren) Dengan Kejadian Skabies.....	84
Lampiran 15. Analisis Hubungan Orang Yang Menjaga Kebersihan Tubuhnya Dapat Terkena Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies.....	85
Lampiran 16 Analisis Hubungan Kondisi Lingkungan Yang Buruk Dapat Menyebabkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies.....	85
Lampiran 17. Analisis Hubungan Kamar Yang Tidak Ada Ventilasinya Dapat Mempermudah Terjadinya Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies.....	86
Lampiran 18. Analisis Hubungan Penyakit Kulit Dapat Ditularkan Melalui Pemakaian Pakaian Atau Alat Sholat Secara Bergantian Dengan Kejadian Skabies.....	86
Lampiran 19. Analisis Hubungan Sampah Yang Berserakan Dapat Menularkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies.....	87



Lampiran 20. Analisis Hubungan Pakaian Atau Handuk Yang Tidak Dijemur
Sampai Kering Bisa Menyebabkan Penyakit Kulit Dengan
Kejadian Skabies.....88

Lampiran 21. Analisis Hubungan Kondisi Lingkungan Yang Buruk Dapat
Menyebabkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian
Skabies.....89



DAFTAR SINGKATAN

- DepKes : Departemen Kesehatan
- SPSS : *Statistical Package for the Social Sciene*
- WHO : *World Health Organization*



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran. Proses pembelajaran juga dipengaruhi dari berbagai faktor dalam seperti motivasi dan faktor luar seperti sumber informasi yang tersedia, serta keadaan sosial budaya (Wawan dan Dewi, 2010). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) perilaku adalah tanggapan reaksi individu terhadap rangsangan atau lingkungannya. Dapat diambil kesimpulan bahwa pengetahuan merupakan proses pembelajaran dan dipengaruhi berbagai faktor serta perilaku kita terhadap rangsangan tersebut.

Skabies merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh tungau (kutu kecil) yaitu *Sarcoptes scabiei varietas hominis*. Penyakit tersebut merupakan masalah kesehatan pada masyarakat yang paling sering ditemukan terutama di wilayah beriklim tropis dan subtropis . kondisi iklim yang panas dan lembab mungkin juga mempengaruhi distribusi penyakit (Hay,2012). Penyakit ini ditandai dengan rasa gatal yang sangat pada bagian kulit seperti sela-sela jari, siku selangkangan. Rasa gatal ini menyebabkan penderita skabies menggaruk kulit yang berbentuk seperti tonjolan berisi cairan dan setelah digaruk cairan tersebut menyebabkan efek pada daerah sekitar luka (Handri, 2008)

Skabies adalah penyakit yang sering dianggap biasa, bahkan diremehkan oleh penderitanya. Di indonesia skabies merupakan salah satu penyakit kulit tersering yang menduduki urutan ketiga dari 12 penyakit kulit tersering (Azizah,2012). Faktor yang berperan pada tingginya angka pravelensi skabies di Negara berkembang terkait dengan kemiskinan yang diasosiasikan, akses air yang sulit, dan kepadatan hunian. Tingginya kepadatan hunian dan interkasi atau kontak fisik antar individu memudahkan perpindahan tungau skabies. Oleh karena itu, angka prevalensi skabies yang tinggi terdapat pada suatu kondisi lingkungan dengan kepadatan penghuni dan kontak interpersonal tinggi seperti penjara , panti asuhan, dan pondok pesantren (Ratnasari,2014).

Menurut WHO 2009, skabies banyak ditemukan pada semua negara tropis dengan prevalensinya berkisar hingga 7-35% dari populasi umum dan insiden skabies tertinggi ditemukan pada kelompok anak berusia 1-14 tahun sebesar 51.5% (Steer,2009). Menurut Depkes RI berdasarkan data dari Puskesmas seluruh Indonesia pada tahun 2008 prevalensi Skabies sebesar 5,6% - 12,95%, sedangkan dari jenis penyakit kulit ,skabies berada pada posisi tiga dari 12 jenis penyakit kulit tersering (Ma'rufi, 2012). Prevalensi skabies di Indonesia sendiri mengalami penurunan dari tahun 2009 hingga 2013 yakni sebesar 1%-6.95%. Meskipun prevalensi skabies mengalami penurunan tetapi Indonesia belum terbebas dari skabies. Pada tahun 2013 di pondok pesantren Al-Bahronniyah Ngemplak Demak prevalensi penyakit skabies sebesar 36,3% (Khotimah, 2013),.Pada negara-negara berkembang skabies menjadi penyakit kulit tersering terutama pada negara iklim panas dan tropis. Beberapa faktor resiko penyakit ini seperti *personal hygiene* yang buruk, kesalahan diagnosa, penyakit menular seksual (Handoko dan Djuanda , 2016).

Indonesia adalah negara yang mayoritas penduduknya beragama muslim berkaitan dengan hal tersebut terdapat 14.798 pondok pesantren yang memiliki prevalensi skabies yang tinggi. Insiden dan prevalensi skabies masih sangat tinggi di Indonesia terutama pada lingkungan masyarakat padat penduduk seperti di pondok pesantren. Hal ini tercermin dari penelitian Ma'rufi *et al.* (2005) bahwa prevalensi skabies pada pondok pesantren di Kabupaten Lamongan sebesar 64,2%, berkorelasi dengan hasil penelitian Kuspiantoro (2005) kejadian skabies mencapai 70% di pondok pesantren pasuruan.

Hasil dari studi yang dilakukan pada santri Malang Raya meliputi Kota Malang, kabupaten Malang, dan kota Batu menurut Riskesdas (2013, dikutip dalam penelitian Yahmi 2016) didapatkan prevalensi skabies sebesar 61%, paling tinggi ada di kabupaten malang sebesar 48,6%, sedangkan di Kota Batu didapatkan sebesar 12,4%. Hal tersebut dikarenakan di Pondok pesantren sering kali memiliki *Personal Hygiene* yang buruk meliputi jarang mencuci tangan,menggantung pakaian dikamar,saling bertukar pakaian dan benda pribadi, seperti sisir dan handuk yang berisiko mudah santri terkena penyakit skabies yang dikarenakan santri memiliki *Tingkat Pengetahuan* yang rendah mengenai kebersihan diri (Mansyur M,2007)

Meskipun skabies tidak berdampak pada angka kematian akan tetapi penyakit ini dapat mengganggu kenyamanan dan konsentrasi pada santri. Kebiasaan seperti pemakaian alat mandi dan alat sholat yang bersamaan, kebiasaan kontak langsung dengan penderita skabies dan kondisi lingkungan tidak sehat, pola kehidupan yang ditunjukkan santri sering kali kotor banyak yang terjadi pada pondok pesantren yang terjadi pada santri sehingga sering terkena penyakit skabies (Ratnasari,2014). Perilaku hidup sehat merupakan pengetahuan, sikap, dan tindakan proaktif untuk memelihara dan mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Hal tersebut penting kaitannya dengan pencegahan penyakit. Namun, menurut (Yusof M,2015) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa masih tingginya prevalensi skabies di pondok pesantren di Indonesia dapat dipengaruhi oleh banyak faktor dan salah satunya meliputi keterbatasan pengetahuan tentang penyakit skabies yang dimiliki oleh santri.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Skabies dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren An-Nur 2 Putri Al-Murtadlo, Bululawang, Malang” sebagai pengetahuan yang dapat diaplikasikan kepada masyarakat. Populasi yang dipilih yaitu santriwati pondok pesantren yang mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya skabies dikarenakan faktor lingkungan yang sesak dan padat, pola hidup santriwati di pondok pesantren yang memiliki resiko tinggi untuk terjadinya insiden skabies dan mudahnya proses penularan penyakit skabies terjadi.

1.2 Rumusan Masalah

- 1.2.1 Apakah ada hubungan *Tingkat pengetahuan* dengan kejadian Skabies di Pondok Pesantren Santriwati An-Nur 2 Bululawang Malang – Jawa Timur?
- 1.2.2 Bagaimana demografi responden pada santriwati pondok pesantren An-Nur 2 putri Al-Murtadlo Bululawang, Malang?

1.3 Tujuan penelitian

- 1.3.1 Mengetahui hubungan antara *tingkat pengetahuan* dengan kejadian skabies di pondok pesantren Santriwati An-Nur 2 Putri-Al-Murtadlo Bululawang Malang
- 1.3.2 Mengetahui demografi responden pada santriwati pondok pesantren An-Nur putri Al-Murtadlo Bululawang, Malang

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Keilmuan

Dapati dijadikan sebagai dasar teori untuk menambah wawasan ilmu pengetahuan sekaligus sebagai dasar untuk pengembangan penelitian selanjutnya dalam bidang kesehatan, khususnya tentang hubungan Tingkat Pengetahuan dengan kejadian skabies.

1.4.2 Manfaat Aplikatif

Dapat dijadikan informasi dan wawasan bagi santri, pengasuh dan pembina pondok pesantren mengenai penyebab terjadinya dan penularan penyakit skabies serta dengan adanya informasi dan wawasan ini dapat mencegah penularan skabies.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan adalah sesuatu yang dikemukakan seseorang yang merupakan hasil dari tahu. Hal ini dapat terjadi setelah individu melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, dimana sebagian penginderaan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003). menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan di dalam domain kognitif terdiri dari 6 tingkat yaitu:

a. Tahu (*knowledge*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk didalam pengetahuan. Tingkatan ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah . Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari yaitu dengan menyebutkan, menguraikan ,mendefinisikan, menyatakan. Pada masyarakat yang belum mengetahui tentang penyakit skabies diharapkan dapat mengetahui tentang gejala- gejala dan penyebab lain dari skabies kepada orang lain serta untuk dirinya sendiri. Harapannya setelah dilakukan penelitian penyakit skabies di pondok pesantren An-nur 2 Bululawang ini santriwati dapat mengingat materi yang disampaikan.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan , meramalkan , dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Oleh karena itu, harapannya setelah

menerima materi santriwati dapat memahami penyakit skabies di pondok pesantren santriwati An-nur 2 Bululawang.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan materi yang tepat dan benar diberikan kepada santriwati sangat penting untuk pengetahuannya tentang penyakit skabies .

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen – komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja dapat menggambarkan (membuat bagan) membedakan, memisahkan, mengelompokkan , dan sebagainya. Dapat menganalisis tujuan materi penyakit skabies ini diberikan kepada santriwati di pondok pesantren santriwati An-nur 2 Bululawang

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formula- formula yang ada. Pada santriwati untuk dapat mengetahui penyakit skabies cara menyusun suatu program perawatan (*lifestyle*) yang merupakan bagian dari perilaku santriwati.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Pada santriwati diharapkan dapat mengetahui dan melakukan *self*

monitoring mengenai kejadian penyakit skabies di pondok pesantren Santriwati An-nur 2 Bululawang, Malang.

2.1.1 Faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Pengaruh pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden kedalam pengetahuannya yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kisa disesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut diatas (Notoatmodjo 2003).

Faktor – faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan :

a. Tingkat pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan mudah menerima dan menyesuaikan hal-hal baru. Pada masyarakat yang mempunyai pendidikan yang baik akan lebih cepat dan mudah dalam menerima informasi tentang penyakit skabies demikian sebaliknya.

b. Informasi

Seseorang yang mempunyai sumber informasi banyak akan memberikan pengetahuan tentang penyakit skabies yang lebih jelas. Pada masyarakat yang mengetahui informasi tentang penyakit skabies dengan baik akan memberikan informasi dengan tepat kepada masyarakat yang belum tahu dengan cara yang tepat.

c. Kultur budaya

Budaya sangat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang karena informasi yang baru akan disaring sesuai dengan budaya dan agama yang dianut. Pada masyarakat dengan kultur budaya yang modern cenderung lebih bisa menerima informasi yang dapat begitu juga sebaliknya.

d. Pengalaman

Pengalaman disini berkaitan dengan umur dan pendidikan, dimana pada masyarakat yang tidak mempunyai cukup informasi tentang skabies akan berpengaruh pada ketidaktahuan tentang gejala , tanda , penanganannya, hal ini mengakibatkan semakin banyak masyarakat akan terkena skabies. Pengalaman seseorang pada dasarnya dipengaruhi oleh pendidikan seseorang, dimana semakin baik pendidikan seseorang berpengaruh pada pengetahuan serta informasi yang dimiliki. Notoatmodjo (2002) menyatakan bahwa pendidikan memberikan suatu nilai- nilai tertentu bagi manusia, terutama dalam membuka pikirannya serta menerima hal-hal baru. Pengetahuan juga di peroleh melalui kenyataan (Fakta) dengan melihat dan mendengar sendiri, serta melalui alat- alat komunika, misalnya membaca , mendengar radio, melihat televisi.

2.1.2 Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoadmojo (2005) cara seseorang untuk memperoleh pengetahuan sebagai berikut :

a.cara coba-coba (trial and error)

Cara ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah apabila kemungkinan tersebut tidak dapat berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Apabila kemungkinan kedua gagal maka kemungkinan ketiga, dan apabila gagal dicoba untuk keempat dan sampai seterusnya hingga masalah teratasi.

b.cara kekuasaan atau otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari- hari banyak kebiasaan dan tradisi- tradisi yang akan dilakukan oleh orang tanpa memikirkan apakah kebiasaan tersebut baik atau buruk. Kebiasaan yang diwariskan turun- temurun dari generasi kegenerasi selanjutnya dengan kata lain pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan otoritas atau kekuasaan, baik tradisi , otoritas pemerintah , otoritas pimpinan agama, maupun ahli- ahli pengetahuan.

c. berdasarkan pengalaman pribadi

pengalaman merupakan guru terbaik dimana pengalaman adalah sumber memperoleh keberadaan dari pengetahuan. Pengalaman pribadi dapat memperoleh pengetahuan dan menyimpulkan bahwa pengalaman pribadi dapat menuntut seseorang untuk menarik kesimpulan dengan benar agar perlu berfikir kritis dan logis.

d. Melalui jalan pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berfikir manusia pun ikut berkembang juga. Dari sisi manusia telah mampu menggunakan penalaran dalam memperoleh pengetahuannya sehingga dapat disimpulkan bahwa dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia dengan menggunakan jalan pikirnya dengan baik melalui induksi dan deduksi.

e.cara modern dalam memperoleh pengetahuan

metode penelitian ilmiah atau metodologi penelitian, dimana cara ini mula-mula mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala alam atau masyarakat kemudia hasil pengamatannya dikumpulkan dan diklasifikasikan serta akhirnya diambil kesimpulan secara umum.

g. Pengukuran Tingkat pengetahuan

Pengukuran tingkat pengetahuan pada santriwati menggunakan kuisiner berdasarkan menggunakan lembar kuisiner yang ditunjukkan kepada santriwati untuk mengetahui tentang hubungan tingkat pengetahuan skabies dengan kejadian skabies di pondok pesantren an-nur 2 bululawang,malang dan dikategorikan sebagai berikut :

a.Tinggi (76%-100%)

b.Sedang (56%-76%)

c.Rendah (<50%)

2.1.3 Konsep Perilaku

Menurut seorang ahli psikologi (skinner, dalam Notoatmojo, 2010) konsep perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar) yang membedakan perilaku menjadi dua yaitu :

1. Perilaku Tertutup (Covert behavior) Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tertutup. Contohnya : keterbatasan perhatian ,persepsi , pengetahuan atau kesadaran pada sikap orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.
2. Perilaku terbuka (Overt behavior) Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan yang nyata dan terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan praktik yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat orang lain.

2.2. Pondok Pesantren

Pesantren menurut pengertian dasarnya adalah "tempat belajar para santri", sedangkan pondok berarti "rumah atau tempat tinggal sederhana yang terbuat dari bambu". Di samping itu, "pondok" juga berasal dari bahasa Arab "funduk" yang berarti "hotel atau asrama". Ada beberapa istilah yang ditemukan dan sering digunakan untuk menunjuk jenis pendidikan Islam tradisional khas Indonesia atau yang lebih terkenal dengan sebutan pesantren. Di Jawa termasuk Sunda dan Madura, umumnya dipergunakan istilah pesantren atau pondok, di Aceh dikenal dengan istilah dayah atau rangkung atau meusanah, sedangkan di Minangkabau disebut surau (Nawawi, 2006). Pondok pesantren pada awal berdirinya mempunyai pengertian yang sederhana, yaitu tempat pendidikan santri-santri untuk mempelajari pengetahuan agama Islam di bawah bimbingan seorang ustadz atau kyai. Santri-santri yang berada di pondok pesantren pada dasarnya sama saja dengan anak didik di sekolah-sekolah umum yang harus berkembang yang perlu mendapat pelatihan khusus terutama kesehatan dan pertumbuhannya..

Pesantren, pondok pesantren, atau disebut pondok saja, adalah sekolah Islam berasrama yang terdapat di Indonesia. Pelajar pesantren (disebut sebagai santri) belajar di sekolah ini, sekaligus tinggal pada asrama yang disediakan oleh pesantren. Terdapat dua macam jenis pondok pesantren yaitu salafiyah dan non salafiyah. Pondok pesantren disebut sebagai salafiyah apabila pondok pesantren tersebut hanya mengajarkan pendidikan agama dan pelajaran-pelajaran lain yang berhubungan dengan agama. Sedangkan pondok pesantren non salafiyah adalah pondok pesantren yang mengajarkan pendidikan agama disertai dengan pendidikan umum. Pengertian umum berarti memberikan ketrampilan atau kemampuan yang telah dimiliki oleh anak didik agar mampu melayani kebutuhan yang semakin meningkat sehubungan dengan tantangan pekerjaan yang dihadapinya. Maka pendidikan non-formal pada pesantren berarti mendasari, menjiwai dan melengkapi akan nilai-nilai pendidikan formal. Tidak semua hal dapat diajarkan melalui program-program sekolah formal, disini pesantren mengisi kekurangan tersebut (Nawawi, 2006). Perkataan santri berasal dari Bahasa Jawa "cantrik" yang berarti orang yang selalu mengikuti guru kemana guru pergi menetap (istilah pewayangan) tentunya dengan tujuan agar dapat belajar darinya mengenai keahlian tertentu.

