

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Skabies merupakan penyakit kulit menular akibat infestasi *Sarcoptes scabiei* yang membentuk terowongan pada lapisan stratum korneum dan stratum granulosum, *Sarcoptes scabiei* termasuk parasit obligat pada manusia. Skabies sering diabaikan karena tidak mengancam jiwa sehingga prioritas penanganannya rendah, namun sebenarnya skabies kronis dan berat dapat menimbulkan komplikasi yang berbahaya. Prevalensi skabies yang tinggi umumnya ditemukan di lingkungan dengan kepadatan penghuni dan kontak interpersonal tinggi seperti penjara, panti asuhan, dan pondok pesantren.

Pondok pesantren Al Mansuriyah terletak di Kota Subulussalam merupakan suatu lembaga pendidikan Islam yang siap untuk menciptakan generasi muda dengan sistem pembelajaran yang memadukan antara kurikulum pesantren dengan kurikulum Nasional berdiri tahun 1999. Jenjang pendidikan di Pondok Pesantren Al Mansuriyah adalah Madrasah Ibtidaiyah (MI), dan Madrasah Tsanawiyah (MTs) Al Mansuriyah dengan jumlah tenaga pengajar sebanyak 33 orang guru dan jumlah santri sebanyak 138 orang terdiri dari santri laki-laki 65 orang dan santri perempuan 73 orang. Pada tahun 2017 santri mengalami kasus skabies sebesar 62,3%. (1) Hal ini menunjukkan kasus skabies di Pesantren Al Mansuriyah cukup tinggi disebabkan pemahaman dan sikap santri tentang upaya mencegah penyakit skabies masih rendah dan adanya

perilaku kebersihan dan lingkungan yang kurang baik sebagai faktor pendukung meningkatnya kejadian penyakit tersebut.

Berdasarkan observasi pada bulan Desember 2017 di Pesantren Al Mansuriyah Kota Subulussalam tentang lingkungan kesehatan diketahui bahwa sumber air bersih berasal dari sumur bor. Untuk keperluan kebersihan diri sudah tersedia 2 kamar mandi untuk santri laki-laki dan perempuan yang kebersihannya kurang baik, sedangkan untuk sarana berwudhu terdapat kran dan tempat untuk berwudhu di setiap kamar mandi dan masjid. Santri mempunyai fasilitas satu tempat tidur terdiri dari 2 orang dalam satu kamar dan jumlah santri setiap kamar sebanyak 4-5 orang santri dan tak jarang pula ditemukan mereka saling bergantian menggunakan peralatan pribadi seperti bantal, handuk, pakaian, sarung dan alat-alat mandi lainnya. Kondisi lingkungan ini dapat menjadi faktor penyebab penularan penyakit skabies.

Hasil wawancara dengan 5 orang santri mengatakan bahwa santri mempunyai kebiasaan mencuci tangan dan mencuci pakaian tidak menggunakan sabun. Kemudian setelah mandi, mereka mengeringkan badan tidak sampai kering dan tidak menjemur handuk dan pakaian yang telah dicuci di bawah terik matahari disebabkan mereka merasa kebersihan diri dan lingkungan tidak dapat menimbulkan penyakit skabies. Ada santri yang tidak menjemur kasur dalam 1 minggu bahkan 1 bulan. Para santri juga mempunyai kebiasaan mandi bersamaan yang menyebabkan terjadinya kontak langsung antara kulit penderita skabies dengan kulit santri lainnya sebagai faktor mempermudah penularan skabies.

Santri yang menderita skabies mengatakan bahwa pada mulanya mereka merasa bahwa penyakit gatal-gatal ini akan sembuh dengan sendiri dan membiarkan penyakit tersebut sampai mengalami luka dan melebar ke daerah bagian tubuh lainnya. Terjadinya penularan skabies antara santri dapat dipicu kepadatan hunian karena mereka saling berhubungan antara santri dengan santri lainnya dan ada kebiasaan para santri yang memiliki kelompok tersendiri saling berkumpul untuk membahas tentang tugas belajar dan permasalahan mereka. Untuk mengobati penyakit ini mereka menggunakan obat tradisional (ramuan kunyit) dan mendapatkan obat dari Poskestren berupa obat salap. Santri yang menderita cukup lama berobat ke Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam yang dapat dijangkau dengan kendaraan umum.

Upaya sekolah dalam meningkatkan pemahaman santri tentang penyakit skabies belum efektif. Guru jarang memberikan pendidikan kesehatan mengenai gejala penularan dan bahaya penyakit lingkungan seperti penyakit skabies dan tidak ada pengawasan terhadap perilaku santri mengenai *personal hygiene*. Bimbingan kesehatan biasanya diberikan kepada santri tentang kesehatan reproduksi dan kenakalan remaja dan penggunaan narkotika psikotropika dan zat adiktif (Napza). Kegiatan penyelenggaraan pendidikan kesehatan dari tenaga kesehatan atau puskesmas terdekat yaitu Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam belum tentu dilakukan 1 kali dalam setahun tetapi mengundang para santri datang ke puskesmas mendapatkan pengobatan penyakit skabies.

Insiden dan prevalensi skabies masih sangat tinggi terutama pada lingkungan masyarakat pesantren di daerah lain. Angka kejadian skabies di

Pondok Pesantren di Malang sebesar 89,9% dan Provinsi Jakarta Timur sebesar 51,6%. Hal ini disebabkan gejala gatal-gatal yang dirasakan terutama saat malam hari menurunkan kualitas hidup dan prestasi akademik penderita. Prevalensi skabies di Provinsi Aceh banyak dialami oleh santri yang mondok di pesantren sebanyak 40,78% mengalami menurun nilai rapornya. (2)

Pesantren merupakan sekolah pendidikan umum yang persentase ajarannya lebih banyak ilmu-ilmu pendidikan agama Islam dari pada ilmu umum. Bahkan ada pula pesantren yang hanya mengajarkan ilmu agama Islam saja. Model seperti ini disebut dengan pesantren *Salaf*. Pesantren biasanya sering disebut pondok pesantren yaitu sekolah Islam berasrama (*Islamic boarding school*) dimana para santri belajar pada sekolah ini sekaligus tinggal pada asrama yang disediakan pesantren yang dipimpin oleh seorang kyai. (3)

Skabies merupakan penyakit kulit yang endemis yang terjadi di pondok pesantren dan daerah lainnya. Data Badan Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2005 menjelaskan kejadian skabies di seluruh dunia sekitar 150 juta kasus. Kasus skabies pada anak diperkirakan 0,2% sampai 24% di seluruh dunia. (4) Rata-rata prevalensi skabies di Amerika Serikat selama 9 tahun terakhir (1997-2005) dari 1.000 orang sebanyak 2,81 orang perempuan terkena skabies dan 2,27 orang laki-laki. Universitas *Dermatology* di Yunani menunjukkan bahwa skabies menjadi masalah signifikan terutama kalangan imigran yaitu sebesar 4,8%. Penelitian tentang penyakit kulit di Departemen *Dermatology* di Spanyol menunjukkan bahwa imigran menyumbang sebesar 4,1% dari kasus skabies. (5)

Skabies juga menjadi masalah kesehatan di negara berkembang terutama negara ASEAN seperti Myanmar, penyakit skabies mengalami penurunan sejak tahun 1990 sebesar 24,3% dari 100.000 penduduk dengan rata-rata per tahun mencapai 1,1% per tahun. Pada tahun 2013 kasus skabies tertinggi dialami usia 10-14 tahun, diantaranya lebih banyak diderita laki-laki yaitu 42,4% per 100.000 orang dan perempuan 31,7% per 100.000. (6)

Prevalensi skabies di Indonesia berdasarkan Depkes RI menurut data dari puskesmas seluruh Indonesia tahun 2008 adalah 5,6%-12,95% dan menduduki urutan ketiga dari 12 penyakit kulit tersering. Penderita skabies yang sering menggaruk lesi akan mengakibatkan infeksi sekunder terutama oleh bakteri *Group A Streptococci* (GAS) serta *Staphylococcus aureus*. Faktor penyebab tersering adalah sanitasi lingkungan yang kurang hygiene. (7)

Kondisi geografi Kota Subulussalam termasuk daerah perbukitan dan beriklim panas yang dapat menjadi tempat endemis skabies. Masyarakat yang mengalami penyakit skabies sebesar 13,9% pada tahun 2015. (8) Penderita penyakit ini akan mengalami gangguan kualitas hidupnya karena keluhan gatal yang hebat yang dapat menghambat aktivitas sehari-hari. Bagi santri keluhan tersebut dapat menurunkan kualitas hidup dan prestasi akademik.

Gejala penyakit skabies adalah gatal di malam hari karena aktivitas *Sarcoptes scabiei* meningkat di suhu yang lebih lembab dan panas. Penyakit ini menyerang manusia secara kelompok, misalnya dalam sebuah keluarga biasanya seluruh anggota akan terkena infeksi ini. Adanya terowongan pada tempat-tempat predileksi yang berwarna putih atau keabu-abuan yang berbentuk garis lurus atau

berkelok dan pada ujung terowongan ditemukan vesikel. Kemudian menemukan *Sarcoptes scabiei* yang merupakan penentu diagnostik. (9)

Tanda lainnya yang dapat ditimbulkan dari masuknya penyakit skabies ini akan menimbulkan ruam-ruam dan rasa gatal yang parah terutama pada malam hari atau setelah mandi gatal yang terjadi disebabkan oleh sensitisasi terhadap sekret dan *Sarcoptes scabiei* yang memerlukan waktu kira-kira sebulan setelah infestasi. Pada saat itu kelainan kulit akan tampak menyerupai dermatitis dengan ditemukannya papul, vesikel, urtika dan lain-lain. Kelainan kulit dan gatal yang terjadi dapat lebih luas dari lokasi *Sarcoptes scabiei* itu sendiri. (10)

Penularan penyakit skabies dapat disebabkan akibat dari kontak langsung. Penyakit ini dapat terjadi pada semua ras maupun golongan dan pada semua umur. Faktor yang dapat menyebabkan penyebaran penyakit ini adalah higiene yang jelek, kemiskinan, demografi, diagnosis yang salah, ekologi dan derajat sensitasi individual. (11) Selain itu, penularan skabies juga dapat secara langsung melalui berjabat tangan, dan tidur bersama serta dapat juga menular secara tidak langsung melalui pakaian, handuk, spre, dan sarung bantal. (12)

Untuk menciptakan kondisi sehat penderita skabies diperlukan suatu perilaku menjaga kesehatan tubuh. Menurut teori Blum menjelaskan ada empat faktor utama yang memengaruhi derajat kesehatan masyarakat yaitu faktor perilaku atau gaya hidup (*life style*), faktor lingkungan (sosial, ekonomi, dan budaya), pelayanan kesehatan (jenis cakupan dan kualitasnya) dan faktor genetik. Keempat faktor tersebut saling berinteraksi yang memengaruhi kesehatan perorangan dan derajat kesehatan masyarakat. (13)

Santri yang mondok di pesantren merupakan subjek yang rentan dalam permasalahan skabies. Penyebabnya adalah tinggal bersama dengan sekelompok orang di pondok pesantren yang mudah berisiko tertular berbagai penyakit terutama penyakit kulit. Penularan terjadi bila kebersihan pribadi (*higiyene*) dan lingkungan tidak terjaga dengan baik karena masih ada pesantren yang tumbuh dalam lingkungan yang kumuh, tempat mandi dan WC yang kotor, lingkungan yang lembab, dan sanitasi yang buruk. Ditambah lagi dengan perilaku tidak sehat, seperti kurangnya pengetahuan, praktek menggantung pakaian dalam kamar, santri wanita menjemur pakaian tidak di bawah terik matahari, dan saling bertukar benda pribadi, seperti sisir dan handuk. (14)

Faktor lain yang berperan pada tingginya penyakit skabies terkait dengan kemiskinan yang diasosiasikan dengan rendahnya tingkat kebersihan, akses air yang sulit, dan kepadatan hunian. Tingginya kepadatan hunian dan interaksi atau kontak fisik antar individu memudahkan transmisi dan infestasi *Sarcoptes scabiei*. Oleh karena itu, prevalensi skabies yang tinggi umumnya ditemukan di lingkungan dengan kepadatan penghuni dan kontak interpersonal tinggi seperti penjara, panti asuhan, dan pondok pesantren. (15)

Skabies sering diabaikan karena tidak mengancam jiwa sehingga prioritas penanganannya rendah, namun sebenarnya skabies kronis dan berat dapat menimbulkan komplikasi yang berbahaya. Skabies menimbulkan ketidaknyamanan karena menimbulkan lesi yang sangat gatal. Akibatnya, penderita sering menggaruk dan mengakibatkan infeksi sekunder terutama oleh bakteri Group A *Streptococci* (GAS). (16)

Dampak penyakit skabies pada santri di pesantren lainnya yaitu Pesantren Al-Muayyad Surakarta berefek terhadap kualitas hidup santri antara lain: santri merasa terganggu dalam belajar, dan prestasi belajarnya menurun. Pengaruh skabies terhadap kualitas hidup santri dapat menimbulkan rasa malu tentang penyakitnya dengan menutupi bagian tubuh yang terkena skabies, membatasi aktivitas, dan dapat menjadi bahan ejekan oleh teman sebaya serta dapat menularkan kepada orang lain. (12) Kondisi ini tidak berbeda jauh dari dampak yang dirasakan santri di Pesantren Al Mansuriyah Kota Subulussalam, bahwa santri mengalami gangguan aktivitas belajar, tidak mengikuti kegiatan ekstrakurikuler sekolah seperti kegiatan olahraga dan lainnya, merasa malu atau tidak percaya diri dalam pergaulan teman sebaya. Perilaku santri juga terhambat dalam beraktivitas sehari-hari seperti mencuci pakaian tidak pakai sabun (pakaian/celana hanya dibilas saja), mandi tidak menggunakan sabun karena dapat menyebabkan rasa nyeri dan sakit.