2.2.1 Karakteristik lingkungan pesantren

Pondok pesantren adalah institusi pendidikan agama Islam yang memiliki mencetak generasi dan sumber daya manusia berkualitas. Gambaran yang selama ini berkembang di masyarakat adalah bahwa pondok pesantren merupakan tempat kumuh, kondisi lingkungannya tidak sehat, pola kehidupan yang ditunjukkan oleh santrinya sering kali kotor, dan perilaku hidup sehat terutama kebersihan pribadi di pondok pesantren pada umumnya kurang mendapatkan perhatian dari santri. Seperti menggantung pakaian di kamar , tidak membolehkan pakaian santri wanita dijemur di bawah terik matahari , saling bertukar pakaian benda pribadi , seperti sisir dan handuk yang beresiko terkena penyakit skabies.

2.3 Skabies

2.3.1 Definisi skabies

Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infeksi dan sensitisasi Tungau *Sarcoptes Scabiei* varian hominis dan produknya pada tubuh (Djuanda, 2007). Penyakit ini sering di temukan di Indonesia karena Indonesia mempunyai iklim tropis yang sangat mendukung perkembangan agen penyebab skabies. Di Indonesia skabies sering disebut kudis atau orang jawa biasa menyebut gudik (Cakmioki, 2007).

Penyebab penyakit skabies adalah seekor tungau (kutu/mite) yang bernama *Sarcoptes scabiei*, filum Arthropoda, kelas Arachnida, ordo Ackarina, superfamili *Sarcoptes*. Pada manusia oleh *S. scabiei* var hominis yang berbentuk oval dan gepeng, berwarna putih kotor, transulen dengan bagan punggung lebih lonjong dibandingkan perut, yang betina berukuran 300-350 mikron, sedangkan yang jantan berukuran 150-200 mikron. Stadium dewasa mempunyai 4 pasang kaki, 2 pasang merupakan kaki depan dan 2 pasang kaki belakang (Iskandar, 2000).

2.3.2 Epidemiologi

Diperkirakan lebih dari 300 juta orang di seluruh dunia terkena skabies per tahun. Prevalensi meningkat di daerah perkotaan dan padat penduduk. Pada musim dingin prevalensi juga cenderung lebih meningkat dibandingkan musim panas (Burkhart, 2000). Di Brazil Amerika Selatan prevalensi skabies mencapai 18 % (Strina *et al.*, 2013), di Benin Afrika Barat 28,33 % (Salifou *et al.*, 2013), di kota Enugu Nigeria 13,55 % (Emodiet *et al.*, 2013), di Pulau Pinang Malaysia 31 % (Zayyid *et al.*, 2013).

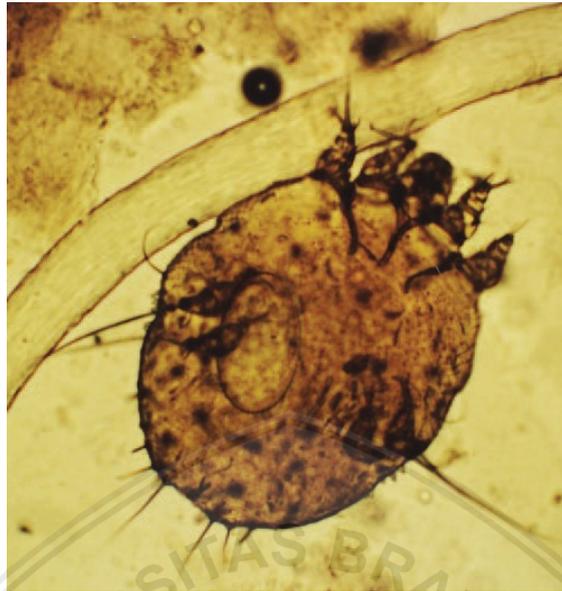
Di Indonesia prevalensi skabies masih cukup tinggi. Menurut Departemen Kesehatan RI 2008 prevalensi skabies di Indonesia sebesar 5,60-12,95 % dan skabies menduduki urutan ketiga dari 12 penyakit kulit (Azizah, 2011). Di bagian kulit dan kelamin FKUI/RSCM pada tahun 1999, dijumpai 704 kasus skabies yang merupakan 5,77% dari seluruh kasus baru. Pada tahun 2003 dan 2009 prevalensi skabies adalah 6% dan 3,9% (Sungkar, S, 2002), sedangkan di

RSUD Saiful Anwar Malang skabies selalu menduduki peringkat ke-2 dari 10 penyakit terbanyak di Poliklinik kulit dan Kelamin selama lebih dari 5 tahun terakhir. Tahun 2014 skabies mencapai 849 (8,7%) pasien dari total 9736 pasien per tahun. Pada tahun 2015, angka kejadian skabies menurun menjadi 524 (6,3%) kejadian dari total 8310 pasien per tahun dan masih menempati peringkat ke-2 dari 10 penyakit terbanyak pada Poliklinik Kulit dan Kelamin. Data terakhir yang didapatkan dari Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Saiful Anwar tahun 2016, total pasien skabies sebanyak 489 (6,15%) dari total 7945 pasien per tahun.

Skabies paling sering ditemukan pada anak-anak dan dewasa muda, tetapi dapat menyerang semua umur, dan di Inggris dalam beberapa tahun terakhir ini lebih sering ditemukan pada lansia di tempat-tempat perawatan. Insiden secara keseluruhan mungkin sama sedangkan pada ras terdapat beberapa kelompok ras yang rentan, yang mungkin lebih berhubungan dengan kebiasaan dan faktor sosial daripada faktor kerentanan yang melekat. Populasi yang padat, yang umum terjadi di negara-negara terbelakang dan hampir selalu terkait dengan kemiskinan dan faktor kebersihan yang buruk, juga ikut mendorong penyebaran skabies (Burns, 2010).

2.3.3 Etiologi

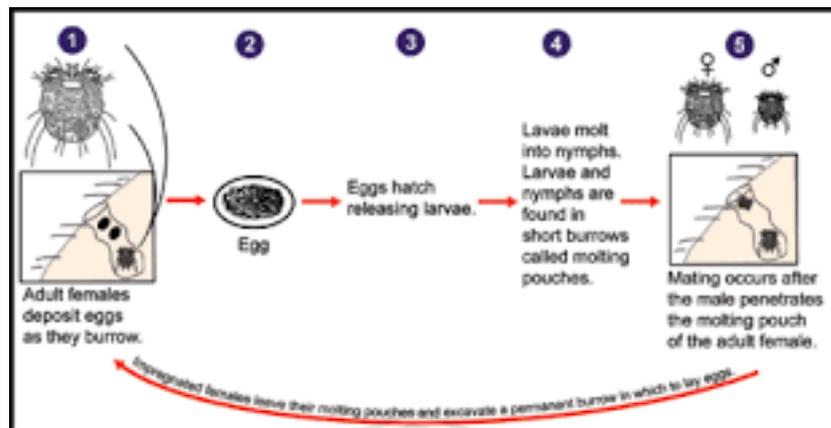
Skabies disebabkan oleh parasit kutu *Sarcoptes scabiei var hominis*. Kutu skabies memiliki 4 pasang kaki dan berukuran 0,3 mm, yang tidak dapat dilihat dengan menggunakan mata telanjang (Stone, 2008). Secara morfologik merupakan tungau kecil, berbentuk oval, punggungnya cembung dan bagian perutnya rata. Tungau ini translusen, berwarna putih kotor, dan tidak bermata. Ukurannya yang betina berkisar antara 330 – 450 mikron x 250 – 350 mikron, sedangkan yang jantan lebih kecil, yakni 200 – 240 mikron x 150 – 200 mikron. Bentuk dewasa mempunyai 4 pasang kaki, 2 pasang didepan sebagai alat untuk melekat dan 2 pasang kaki kedua pada betina berakhir dengan rambut, sedangkan pada jantan pasangan kaki ketiga berakhir dengan rambut dan keempat dengan alat perekat (Handoko, 2010).



Gambar 1. Morfologi *Sarcoptes Scabiei* betina (Walton, S.F., 2007).

2.3.4 Siklus hidup

Kutu skabies betina menggali terowongan pada stratum korneum dengan kecepatan 2 mm per hari, dan meletakkan 2 atau 3 telur-telurnya setiap harinya. Telur-telur ini akan menetas setelah 3 hari dan menjadi larva, yang akan membentuk kantung dangkal di stratum korneum dimana larva-larva ini akan bertransformasi dan menjadi dewasa dalam waktu 2 minggu. Kutu ini kawin didalam kantongnya, dimana kutu jantan akan mati, setelah invasi pertama dari kutu ini, diperlukan 4 hingga 6 minggu untuk timbul reaksi hipersensitivitas dan rasa gatal akibat kutu ini. Pada orang-orang yang telah tersensitisasi terhadap tungau oleh infestasi sebelumnya, paparan ulang dapat menghasilkan gejala dalam 48 jam atau kurang (karena sensitisasi sebelumnya terhadap tungau serta saliva dan fesesnya) (Trozak, 2006).



Gambar 2. Siklus hidup *Sarcoptes scabiei* (Disadur dari CDC, 2010)

Siklus hidup ini menjelaskan mengapa pasien mengalami gejala selama bulan pertama setelah kontak dengan individu yang terinfeksi. Setelah sejumlah kutu (biasanya kurang dari 20) telah dewasa dan telah menyebar dengan cara bermigrasi atau karena garukan pasien, hal ini berkembang dari rasa gatal awal yang terlokalisir mejadi pruritus generalisata (Habif, 2004).

Selama siklus hidup kutu ini, terowongan yang terbentuk meluas dari beberapa millimeter menjadi beberapa sentimeter. Terowongan ini tidak meluas kelapisan bawah epidermis, kecuali pada kasus hiperkeratosis skabies Norwegia, kondisi dimana terdapat kulit yang bersisik, menebal, terjadi immunosupresan, atau pada orang tua dengan jumlah ribuan kutu yang menginfeksi. Telur-telur kutu ini akan dikeluarkan dengan kecepatan 2-3 telur perharinya dan massa feses (skibala) terdeposit pada terowongan. Skibala ini dapat menjadi iritan dan menimbulkan rasa gatal (Habif, 2004).

Tungau skabies lebih suka memilih area tertentu untuk membuat terowongannya dan menghindari area yang memiliki banyak folikel pilosebaceus. Biasanya, pada satu individu terdapat kurang dari 20 tungau di tubuhnya, kecuali pada *Norwegian scabies* dimana individu bisa didiami lebih dari sejuta tungau. Orang tua dengan infeksi virus, immunodefisiensi dan

pasien dengan pengobatan immunosupresan mempunyai risiko tinggi untuk menderita *Norwegian scabies* (Stone, 2008).

Reaksi hipersensitivitas akibat adanya benda asing mungkin menjadi penyebab lesi. Peningkatan titer IgE dapat terjadi pada beberapa pasien skabies, bersama dengan eosinofilia, dan reaksi hipersensitivitas tipe lambat langsung akibat reaksi dari kutu betina ini. Kadar IgE menurun dalam satu tahun setelah terinfeksi. Eosinofil kembali normal segera setelah dilakukannya pengobatan. Fakta bahwa gejala yang timbul jauh lebih cepat ketika terjadi reinfeksi mendukung pendapat bahwa gejala dan lesi skabies adalah hasil dari reaksi hipersensitivitas (Habif, 2004).

2.3.5 Trasmisi

Peripindahan tungau dari tempat satu ke tempat lain dengan cara merangkak kecepatannya 2,5 cm/menit pada kulit dan dapat melewati epidermis dalam waktu 30 menit, tungau dapat bertahan hidup 24-36 jam pada suhu kamar dan pada tempat yang lembab mampu menginfestasi penjamu. Penularan terjadi baik secara kontak langsung maupun tidak langsung seperti melalui tempat tidur, pakaian, dan handuk. Jalur penularan yang paling utama melalui kontak langsung dari kulit ke kulit (Gunnung dan Morgan, 2013).

2.3.6 Manifestasi Klinis

Kelainan klinis pada kulit yang ditimbulkan oleh infestasi *Sarcoptes scabiei* sangat bervariasi. Meskipun demikian kita dapat menemukan gambaran klinis berupa keluhan subjektif dan objektif yang spesifik. Dikenal ada 4 tanda utama atau *cardinal sign* pada infestasi skabies, yaitu (Rony, 2010) :

a. *Pruritus nocturna*

Setelah pertama kali terinfeksi dengan tungau skabies, kelainan kulit seperti pruritus akan timbul selama 6 hingga 8 minggu. Infeksi yang berulang menyebabkan ruam dan gatal yang timbul hanya dalam beberapa hari. Gatal terasa lebih hebat pada malam hari. Hal ini disebabkan karena meningkatnya

aktivitas tungau akibat suhu yang lebih lembab dan panas. Sensasi gatal yang hebat seringkali mengganggu tidur dan pasien menjadi gelisah.

b. Menyerang manusia secara berkelompok

Penyakit ini menyerang manusia secara kelompok, sehingga dalam sebuah keluarga biasanya mengenai seluruh anggota keluarga. Begitu pula dalam sebuah pemukiman yang padat penduduknya, seperti pada asrama, pondok pesantren, skabies dapat menular hampir ke seluruh penghuninya. Didalam kelompok mungkin akan ditemukan individu yang hiposensitisasi, walaupun terinfestasi oleh parasit sehingga tidak menimbulkan keluhan klinis akan tetapi menjadi pembawa / *carier* bagi individu lain.

c. Adanya terowongan

Kelangsungan hidup *Sarcoptes scabiei* sangat bergantung kepada kemampuannya meletakkan telur, larva dan nimfa didalam stratum korneum, oleh karena itu parasit sangat menyukai bagian kulit yang memiliki stratum korneum yang relatif lebih longgar dan tipis. Lesi yang timbul berupa eritema, krusta, ekskoriasi, papul dan nodul yang sering ditemukan di daerah sela-sela jari, pergelangan tangan bagian depan dan lateral telapak tangan, siku, aksilar, skrotum, penis, labia dan pada areola wanita. Bila ada infeksi sekunder ruam kulit dapat menjadi lebih polimorfik.



Gambar 3. Predileksi skabies. Sering ditemukan di sela-sela jari dan pergelangan tangan (area yang ditandai warna merah), area yang ditandai warna merah muda menunjukkan area lain yang sering terkena (Disadur dari CDC,

d. Menemukan *Sarcoptes scabiei*

Apabila kita dapat menemukan terowongan yang masih utuh kemungkinan besar kita dapat menemukan tungau dewasa, larva, nimfa maupun skibala dan ini merupakan hal yang paling diagnostik. Akan tetapi, kriteria yang keempat ini agak susah ditemukan karena hampir sebagian besar penderita pada umumnya datang dengan lesi yang sangat variatif dan tidak spesifik. Diagnosa positif hanya didapatkan bila menemukan tungau dengan menggunakan mikroskop, biasanya posisi tungau *determined* dalam liang, dapat menggunakan pisau untuk teknik irisan ataupun dengan menggunakan jarum steril, tungau ini mayoritas dapat ditemukan pada tangan, pergelangan tangan dan lebih kurang pada daerah genitalia, siku, bokong dan aksila. Pada anak-anak tungau banyak ditemukan dibawah kuku karena kebiasaan menggaruk, pengambilan tungau ini dengan menggunakan kuret (Fitzpatrick, 2012).



Gambar 4. Pemeriksaan mikroskopis skabies, menunjukkan tungau betina, telur, nimfa, dan skibala *Sarcoptes scabiei* (Disadur dari Fitzpatrick, 2012)

Selain bentuk skabies yang klasik, terdapat pula bentuk-bentuk yang tidak khas, meskipun jarang ditemukan. Kelainan ini dapat menimbulkan kesalahan diagnostik yang dapat berakibat gagalnya pengobatan. Beberapa bentuk skabies antara lain:

a. Skabies pada orang bersih

Klinis ditandai dengan lesi berupa papula dan kanalikuli dengan jumlah yang sangat sedikit, tungau biasanya hilang akibat mandi secara teratur.

b. Skabies pada bayi dan anak

Pada anak yang kurang dari dua tahun, infestasi bisa terjadi diwajah dan kulit kepala sedangkan pada orang dewasa jarang terjadi. Nodul pruritis eritematous keunguan dapat ditemukan pada aksila dan daerah lateral badan pada anak-anak. Nodul-nodul ini bisa timbul berminggu-minggu setelah eradikasi infeksi tungau dilakukan. Vesikel dan bula bisa timbul terutama pada telapak tangan dan jari. Lesi skabies pada anak dapat

mengenai seluruh tubuh, termasuk seluruh kepala, leher, telapak tangan, telapak kaki dan sering terjadi infeksi sekunder berupa impetigo, ektima, sehingga terowongan jarang ditemukan. Pada bayi, lesi terdapat diwajah. Lesi yang timbul dalam bentuk vesikel, pustul, dan nodul, tetapi distribusi lesi tersebut atipikal. Eksematisasi dan impetigo sering didapatkan, dan dapat dikaburkan dengan dermatitis atopik atau akropustulosis. Rasa gatal bisa sangat hebat, sehingga anak yang terserang dapat iritabel dan kurang nafsu makan.

c. Skabies nodular

Skabies nodular adalah varian klinik yang terjadi sekitar 7% dari kasus skabies dimana lesi berupa nodul merah kecoklatan berukuran 2-20mm yang sangat gatal. umumnya terdapat pada daerah yang tertutup terutama pada genitalia, inguinal dan aksila. Pada nodul yang lama tungau sukar ditemukan, dan dapat menetap selama beberapa minggu hingga beberapa bulan walaupun telah mendapat pengobatan anti skabies.

d. Skabies *incognito*

Penggunaan obat steroid topikal atau sistemik dapat menyamarkan gejala dan tanda pada penderita apabila penderita mengalami skabies. Akan tetapi dengan penggunaan steroid, keluhan gatal tidak hilang dalam waktu yang singkat setelah penghentian penggunaan steroid lesi dapat kambuh kembali bahkan lebih buruk. Hal ini mungkin disebabkan oleh karena penurunan respon imun seluler.

e. Skabies berkrusta (*Norwegian scabies*)

Merupakan skabies berat ditandai dengan lesi klinis generalisata berupa krusta dan hiperkeratosis dengan tempat predileksi pada kulit kepala berambut, telinga, bokong, telapak tangan, kaki, siku, lutut dapat pula disertai kuku distrofik bentuk ini sangat menular tetapi gatalnya sangat sedikit. Dapat ditemukan lebih dari satu juta populasi tungau dikulit. Bentuk ini ditemukan pada pasien yang mengalami gangguan fungsi imun misalnya AIDS, pasien dengan gangguan neurologik dan retardasi mental.

2.3.7 Cara Penularan

Jalur utama dari transmisi penyakit skabies dapat terjadi secara langsung maupun tidak langsung, adapun cara penularannya adalah :

1. Kontak Langsung (kulit-ke-kulit)

Penularan skabies terutama melalui kontak langsung seperti berjabat tangan, tidur bersama, dan hubungan seksual. Pada anak-anak penularan didapat dari orang tua atau temannya (Chosidow, 2006).

2. Kontak tidak langsung (melalui benda)

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

2.3.8 Cara Pencegahan

Untuk memahami pencegahan penyakit infeksi, model kesehatan trias *host-agent-environment* merupakan model termudah yang dapat dipakai. *Host* adalah hospes yang merupakan penderita baik secara individual maupun kelompok. *Agent* adalah jenis bakteri, virus, atau parasit yang menyebabkan sakit atau penyakit. *Environment* adalah faktor lingkungan tempat tinggal yang mempengaruhi kondisi penderita. Intervensi pencegahan penularan penyakit infeksi berfokus pada hubungan ketiga aspek tersebut.

Pencegahan penyakit dibagi menjadi pencegahan primer, sekunder, dan pencegahan tersier. Pencegahan primer merupakan pencegahan penyakit yang dilakukan sebelum masa patogenesis, meliputi promosi kesehatan dan perlindungan khusus. Pencegahan sekunder dan tersier dilakukan selama masa patogenesis, saat kuman sudah masuk ke dalam tubuh manusia. Pencegahan sekunder merupakan tahap awal penyembuhan penyakit dan pencegahan dampak berikutnya, meliputi *early diagnosis and prompt treatment* dan *disability limitation*, yakni pencegahan komplikasi atau disabilitas akibat

skabies dan pengobatan dini menurut standar. Pencegahan tersier berupa rehabilitasi dan mencegah berulangnya atau timbulnya komplikasi lain akibat penyakit utama (McClean FE,2013).

1.Promosi kesehatan

Promosi kesehatan merupakan unsur pencegahan primer terpenting. Salah satu definisi promosi kesehatan yang paling sering dikutip adalah menurut *Ottawa Charter* (Ottawa,2015). Karna definisi tersebut menyatakan promosi kesehatan adalah proses yang menyebabkan masyarakat mampu meningkatkan kontrol dan memperbaiki tingkat kesehatan mereka.

2.Materi pendidikan

Pesan atau materi pendidikan sebaiknya disesuaikan dengan masalah kesehatan yang sering terjadi dalam masyarakat dengan tujuan meningkatkan dan memelihara tingkat kesehatan individu dan komunitas mulai dari pencegahan primer, sekunder, hingga tersier.

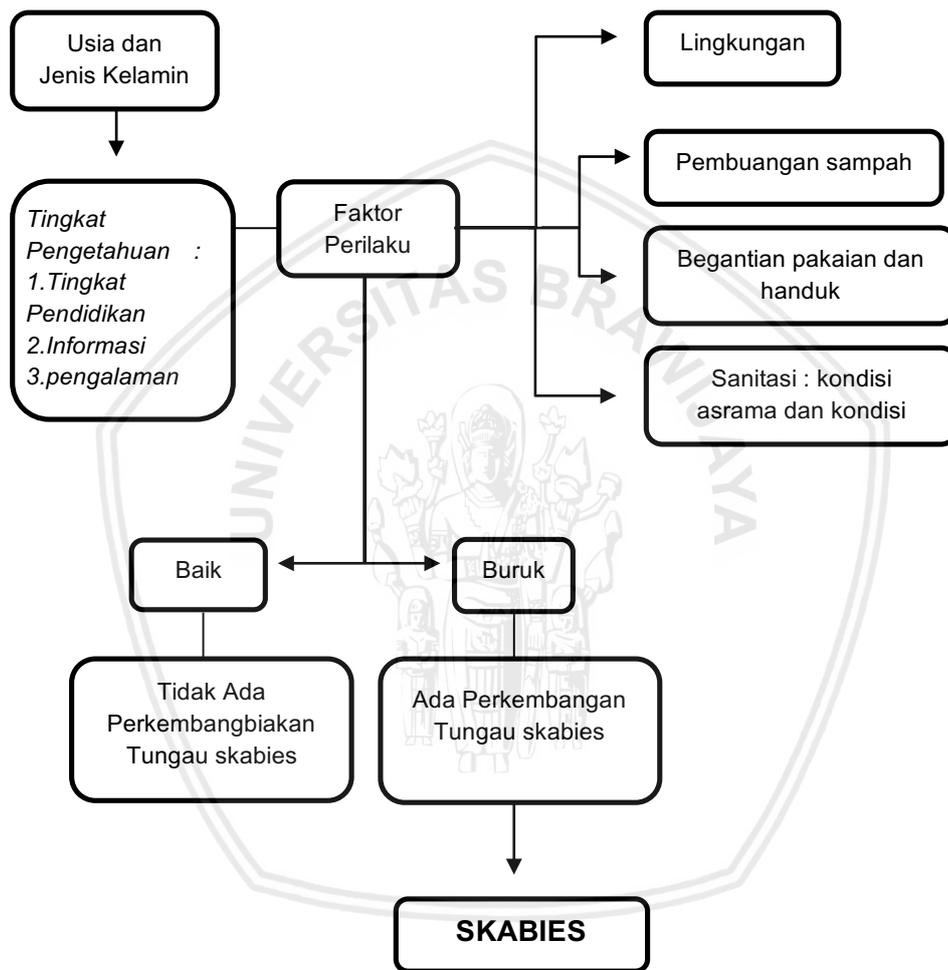
3.Media

Media merupakan alat bantu yang dapat dipakai penyuluh untuk menyampaikan materi edukasi kepada peserta; dapat berbentuk media cetak seperti poster, selebaran (*leaflet*), *flipchart*, atau berbentuk elektronik seperti *slide* presentasi. Media perlu dibuat sedemikian rupa agar menarik dan mudah diingat, serta mengandung informasi penting.

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan : : yang diteliti

Gambar 5. Kerangka Konsep

3.2 Uraian Kerangka Konsep

Pondok Pesantren merupakan wadah atau tempat menimba ilmu agama, dengan jumlah siswa atau santri yang cukup banyak, sehingga keadaan seperti itu mudah sekali untuk penyebaran penyakit, para santri tinggal bersama, beraktifitas pada satu lingkungan yang sama. Kebiasaan seperti tidur bersama, bertukar pakaian, pemakaian handuk yang masih basah sering terjadi di pondok pesantren. Kebiasaan hidup bersih yang sehat terutama *personal hygiene* para santri kurang diperhatikan, karena pengetahuan mengenai penyakit kulit seperti skabies yang kurang cukup baik ditambah lagi kebiasaan yang tidak sehat seperti menaruh pakaian sembarang tempat, menjemur pakaian di tempat yang lembab tidak matahari, bertukar alat-alat pribadi (sisir, sabun, dan peralatan mandi), kebiasaan seperti itu menunjang perkembangbiakan tungau *Sarcoptes scabiei*

Skabies menyukai tempat yang lembab, kotor dan tidak terkena matahari, sehingga santri di pondok yang perilaku kesehatan buruk beresiko terkena penyakit skabies, penularan skabies ini sangat mudah melalui kontak langsung seperti dari kulit ke kulit atau melalui kontak tidak langsung seperti bertukar pakaian, handuk dari penderita atau santri yang terkena skabies, oleh karena pondok pesantren yang komunitas santrinya cukup banyak dan tinggal satu ruang lingkup maka penyebaran skabies sangat cepat ditambah kebiasaan santri berperilaku hidup kurang sehat menambah penyebaran skabies cukup cepat.

3.3 Hipotesis

Adanya hubungan antara *Tingkat Pengetahuan* dengan kejadian skabies, semakin tinggi *Tingkat Pengetahuan* seseorang maka semakin rendah resiko terkena penyakit skabies, sebaliknya semakin rendah *Tingkat Pengetahuan* maka semakin tinggi resiko terkena penyakit skabies

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu dengan cara faktor-faktor terjadinya kejadian skabies diambil dalam waktu yang bersamaan.

4.2 Waktu dan Tempat Penelitian

4.2.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini berjalan sekitar 3 bulan, dimulai pada bulan Mei hingga Juli 2018

4.2.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Pondok Pesantren An-nur 2 Putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi Penelitian

Populasi yang diteliti pada penelitian ini adalah para santriwati berusia 12-18 tahun yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang.

4.3.2 Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini adalah semua populasi penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi pada di Pondok Pesantren An-Nur 2 Putri Al-Murtadlo, Bululawang, Malang . kriteria sampel pada penelitian adalah sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi

1. Santriwati yang berusia 12 -18 tahun.
2. Santriwati yang bersedia mengikuti penelitian dan walinya bersedia menandatangani *informed consent* agar mengikuti penelitian.
3. Santriwati yang bersedia mengisi kuisioner.
4. Santriwati yang tidak terkena penyakit kulit sebelum masuk Pondok Pesantren.

2. Kriteria eksklusi

1. Santriwati yang memiliki penyakit kulit selain skabies.

4.3.3 Teknik pemilihan sampling

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *simple random sampling*. Sampel diambil secara acak oleh peneliti sejumlah sampel yang dibutuhkan selama penelitian.

4.3.4 Besar Sampel

Rumus besar sampel adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{P_0(1-P_0)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_a(1-P_a)} \right\}^2}{(P_a - P_0)^2}$$

di mana n = besar sampel minimum

Z_{α} = nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada α tertentu

Z_{β} = nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada β tertentu

P_0 = proporsi di populasi

P_a = perkiraan proporsi di populasi

$P_a - P_0$ = perkiraan selisih proporsi yang diteliti dengan proporsi di populasi.

Dengan $Z_a = 2.576$, $Z_b = 2.326$, $P_0 = 60\%$, $P_a = 46.0\%$ (gunakan 0.5 jika tidak diketahui).

$$n = \left(\frac{\left((2.576)\sqrt{(0.60)(1-0.60)} + (2.326)\sqrt{(0.46)(1-0.46)} \right)^2}{(0.60 - 0.46)^2} \right) \approx 25.52 \approx 26$$

Jadi minimal sampel pasien scabies yang dibutuhkan untuk penelitian ini minimal sampel sebanyak 26 orang. Agar lebih representative, maka jumlah minimal sampel tadi bisa ditambah 10% dari minimal sampel sebagai data cadangan apabila ada sampel yang mengalami drop out. Sehingga jumlah sampel ditambah 10% menjadi 28.07 atau dibulatkan **menjadi 30 orang**.

4.4 Variabel penelitian

karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara Tingkat pengetahuan skabies , maka variable yang ditentukan adalah sebagai berikut

- a. Variabel bebas :
Tingkat Pengetahuan Skabies dengan Kejadian Skabies dari santriwati menggunakan kuisioner
- b. Variabel terikat :
Kejadian skabies pada responden santriwati

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Penderita Skabies	Santriwati yang terinfeksi oleh <i>S. scabiei</i> Ditandai dengan ditemukan 2 dari 4 gejala cardinal yang positif.	Diagnosis dari tanda <i>cardinal sign</i> yang Diukur oleh dokter spesialis kulit	Anamnesis dan pemeriksaan fisik	0: negative 1: positif	Kategori nominal
Tingkat Pengetahuan Tentang Skabies	Pengetahuan Tentang Kejadian skabies Meliputi :Pengertian, Cara penularan dan cara pencegahan penyakit skabies	Mengisi Kuisioner	Mengisi kuisioner dengan pertanyaan yang ada	Pengetahuan tinggi : 76%-100%, pengetahuan sedang : 56%-75% , pengetahuan rendah:<56% (Nursalam,2008)	Kategori ordinal

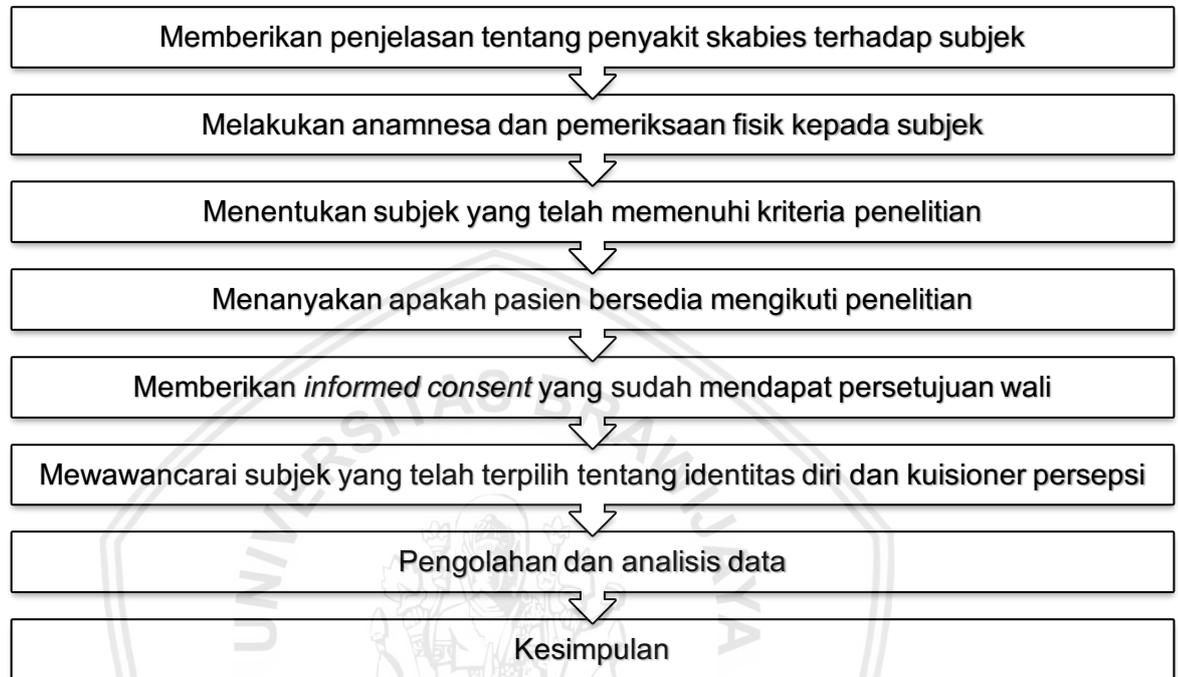
4.6 Alat dan Bahan Penelitian

1. Lembar Kuisisioner
2. Lembar *Informed consent*
3. Penjelasan dan informasi *Informed consent*
4. Alat Tulis

4.7 Cara Pengumpulan Data

1. Menanyakan identitas dan memberikan *informed consent* kepada responden
2. Dokter spesialis melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik terhadap responden untuk melakukan diagnosis.
3. Setelah di diagnosis, responden akan diberikan penjelasan dan di minta untuk mengisi kuisisioner Tingkat Pengetahuan skabies yang berisi 12 pertanyaan yang memiliki spesifikasi masing-masing. Setiap pertanyaan memiliki alternative jawaban dengan rentang skor 0-3

4.8 Alur Penelitian



Gambar 6. Alur Penelitian

4.9 Pengolahan data

4.9.1 Editing

Penyempurnaan data yang kurang atau tidak sesuai, belum lengkap, tentang kejelasan data, konsistensi data dan kesesuaian respondensi (mengkoreksi data yang telah diperoleh).

4.9.2 Entry Data

Memasukkan data ke dalam program komputer untuk selanjutnya dapat dianalisis menggunakan software statistik.

4.9.4 Scoring

Memberikan skor pada setiap jawaban dengan keterangan 0=mengetahui , 1= ragu-ragu, 2= mengetahui tapi tidak pasti , 3= tidak mengetahui .

4.9.5 Cleaning

Mengecek kembali data yang sudah di-*entry*, apakah ada kesalahan atau tidak

4.10 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian dilakukan dengan menggunakan program komputer. software statistik SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat dan bivariat.

4.10.1 Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk dapat menerangkan karakteristik dari masing-masing variable yang ada, baik variabel bebas maupun variabel terikat. Dengan melihat distribusi frekuensi masing-masing variabel.