Pengobatan skabies dapat dilakukan secara oral maupun topikal. Pengobatan topikal diantaranya *permetrin*, *lindane*, *benzyl benzoate*, *crotamiton* dan sulfur yang diendapkan. Obat skabies topikal memiliki efek neurotoksik pada *Sarcoptes scabiei* dan larva. Obat skabies oral diantaranya *ivermektin* yang bekerja dengan cara mengganggu neurotransmisi asam *gamma-aminobutyric* yang disebabkan oleh banyak parasit (termasuk *Sarcoptes scabiei*). (5)

Pengobatan skabies harus diikuti dengan penyuluhan kesehatan agar frekuensi skabies dapat dicegah. Penyuluhan kesehatan akan memberikan hasil yang baik jika disesuaikan dengan karakteristik demografi santri antara lain jenis kelamin dan pendidikan dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian



penyakit skabies. Pemberian edukasi dapat menyebabkan pemahaman siswa lebih baik dalam menanggulangi penyakit skabies. (2)

Cara mencegah kejadian skabies adalah dengan meningkatkan perilaku pencegahan skabies, yaitu perilaku yang berkaitan dengan pencegahan terhadap penyakit. Faktor-faktor yang memengaruhi perilaku pencegahan skabies salah satunya adalah dengan meningkatkan pemahaman atau respons tentang penyebab, gejala, pengobatan dan pencegahan, karena munculnya perilaku baru diawali oleh pengetahuan yang didapat. Metode yang dapat digunakan dengan memberikan promosi kesehatan melalui penyuluhan atau pendidikan kesehatan. (17)

Upaya pihak pesantren dalam upaya mencegah penyakit skabies di lingkungan sekolah dengan menyelenggarakan kegiatan trias Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yaitu memberikan pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sehat bertujuan meningkatkan kemampuan santri dalam hidup sehat seperti kebersihan perorangan dan lingkungan seperti gosok gigi yang baik, kebiasaan mencuci tangan pakai sabun dan kebersihan diri lainnya serta melakukan penyuluhan dan pemeriksaan kesehatan. Program UKS dengan melibatkan para guru dapat digunakan sebagai wadah sekaligus kendaraan untuk menyelenggarakan berbagai program kesehatan sekolah. (18)

Promosi kesehatan melalui pendekatan keluarga menjadi salah satu usaha untuk meningkatkan perilaku hidup bersih untuk mencegah penyakit skabies dalam keluarga. Menurut Mubarak bahwa peran keluarga (orangtua) dapat berupa mengenal keadaan kesehatan dan perubahan kesehatan yang dialami oleh anggota keluarganya dan mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan kondisinya serta

mengambil tindakan yang tepat atau perawatan kesehatan agar penyakit yang lebih parah tidak terjadi. (19)

Penelitian Aini di Asrama 8 Madrasah Mu'allimin Muhammadiyah Yogyakarta menjelaskan kemampuan santri dalam mencegah penyakit skabies dikategorikan cukup disebabkan sikap siswa yang tidak mau tau terhadap kebersihan sendiri maupun lingkungannya. Faktor lainnya yang menyebabkan perilaku dalam menjaga *personal hygiene* dalam kategori cukup adalah tidak adanya upaya dari pihak madrasah atau guru bimbingan dan konseling dalam membentuk perilaku dalam menjaga *personal hygiene*. (20)

Penelitian Sa'adatin menjelaskan berdasarkan penilaian faktor *hygiene* perorangan menunjukkan mayoritas *hygiene* perorangan dalam kategori kurang baik yaitu 56,8% dan sanitasi lingkungan mayoritas melakukan penilaian dalam kategori memenuhi syarat sebesar 78,8% dan pada riwayat kontak santri menunjukkan sebagian besar ada riwayat kontak dengan penderita skabies yaitu 53,8% di Pondok Pesantren Al Itqon Kota Semarang. Ada hubungan *hygiene* perorangan yang terdiri dari, kebiasaan penggunaan alat mandi dan kebiasaan berpakaian dengan kejadian skabies ( $p$  masing-masing 0,005, 0,000, 0,008), sedangkan kebiasaan mandi, kebiasaan wudhu dan riwayat kontak tidak berhubungan dengan kejadian skabies ( $p$  masing-masing 0,222, 0,379, 0,080). (10)

Menurut Nuraini menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin terhadap angka kejadian skabies dengan nilai  $p$   $0,021 < 0,05$ . dan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan PHBS terhadap

angka kejadian skabies dengan nilai  $p$   $0,000 < 0,05$ . Pencegahan Skabies lebih penting dari pengobatan salah satunya dengan penyuluhan kepada santri di Pondok Pesantren. (7)

Melihat fenomena perilaku santri, peran sekolah (guru) dan orang tua memungkinkan para santri berisiko tertular penyakit skabies dan bahkan mengalami gejala penyakit skabies yang parah menimbulkan luka pada anggota tubuh dan demam yang dapat menurunkan hasil belajar karena rasa gatal terutama pada malam hari sehingga dapat mengganggu konsentrasi belajar dan mengurangi kenyamanan tidur. Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk meneliti mengenai faktor yang memengaruhi penyakit skabies di Pesantren Al Mansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah:

- 1) Apakah ada pengaruh sikap terhadap penyakit skabies di Pesantren Al Mansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 2) Apakah ada pengaruh personal *hygiene* terhadap penyakit skabies di Pesantren Al Mansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 3) Apakah ada pengaruh sanitasi lingkungan terhadap penyakit skabies di Pesantren Al Mansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.

- 4) Apakah ada pengaruh peran UKS terhadap penyakit skabies di Pesantren Al Mansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 5) Apakah ada pengaruh peran guru terhadap penyakit skabies di Pesantren Al Mansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 6) Apakah ada pengaruh peran keluarga terhadap penyakit skabies di Pesantren Al Mansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 7) Apakah ada pengaruh dukungan sarana terhadap penyakit skabies di Pesantren Al Mansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini adalah:

- 2) Untuk mengetahui pengaruh sikap terhadap penyakit skabies di Pesantren Al Mansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 3) Untuk mengetahui pengaruh personal hygiene terhadap penyakit skabies di Pesantren Al Mansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 4) Untuk mengetahui pengaruh sanitasi lingkungan terhadap penyakit skabies di Pesantren Al Mansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.

- 5) Untuk mengetahui pengaruh peran UKS terhadap penyakit skabies di Pesantren Al Mansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 6) Untuk mengetahui pengaruh peran guru terhadap penyakit skabies di Pesantren Al Mansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 7) Untuk mengetahui pengaruh peran keluarga terhadap penyakit skabies di Pesantren Al Mansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 8) Untuk mengetahui pengaruh dukungan sarana terhadap penyakit skabies di Pesantren Al Mansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

Manfaat penelitian ini adalah :

- 1) Untuk menambah khasanah keilmuan yang terkait dengan pelayanan kesehatan terkait penyakit skabies dan sebagai bahan tambahan untuk referensi guna bahan acuan penelitian selanjutnya dengan tema sama.
- 2) Sebagai masukan bagi pembuat kebijakan di Dinas Kesehatan Kota Subulussalam dalam menyusun program kesehatan anak peserta didik (santri) khususnya dalam pencegahan penyakit skabies.
- 3) Sebagai masukan dalam pengembangan program pencegahan penyakit menular untuk keberhasilan program kesehatan santri.