4.10.2 Analisis Bivariat

Tujuan dari analisis bivariat adalah untuk melihat ada tidaknya hubungan antara dua variabel, yaitu variabel terikat dengan variabel bebas. Analisis ini bertujuan untuk:

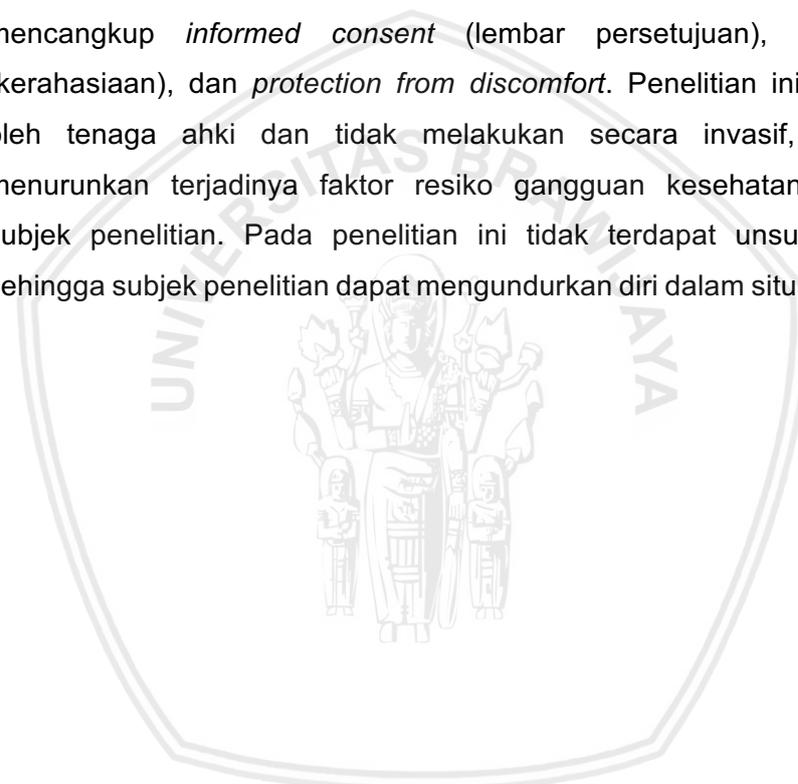
1. Mengetahui hubungan *Tingkat Pengetahuan* dengan kejadian skabies pada santriwati di pondok pesantren .

Dalam analisis bivariat ini akan dilakukan uji statistik dengan variabel bebas dan variabel terikat berupa kategorik dan tidak berpasangan, sehingga dilakukan uji *chi square*. Uji signifikan antara data yang diobservasi dengan data yang diharapkan dilakukan dengan batas kemaknaan ($\alpha=0,05$) yang artinya apabila diperoleh $p<\alpha$, berarti ada

hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat dan bila nilai $p > \alpha$, berarti tidak ada hubungan signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

4.11 Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari komite etik dengan nomer 106/EC/KEPK/04/2018 . Etika penelitian dalam penelitian ini mencakup *informed consent* (lembar persetujuan), *confidentially* (kerahasiaan), dan *protection from discomfort*. Penelitian ini dilakukan oleh tenaga ahli dan tidak melakukan secara invasif, sehingga menurunkan terjadinya faktor resiko gangguan kesehatan terhadap subjek penelitian. Pada penelitian ini tidak terdapat unsur paksaan sehingga subjek penelitian dapat mengundurkan diri dalam situasi apapun



BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan data kuisioner dari responden santriwati di Pondok Pesantren An-nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang yang dilaksanakan 3 bulan pada bulan Mei hingga Juli 2018. Pada penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sample dengan *cara simple random sampling* secara acak oleh penelitian. Setelah data terkumpul, dilakukan penggabungan data dari kuisioner yang terkumpul dengan melihat hasil skor kuisioner santriwati untuk mengetahui tingkat pengetahuan tinggi, sedang dan rendah untuk menghindari adanya duplikasi data dalam penelitian ini. Setelah semua data sudah digabungkan, didapatkan 60 sampel penelitian Skabies berdasarkan hasil yang memenuhi kriteria inklusi yang didapatkan 30 skabies negatif yang memenuhi kriteria inklusi dan 30 skabies positif.

5.1 Demografi Responden

5.1.1 Identitas Santriwati Berdasarkan Usia Pada Santriwati yang Terkena Skabies

Tabel 5.1 Kelompok Usia Terkena skabies

Usia	Frekuensi	Persentase
12 tahun	10	33.3%
13 tahun	5	16.7%
14 tahun	6	20.0%
16 tahun	2	6.7%
17 tahun	7	23.3%
Total	30	100.0%

Berdasarkan tabel 5.1 di atas dapat diketahui bahwa dari 30 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang yang terkena skabies paling banyak berusia 12 tahun dengan persentase sebesar 33.3%, kemudian 23.3% santriwati berusia 17 tahun. Santriwati yang berusia 14 tahun sebanyak 20.0% dan 13 tahun sebanyak 16.7%. Sisanya sebesar 6.7% santriwati berusia 16 tahun.

5.1.2 .Identitas Santriwati Berdasarkan Usia Pada Santriwati yang Tidak Terkena Skabies

Tabel.5.2 Kelompok Usia Tidak Terkena skabies

Usia	Frekuensi	Persentase
12 tahun	6	20.0%
13 tahun	9	30.0%
14 tahun	8	26.7%
15 tahun	2	6.7%
16 tahun	3	10.0%
17 tahun	2	6.7%
Total	30	100.0%

Berdasarkan tabel 5.2 di atas dapat diketahui bahwa dari 30 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang yang tidak terkena skabies paling banyak berusia 13 tahun dengan persentase sebesar 30.0%, kemudian 26.7% santriwati berusia 14 tahun. Santriwati yang berusia 12 tahun sebanyak 20.0% dan sebanyak 10.0% santriwati berusia 16 tahun . Sisanya masing-masing sebesar 6.7% santriwati berusia 15 tahun dan 17 tahun.

5.1.3 Kelompok kelas dengan kejadian skabies

Tabel 5.3 Kelompok kelas dengan kejadian skabies

Kelas	Kelompok		MaTotal
	Skabies positif	Skabies negatif	
7	6 orang (10.0%)	5 orang (8.3%)	11 orang (18.3%)
8	8 orang (13.3%)	10 orang (16.7%)	18 orang (30.0%)
9	3 orang (5.0%)	6 orang (10.0%)	9 orang (15.0%)
10	4 orang (6.7%)	3 orang (5.0%)	7 orang (11.7%)
11	6 orang (10.0%)	6 orang (10.0%)	12 orang (20.0%)
12	3 orang (5.0%)	0 orang (0%)	3 orang (5.0%)
Total	30 orang (50.0%)	30 orang (50.0%)	60 orang (100.0%)

Berdasarkan tabel 5.3 di atas dapat diketahui bahwa dari 60 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang, jumlah santriwati kelas 7 yang terkena skabies yaitu 6 orang (10.0%) dan 5 orang (8.3%) tidak terkena skabies, kemudian jumlah santriwati kelas 8 yang terkena skabies 8 orang (13.3%) dan 10 orang (16.7%) tidak terkena skabies, kemudian untuk kelas 9 diketahui sebesar 3 orang (5.0%) terkena skabies dan 6 orang (10.0%) tidak terkena skabies, kemudian untuk kelas 10 diketahui sebesar 4 orang (6.7%) terkena skabies dan 3 orang (5.0%) tidak terkena skabies. Pada data kelas 11 diketahui sebesar 6 orang (10.0%) terkena skabies dan 6 orang (10.0%) tidak terkena skabies, kemudian yang terakhir untuk kelas 12 diketahui 3 orang (5.0%) terkena skabies sedangkan yang tidak terkena skabies tidak ada.

5.2 Analisis Deskriptif

5.2.1 Variabel Tingkat Pengetahuan Bagi Santri yang Terkena Skabies

Tingkat Pengetahuan	Skabies		Tidak Skabies	
	F	%	F	%
Tidak Mengetahui	0	0%	0	0%
Pengetahuan Kurang	8	26,7%	3	10.0%
Pengetahuan Sedang	21	70,0%	15	50.0%
Pengetahuan Baik	1	3.3%	12	40.0%
Total	30	100.0%	30	100.0%

Berdasarkan tabel 5.4 di atas dapat diketahui bahwa dari 30 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang yang terkena skabies paling banyak memiliki tingkat pengetahuan kurang mengenai skabies dengan persentase sebesar 70.0%, kemudian 26.7% santriwati memiliki tingkat pengetahuan sedang tentang skabies. Sisanya sebesar 3.3% santriwati memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang skabies.

Kemudian dari 30 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang yang tidak terkena skabies paling banyak memiliki tingkat pengetahuan sedang mengenai skabies dengan persentase sebesar 50.0%, kemudian 40.0% santriwati memiliki tingkat pengetahuan baik tentang skabies. Sisanya sebesar 10.0% santriwati memiliki tingkat pengetahuan yang kurang tentang skabies.

5.2.2 .Variabel Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Santriwati yang Terkena

Skabies

Persepsi responden pada variabel tingkat pengetahuan berdasarkan santriwati yang terkena skabies diinformasikan melalui distribusi frekuensi dan penjelasan berikut :

Tabel 5.4 Distribsi Frekuensi Jawaban Responden Pada Variabel Tingkat Pengetahuan Yang Terkena Skabies

Item		Persepsi Santriwati				Rata-Rata
		3	2	1	0	
P1	F	6	7	3	14	1.17
	%	20.0%	23.3%	10.0%	46.7%	
P2	F	6	5	6	13	1.13
	%	20.0%	16.7%	20.0%	43.3%	
P3	F	0	1	12	17	0.47
	%	0.0%	3.3%	40.0%	56.7%	
P4	F	13	7	6	4	1.97
	%	43.3%	23.3%	20.0%	13.3%	
P5	F	1	10	15	4	1.27
	%	3.3%	33.3%	50.0%	13.3%	
P6	F	11	3	5	11	1.47
	%	36.7%	10.0%	16.7%	36.7%	
P7	F	27	0	0	3	2.70
	%	90.0%	0.0%	0.0%	10.0%	
P8	F	0	0	0	30	0.00
	%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
P9	F	3	9	7	11	1.13
	%	10.0%	30.0%	23.3%	36.7%	
P10	F	6	5	8	11	1.20
	%	20.0%	16.7%	26.7%	36.7%	
P11	F	0	1	0	29	0.07
	%	0.0%	3.3%	0.0%	96.7%	
P12	F	9	6	4	11	1.43
	%	30.0%	20.0%	13.3%	36.7%	

Berdasarkan hasil analisis deskriptif pada tabel 5.5 diatas, diinformasikan bahwa dari 30 santriwati yang terkena skabies, paling banyak sebesar 46.7% santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa mereka mengetahui penyakit kulit,

dan sebesar 23.3% santriwati menyatakan ragu-ragu bahwa mereka mengetahui penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 1.17 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa mereka mengetahui penyakit kulit.

Kemudian dari 30 santriwati yang terkena skabies, paling banyak sebesar 43.3% santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa penyakit kulit sering disebut gudik, dan sebesar 20.0% santriwati menyatakan mengetahui bahwa penyakit kulit sering disebut gudik. Rata-rata item sebesar 1.13 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa penyakit kulit sering disebut gudik.

Selanjutnya dari 30 santriwati yang terkena skabies, paling banyak sebesar 56.7% santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa penyakit kulit disebabkan oleh bakteri, dan sebesar 40.0% santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa penyakit kulit disebabkan oleh bakteri. Rata-rata item sebesar 0.47 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa penyakit kulit disebabkan oleh bakteri.

Kemudian dari 30 santriwati yang terkena skabies, paling banyak sebesar 43.3% santriwati menyatakan mengetahui bahwa berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit, dan sebesar 23.3% santriwati menyatakan ragu-ragu bahwa berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 1.97 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan ragu-ragu bahwa berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit.

Berikutnya dari 30 santriwati yang terkena skabies, paling banyak sebesar 50.0% santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa Penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren), dan sebesar 33.3% santriwati menyatakan ragu-ragu bahwa Penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren). Rata-rata item sebesar 1.27 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa Penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren).

Kemudian dari 30 santriwati yang terkena skabies, paling banyak sebesar 36.7% santriwati menyatakan mengetahui bahwa orang yang menjaga kebersihan

tubuhnya dapat terkena penyakit kulit, dan sebesar 36.7% santriwati menyatakan mengetahui bahwa orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 1.47 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit.

Selanjutnya dari 30 santriwati yang terkena skabies, paling banyak sebesar 90.0% santriwati menyatakan mengetahui bahwa kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit, dan sebesar 10.0% santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 2.70 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan mengetahui bahwa kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit.

Kemudian dari 30 santriwati yang terkena skabies, paling banyak sebesar 100.0% santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit, dan sebesar 0.0% santriwati menyatakan mengetahui bahwa kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 0.00 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit.

Berikutnya dari 30 santriwati yang terkena skabies, paling banyak sebesar 36.7% santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian, dan sebesar 30.0% santriwati menyatakan ragu-ragu bahwa penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian. Rata-rata item sebesar 1.13 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian.

Kemudian dari 30 santriwati yang terkena skabies, paling banyak sebesar 36.7% santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit, dan sebesar 26.7% santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 1.20 menunjukkan bahwa sebagian besar

santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit.

Selanjutnya dari 30 santriwati yang terkena skabies, paling banyak sebesar 96.7% santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit, dan sebesar 3.3% santriwati menyatakan ragu-ragu bahwa pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 0.07 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit.

Kemudian dari 30 santriwati yang terkena skabies, paling banyak sebesar 36.7% santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit, dan sebesar 30.0% santriwati menyatakan mengetahui bahwa kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 1.43 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit.

5.2.3 Variabel Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Santriwati yang Tidak Terkena Skabies

Persepsi responden pada variabel tingkat pengetahuan berdasarkan santriwati yang terkena skabies diinformasikan melalui distribusi frekuensi dan penjelasan berikut :

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Pada Variabel Tingkat Pengetahuan Yang Tidak Terkena Skabies

Item		Persepsi Santriwati				Rata-Rata
		3	2	1	0	
P1	F	7	7	7	9	1.40
	%	23.3%	23.3%	23.3%	30.0%	
P2	F	2	10	12	6	1.27
	%	6.7%	33.3%	40.0%	20.0%	
P3	F	2	7	7	14	0.90
	%	6.7%	23.3%	23.3%	46.7%	
P4	F	9	5	13	3	1.67
	%	30.0%	16.7%	43.3%	10.0%	
P5	F	3	17	7	3	1.67
	%	10.0%	56.7%	23.3%	10.0%	
P6	F	27	0	0	3	2.70
	%	90.0%	0.0%	0.0%	10.0%	
P7	F	23	6	0	1	2.70
	%	76.7%	20.0%	0.0%	3.3%	
P8	F	0	5	12	13	0.73
	%	0.0%	16.7%	40.0%	43.3%	
P9	F	4	6	14	6	1.27
	%	13.3%	20.0%	46.7%	20.0%	
P10	F	13	4	11	2	1.93
	%	43.3%	13.3%	36.7%	6.7%	
P11	F	3	5	6	16	0.83
	%	10.0%	16.7%	20.0%	53.3%	
P12	F	21	3	1	5	2.33
	%	70.0%	10.0%	3.3%	16.7%	

Berdasarkan hasil analisis deskriptif pada tabel 5.6 diatas, diinformasikan bahwa dari 30 santriwati yang tidak terkena skabies, paling banyak sebesar 30.0% santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa mereka mengetahui penyakit kulit, dan sebesar 23.3% santriwati menyatakan mengetahui bahwa mereka

mengetahui penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 1.40 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa mereka mengetahui penyakit kulit.

Kemudian dari 30 santriwati yang tidak terkena skabies, paling banyak sebesar 40.0% santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa penyakit kulit sering disebut gudik, dan sebesar 33.3% santriwati menyatakan ragu-ragu bahwa penyakit kulit sering disebut gudik. Rata-rata item sebesar 1.27 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa penyakit kulit sering disebut gudik.

Selanjutnya dari 30 santriwati yang tidak terkena skabies, paling banyak sebesar 46.7% santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa penyakit kulit disebabkan oleh bakteri, dan sebesar 23.3% santriwati menyatakan ragu-ragu bahwa penyakit kulit disebabkan oleh bakteri. Rata-rata item sebesar 0.90 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa penyakit kulit disebabkan oleh bakteri.

Kemudian dari 30 santriwati yang tidak terkena skabies, paling banyak sebesar 43.3% santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit, dan sebesar 30.0% santriwati menyatakan mengetahui bahwa berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 1.67 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan ragu-ragu bahwa berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit.

Berikutnya dari 30 santriwati yang tidak terkena skabies, paling banyak sebesar 56.7% santriwati menyatakan ragu-ragu bahwa Penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren), dan sebesar 23.3% santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa Penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren). Rata-rata item sebesar 1.67 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan ragu-ragu bahwa Penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren).

Kemudian dari 30 santriwati yang tidak terkena skabies, paling banyak sebesar 90.0% santriwati menyatakan mengetahui bahwa orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit, dan sebesar 10.0% santriwati

menyatakan tidak mengetahui bahwa orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 2.70 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan mengetahui bahwa orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit.

Selanjutnya dari 30 santriwati yang tidak terkena skabies, paling banyak sebesar 76.7% santriwati menyatakan mengetahui bahwa kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit, dan sebesar 20.0% santriwati menyatakan ragu-ragu bahwa kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 2.70 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan mengetahui bahwa kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit.

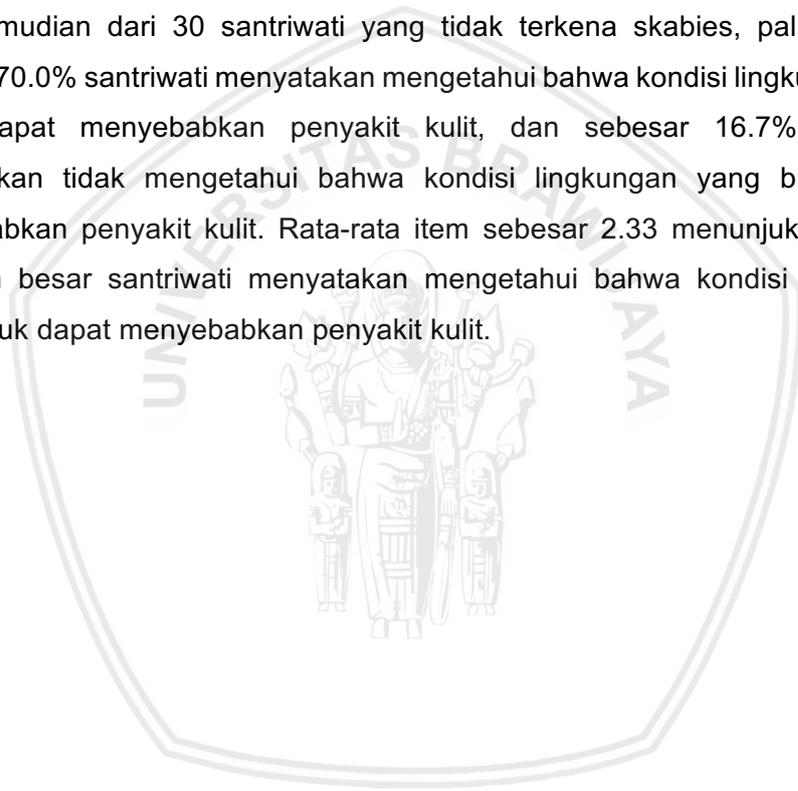
Kemudian dari 30 santriwati yang tidak terkena skabies, paling banyak sebesar 43.3% santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit, dan sebesar 40.0% santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 0.73 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit.

Berikutnya dari 30 santriwati yang tidak terkena skabies, paling banyak sebesar 46.7% santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian, dan sebesar 20.0% santriwati menyatakan ragu-ragu bahwa penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian. Rata-rata item sebesar 1.27 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian.

Kemudian dari 30 santriwati yang tidak terkena skabies, paling banyak sebesar 43.3% santriwati menyatakan mengetahui bahwa sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit, dan sebesar 36.7% santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 1.93 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan ragu-ragu bahwa sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit.

Selanjutnya dari 30 santriwati yang tidak terkena skabies, paling banyak sebesar 53.3% santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit, dan sebesar 20.0% santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 0.83 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan mengetahui tapi tidak pasti bahwa pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit.

Kemudian dari 30 santriwati yang tidak terkena skabies, paling banyak sebesar 70.0% santriwati menyatakan mengetahui bahwa kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit, dan sebesar 16.7% santriwati menyatakan tidak mengetahui bahwa kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit. Rata-rata item sebesar 2.33 menunjukkan bahwa sebagian besar santriwati menyatakan mengetahui bahwa kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit.



5.3 Analisis Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Skabies dengan Kejadian Skabies Pada Santriwati di Pondok Pesantren An-Nur 2 “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang

5.3.1 Hubungan Mereka Mengetahui Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Hubungan pengetahuan tentang mereka mengetahui penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

Tabel 5.6 Hubungan mereka mengetahui penyakit kulit dengan kejadian skabies

Mereka Mengetahui Penyakit Kulit	Kejadian Skabies				Jumlah		P Value
	Negatif		Positif		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak Mengetahui	9	15.0%	14	23.3%	23	38.3%	0.429
Mengetahui Tapi Tidak Pasti	7	11.7%	3	5.0%	10	16.7%	
Ragu-Ragu	7	11.7%	7	11.7%	14	23.3%	
Mengetahui	7	11.7%	6	10.0%	13	21.7%	
Total	30	50.0%	30	50.0%	60	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 60 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang sebanyak 15.0% santriwati tidak terkena skabies dan tidak mengetahui tentang penyakit kulit, sementara 23.3% santriwati terkena skabies dan tidak mengetahui penyakit kulit. Selanjutnya 11.7% santriwati tidak terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang penyakit kulit, sementara 5.0% santriwati terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang penyakit kulit. Sebanyak 11.7% santriwati tidak terkena skabies dan ragu-ragu mengetahui tentang penyakit kulit dan 11.7% santriwati terkena scabies dan ragu-ragu mengetahui tentang penyakit kulit. Santriwati yang tidak terkena skabies dan mengetahui tentang penyakit kulit

memiliki persentase sebesar 11.7% dan 10.0% santriwati terkena skabies dan mengetahui tentang penyakit kulit.

Pengujian hubungan antara pengetahuan tentang mereka mengetahui penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang dilakukan menggunakan **Chi Square**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas sebesar 0.429. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas $>$ *level of significance* (alpha ($\alpha=5\%$)). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang mereka mengetahui penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang.

5.3.2 Hubungan Penyakit Kulit Sering disebut Gudik Dengan Kejadian Skabies

Hubungan pengetahuan tentang penyakit kulit sering disebut gudik dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

Tabel 5.7 Hubungan Penyakit kulit sering disebut gudik dengan kejadian skabies

Penyakit Kulit Sering disebut Gudik	Kejadian Skabies				Jumlah		P Value
	Negatif		Positif				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak Mengetahui	6	10.0%	13	21.7%	19	31.7%	0.041
Mengetahui Tapi Tidak Pasti	12	20.0%	6	10.0%	18	30.0%	
Ragu-Ragu	10	16.7%	5	8.3%	15	25.0%	
Mengetahui	2	3.3%	6	10.0%	8	13.3%	
Total	30	50.0%	30	50.0%	60	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 60 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang sebanyak 10.0% santriwati tidak terkena skabies dan tidak mengetahui tentang penyakit kulit

sering disebut gudik, sementara 21.7% santriwati terkena skabies dan tidak mengetahui penyakit kulit sering disebut gudik. Selanjutnya 20.0% santriwati tidak terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang penyakit kulit sering disebut gudik, sementara 10.0% santriwati terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang penyakit kulit sering disebut gudik. Sebanyak 16.7% santriwati tidak terkena skabies dan ragu-ragu mengetahui tentang penyakit kulit sering disebut gudik dan 8.3% santriwati terkena scabies dan ragu-ragu mengetahui tentang penyakit kulit sering disebut gudik. Santriwati yang tidak terkena skabies dan mengetahui tentang penyakit kulit sering disebut gudik memiliki persentase sebesar 3.3% dan 10.0% santriwati terkena skabies dan mengetahui tentang penyakit kulit sering disebut gudik.

Pengujian hubungan antara pengetahuan tentang penyakit kulit sering disebut gudik dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang dilakukan menggunakan **Chi Square**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas sebesar 0.041. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas $< \textit{level of significance}$ (alpha ($\alpha=5\%$)). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang penyakit kulit sering disebut gudik dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang.

5.3.3 Hubungan Penyakit Kulit Disebabkan Oleh Bakteri Dengan Kejadian Skabies

Hubungan pengetahuan tentang penyakit kulit disebabkan oleh bakteri dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

Tabel 5.8 Hubungan Penyakit kulit disebabkan oleh bakteri dengan kejadian skabies

Penyakit Kulit Disebabkan Oleh Bakteri	Kejadian Skabies				Jumlah		P Value
	Negatif		Positif		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak Mengetahui	14	23.3%	17	28.3%	31	51.7%	0.044
Mengetahui Tapi Tidak Pasti	7	11.7%	12	20.0%	19	31.7%	
Ragu-Ragu	7	11.7%	1	1.7%	8	13.3%	
Mengetahui	2	3.3%	0	0.0%	2	3.3%	
Total	30	50.0%	30	50.0%	60	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 60 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang sebanyak 23.3% santriwati tidak terkena skabies dan tidak mengetahui tentang penyakit kulit disebabkan oleh bakteri, sementara 28.3% santriwati terkena skabies dan tidak mengetahui penyakit kulit disebabkan oleh bakteri. Selanjutnya 11.7% santriwati tidak terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang penyakit kulit disebabkan oleh bakteri, sementara 20.0% santriwati terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang penyakit kulit disebabkan oleh bakteri. Sebanyak 11.7% santriwati tidak terkena skabies dan ragu-ragu mengetahui tentang penyakit kulit disebabkan oleh bakteri dan 1.7% santriwati terkena scabies dan ragu-ragu mengetahui tentang penyakit kulit disebabkan oleh bakteri.

Santriwati yang tidak terkena skabies dan mengetahui tentang penyakit kulit disebabkan oleh bakteri memiliki persentase sebesar 3.3% dan tidak ada satu pun santriwati terkena skabies dan mengetahui tentang penyakit kulit disebabkan oleh bakteri.

Pengujian hubungan antara pengetahuan tentang penyakit kulit disebabkan oleh bakteri dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang dilakukan menggunakan **Chi Square**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas sebesar 0.044. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas < *level of significance* (alpha ($\alpha=5\%$)). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang penyakit kulit disebabkan oleh bakteri dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang.

5.3.4 Hubungan Berjabat Tangan Dapat Menularkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Hubungan pengetahuan tentang berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

Tabel 5.9 Hubungan berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit dengan kejadian skabies

Berjabat Tangan Dapat Menularkan Penyakit Kulit	Kejadian Skabies				Jumlah		P Value
	Negatif		Positif		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak Mengetahui	3	5.0%	4	6.7%	7	11.7%	0.286
Mengetahui Tapi Tidak Pasti	13	21.7%	6	10.0%	19	31.7%	
Ragu-Ragu	5	8.3%	7	11.7%	12	20.0%	
Mengetahui	9	15.0%	13	21.7%	22	36.7%	
Total	30	50.0%	30	50.0%	60	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 60 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang sebanyak 5.0% santriwati tidak terkena skabies dan tidak mengetahui tentang berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit, sementara 6.7% santriwati terkena skabies dan tidak mengetahui berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit. Selanjutnya 21.7% santriwati tidak terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit, sementara 10.0% santriwati terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit. Sebanyak 8.3% santriwati tidak terkena skabies dan ragu-ragu mengetahui tentang berjabat tangan dapat menularkan penyakit

kulit dan 11.7% santriwati terkena scabies dan ragu-ragu mengetahui tentang berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit. Santriwati yang tidak terkena skabies dan mengetahui tentang berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit memiliki persentase sebesar 15.0% dan 21.7% santriwati terkena skabies dan mengetahui tentang berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit.

Pengujian hubungan antara pengetahuan tentang berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang dilakukan menggunakan **Chi Square**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas sebesar 0.286. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas $>$ *level of significance* (alpha ($\alpha=5\%$)). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang.

5.3.5 Hubungan Penularan Penyakit Kulit Sangat Mudah Menyebar Di Lingkungan Keluarga, Perkampungan Padat Dan Asrama (Pondok Pesantren) Dengan Kejadian Skabies

Hubungan pengetahuan tentang penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren) dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

Tabel 6.0 Hubungan Penularan Penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama dengan kejadian skabies

Penularan Penyakit Kulit Sangat Mudah Menyebar Di Lingkungan Keluarga, Perkampungan Padat Dan Asrama	Kejadian Skabies				Jumlah		P Value
	Negatif		Positif		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak Mengetahui	3	5.0%	4	6.7%	7	11.7%	0.118
Mengetahui Tapi Tidak Pasti	7	11.7%	15	25.0%	22	36.7%	
Ragu-Ragu	17	28.3%	10	16.7%	27	45.0%	
Mengetahui	3	5.0%	1	1.7%	4	6.7%	
Total	30	50.0%	30	50.0%	60	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 60 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang sebanyak 5.0% santriwati tidak terkena skabies dan tidak mengetahui tentang penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren), sementara 6.7% santriwati terkena skabies dan tidak mengetahui penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren). Selanjutnya 11.7% santriwati tidak terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti

tentang penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren), sementara 25.0% santriwati terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren). Sebanyak 28.3% santriwati tidak terkena skabies dan ragu-ragu mengetahui tentang penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren) dan 16.7% santriwati terkena scabies dan ragu-ragu mengetahui tentang penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren). Santriwati yang tidak terkena skabies dan mengetahui tentang penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren) memiliki persentase sebesar 5.0% dan 1.7% santriwati terkena skabies dan mengetahui tentang penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren).

Pengujian hubungan antara pengetahuan tentang penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (pondok pesantren) dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang dilakukan menggunakan **Chi Square**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas sebesar 0.118. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas $>$ *level of significance* (alpha ($\alpha=5\%$)). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan

asrama (pondok pesantren) dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang.

5.3.6 Hubungan Orang Yang Menjaga Kebersihan Tubuhnya Dapat Terkena Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Hubungan pengetahuan tentang orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

Tabel 6.1 Hubungan orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit dengan kejadian skabies

Orang Yang Menjaga Kebersihan Tubuhnya Dapat Terkena Penyakit Kulit	Kejadian Skabies				Jumlah		P Value
	Negatif		Positif		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak Mengetahui	3	5.0%	11	18.3%	14	23.3%	0.000
Mengetahui Tapi Tidak Pasti	0	0.0%	5	8.3%	5	8.3%	
Ragu-Ragu	0	0.0%	3	5.0%	3	5.0%	
Mengetahui	27	45.0%	11	18.3%	38	63.3%	
Total	30	50.0%	30	50.0%	60	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 60 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang sebanyak 5.0% santriwati tidak terkena skabies dan tidak mengetahui tentang orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit, sementara 18.3% santriwati terkena skabies dan tidak mengetahui orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit. Selanjutnya 8.3% santriwati terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit dan tidak ada satu pun santriwati tidak terkena skabies

dan mengetahui tapi tidak pasti tentang orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit. Sebanyak 5.0% santriwati terkena scabies dan ragu-ragu mengetahui tentang orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit dan tidak satu pun santriwati tidak terkena skabies dan ragu-ragu mengetahui tentang orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit. Santriwati yang tidak terkena skabies dan mengetahui tentang orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit memiliki persentase sebesar 45.0% dan 18.3% santriwati terkena skabies dan mengetahui tentang orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit.

Pengujian hubungan antara pengetahuan tentang orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang dilakukan menggunakan **Chi Square**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas sebesar 0.000. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas < *level of significance* (alpha ($\alpha=5\%$)). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang.

5.3.7 Hubungan Kondisi Lingkungan Yang Buruk Dapat Menyebabkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Hubungan pengetahuan tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

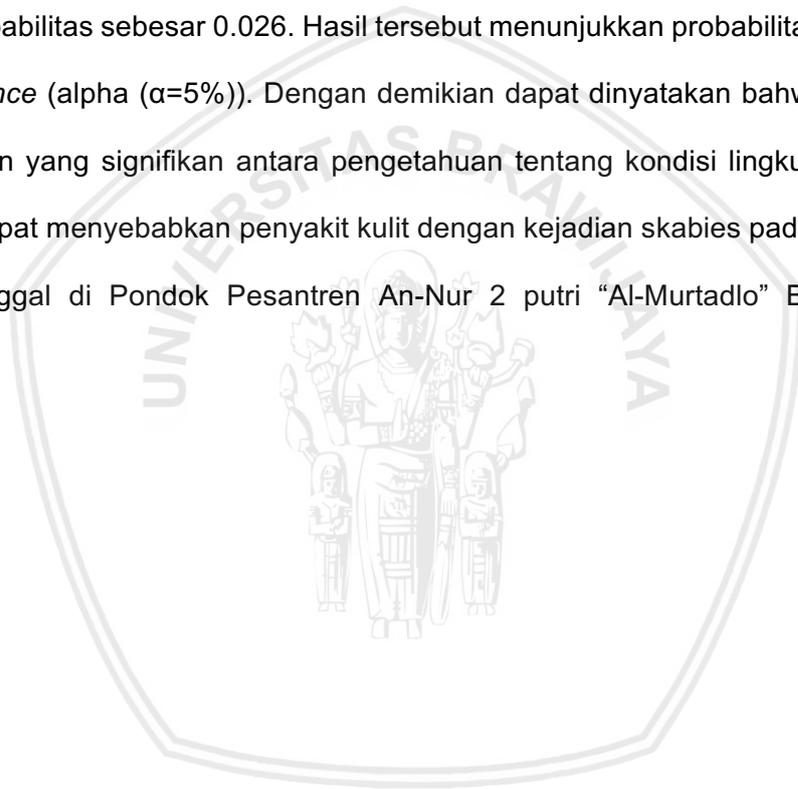
Tabel 6.2 Hubungan kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies

Kondisi Lingkungan Yang Buruk Dapat Menyebabkan Penyakit Kulit	Kejadian Skabies				Jumlah		P Value
	Negatif		Positif		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak Mengetahui	1	1.7%	3	5.0%	4	6.7%	0.026
Ragu-Ragu	6	10.0%	0	0.0%	6	10.0%	
Mengetahui	23	38.3%	27	45.0%	50	83.3%	
Total	30	50.0%	30	50.0%	60	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 60 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang sebanyak 1.7% santriwati tidak terkena skabies dan tidak mengetahui tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit, sementara 5.0% santriwati terkena skabies dan tidak mengetahui kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit. Sebanyak 10.0% santriwati tidak terkena skabies dan ragu-ragu mengetahui tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit dan tidak ada satu pun santriwati terkena scabies dan ragu-ragu mengetahui tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit. Santriwati yang tidak terkena skabies dan mengetahui tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit memiliki

persentase sebesar 38.3% dan 45.0% santriwati terkena skabies dan mengetahui tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit.

Pengujian hubungan antara pengetahuan tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang dilakukan menggunakan **Chi Square**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas sebesar 0.026. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas $< level\ of\ significance$ (alpha ($\alpha=5\%$)). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang.



5.3.8 Hubungan Kamar Yang Tidak Ada Ventilasinya Dapat Mempermudah Terjadinya Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Hubungan pengetahuan tentang kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

Tabel 6.3 Hubungan kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit dengan kejadian skabies

Kamar Yang Tidak Ada Ventilasinya Dapat Mempermudah Terjadinya Penyakit Kulit	Kejadian Skabies				Jumlah		P Value
	Negatif		Positif		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak Mengetahui	13	21.7%	30	50.0%	43	71.7%	0.000
Mengetahui Tapi Tidak Pasti	12	20.0%	0	0.0%	12	20.0%	
Ragu-Ragu	5	8.3%	0	0.0%	5	8.3%	
Total	30	50.0%	30	50.0%	60	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 60 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang sebanyak 21.7% santriwati tidak terkena skabies dan tidak mengetahui tentang kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit, sementara 50.0% santriwati terkena skabies dan tidak mengetahui kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit. Selanjutnya 20.0% santriwati tidak terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit dan tidak ada satu pun santriwati terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit. Sebanyak 8.3% santriwati tidak terkena skabies dan ragu-ragu

mengetahui tentang kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit dan tidak satu pun santriwati terkena scabies dan ragu-ragu mengetahui tentang kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit.