## BAB II

### TINJAUAN TEORITIS

#### 2.1 Tinjauan Peneliti Terdahulu

Penelitian Sutejo menunjukkan bahwa prevalensi skabies 13,48% (laki-laki 24,89% dan perempuan 5,82%; tsanawiyah 15,14% dan aliyah 10,85%) dengan lokasi lesi skabies terbanyak di sela jari tangan (40,40%). Uji *chi square* menunjukkan perbedaan bermakna pada prevalensi skabies berdasarkan jenis kelamin ( $p=0,00$ ) dan tingkat pendidikan ( $p=0,027$ ). Disimpulkan bahwa prevalensi skabies di Pesantren Nurul Qarnain Kabupaten Jember adalah 13,48% dan berhubungan dengan jenis kelamin dan tingkat pendidikan. (2)

Penelitian Nuraini menyatakan bahwa santri pondok pesantren nurul islam sebagian besar berjenis kelamin perempuan (56,3%). Tingkat pengetahuan santri terkait PHBS mayoritas tergolong dalam pengetahuan kurang yaitu 73,2%. Status kesehatan para santri mayoritas menderita penyakit skabies yaitu 60,3%. Terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin terhadap angka kejadian skabies dengan nilai  $p=0,021$ . Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan terhadap angka kejadian skabies dengan nilai  $p=0,000$ . Pencegahan skabies lebih penting dari pengobatan salah satunya dengan penyuluhan. Diupayakan agar penyuluhan kesehatan memberikan hasil yang baik, penyuluhan harus disesuaikan dengan karakteristik demografi santri antara lain jenis kelamin dan tingkat pengetahuan. (7)

Ratnasari mengatakan hasil penelitian bahwa prevalensi skabies 51,3% (laki-laki 57,4% dan perempuan 42,9%; tsanawiyah 58,1% dan aliyah 41,3%)

dengan lokasi lesi di sela jari tangan (29,2%). Uji *chi square* menunjukkan perbedaan bermakna pada prevalensi skabies berdasarkan jenis kelamin ( $p=0,048$ ) dan tingkat pendidikan ( $p=0,023$ ). Disimpulkan prevalensi skabies di Pesantren X Jakarta Timur adalah 51,3% dan berhubungan dengan jenis kelamin dan tingkat pendidikan. (14)

Akmal mengatakan dari hasil penelitian bahwa berdasarkan analisis statistik prevalensi skabies di Pondok Pendidikan Islam Darul Ulum, Palarik, Air Pacah, Padang adalah 34 orang (24,6%) dari 138 orang. Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan bahwa kejadian skabies mempunyai hubungan dengan personal *hygiene* ( $p=0,00$ ). Disarankan untuk dilakukan penyuluhan yang bekerja sama dengan dokter puskesmas tentang bagaimana cara pola hidup bersih dan sehat dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari. (13)

Ratri menyimpulkan hasil penelitiannya bahwa dari 90 responden ditemukan 21 orang positif terkena skabies, 37 pernah skabies dan 32 lainnya tidak pernah skabies. Hasil uji korelasi *spearman* menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan dan higiene perorangan dengan kejadian skabies. (11)

Rabowo menunjukkan hasil penelitian bahwa 70,7% responden memiliki kebersihan diri buruk, 41,5% pengetahuan yang buruk. Hasil uji *Chi-Square* diperoleh nilai  $p<0,006$  untuk kebersihan diri dengan kejadian skabies dan  $p<0,032$  untuk pengetahuan dengan kejadian skabies yang bermakna Hasil analisis multivariat regresi logistik menunjukkan tidak terdapat pengaruh antara kebersihan diri dan pengetahuan dengan kejadian skabies di Kecamatan Kemiling Kota Bandar Lampung. (21)

Menurut Lathifa hasil penelitian bahwa sebagian besar responden (76,7%) mengalami *suspect* skabies. Hasil uji *chi-square* diketahui variabel yang berhubungan dengan *suspect* skabies adalah *personal hygiene* ( $p=0,006$ ), kelembaban ( $p=0,000$ ), ventilasi ( $p=0,000$ ), kepadatan hunian ( $p=0,014$ ), dan dukungan pihak pesantren ( $p=0,000$ ) di Pondok Pesantren Modern Diniyyah Pasia Kecamatan Ampek Angkek Kabupaten Agam Sumatera Barat. (22)

## 2.2 Telaah Teori

### 2.2.1 Pengertian Skabies

Skabies adalah sejenis penyakit kulit yang disebabkan oleh kutu kulit/kutu kudis atau *Sarcoptes scabiei*. Kutu ini hidup dilapisan atas dari kulit. Pada kulit, kutu ini menggali lubang-lubang berupa terowongan kecil dan dalam terowongan tersebut kutu betina bertelur. (23)

Skabies adalah penyakit kulit menular yang disebabkan oleh penyusupan organisme ke dalam tubuh dan sensitisasi terhadap *Sarcoptes scabies varian hominis* dan produknya. Penyakit ini ditandai dengan gejala gatal pada malam hari karena aktifitas *Sarcoptes scabeie* yang lebih tinggi pada suhu yang lembab dan panas. (24)

Skabies adalah penyakit kulit akibat investasi dan sensitisasi oleh *Sarcoptes scabeie*. Skabies tidak membahayakan bagi manusia. Adanya rasa gatal pada malam hari merupakan gejala utama yang mengganggu aktivitas dan produktivitas. Penyakit skabies banyak berjangkit di: (1 lingkungan yang padat penduduknya, (2 lingkungan kumuh, dan (3 lingkungan dengan tingkat

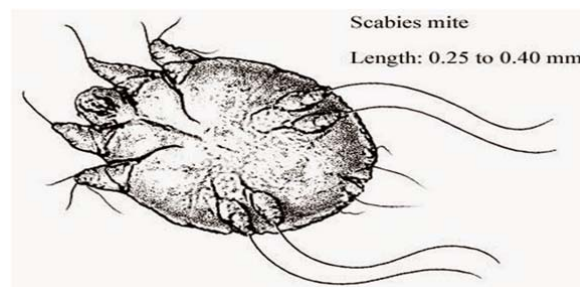


kebersihan kurang. Skabies cenderung tinggi pada anak-anak usia sekolah, remaja bahkan orang dewasa. (25)

### 2.2.2 Etiologi

Penyakit ini mudah menular dari manusia ke manusia, dari hewan ke manusia, atau sebaliknya. Faktor yang berperan dalam penularan penyakit ini sosial ekonomi yang rendah, *hygiene* perorangan yang jelek, lingkungan yang tidak saniter, perilaku yang tidak mendukung kesehatan serta kepadatan penduduk. (26)

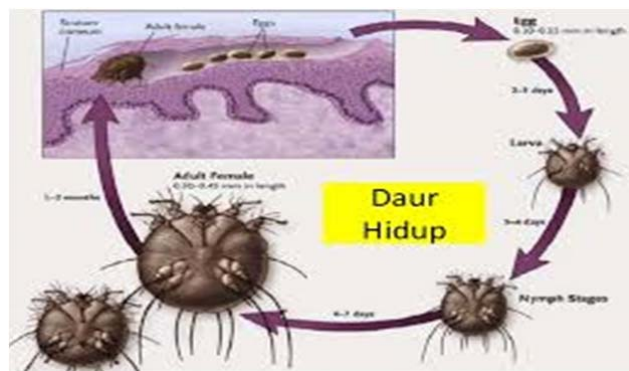
Secara morfologi merupakan *Sarcoptes scabiei* kecil, berbentuk oval, punggungnya cembung dan bagian perutnya rata. *Sarcoptes scabiei* ini translusen, berwarna putih kotor dan tidak bermata. Ukurannya yang betina berkisar antara 330-450 mikron x 250-350 mikron, sedangkan yang jantan lebih kecil, yakni 200-240 mikron x 150-200 mikron. Bentuk dewasa mempunyai 4 pasang kaki, 2 pasang kaki didepan dengan rambut, sedangkan pada yang jantan pasangan kaki ketiga berakhir dengan rambut dan keempat berakhir dengan alat pelekat. (24)