Pengujian hubungan antara pengetahuan tentang kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang dilakukan menggunakan **Chi Square**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas sebesar 0.000. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas < *level of significance* (alpha ($\alpha=5\%$)). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang.

5.3.9 Hubungan Penyakit Kulit Dapat Ditularkan Melalui Pemakaian Pakaian Atau Alat Sholat Secara Bergantian Dengan Kejadian Skabies

Hubungan pengetahuan tentang penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

Tabel 6.4 Hubungan penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian dengan kejadian skabies

Kulit Dapat Ditularkan Melalui Pemakaian Pakaian Atau Alat Sholat Secara Bergantian	Kejadian Skabies				Jumlah		P Value
	Negatif		Positif		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak Mengetahui	6	10.0%	11	18.3%	17	28.3%	0.208
Mengetahui Tapi Tidak Pasti	14	23.3%	7	11.7%	21	35.0%	
Ragu-Ragu	6	10.0%	9	15.0%	15	25.0%	
Mengetahui	4	6.7%	3	5.0%	7	11.7%	
Total	30	50.0%	30	50.0%	60	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 60 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang sebanyak 10.0% santriwati tidak terkena skabies dan tidak mengetahui tentang penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian, sementara 18.30% santriwati terkena skabies dan tidak mengetahui penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian. Selanjutnya 23.3% santriwati tidak terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian, sementara 11.7% santriwati terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian

atau alat sholat secara bergantian. Sebanyak 10.0% santriwati tidak terkena skabies dan ragu-ragu mengetahui tentang penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian dan 15.0% santriwati terkena scabies dan ragu-ragu mengetahui tentang penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian. Santriwati yang tidak terkena skabies dan mengetahui tentang penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian memiliki persentase sebesar 6.7% dan 5.0% santriwati terkena skabies dan mengetahui tentang penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian.

Pengujian hubungan antara pengetahuan tentang penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang dilakukan menggunakan **Chi Square**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas sebesar 0.208. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas $> level\ of\ significance$ (alpha ($\alpha=5\%$)). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang.

5.3.10 Hubungan Sampah Yang Berserakan Dapat Menularkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Hubungan pengetahuan tentang sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

Tabel 6.5 Hubungan sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit dengan kejadian skabies

Sampah Yang Berserakan Dapat Menularkan Penyakit Kulit	Kejadian Skabies				Jumlah		P Value
	Negatif		Positif		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak Mengetahui	2	3.3%	11	18.3%	13	21.7%	0.024
Mengetahui Tapi Tidak Pasti	11	18.3%	8	13.3%	19	31.7%	
Ragu-Ragu	4	6.7%	5	8.3%	9	15.0%	
Mengetahui	13	21.7%	6	10.0%	19	31.7%	
Total	30	50.0%	30	50.0%	60	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 60 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang sebanyak 3.3% santriwati tidak terkena skabies dan tidak mengetahui tentang sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit, sementara 18.3% santriwati terkena skabies dan tidak mengetahui sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit. Selanjutnya 18.3% santriwati tidak terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit, sementara 13.3% santriwati terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit. Sebanyak 6.7% santriwati tidak terkena skabies dan ragu-ragu mengetahui tentang sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit dan 8.3% santriwati terkena

scabies dan ragu-ragu mengetahui tentang sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit. Santriwati yang tidak terkena skabies dan mengetahui tentang sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit memiliki persentase sebesar 21.7% dan 10.0% santriwati terkena skabies dan mengetahui tentang sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit.

Pengujian hubungan antara pengetahuan tentang sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang dilakukan menggunakan **Chi Square**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas sebesar 0.024. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas $< level\ of\ significance$ (alpha ($\alpha=5\%$)). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang

5.3.11 Hubungan Pakaian Atau Handuk Yang Tidak Dijemur Sampai Kering Bisa Menyebabkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Hubungan pengetahuan tentang pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

Tabel 6.6 Hubungan Pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies

Pakaian Atau Handuk Yang Tidak Dijemur Sampai Kering Bisa Menyebabkan Penyakit Kulit	Kejadian Skabies				Jumlah		P Value
	Negatif		Positif		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak Mengetahui	16	26.7%	29	48.3%	45	75.0%	0.001
Mengetahui Tapi Tidak Pasti	6	10.0%	0	0.0%	6	10.0%	
Ragu-Ragu	5	8.3%	1	1.7%	6	10.0%	
Mengetahui	3	5.0%	0	0.0%	3	5.0%	
Total	30	50.0%	30	50.0%	60	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 60 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang sebanyak 26.7% santriwati tidak terkena skabies dan tidak mengetahui tentang pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit, sementara 48.3% santriwati terkena skabies dan tidak mengetahui pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit. Selanjutnya 10.0% santriwati tidak terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit dan tidak ada satu pun santriwati terkena skabies dan mengetahui

tapi tidak pasti tentang pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit. Sebanyak 8.3% santriwati tidak terkena skabies dan ragu-ragu mengetahui tentang pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit dan 1.7% santriwati terkena scabies dan ragu-ragu mengetahui tentang pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit. Santriwati yang tidak terkena skabies dan mengetahui tentang pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit memiliki persentase sebesar 5.0% dan tidak ada satu pun santriwati terkena skabies dan mengetahui tentang pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit.

Pengujian hubungan antara pengetahuan tentang pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang dilakukan menggunakan **Chi Square**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas sebesar 0.001. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas < *level of significance* (alpha ($\alpha=5\%$)). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang

5.3.12 Hubungan Kondisi Lingkungan Yang Buruk Dapat Menyebabkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Hubungan pengetahuan tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang dapat diketahui sebagaimana tabel berikut :

Tabel 6.7 Hubungan Kondisi Lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies

Kondisi Lingkungan Yang Buruk Dapat Menyebabkan Penyakit Kulit	Kejadian Skabies				Jumlah		P Value
	Negatif		Positif		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak Mengetahui	5	8.3%	11	18.3%	16	26.7%	0.020
Mengetahui Tapi Tidak Pasti	1	1.7%	4	6.7%	5	8.3%	
Ragu-Ragu	3	5.0%	6	10.0%	9	15.0%	
Mengetahui	21	35.0%	9	15.0%	30	50.0%	
Total	29	50.0%	30	50.0%	60	100.0%	

Hasil perhitungan menunjukkan bahwa dari 60 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri “Al-Murtadlo” Bululawang, Malang sebanyak 8.3% santriwati tidak terkena skabies dan tidak mengetahui tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit, sementara 18.3% santriwati terkena skabies dan tidak mengetahui kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit. Selanjutnya 1.7% santriwati tidak terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit, sementara 6.7% santriwati terkena skabies dan mengetahui tapi tidak pasti tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit. Sebanyak 5.0% santriwati tidak terkena skabies dan

ragu-ragu mengetahui tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit dan 10.0% santriwati terkena scabies dan ragu-ragu mengetahui tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit. Santriwati yang tidak terkena skabies dan mengetahui tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit memiliki persentase sebesar 35.0% dan 15.0% santriwati terkena skabies dan mengetahui tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit.

Pengujian hubungan antara pengetahuan tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang dilakukan menggunakan **Chi Square**. Berdasarkan tabel diketahui bahwa nilai probabilitas sebesar 0.020. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas $< level\ of\ significance$ (alpha ($\alpha=5\%$)). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies pada santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 putri "Al-Murtadlo" Bululawang, Malang.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

6.1.1 Demografi Penderita Skabies

Penelitian ini merupakan penelitian dengan desain penelitian *observasional analitik* dengan *pendekatan cross sectional*, dengan menggunakan kuisioner yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana *Tingkat Pengetahuan* santriwati dengan penyakit skabies di pondok pesantren.

Berdasarkan hasil penelitian terkumpul sebanyak 60 responden . 30 orang responden terkena skabies dan 30 orang responden tidak terkena skabies di Pondok Pesantren An-Nur 2 Putri Al-Mutadlo yang memenuhi kriteria . kejadian skabies pada santriwati kelas 7,8,9 tingkat MTs dan santriwati kelas 10,11,12 tingkat MA yang merupakan santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 Putri Al-Mutadlo yang masuk dalam kriteria inklusi penelitian. Penelitian dilakukan kepada 60 santriwati dan didapatkan prevalensi skabies yang cukup tinggi yaitu 50 %. Insiden dan prevalensi cukup tinggi karena mengingat adanya sebagian santriwati yang terkena skabies. Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Rohmawati (2010), bahwa prevalensi skabies pada Pondok Pesantren di Lamongan yakni sebesar 63%. Hasil penelitian tersebut, sekitar 73,70% disebabkan karena *Personal hygiene* yang buruk. Pada penelitian ini usia responden berada di kisaran usia 12 sampai 17 tahun. Menurut hasil penelitian, pada usia 17 yang sudah dianggap dewasa dan sudah mengerti cara merawat kebersihan diri didapatkan hasil sebesar 7 santriwati terkena skabies (23.3%). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Burn (2010) bahwa skabies lebih banyak terjadi pada usia-usia remaja dewasa. Hal ini dapat disebabkan oleh pergaulan diantara anak-anak dan usia remaja lebih erat, sehingga lebih besar kemungkinan untuk tertular satu sama lain. Selain itu kesadaran akan kebersihan pada usia anak dan remaja masih belum baik. Namun bedasarkan hasil penelitian sebelumnya, menurut Ratnasari (2014) dalam penelitiannya tentang prevalensi dan

epidemiologi didapatkan bahwa prevalensi skabies lebih rendah pada santri yang memiliki tingkat Pendidikan MAN daripada MTS. Menurut hasil penelitian kasus skabies pada santriwati di Pondok Pesantren An-Nur 2 Putri Al-Murtadlo, Bululawang, Malang yang berusia 11-20 tahun didapatkan hasil adalah sebagian besar santriwati yang terkena skabies yakni kelas 8 tingkat MTs atau santriwati berumur 12 tahun sebesar 33,3%. Prevalensi hasil penelitian ini juga berkorelasi dengan hasil penelitian Fauziah (2013) bahwa pada remaja berusia 11-15 tahun merupakan usia yang paling banyak menderita skabies (36,69%), dan penelitian Luh Gde Indrani (2017) yang mengatakan bahwa subjek penderita skabies berumur sekitar 12-15 tahun dan subjek berusia 12 tahun merupakan usia yang terbanyak menderita skabies (28,5%) di salah satu Pondok Pesantren di Lampung. Hal ini disebabkan pada rentang usia 11-15 tahun, anak masih belum terlalu memikirkan atau mementingkan kebersihan merawat diri dan juga lebih banyak menghabiskan waktu untuk bermain dengan kondisi lingkungan seperti di pondok pesantren yang padat sehingga meningkatkan resiko penularan apabila satu dari teman mereka yang mempunyai kebersihan diri yang kurang baik dapat menularkan kuman tersebut pada teman yang lainnya.

6.1.2 Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian Skabies

Berdasarkan hasil yang didapatkan pada santriwati di Pondok Pesantren An-Nur 2 Putri Al-Murtadlo, Bululawang, diperoleh 30 orang santriwati yang terkena penyakit skabies memiliki *Tingkat Pengetahuan* yang Rendah dari pada santriwati yang memiliki *Tingkat Pengetahuan* yang baik. Menurut penelitian sebelumnya yang dilakukan Notoatmodjo (2003) dapat memperbesar kerentanan santriwati terhadap infestasi skabies dikarenakan pengetahuan merupakan salah satu faktor risiko penting dari penularan penyakit skabies. Tempat-tempat yang memiliki kepadatan tinggi, berisiko tinggi untuk terjadi penularan skabies terutama asrama dan pondok pesantren. Maka dari itu penting untuk melakukan studi terhadap penderita skabies dari segi pengetahuan tentang sikap dan kebiasaan di tempat dengan resiko tinggi tersebut. penyelenggara kesehatan setempat berperan dalam edukasi terkait penyakit menular khususnya skabies dan dapat memberikan pengertian tentang pencegahan terkait transmisi penyakit skabies. selain itu juga

diperlukan metode-metode inovatif dalam edukasi kesehatan seperti penggunaan intervensi video sebagai alat edukasi kesehatan. Kemudian dari 30 orang santriwati yang tinggal di Pondok Pesantren An-Nur 2 Putri Al-Murtadlo, Bululawang, yang tidak terkena penyakit skabies paling banyak memiliki *Tingkat Pengetahuan Baik* Mengenai penyakit skabies. Hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa *Tingkat Pengetahuan* santriwati di pondok pesantren adalah baik. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Riris (2010) bahwa tingkat pengetahuan sangat mempengaruhi kejadian skabies karena pengetahuan merupakan sumber yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan atau perilaku seseorang.

Hal tersebut dapat disimpulkan dari hasil lembar kuisioner yang terdiri dari 12 pertanyaan, Dimana pertanyaan yang memiliki total skor tertinggi diantara santriwati yang menderita penyakit skabies ialah pertanyaan kesebelas dimana pertanyaan tentang Hubungan tentang pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies ada 29 santriwati dengan persentase 48.3% yang menjawab Tidak Mengetahui, 1 santriwati yang menjawab Ragu-Ragu dengan persentase 1.7%, sementara santriwati yang tidak terkena skabies yang menjawab Tidak Mengetahui ada 16 orang dengan persentase 26.7%, Mengetahui tapi tidak pasti ada 6 orang dengan persentase 10.0%, Ragu-Ragu 5 santriwati dengan persentase 8.3% dan Mengetahui 3 santriwati dengan persentase 5.0%. Menurut Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Yuni (2006) menyatakan kejadian skabies tidak hanya dipengaruhi kondisi sanitasi lingkungan, dimana kejadian skabies dan responden yang memiliki sanitasi lingkungan rumah yang tidak memenuhi syarat belum tentu merupakan faktor resiko untuk terkena penyakit skabies.

Selanjutnya pertanyaan kedelapan dengan skor tertinggi dengan pertanyaan tentang hubungan kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit dengan kejadian skabies sebanyak 30 santriwati yang terkena penyakit skabies menjawab Tidak Mengetahui dengan persentase 50.0%. sementara santriwati yang tidak terkena penyakit skabies yang menjawab Tidak mengetahui ada 13 orang dengan persentase 21.7%, mengetahui tapi tidak pasti 12 orang dengan persentase 20.0% dan ragu-ragu

ada 5 orang dengan persentase 8.3% . menurut penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Isa (2003) santri yang tinggal di pondok pesantren dengan kepadatan hunian tinggi akan mempunyai prevalensi penyakit skabies. kepadatan hunian dengan kelembaban udara akibat buruknya ventilasi.

Kemudian pertanyaan kelima tentang penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama sebanyak 30 santriwati yang terkena penyakit skabies, paling banyak sebesar 15 orang dengan persentase 25.0% yang menjawab mengetahui tapi tidak pasti , 4 orang dengan persentase 6.7 dengan jawaban tidak mengetahui dan 10 orang dengan persentase 16.7% yang menjawab ragu-ragu sementara yang tidak terkena penyakit skabies 3 orang dengan persentase 5.0% menjawab tidak mengetahui , 7 orang dengan persentase menjawab mengetahui tapi tidak pasti, 17 orang dengan persentase 28.3% dan 3 orang dengan persentase 5.0% dengan jawaban mengetahui . Menurut penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Iskandar (2000) skabies merupakan penyakit yang sulit diberantas, pada manusia terutama dalam lingkungan masyarakat pada hunian padat tertutup, karena kutu *Sarcoptes scabiei* penyebab skabies mudah menular di lingkungan yang padat dan tertutup.

Selanjutnya pada pertanyaan ketujuh tentang kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit dengan kejadian skabies sebanyak 30 santriwati yang terkena penyakit skabies, paling banyak sebesar 3 orang dengan persentase 5.0% menjawab tidak mengetahui , 27 orang dengan persentase 45.0% yang menjawab mengetahui sementara yang tidak terkena penyakit skabies yang menjawab tidak mengetahui ada 1 orang dengan persentase 1.7%, ragu-ragu 6 orang dengan persentase 10.0%, mengetahui 23 orang dengan persentase 38.3% . Menurut penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Hilma (2004) melalui confidence interval terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan kejadian skabies. Hal ini dikarenakan pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang setelah memiliki pengetahuan maka akan terbentuk sikap yaitu kesiapan atau ketersediaan untuk bertindak selanjutnya terwujud suatu perilaku yang memerlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain fasilitas. Perilaku yang didasarkan oleh

pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo 2011).

Kemudian pertanyaan kesepuluh tentang sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit dengan kejadian skabies sebanyak 30 santriwati yang terkena penyakit skabies, paling banyak sebesar 11 orang dengan persentase 18.3% santriwati yang memberi jawaban Tidak mengetahui, 8 orang dengan persentase 13.3% santriwati yang memberi jawaban Mengetahui tapi tidak pasti, 5 orang dengan persentase 8,3% dengan jawaban ragu-ragu, 6 orang dengan persentase 10.0% dengan jawaban mengetahui. sementara yang tidak terkena penyakit skabies 2 orang menjawab tidak mengetahui dengan persentase 3.3%, mengetahui tapi tidak pasti 11 orang dengan persentasi 18.3%, 4 orang dengan persentase 6.7 dengan jawaban ragu-ragu, dan dengan jawaban mengetahui ada 13 orang dengan persentase 21.7%. menurut penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Raza et al (2009) karena pengetahuan yang kurang menjadikan seseorang lebih kurang perhatian terhadap pentingnya kebersihan personal dan peran dari kebersihan yang buruk terhadap penyebaran penyakit menular dan menurut Notoatmodjo (2003) dapat memperbesar kerentanan santriwati terhadap infestasi skabies dikarenakan pengetahuan merupakan salah satu faktor risiko penting dari penularan penyakit skabies. Tempat-tempat yang memiliki kepadatan tinggi, berisiko tinggi untuk terjadi penularan skabies terutama asrama dan pondok pesantren. Maka dari itu penting untuk melakukan studi terhadap penderita skabies dari segi pengetahuan tentang sikap dan kebiasaan di tempat dengan resiko tinggi tersebut. penyelenggara kesehatan setempat berperan dalam edukasi terkait penyakit menular khususnya skabies dan dapat memberikan pengertian tentang pencegahan terkait transmisi penyakit skabies. selain itu juga diperlukan metode-metode inovatif dalam edukasi kesehatan seperti penggunaan intervensi video sebagai alat edukasi kesehatan.

Hasil dengan uji analisa menggunakan *Chi Square Test* didapatkan *p value* sebesar 0.000. Dengan *p value* < 0.05 menunjukkan hubungan atau keterkaitan yang signifikan antara kejadian skabies dengan *Tingkat Pengetahuan* skabies dengan kejadian skabies di Pondok Pesantren An-Nur 2 Putri Al-Murtadlo, Bululawang, Malang. Hal ini sesuai dengan penelitian serupa

oleh Rizal 2018 mengenai Hubungan Tingkat Pengetahuan dan sanitasi terhadap kejadian penyakit skabies di Pondok Pesantren Muallimin Yogyakarta, dimana didapatkan juga adanya hubungan atau keterkaitan yang signifikan antara kejadian skabies dengan *Tingkat Pengetahuan* santriwati dengan didapatkan 8 orang menderita skabies dengan *Tingkat Pengetahuan* yang rendah sedangkan 21 orang mempunyai *Tingkat pengetahuan* sedang dan 1 orang mempunyai *Tingkat pengetahuan* yang baik.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Adapun keterbatasan yang dihadapi dalam penelitian ini salah satunya ialah pandangan setiap responden yang berbeda terhadap pertanyaan dalam kuisioner dan penjelasan yang sudah diberikan. Selain itu ialah tingkat toleransi yang dimiliki tiap orang terhadap rasa sakit ataupun wawasan pengetahuan yang berbeda. Dimana hal tersebut dapat menyebabkan interpretasi dalam menjawab kuisioner yang berbeda sehingga menghasilkan kesimpulan yang berbeda pula dalam proses analisis dan pembahasan dari penelitian ini.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa:

- 7.1.1 Diketahui pada usia dan kelas berapapun dapat terkena penyakit skabies pada santriwati di Pondok Pesantren An-Nur 2 Putri Al-Murtadlo Bululawang, Malang.
- 7.1.2 Didapatkan angka kejadian sebanyak 30 santriwati menderita penyakit skabies dari 60 santriwati di Pondok Pesantren An-Nur 2 Putri Al-Murtadlo, Bululawang, Malang.
- 7.1.3 Tingkat Pengetahuan santiwati di Pondok Pesantren An-Nur 2 Putri Al-Murtadlo, Bululawang, Malang dalam kategori sedang.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini dan guna untuk pengembangan keilmuan diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai :

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut pada pondok pesantren untuk lebih mengetahui penyebab penyakit skabies selain *Tingkat pengetahuan* yang dapat menyebabkan skabies pada santriwati
2. Perlu dilakukan minimal 3 bulan sekali secara rutin untuk mencegah dan memonitor penderita skabies dan memberikan informasi lebih lanjut tentang penyakit skabies melalui penyuluhan dan pelatihan kepada tenaga kesehatan di pondok pesantren An-nur 2 putri Al-murtadlo bululawang,

DAFTAR PUSTAKA

- Azizah IN, Setiyowati W. Hubungan tingkat pengetahuan ibu pemulung tentang *personal hygiene* dengan kejadian skabies pada balita di tempat pembuangan akhir Kota Semarang. *Dinamika Kebidanan*. 2011
- Adriansyah IA. Effectiveness of health promotion on level of knowledge of scabies etiology and clinical features among X Boarding School students in East Jakarta [skripsi]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2013.
- Budiarto. E. 2001. *Biostatistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC.
- Burgess IF. Biology and epidemiology of scabies. *Curr Opin Infect Dis*. 1999;12:177-80.
- Currier RW, Walton SF, Currie BJ. Scabies in animals and humans: History, evolutionary perspectives, and modern clinical management. *Ann N Y Acad Sci* 2011;1230(1):E50–60.
- Chosidow O. Clinical practices. *Scabies*. *N Engl J Med* 2006;354(16):1718–27.
- Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. Buku ajar ilmu penyakit kulit dan kelamin. Edisi ke-5. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2007.
- Depkes RI, 2000, Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan, Jakarta: Pustaka Jaya.
- Georgia Department Of Public Health. *Scabies handbook*. 2012
- Hilma 2014. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Mlangi Nogotirto Gamping Sleman Yogyakarta.

- Hilmy F. Prevalensi penyakit skabies dan hubungannya dengan karakteristik santri Pesantren X Jakarta Timur [Skripsi]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2011.
- Khotimah. K. 2006. *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Nurul Hikmah Jatisawit Bumiayu Brebes*. Skripsi. Semarang. U NDIP .
- Lay CJ, Wang CL, Chuang HY, et al. Risk factors for delayed diagnosis of scabies in hospitalized patients from long-term care facilities. *J Clin Med Res*. 2011
- Landika AE. Efektifitas penyuluhan terhadap pengetahuan santri mengenai penularan dan pencegahan skabies di Pesantren X, Jakarta Timur [skripsi]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2012.
- Montoya A, Mody L. Common infection in nursing homes: a review of current issues and challenges. *Aging Health*. 2011
- Meliono, I. 2007. *Mata Ajar Pengembangan Kepribadian Terintegrasi*. Lembaga Penerbitan FE UI. Jakarta.
- Nazari M, Moradi A, Anvari Peyman M. Epidemiological survey of scabies in the central prison of Hamadan. *Pajouhan Scientific Journal*. 2015
- Nevada State Health Division. *Scabies prevention and control guidelines residential/group home facilities*. USA: Nevada State Health Division; 2011. Nindrya ZB. Tingkat pengetahuan mengenai gejala klinis skabies dan hubungannya dengan karakteristik demografi santri di Pesantren X, Jakarta Timur [skripsi].
- Ningtiyas YS. Tingkat pengetahuan mengenai pengobatan skabies dan hubungannya dengan karakteristik demografi santri di Pesantren X, Jakarta Timur [skripsi]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2012. Jakarta: Universitas Indonesia; 2012.
- Notoadmojo S. *Ilmu Perilaku Kesehatan: Konsep Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka cipta; 2010.

- Notoatmodjo S. (2011). Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni. 2011. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2003). Pendidikan dan Perilaku Kesehatan Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Orion E, Marcos B, Davidovici B, Wolf R. Itch and scratch: scabies and pediculosis. Clinics in Dermatology. 2006
- Ratnasari AF, Sungkar S. Prevalensi skabies dan faktor-faktor yang berhubungan di Pesantren X, Jakarta Timur. EJKI. 2014
- Romani L, Koroivueta J, Steer Ac, Kama M, Kaldor Jm, Wand H, Et Al. Scabies and impetigo prevalence and risk factors in Fiji: a national survey. Plos Negl Trop Dis. 2015
- Rosandi M. The level of knowledge on skabies amongst student in a pesantren in East Jakarta, before and after skabies lecture [thesis]. Jakarta: Universitas Ind Rangganata E. Tingkat pengetahuan mengenai pencegahan skabies dan hubungannya dengan karakteristik demografi santri di pesantren X, Jakarta Timur [skripsi]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2012.
- Rangganata E. Tingkat pengetahuan mengenai pencegahan skabies dan hubungannya dengan karakteristik demografi santri di pesantren X, Jakarta Timur [skripsi]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2012.
- Ramadhan BB. Pengetahuan santri pesantren di Jakarta Timur tentang penularan skabies dan hubungannya dengan faktor terkait [skripsi]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2012
- Soedarman S. The prevalance of scabies related to behaviour and level of education of santris in a pesantren in south Jakarta. [Skripsi]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2014

- Sudarsono, Tanjung C, Lakswinar S, Yusuf EA. Pengaruh skabies terhadap prestasi belajar santri di sebuah pesantren di Kota Medan. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2011.
- Sudirman. T. 2006. Scabies : Masalah Diagnosis dan Pengobatan. Majalah Kesehatan Damianus. Vol. 5, No. 3. September 2006. Hal : 177-190
- Sari TK. Pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan santri pesantren X, Jakarta Timur mengenai penyebab skabies [skripsi]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2011.
- Taufik S. Promosi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku pengungsitentang, pencegahan penyakit skabies, studi di hunian sementara pengungsi Kecamatan Blang Mangat Kota Lhokseumawe Nanggroe Aceh Darussalam [tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2006.
- Walton SF, Currie BJ. Problems in diagnosing scabies, a global disease in human and animal population. Clin Microbiol Rev. 2007
- World Health Organization (WHO) Epidemiology and management of common skin diseases in children in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2005
- Worth C, Heukelbach J, Fengler G, Walter B, Liesenfeld O, Feldmeier H. Impaired quality of life in adults and children with scabies from an impoverished community in Brazil. Int J Dermatol. 2012
- Wardhana. 2006. Macam-macam Penyakit Menular dan Pencegahannya. Bina Pustaka. Jakarta.
- Zayyid MM, Saadah RS, Adil AR, Rohela M, Jamaiah I. Prevalence of scabies and head lice among children in a welfare home in Pulau Pinang, Malaysia. Tropical Biomedicine. 2010

LAMPIRAN

Lampiran 1. Kelaikan Etik Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 168; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
 http://www.fk.ub.ac.id e-mail : kep.fk@ub.ac.id

KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")

No. 106 / EC / KEPK / 04 / 2018

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

- JUDUL** : Hubungan antara *Personal Hygiene*, Kualitas Hidup, Prestasi Belajar dan Tingkat Pengetahuan Skabies dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren An-Nur 2 Putri Al-Murtadlo.
- PENELITI UTAMA** : Dr. dr. Dhelya Widasmara, Sp.KK
- ANGGOTA** : dr. Panji Sananta, Sp.OT
 Deby Aditya
 Virgiana Rosa T
 Muhamad Haitsam
 Novelina Gracea
- UNIT / LEMBAGA** : Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang
- TEMPAT PENELITIAN** : Pondok Pesantren An-Nur 2 Putri Al-Murtadlo Bululawang Malang.

DINYATAKAN LAIK ETIK.

Malang,
 Ketua



Prof. Dr. dr. Moch. Istiadid ES, SpS, SpBS(K), SH, M.Hum, Dr.H.
 NIK. 160746683

Catatan :

Keterangan Laik Etik Ini Berlaku 1 (Satu) Tahun Sejak Tanggal Dikeluarkan Pada Akhir Penelitian, Laporan Pelaksanaan Penelitian Harus Diserahkan Kepada KEPK-FKUB Dalam Bentuk Soft Copy. Jika Ada Perubahan Protokol Dan / Atau Perpanjangan Penelitian, Harus Mengajukan Kembali Permohonan Kajian Etik Penelitian (Amandemen Protokol)

Lampiran 2. Penjelasan untuk mengikuti Penelitian

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya adalah Deby Aditya Hutami Jurusan Pendidikan Kedokteran dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Faktor- faktor yang Mempengaruhi Kejadian scabies pada pondok pesantren An-Nur 2 Bululawang Malang
2. Tujuan dari penelitian ini Mengetahui Gambaran Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Scabies pada Pondok Pesantren. Dapat memberi manfaat :
 - a. Manfaat bagi Peneliti
Untuk menambah pengetahuan , mampu merumuskan kekurangan yang ada demi penelitian yang lebih baik dimasa datang. Penelitian ini dapat digunakan sebagai pandangan dan pertimbangan dampak scabies terhadap pasien .
 - b. Manfaat bagi Praktisi :
Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar pertimbangan para dokter untuk memberi terapi scabies secara komprehensif meliputi medikamentosa dan psikoterapi Penelitian ini akan berlangsung selama 3 bulan dengan sampel berupa menggunakan kuisioner.
3. Prosedur pengambilan sampel ini dilakukan dengan wawancara pada pasien scabies yang telah di diagnosa di pondok pesantren An – Nur 2 Bululawang Kabupaten malang – jawa timur. cara ini mungkin menyebabkan tidak nyaman tetapi anda tidak perlu kuatir karena tidak ada unsur paksaan.
4. Keuntungan yang putra/putri bapak dan ibu peroleh dengan keikutsertaan putra/putri bapak dan ibu adalah menambah pengetahuan mengenai penyakit scabies. Ketidaknyamanan/ resiko yang mungkin muncul yaitu menyita waktu yang sedikit lama.
5. Seandainya putra/putri bapak dan ibu tidak menyetujui cara ini maka putra/putri bapak dan ibu dapat memilih cara lain atau putra/putri bapak dan ibu boleh tidak mengikuti penelitian sama sekali.
6. Nama dan jati diri putra/putri bapak dan ibu akan tetap dirahasiakan
7. Dalam penelitian ini putra/putri bapak dan ibu akan mendapatkan ucapan terima kasih berupa alat tulis.

Peneliti

Pertanyaan Persetujuan untuk Berpartisipasi Dalam Penelitian

**Pernyataan Persetujuan untuk
Berpartisipasi dalam Penelitian**

Saya yang bertandatangan dibawah ini meyakini bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul " Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Scabies Pada Pondok Pesatren An-Nur 2 Bululawang Malang

Peneliti

Malang,.....2018

Yang membuat pernyataan

Deby Aditya Hutami

(.....)

NIM.155070101111018

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)

Lampiran 3. Instrumen Penelitian

KUISIONER PENELITIAN

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENGETAHUAN SKABIES DENGAN
KEJADIAN SKABIES PADA SANTRI PONDOK PESANTREN AN- NUR 2
BULULAWANG,MALANG**

No.Penelitian :	Tanggal :
<u>IDENTITAS</u>	
1. Nama :	
2. Umur :	
3. Jenis Kelamin: P/L	

Tuliskan Tanda (√) untuk menentukan jawaban di pertanyaan dibawah ini dengan keterangan (**0 = Mengetahui**), (**1= Ragu-Ragu**) , (**2= Mengetahui tapi tidak pasti**) dan (**3= Tidak Mengetahui**)

No	Pertanyaan	Jawaban			
		0	1	2	3
1	Apakah anda mengetahui penyakit kulit				
2	Apakah benar penyakit kulit sering disebut gudik				
3	Apakah benar penyakit kulit disebabkan oleh bakteri				
4	Berjabat tangan dapat menularkan penyakit kulit				
5	Penularan penyakit kulit sangat mudah menyebar di lingkungan keluarga, perkampungan padat dan asrama (Pondok pesantren)				
6	Orang yang menjaga kebersihan tubuhnya dapat terkena penyakit kulit				
7	Kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit .				
8	Kamar yang tidak ada ventilasinya dapat mempermudah terjadinya penyakit kulit				
9	Penyakit kulit dapat ditularkan melalui pemakaian pakaian atau alat sholat secara bergantian.				
10	Sampah yang berserakan dapat menularkan penyakit kulit				
11	Pakaian atau handuk yang tidak dijemur sampai kering bisa menyebabkan penyakit kulit				
12	Kondisi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit kulit.				
	TOTAL SKOR				

Lampiran 4 . Lembar Izin Penelitian Pondok Pesantren An-Nur 2 Putri Al-Murtadlo,
Bululawang, Malang



معهد تحفيظ القرآن

AN-NUR 2 PUTRI "AL-MURTADLO"
Jln. Raya Bululawang Malang Jawa Timur Telp. 082230947550

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini adalah Ketua Pengurus Pesantren An-Nur 2, Bululawang, Malang, menerangkan bahwa telah mengizinkan mahasiswa dibawah ini untuk melakukan penelitian di Pondok Pesantren AN-Nur 2, Bululawang, Malang.