**Gambar 2.2 Gambar *Sarcoptes scabiei***  
(Sumber: Siregar, 2009) (25)

Siklus hidup *Sarcoptes scabiei* ini sebagai berikut, setelah kopulasi (perkawinan) yang terjadi di atas kulit, yang jantan akan mati, kadang-kadang

masih dapat hidup beberapa hari dalam terowongan yang digali oleh *Sarcoptes scabiei* betina. *Sarcoptes scabiei* betina yang telah dibuahi menggali terowongan dalam stratum korneum, dengan kecepatan 2-3 milimeter sehari dan sambil meletakkan telurnya 2 atau 4 butir sehari sampai mencapai jumlah 40 atau 50. Bentuk betina yang dibuahi ini dapat hidup sebulan lamanya. Telur akan menetas, biasanya dalam waktu 3-5 hari dan menjadi larva yang mempunyai 3 pasang kaki. Larva ini dapat tinggal dalam terowongan, tetapi dapat juga keluar. Setelah 2-3 hari larva akan menjadi nimfa yang mempunyai 2 bentuk, jantan dan betina, dengan 4 pasang kaki. Seluruh siklus hidupnya mulai dari telur sampai bentuk dewasa memerlukan waktu antara 8-12 hari. (24)



**Gambar 2.2 Siklus Hidup *Sarcoptes scabiei***  
(Sumber: Siregar, 2009) (25)

Kutu masuk biasanya tanpa disadari, namun bekas gigitannya pada lapisan tanduk kulit menimbulkan rasa gatal dan rasa ingin yang kuat untuk menggaruknya. Garukan yang keras dengan kuku yang tidak bersih dapat berakibat buruk. Kulit yang digarukkan menjadi merah dan meradang, kemudian menjadi bisul-bisul kecil, keadaan kulit terinfeksi. Ada bibit penyakit yang juga ikut memasuki kulit dan membuang nanah kuning. (23)

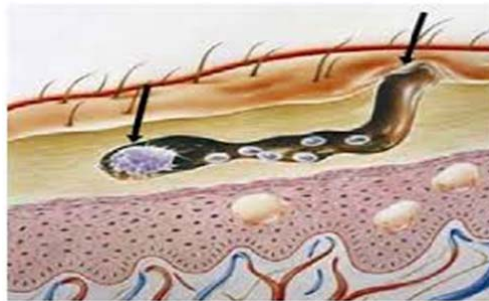
### 2.2.3 Patogenesis

Kelainan kulit dapat disebabkan penularan oleh *Sarcoptes scabiei*. Penularan terjadi karena kontak langsung dengan penderita dan menyebabkan infeksi dan sensitasi parasit. Keadaan tersebut menimbulkan lesi primer pada tubuh. Lesi primer skabies berupa terowongan yang berisi *Sarcoptes scabiei*, telur dan hasil metabolisme. Pada saat menggali terowongan *Sarcoptes scabiei* mengeluarkan sekret yang dapat melisiskan stratum korneum. Sekret dan ekskret menyebabkan sensitisasi sehingga menimbulkan pruritus (gatal-gatal) dan lesi sekunder. Lesi sekunder berupa papul, vesikel, pustul dan kadang bula. Lesi tersier dapat juga terjadi berupa ekskoriiasi, eksematisasi dan pioderma. *Sarcoptes scabiei* hanya terdapat pada lesi primer. (27)

Kelainan kulit dapat disebabkan tidak hanya dari *Sarcoptes scabiei* tetapi akibat garukan disebabkan kontak antara penderita dengan orang lain seperti bersalaman atau bergandengan sehingga menyebabkan lesi timbul pada pergelangan tangan. Gatal yang terjadi disebabkan oleh sensitisasi terhadap sekret dan ekskret *Sarcoptes scabiei* yang memerlukan waktu kira-kira sebulan setelah infestasi. Kelainan kulit dan gatal yang terjadi dapat lebih luas dari lokasi *Sarcoptes scabiei*. Infestasi dimulai saat *Sarcoptes scabiei* betina yang telah dibuahi di permukaan kulit dalam waktu satu jam, *Sarcoptes scabiei* tersebut akan mulai menggali terowongan. Setelah tiga puluh hari, terowongan yang awalnya hanya beberapa millimeter bertambah panjang menjadi beberapa centimeter. Meskipun begitu, terowongan ini hanya terdapat di stratum korneum

dan tidak akan menembus lapisan kulit di bawah epidermis. Terowongan ini dibuat untuk menyimpan telur-telur *Sarcoptes scabiei*. (27)

*Sarcoptes scabiei* hidup di dalam terowongan di tempat predileksi, yaitu jari tangan pergelangan tangan bagian ventral, siku bagian luar, lipatan ketiak depan, umbilicus, gluteus, ekstremitas, genitalia eksterna pada laki-laki dan areola mammae pada perempuan. Pada bayi dapat menyerang telapak tangan dan telapak kaki. Pada tempat predileksi dapat ditemukan terowongan berwarna putih abu-abu dengan panjang yang bervariasi, rata-rata 1 mm, berbentuk lurus atau berkelok-kelok. Terowongan ditemukan bila belum terdapat infeksi sekunder. Di ujung terowongan dapat ditemukan vesikel atau papul kecil. (27)



**Gambar 2.3 *Sarcoptes scabiei* di Dalam Kulit**  
(Sumber: Siregar, 2009) (25)

Menurut Handoko ada 4 tanda cardinal :

- a. Pruritus nokturna, artinya gatal pada malam hari yang disebabkan karena aktivitas *Sarcoptes scabiei* ini lebih tinggi pada suhu yang lebih lembab dan panas.
- b. Penyakit ini menyerang manusia secara kelompok, misalnya dalam sebuah perkampungan yang padat penduduknya, sebagian besar tetangga yang

berdekatan akan diserang oleh *Sarcoptes scabiei* tersebut. Dikenal keadaan hiposensitisasi yang seluruh anggota keluarganya terkena. Walaupun mengalami infestasi *Sarcoptes scabiei* tetapi tidak memberikan gejala, penderita ini bersifat sebagai pembawa.

- c. Adanya terowongan (kanalikulus) pada tempat-tempat predileksi yang berwarna putih keabu-abuan, berbentuk garis lurus atau berkelok, rata-rata panjang 1cm, pada ujung terowongan itu ditemukan papul dan vesikel. Jika timbul infeksi sekunder ruam kulitnya menjadi polimorf (pustule, ekskoriiasi dan lain-lain). Tempat predileksinya biasanya merupakan tempat dengan stratum korneum yang tipis, yaitu: sela-sela jari, pergelangan tangan bagian volar, siku bagian luar, lipat ketiak bagian depan, areola mammae (wanita), umbilicus, bokong, genitalia eksterna (pria), perut bagian bawah. Pada bayi menyerang telapak tangan dan telapak kaki.
- d. Menemukan *Sarcoptes scabiei*, merupakan hal yang paling diagnostik. Dapat ditemukan satu atau lebih stadium hidup *Sarcoptes scabiei* ini. Diagnosis dapat dibuat dengan menemukan 2 dari 4 tanda *cardinal* tersebut. Ada pendapat yang mengatakan penyakit ini merupakan *the great imitator* karena dapat banyak menyerupai banyak penyakit kulit dengan keluhan gatal. Sebagai diagnosis banding adalah prurigo, pedikulosis korporis, dermatitis dan lain-lain. (24)

#### **2.2.4 Klasifikasi**

Menurut Harahap bahwa adapun bentuk-bentuk khusus skabies yang sering terjadi pada manusia adalah sebagai berikut:

- a. Skabies pada orang bersih (*scabies of cultivated*). Bentuk ini ditandai dengan lesi berupa papul dan terowongan yang sedikit jumlahnya sehingga sangat sukar ditemukan.
- b. Skabies *incognito* Bentuk ini timbul pada scabies yang diobati dengan kortikosteroid sehingga gejala dan tanda klinis membaik, tetapi tungau tetap ada dan penularan masih bisa terjadi. Skabies *incognito* sering juga menunjukkan gejala klinis yang tidak biasa, distribusi atipik, lesi luas dan mirip penyakit lain.
- c. Skabies nodular Pada bentuk ini lesi berupa *nodus* coklat kemerahan yang gatal. *Nodus* biasanya terdapat didaerah tertutup, terutama pada genitalia laki-laki, inguinal dan aksila. *Nodus* ini timbul sebagai reaksi hipersensitivitas terhadap tungau skabies. Pada *nodus* yang berumur lebih dari satu bulan tungau jarang ditemukan. *Nodus* mungkin dapat menetap selama beberapa bulan sampai satu tahun meskipun telah diberi pengobatan anti scabies dan kortikosteroid.
- d. Skabies yang ditularkan melalui hewan. Sumber utama skabies adalah anjing di Amerika. Kelainan ini berbeda dengan skabies manusia yaitu tidak terdapat terowongan, tidak menyerang sela jari dan genitalia eksterna. Lesi biasanya terdapat pada daerah dimana orang sering kontak/memeluk binatang kesayangannya yaitu paha, perut, dada dan lengan. Masa inkubasi lebih pendek dan transmisi lebih mudah. Kelainan ini bersifat sementara (4-8 minggu) dan dapat sembuh sendiri karena *Sarcoptes scabiei* binatang tidak dapat melanjutkan siklus hidupnya pada manusia.

- e. Skabies Norwegia. Skabies Norwegia atau skabies krustosa ditandai oleh lesi yang luas dengan krusta, skuama generalisata dan *hyperkeratosis* yang tebal. Tempat *predileksi* biasanya pada kulit kepala yang berambut, telinga bokong, siku, lutut, telapak tangan dan kaki yang dapat disertai distrofi kuku. Bentuk skabies Norwegia tidak menonjol tetapi bentuk ini sangat menular karena jumlah *Sarcoptes scabiei* yang menginfeksi sangat banyak (ribuan).
- f. Skabies pada bayi dan anak. Lesi scabies 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 di muka.
- g. Skabies terbaring ditempat tidur (*bed ridden*). Penderita penyakit kronis dan orang tua yang terpaksa harus tinggal ditempat tidur dapat menderita skabies yang lesinya terbatas. (28)

### 2.2.5 Gejala

Gejala yang mudah dikenali adalah gatal-gatal, terutama pada malam hari, yaitu pada kutu-kutu jantan berkeliaran kemana-mana. Kemudian, pada tempat-tempat kegemarannya timbul bintik-bintik padat, gelembung-gelembung, bidur dan bisa bermacam-macam kelainan kulit yang lain. Rasa yang sangat gatal menyebabkan penderita kudis tidak tahan dan berusaha untuk menggaruknya, terutama pada malam hari diwaktu tidur. Garukan-garukan tersebut secara tidak sengaja dapat membuatnya lecet dan juga mengakibatkan pecahnya gelembung-gelembung. Hal seperti ini seringkali terjadi yang menyebabkan timbulnya infeksi tumpangan dan tampak terjadi penganahan dimana-mana. (23)

### 2.2.6 Diagnosis

Diagnosis dipastikan dengan menemukan *Sarcoptes scabiei* atau produk samping kutu tersebut dari kulit. Sampel jaringan supersial epidermis dikerok pada daerah di atas terowongan atau papula dengan menggunakan mata pisau skalpel yang kecil. Hasil kerokan diletakkan pada *slide* mikroskop dan diperiksa lewat mikroskop dengan pembesaran rendah untuk melihat *Sarcoptes scabiei* pada setiap stadium (dewasa, telur, cangkang telur, larva, nimfa) dan butiran fekesnya. (29)

Jika memungkinkan, diagnosis skabies harus dikonfirmasi dengan mengidentifikasi *Sarcoptes scabiei*, telur atau kotoran. Namun, seseorang masih memungkinkan terkena infeksi skabies. Walaupun *Sarcoptes scabiei*, telur, atau kotoran tidak dapat ditemukan seseorang yang terinfeksi kurang dari 10-15 *Sarcoptes scabiei* dapat terlihat dalam keadaan sehat. (30)

Menurut *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) ada beberapa cara yang tepat dipakai untuk menemukan *Sarcoptes scabiei*, telur atau terowongan yaitu:

- a. Kerokan kulit: papul atau terowongan yang baru dibentuk dan utuh ditetesi minyak mineral, kemudian dikerok *scalpel* steril untuk mengangkat atap papul atau terowongan. Hasil kerokan diletakkan digelas objek dan ditutup dengan kaca penutup, kemudian diamati dibawah mikroskop.
- b. Mengambil *Sarcoptes scabiei* dengan jarum: jarum ditusukkan pada terowongan dibagian yang gelap dan digerakkan tangensial. *Sarcoptes scabiei* akan memegang ujung jarum dan dapat diangkat keluar.



- c. *Kuretase terowongan (kuret dermal)*: dilakukan secara superficial mengikuti sumbu panjang, terowongan atau puncak papul. Hasil kuret diletakkan pada gelas objek dan ditetesi minyak mineral lalu diperiksa dengan mikroskop.
- d. *Swebkulit*: kulit dibersihkan dengan eter lalu diletakkan selotip dan diangkat dengan cepat. Selotip diletakkan pada gelas objek kemudian diperiksa dibawah mikroskop.
- e. *Burrow ink test*: papul skabies dilapisi tinta cina dengan menggunakan pena lalu dibiarkan selama 20-30 menit kemudian dihapus dengan alkohol. Tes dinyatakan positif bila tinta masuk ke dalam terowongan dan membentuk gambaran khas berupa garis zikzag.
- f. Uji tetrasiklin: tetrasiklin dioleskan pada daerah yang dicurigai ada terowongan. Kemudian dibersihkan dan diperiksa dengan lampu *wood*. Tetrasiklin dalam terowongan akan menunjukkan *flouresensi*.
- g. *Epidermal shave biopsy*: papul atau terowongan yang dicurigai diangkat dengan ibu jari dan telunjuk lalu diiris dengan scalpel, biopsy dilakukan sangat superficial sehingga pendarahan tidak terjadi.
- h. Pemeriksaan histopatologik : pemeriksaan ini tidak mempunyai nilai diagnostic kecuali bila ada pemeriksaan tersebut ditemukan *Sarcoptes scabiei* atau telurnya. Daerah yang berisi *Sarcoptes scabiei* menunjukkan eosinofil dan sulit dibedakan dengan reaksi gigitan antropoda lainnya. (30)

### 2.2.7 Prognosis

Dengan memperhatikan pemilihan dan cara pakai obat serta cara pengobatannya dan menghilangkan faktor predisposisi (antara lain *personal*

*hygiene* maka penyakit ini dapat diberantas dan memberi prognosis yang baik.