Nama Peneliti : 1. Dr. dr. Dhelya Widasmara, Sp.KK.
2. dr. Panji Sananta, Sp.OT.
3. Deby Aditya Hutami (155070101111018)
4. Novelina Gracea (165070100111049)
5. Virginia Rosa Tamadi (155070100111053)
6. Muhamad Haitsam (165070100111005)

Judul : HUBUNGAN ANTARA PERSONAL HYEIGIENE, KUALITAS HIDUP, PRESTASI BELAJAR DAN TINGKAT PENGETAHUAN SKABIES DENGAN KEJADIAN SKABIES DI PONDOK PESANTREN AN-NUR 2 PUTRI AL-MURTADLO BULULAWANG

Prodi/Fakultas : Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Menerangkan dengan sebenar-benarnya bahwa peneliti bersangkutan telah mendapat izin melakukan penelitiannya di Pondok Pesantren An-Nur 2. Demikian surat keterangan ini dibuat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Pimpinan Pondok Pesantren



Nanda Khoirrotun Nabila

Lampiran 5 . Lembar Persetujuan Tugas Akhir

HALAMAN PERSETUJUAN

TUGAS AKHIR

HUBUNGAN ANTARA *TINGKAT PENGETAHUAN* SKABIES DENGAN KEJADIAN SKABIES DI PONDOK PESANTREN AN-NUR 2 PUTRI AL- MURTADLO,BULULAWANG,MALANG

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran

Oleh :

Deby Aditya Hutami

NIM. 155070101111018

Menyetujui untuk diuji:

Pembimbing I,

Pembimbing II,

Dr. dr. Dhelya Widasmara, Sp.KK FINS DV

NIP. 198208142014102001

dr. Panji Sananta, Sp.OT

NIP. 197706102009121001

Lampiran 6. Hasil uji Validas kuisiomer

Correlations

		Pengetahuan skabies
Item kuisiomer no.1	Pearson Correlation	.898**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item kuisiomer no.2	Pearson Correlation	.954**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item kuisiomer no.3	Pearson Correlation	.536*
	Sig. (2-tailed)	.015
	N	20
Item kuisiomer no.4	Pearson Correlation	.833**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item kuisiomer no.5	Pearson Correlation	.831**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item kuisiomer no.6	Pearson Correlation	.775**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item kuisiomer no.7	Pearson Correlation	.954**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item kuisiomer no.8	Pearson Correlation	.946**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item kuisiomer no.9	Pearson Correlation	.680**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	20
Item kuisiomer no.10	Pearson Correlation	.915**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item kuisiomer no.11	Pearson Correlation	.811**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20
Item kuisiomer no.12	Pearson Correlation	.729**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	20

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

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

Lampiran 7 .Hasil Uji Reliabilitas Kuisoner

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	19.0
	Excluded ^a	85	81.0
	Total	105	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.952	.957	12

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Item kuisoner no.1	1.1000	.71818	20
Item kuisoner no.2	1.8000	1.05631	20
Item kuisoner no.3	1.3000	.57124	20
Item kuisoner no.4	.7500	.44426	20
Item kuisoner no.5	1.5500	.60481	20
Item kuisoner no.6	1.3500	.58714	20
Item kuisoner no.7	1.6500	1.03999	20
Item kuisoner no.8	1.8500	.87509	20
Item kuisoner no.9	1.4500	.94451	20
Item kuisoner no.10	1.3000	1.03110	20
Item kuisoner no.11	1.4500	.99868	20
Item kuisoner no.12	1.3500	.93330	20

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	1.408	.750	1.850	1.100	2.467	.090	12
Item Variances	.711	.197	1.116	.918	5.653	.116	12

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
16.9000	66.937	8.18149	12

Uji Validitas Instrumen Penelitian

Variabel	Item	Uji Validitas		Keputusan
		Korelasi (r)	Sign.(p)	
Kuisisioner Pengetahuan skabies	Item kuisisioner no.1	0.898	0.000	Valid
	Item kuisisioner no.2	0.954	0.000	Valid
	Item kuisisioner no.3	0.536	0.015	Valid
	Item kuisisioner no.4	0.833	0.000	Valid
	Item kuisisioner no.5	0.831	0.000	Valid
	Item kuisisioner no.6	0.775	0.000	Valid
	Item kuisisioner no.7	0.954	0.000	Valid
	Item kuisisioner no.8	0.946	0.000	Valid
	Item kuisisioner no.9	0.680	0.001	Valid
	Item kuisisioner no.10	0.915	0.000	Valid
	Item kuisisioner no.11	0.811	0.000	Valid
	Item kuisisioner no.12	0.729	0.000	Valid

Lampiran 8.Data Uji Validitas dan reliabilitas

No resp.	Item kuisiner												Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12
2	2	3	2	1	2	2	3	3	1	2	1	3	25
3	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	18
4	2	3	2	1	2	2	3	3	3	2	1	3	27
5	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	5
6	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	5
7	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	18
8	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	6
9	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	20
10	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	6
11	2	3	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	30
12	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	19
13	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	18
14	2	3	2	1	2	2	3	3	3	2	3	1	27
15	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12
16	1	2	1	1	2	1	2	2	3	2	2	1	20
17	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	5
18	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	18
19	2	3	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	22
20	2	3	1	1	2	2	2	3	3	2	3	1	25

Lampiran 9. Analisis Deskriptif

Responden Positif Skabies

Statistics

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12
N Valid	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	1.17	1.13	.47	1.97	1.27	1.47	2.70	.00	1.13	1.20	.07	1.43

P1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	14	46.7	46.7	46.7
mengetahui tapi tidak pasti	3	10.0	10.0	56.7
ragu-ragu	7	23.3	23.3	80.0
mengetahui	6	20.0	20.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	13	43.3	43.3	43.3
mengetahui tapi tidak pasti	6	20.0	20.0	63.3
ragu-ragu	5	16.7	16.7	80.0
mengetahui	6	20.0	20.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	17	56.7	56.7	56.7
mengetahui tapi tidak pasti	12	40.0	40.0	96.7
ragu-ragu	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	4	13.3	13.3	13.3
mengetahui tapi tidak pasti	6	20.0	20.0	33.3
ragu-ragu	7	23.3	23.3	56.7
mengetahui	13	43.3	43.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	4	13.3	13.3	13.3
mengetahui tapi tidak pasti	15	50.0	50.0	63.3
ragu-ragu	10	33.3	33.3	96.7
mengetahui	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	11	36.7	36.7	36.7
mengetahui tapi tidak pasti	5	16.7	16.7	53.3
ragu-ragu	3	10.0	10.0	63.3
mengetahui	11	36.7	36.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	3	10.0	10.0	10.0
mengetahui	27	90.0	90.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	30	100.0	100.0	100.0

P9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	11	36.7	36.7	36.7
mengetahui tapi tidak pasti	7	23.3	23.3	60.0
ragu-ragu	9	30.0	30.0	90.0
mengetahui	3	10.0	10.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	11	36.7	36.7	36.7
mengetahui tapi tidak pasti	8	26.7	26.7	63.3
ragu-ragu	5	16.7	16.7	80.0
mengetahui	6	20.0	20.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	29	96.7	96.7	96.7
ragu-ragu	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	11	36.7	36.7	36.7
mengetahui tapi tidak pasti	4	13.3	13.3	50.0
ragu-ragu	6	20.0	20.0	70.0
mengetahui	9	30.0	30.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Total

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pengetahuan kurang	8	26.7	26.7	26.7
pengetahuan sedang	21	70.0	70.0	96.7
pengetahuan baik	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 12	10	33.3	33.3	33.3
13	5	16.7	16.7	50.0
14	6	20.0	20.0	70.0
16	2	6.7	6.7	76.7
17	7	23.3	23.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Kelas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 7	11	18.3	18.3	18.3
8	18	30.0	30.0	48.3
9	9	15.0	15.0	63.3
10	7	11.7	11.7	75.0
11	12	20.0	20.0	95.0
12	3	5.0	5.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Responden Negatif Skabies

Statistics

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12
N Valid	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	1.40	1.27	.90	1.67	1.67	2.70	2.70	.73	1.27	1.93	.83	2.33

P1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	9	30.0	30.0	30.0
mengetahui tapi tidak pasti	7	23.3	23.3	53.3
ragu-ragu	7	23.3	23.3	76.7
mengetahui	7	23.3	23.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	6	20.0	20.0	20.0
mengetahui tapi tidak pasti	12	40.0	40.0	60.0
ragu-ragu	10	33.3	33.3	93.3
mengetahui	2	6.7	6.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	14	46.7	46.7	46.7
mengetahui tapi tidak pasti	7	23.3	23.3	70.0
ragu-ragu	7	23.3	23.3	93.3
mengetahui	2	6.7	6.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	3	10.0	10.0	10.0
mengetahui tapi tidak pasti	13	43.3	43.3	53.3
ragu-ragu	5	16.7	16.7	70.0
mengetahui	9	30.0	30.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	3	10.0	10.0	10.0
mengetahui tapi tidak pasti	7	23.3	23.3	33.3
ragu-ragu	17	56.7	56.7	90.0
mengetahui	3	10.0	10.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	3	10.0	10.0	10.0
mengetahui	27	90.0	90.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	1	3.3	3.3	3.3
ragu-ragu	6	20.0	20.0	23.3
mengetahui	23	76.7	76.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	13	43.3	43.3	43.3
mengetahui tapi tidak pasti	12	40.0	40.0	83.3
ragu-ragu	5	16.7	16.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	6	20.0	20.0	20.0
mengetahui tapi tidak pasti	14	46.7	46.7	66.7
ragu-ragu	6	20.0	20.0	86.7
mengetahui	4	13.3	13.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	2	6.7	6.7	6.7
mengetahui tapi tidak pasti	11	36.7	36.7	43.3
ragu-ragu	4	13.3	13.3	56.7
mengetahui	13	43.3	43.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	16	53.3	53.3	53.3
mengetahui tapi tidak pasti	6	20.0	20.0	73.3
ragu-ragu	5	16.7	16.7	90.0
mengetahui	3	10.0	10.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

P12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mengetahui	5	16.7	16.7	16.7
mengetahui tapi tidak pasti	1	3.3	3.3	20.0
ragu-ragu	3	10.0	10.0	30.0
mengetahui	21	70.0	70.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Total

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pengetahuan kurang	3	10.0	10.0	10.0
pengetahuan sedang	15	50.0	50.0	60.0
pengetahuan baik	12	40.0	40.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12	6	20.0	20.0
	13	9	30.0	30.0
	14	8	26.7	26.7
	15	2	6.7	6.7
	16	3	10.0	10.0
	17	2	6.7	6.7
Total	30	100.0	100.0	100.0

Lampiran 10. Analisis Hubungan Mereka Mengetahui Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Crosstab

		Kelompok		Total	
		skabies	tidak skabies		
P1	tidak mengetahui	Count	14	9	23
		% of Total	23.3%	15.0%	38.3%
	mengetahui tapi tidak pasti	Count	3	7	10
		% of Total	5.0%	11.7%	16.7%
	ragu-ragu	Count	7	7	14
		% of Total	11.7%	11.7%	23.3%
	mengetahui	Count	6	7	13
		% of Total	10.0%	11.7%	21.7%
Total		Count	30	30	60
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.764 ^a	3	.429
Likelihood Ratio	2.818	3	.420
Linear-by-Linear Association	.572	1	.449
N of Valid Cases	60		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

Lampiran 11 Analisis Hubungan Penyakit Kulit Sering disebut Gudik Dengan Kejadian Skabies

Crosstab

		Kelompok		Total	
		skabies	tidak skabies		
P2	tidak mengetahui	Count	13	6	19
		% of Total	21.7%	10.0%	31.7%
	mengetahui tapi tidak pasti	Count	6	12	18
		% of Total	10.0%	20.0%	30.0%
	ragu-ragu	Count	5	10	15
		% of Total	8.3%	16.7%	25.0%
	mengetahui	Count	6	2	8
		% of Total	10.0%	3.3%	13.3%
Total		Count	30	30	60
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.246 ^a	3	.041
Likelihood Ratio	8.471	3	.037
Linear-by-Linear Association	.247	1	.619
N of Valid Cases	60		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.00.

Lampiran 12. Analisis Hubungan Penyakit Kulit Disebabkan Oleh Bakteri Dengan Kejadian Skabies

Crosstab

			Kelompok		Total
			skabies	tidak skabies	
P3	tidak mengetahui	Count	17	14	31
		% of Total	28.3%	23.3%	51.7%
	mengetahui tapi tidak pasti	Count	12	7	19
		% of Total	20.0%	11.7%	31.7%
	ragu-ragu	Count	1	7	8
		% of Total	1.7%	11.7%	13.3%
	mengetahui	Count	0	2	2
		% of Total	0.0%	3.3%	3.3%
Total		Count	30	30	60
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.106 ^a	3	.044
Likelihood Ratio	9.457	3	.024
Linear-by-Linear Association	4.055	1	.044
N of Valid Cases	60		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

Lampiran 13. Analisis Hubungan Berjabat Tangan Dapat Menularkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Crosstab

			Kelompok		Total
			skabies	tidak skabies	
P4	tidak mengetahui	Count	4	3	7
		% of Total	6.7%	5.0%	11.7%
	mengetahui tapi tidak pasti	Count	6	13	19
		% of Total	10.0%	21.7%	31.7%
	ragu-ragu	Count	7	5	12
		% of Total	11.7%	8.3%	20.0%
	mengetahui	Count	13	9	22
		% of Total	21.7%	15.0%	36.7%
Total		Count	30	30	60
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.782 ^a	3	.286
Likelihood Ratio	3.850	3	.278
Linear-by-Linear Association	1.189	1	.276
N of Valid Cases	60		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.50.

Lampiran 14. Analisis Hubungan Penularan Penyakit Kulit Sangat Mudah Menyebar Di Lingkungan Keluarga, Perkampungan Padat Dan Asrama (Pondok Pesantren) Dengan Kejadian Skabies

Crosstab

			Kelompok		Total
			skabies	tidak skabies	
P5	tidak mengetahui	Count	4	3	7
		% of Total	6.7%	5.0%	11.7%
	mengetahui tapi tidak pasti	Count	15	7	22
		% of Total	25.0%	11.7%	36.7%
	ragu-ragu	Count	10	17	27
		% of Total	16.7%	28.3%	45.0%
	mengetahui	Count	1	3	4
		% of Total	1.7%	5.0%	6.7%
Total		Count	30	30	60
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.867 ^a	3	.118
Likelihood Ratio	6.002	3	.111
Linear-by-Linear Association	3.834	1	.050
N of Valid Cases	60		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

Lampiran 15. Analisis Hubungan Orang Yang Menjaga Kebersihan Tubuhnya Dapat Terkena Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Crosstab

			Kelompok		Total
			skabies	tidak skabies	
P6	tidak mengetahui	Count	11	3	14
		% of Total	18.3%	5.0%	23.3%
	mengetahui tapi tidak pasti	Count	5	0	5
		% of Total	8.3%	0.0%	8.3%
	ragu-ragu	Count	3	0	3
		% of Total	5.0%	0.0%	5.0%
	mengetahui	Count	11	27	38
		% of Total	18.3%	45.0%	63.3%
Total		Count	30	30	60
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	19.308 ^a	3	.000
Likelihood Ratio	22.902	3	.000
Linear-by-Linear Association	13.655	1	.000
N of Valid Cases	60		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.50.

Lampiran 16 Analisis Hubungan Kondisi Lingkungan Yang Buruk Dapat Menyebabkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Crosstab

			Kelompok		Total
			skabies	tidak skabies	
P7	tidak mengetahui	Count	3	1	4
		% of Total	5.0%	1.7%	6.7%
	ragu-ragu	Count	0	6	6
		% of Total	0.0%	10.0%	10.0%
	mengetahui	Count	27	23	50
		% of Total	45.0%	38.3%	83.3%
Total		Count	30	30	60
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.320 ^a	2	.026
Likelihood Ratio	9.685	2	.008
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000
N of Valid Cases	60		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

Lampiran 17. Analisis Hubungan Kamar Yang Tidak Ada Ventilasinya Dapat Mempermudah Terjadinya Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Crosstab

			Kelompok		Total
			skabies	tidak skabies	
P8	tidak mengetahui	Count	30	13	43
		% of Total	50.0%	21.7%	71.7%
	mengetahui tapi tidak pasti	Count	0	12	12
		% of Total	0.0%	20.0%	20.0%
	ragu-ragu	Count	0	5	5
		% of Total	0.0%	8.3%	8.3%
Total	Count	30	30	60	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	23.721 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	30.475	2	.000
Linear-by-Linear Association	19.886	1	.000
N of Valid Cases	60		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.50.

Lampiran 18. Analisis Hubungan Penyakit Kulit Dapat Ditularkan Melalui Pemakaian Pakaian Atau Alat Sholat Secara Bergantian Dengan Kejadian Skabies

Crosstab

			Kelompok		Total
			skabies	tidak skabies	
P9	tidak mengetahui	Count	11	6	17
		% of Total	18.3%	10.0%	28.3%
	mengetahui tapi tidak pasti	Count	7	14	21
		% of Total	11.7%	23.3%	35.0%
	ragu-ragu	Count	9	6	15
		% of Total	15.0%	10.0%	25.0%
mengetahui	Count	3	4	7	
	% of Total	5.0%	6.7%	11.7%	
Total	Count	30	30	60	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.547 ^a	3	.208
Likelihood Ratio	4.619	3	.202
Linear-by-Linear Association	.273	1	.601
N of Valid Cases	60		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.50.

Lampiran 19. Analisis Hubungan Sampah Yang Berserakan Dapat Menularkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Crosstab

		Kelompok		Total	
		skabies	tidak skabies		
P10	tidak mengetahui	Count	11	2	13
		% of Total	18.3%	3.3%	21.7%
	mengetahui tapi tidak pasti	Count	8	11	19
		% of Total	13.3%	18.3%	31.7%
	ragu-ragu	Count	5	4	9
		% of Total	8.3%	6.7%	15.0%
	mengetahui	Count	6	13	19
		% of Total	10.0%	21.7%	31.7%
Total		Count	30	30	60
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.395 ^a	3	.024
Likelihood Ratio	10.087	3	.018
Linear-by-Linear Association	6.045	1	.014
N of Valid Cases	60		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

Lampiran 20. Analisis Hubungan Pakaian Atau Handuk Yang Tidak Dijemur Sampai Kering Bisa Menyebabkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Crosstab

		Kelompok		Total	
		skabies	tidak skabies		
P11	tidak mengetahui	Count	29	16	45
		% of Total	48.3%	26.7%	75.0%
	mengetahui tapi tidak pasti	Count	0	6	6
		% of Total	0.0%	10.0%	10.0%
	ragu-ragu	Count	1	5	6
		% of Total	1.7%	8.3%	10.0%
	mengetahui	Count	0	3	3
		% of Total	0.0%	5.0%	5.0%
Total		Count	30	30	60
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.422 ^a	3	.001
Likelihood Ratio	19.197	3	.000
Linear-by-Linear Association	11.598	1	.001
N of Valid Cases	60		

a. 6 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.50.

Lampiran 21. Analisis Hubungan Kondisi Lingkungan Yang Buruk Dapat Menyebabkan Penyakit Kulit Dengan Kejadian Skabies

Crosstab

			Kelompok		Total
			skabies	tidak skabies	
P12	tidak mengetahui	Count	11	5	16
		% of Total	18.3%	8.3%	26.7%
	mengetahui tapi tidak pasti	Count	4	1	5
		% of Total	6.7%	1.7%	8.3%
	ragu-ragu	Count	6	3	9
		% of Total	10.0%	5.0%	15.0%
	mengetahui	Count	9	21	30
		% of Total	15.0%	35.0%	50.0%
Total	Count	30	30	60	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.850 ^a	3	.020
Likelihood Ratio	10.190	3	.017
Linear-by-Linear Association	7.301	1	.007
N of Valid Cases	60		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.50.

Lampiran 22 Dokumentasi