(31)

### **2.2.8 Pengobatan**

Syarat obat skabies yang ideal adalah: a.) Harus efektif terhadap semua stadium, b) Tidak menimbulkan iritasi dan toksik, c) Tidak berbau atau kotor serta tidak merusak atau mewarnai pakaian, d) Mudah diperoleh dan harga murah. Pengobatan melibatkan seluruh anggota keluarga yang harus diobati (termasuk penderita yang hiposensitifisasi) guna mencegah penularan lebih lanjut. (24)

Jenis obat topikal penyakit skabies adalah:

- a. Belerang Endap (sulfur presipitatum) dengan kadar 4-20% dalam bentuk salap atau krim. Preparat ini karena tidak efektif terhadap stadium telur, maka penggunaannya tidak boleh kurang dari 3 hari. Kekurangannya yang lain ialah berbau dan mengotori pakaian dan kadang-kadang menimbulkan iritasi. Dapat dipakai pada bayi berumur kurang dari 2 tahun.
- b. *Emulsy Benzyl-Benzoas* (20-25%), efektif terhadap semua stadium, diberikan setiap malam selama tiga hari. Obat ini sulit diperoleh, sering memberi iritasi, dan kadang-kadang makin gatal setelah dipakai.
- c. Gama Benzena Heksa klorida (gameksan) kadarnya 1% dalam krim atau losio, termasuk obat pilihan karena efektif terhadap semua stadium, mudah digunakan, dan jarang memberi iritasi. Obat ini tidak dianjurkan pada anak dibawah 6 tahun dan wanita hamil. Karena toksik terhadap susunan saraf pusat, pemberiannya cukup sekali kecuali jika masih ada gejala diulangi seminggu kemudian.

- d. Krotamiton 10% dalam krim atau losio juga merupakan obat pilihan, mempunyai dua efek sebagai anti skabies dan anti gatal, harus dijauhkan dari mata, mulut dan uretra.
- e. Permetrin dengan kadar 5% dalam krim, kurang toksik dibanding gameksan 20%, efektifitasnya sama, aplikasi hanya sekali dan dihapus setelah 10 jam. Bila belum sembuh diulangi setelah seminggu. Tidak dianjurkan pada bayi dibawah umur 2 bulan. (24)

### 2.2.9 Faktor-faktor yang Memengaruhi Skabies

Faktor yang menyebabkan skabies adalah keterkaitan antara faktor sosio demografi dengan lingkungan. Penyakit skabies berasosiasi secara kuat dengan kemiskinan dan kepadatan penduduk. Faktor yang mengakibatkan tingginya prevalensi skabies antara lain kelembaban yang tinggi, rendahnya sanitasi, kepadatan. *Personal hygiene* yang buruk, pengetahuan, sikap dan perilaku yang kurang mendukung pola hidup sehat. (32)

Menurut Achmadi bahwa faktor lingkungan sangat dominan dalam proses kejadian suatu penyakit, maka manajemen berbasis lingkungan harus dilibatkan dalam upaya-upaya pencegahan maupun pengendaliannya. Manajemen berbasis lingkungan untuk mencegah dan menanggulangi suatu penyakit terdiri dari 4 simpul yaitu:

#### 1. Simpul 1: Sumber penyakit

Sumber penyakit adalah titik mengeluarkan *agent* penyakit. *Agent* penyakit adalah komponen lingkungan yang dapat menimbulkan gangguan penyakit melalui kontak secara langsung atau melalui media perantara (yang juga komponen lingkungan). Berbagai *agent* penyakit yang baru maupun lama dapat

dikelompokkan ke dalam tiga kelompok besar, yaitu: a) Mikroba, seperti virus, amuba, jamur, bakteri, parasit, dan lain-lain, b) Kelompok fisik, misalnya kekuatan radiasi, energi kebisingan, kekuatan cahaya, c) Kelompok bahan kimia toksik, misalnya pestisida, Merkuri, Cadmium, CO, H<sub>2</sub>S dan lain-lain.

#### 2. Simpul 2: Media transmisi penyakit

Ada lima komponen lingkungan yang lazim kita kenal sebagai media transmisi penyakit, yaitu air, udara, tanah/pangan, binatang/serangga, manusia/langsung. Media transmisi tidak akan memiliki potensi penyakit jika di dalamnya tidak mengandung bibit penyakit atau agent penyakit.

#### 3. Simpul 3: Perilaku pemajanan (*behavioural exposure*)

Perilaku pemajanan adalah jumlah kontak antara manusia dengan komponen lingkungan yang mengandung potensi bahaya penyakit (agent penyakit). Masing-masing agent penyakit yang masuk ke dalam tubuh dengan cara-cara yang khas. Ada 3 jalan masuk kedalam tubuh manusia, yakni : a) Sistem pernafasan, b) Sistem pencernaan, c) Masuk melalui permukaan kulit

#### 4. Simpul 4: Kejadian penyakit

Kejadian penyakit merupakan *outcome* hubungan interaktif penduduk dengan lingkungan yang memiliki potensi bahaya gangguan kesehatan. Seseorang dikatakan sakit kalau salah satu maupun bersama mengalami kelainan dibandingkan dengan rata-rata penduduk lainnya. (33)

Menurut Slamet bahwa beberapa bagian sanitasi lingkungan yang memengaruhi kejadian skabies adalah sebagai berikut: (34)

#### a. Persediaan air bersih

Air merupakan suatu sarana untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, namun di samping itu air merupakan salah satu media dari berbagai macam penularan penyakit. Selain syarat kualitas air, syarat kontinuitas air merupakan hal yang sangat penting dalam pencegahan penyakit skabies. Kurang tersedianya air bersih untuk menjaga kebersihan diri, dapat menimbulkan berbagai penyakit kulit seperti skabies. Hal ini terjadi karena kebersihan tubuh dan lingkungan yang tidak terjaga karena tidak tersedianya air bersih sehingga dapat menimbulkan penyakit skabies serta mempunyai kesempatan untuk berkembang dan menyebabkan penularan terhadap anggota keluarga yang lainnya.

#### b. Pencahayaan

Salah satu syarat rumah sehat adalah tersedianya cahaya yang cukup, karena suatu rumah yang tidak mempunyai cahaya selain dapat menimbulkan perasaan kurang nyaman, juga dapat menimbulkan penyakit skabies. Sinar matahari berperan secara langsung dalam mematikan parasit dan mikroorganisme lain yang terdapat di lingkungan rumah, khususnya sinar matahari pagi yang dapat menghambat perkembangbiakan bakteri patogen. Dengan demikian sinar matahari sangat diperlukan di dalam ruangan rumah terutama ruangan tidur. Pencahayaan alami atau buatan langsung maupun tidak langsung dapat menerangi seluruh ruangan minimal intensitasnya 60 lux dan tidak menyilaukan.

#### c. Ventilasi Udara

Udara segar dalam rumah diperlukan untuk mengganti udara ruangan yang sudah terpakai. Udara segar diperlukan untuk menjaga temperatur dan

kelembaban dalam ruangan. Rumah yang sehat adalah rumah yang memiliki sistem pertukaran udara yang baik, karena penghuni memerlukan udara yang segar. Setiap ruang atau kamar tidur juga harus memiliki ventilasi yang cukup untuk memenuhi kondisi atmosfer yang menyehatkan penghuninya. Ventilasi bermanfaat untuk sirkulasi atau pergantian udara dalam rumah dan mengurangi kelembaban.

#### d. Kelembaban

Kelembaban sangat berperan penting dalam pertumbuhan kuman penyakit. Kelembaban yang tinggi dapat menjadi tempat yang disukai oleh kuman untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Keadaan yang lembab dapat mendukung terjadinya penularan penyakit. Persyaratan kesehatan perumahan dari aspek kelembaban udara ruang, dipersyaratkan ruangan mempunyai tingkat kelembaban udara yang diperbolehkan antara 40-70%. Tingkat kelembaban yang tidak memenuhi syarat ditambah dengan perilaku tidak sehat, misalnya dengan penempatan yang tidak tepat pada berbagai barang dan baju, handuk, sarung yang tidak tertata rapi, ikut berperan dalam penularan penyakit berbasis lingkungan seperti skabies.

#### e. Kepadatan Penghuni

Kepadatan hunian kamar tidur sangat berpengaruh terhadap jumlah kuman penyebab penyakit skabies. Selain itu kepadatan hunian kamar tidur dapat memengaruhi kualitas udara di dalam kamar tidur. Dimana semakin banyak jumlah penghuni maka akan semakin cepat udara dalam kamar tidur mengalami pencemaran oleh karena CO<sub>2</sub> dalam rumah akan cepat meningkat dan akan menurunkan kadar O<sub>2</sub> di udara.

Faktor perilaku yang dapat memengaruhi penyakit skabies yaitu:

#### 1. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu variabel deskriptif yang dapat memberikan perbedaan kejadian antara pria dan wanita. Faktor yang menyebabkan skabies antara lain adalah keterkaitan antara faktor sosio demografi. Menurut Nuraini menyimpulkan hasil penelitian bahwa prevalensi skabies 13,48% (laki-laki 24,89% dan perempuan 5,82%; tsanawiyah 15,14% dan aliyah 10,85%) dengan lokasi lesi skabies terbanyak di sela jari tangan (40,40%). Uji *chi square* menunjukkan perbedaan bermakna pada prevalensi skabies berdasarkan jenis kelamin ( $p=0,00$ ) dan tingkat pendidikan ( $p=0,027$ ) berarti ada hubungan faktor risiko jenis kelamin dan tingkat pendidikan dengan kejadian skabies di Pesantren Nurul Qarnain Kabupaten Jember. (7)

Menurut Ratnasari juga mengatakan prevalensi skabies lebih tinggi pada laki-laki dan ada hubungan antara dengan jenis kelamin dibandingkan perempuan di Pesantren X Jakarta Timur.<sup>14</sup> Hasil penelitian ini sesuai dengan laporan Khobir yang menyatakan bahwa di pesantren di Pekalongan prevalensi skabies pada laki-laki lebih tinggi daripada perempuan karena santri perempuan lebih memperhatikan kebersihan diri. (35)

#### 2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau obyek. Sikap ini didasari dengan pengalaman yang dialami seseorang yang pernah menderita penyakit skabies dapat menjadi salah satu komponen afektif yaitu rasa senang atau tidak senang terhadap suatu obyek. (36) Sikap sangat penting peranannya dalam pencegahan skabies di lingkungan

yang membutuhkan kebersihan perorangan serta perilaku yang sehat. Sikap positif seseorang terhadap kesehatan kemungkinan tidak otomatis berdampak pada perilaku seseorang menjadi positif, tetapi sikap yang negatif terhadap kesehatan hampir pasti berdampak negatif terhadap kesehatan. (37)

Sikap dapat diukur dengan metode *rating* yang dijumlahkan (*Method of Summated Ratings*). Metode ini merupakan metode penskalaan pernyataan sikap yang menggunakan distribusi respons sebagai dasar penentuan nilai skalanya. Nilai skala setiap pernyataan tidak ditentukan oleh derajat *favourable* nya masing-masing akan tetapi ditentukan oleh distribusi respons setuju dan tidak setuju sekelompok responden bertindak sebagai kelompok uji coba (*pilot study*). (38)

Faktor-faktor yang memengaruhi sikap yaitu:

a. Pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi dapat menjadi dasar pembentukan sikap apabila pengalaman tersebut meninggalkan kesan yang kuat. Sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Individu pada umumnya cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap seseorang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

c. Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dapat memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya. Sebagai akibatnya, tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah.



d. Media massa

Pemberitaan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara obyektif berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

e. Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan. Tidaklah mengherankan apabila pada gilirannya konsep tersebut memengaruhi sikap.

f. Faktor emosional

Suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. (38)

Penelitian Jasmine menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap tentang personal *hygiene* dengan perilaku pencegahan penularan skabies. Hasil *Odd Ratio* (OR) sebesar 8,400 yang artinya pada narapidana anak yang memiliki sikap negatif berpeluang 8,400 kali berisiko untuk berperilaku pencegahan penularan skabies buruk dibandingkan dengan narapidana anak yang memiliki sikap positif. (39)

Perubahan sikap santri dapat didasari keinginan mereka untuk memperlihatkan identitas diri mereka. Penelitian Haeri menjelaskan bahwa skabies dipengaruhi oleh sikap santri. Sikap baik yang dimiliki santri antara lain tidak saling menukarkan pakaian dengan penderita skabies dan sikap untuk menjaga jarak dengan penderita skabies. Kondisi ini dapat dipahami sebagai bentuk ketakutan mereka dapat ditulari penyakit tersebut. (40)

### 3. Praktek personal *hygiene*

Kesehatan pribadi (personal *hygiene*) adalah kesehatan yang dimiliki oleh seseorang untuk dapat membina keluarga dan masyarakat yang sehat dan kesehatan pribadi merupakan dasar untuk melakukan berbagai kegiatan atau perbuatan yang positif selama hidup. Dalam kehidupan sehari-hari kebersihan merupakan hal yang sangat penting dan harus diperhatikan karena kebersihan akan memengaruhi kesehatan, kenyamanan, keamanan dan kesejahteraan. (41)

Adapun tujuan dari pelaksanaan tindakan *personal hygiene* yaitu: a) meningkatkan derajat kesehatan seseorang, b) memelihara kebersihan diri seseorang, c) memperbaiki personal *hygiene* yang kurang, d) mencegah penyakit, e) menciptakan keindahan, dan f) meningkatkan rasa percaya diri. (42)

Setiap orang memiliki keinginan dan pilihan dalam praktik personal *hygienenya* termasuk juga memilih produk yang digunakan dalam praktik *hygienenya* misalnya: sabun, *shampoo*, *deodorant* dan pasta gigi. Pilihan-pilihan tersebut setidaknya harus membantu tenaga kesehatan dalam mengembangkan rencana pelayanan kesehatan yang lebih kepada individu. Tenaga kesehatan tidak mencoba untuk mengubah pilihan pasien kecuali hal itu akan memengaruhi kesehatannya. (43)

Menurut Potter dan Perry bahwa macam-macam *personal hygiene* dan tujuannya adalah:

#### a. Perawatan kulit

Kulit merupakan organ aktif yang berfungsi sebagai pelindung dari berbagai kuman atau trauma, sekresi, eksresi, pengatur temperatur, dan sensasi,

sehingga diperlukan perawatan yang adekuat dalam mempertahankan fungsinya. Kulit memiliki 3 lapisan utama yaitu epidermis, dermis, dan subkutan.

b. Mandi

Mandi dapat dikategorikan sebagai pembersihan atau terapeutik. Mandi dapat menghilangkan mikroorganisme dari kulit serta sekresi tubuh, menghilangkan bau tidak enak, memperbaiki sirkulasi darah ke kulit, dan membuat tubuh menjadi lebih rileks dan segar.

c. Perawatan gigi/mulut

Perawatan mulut harus dilakukan setiap hari dan bergantung terhadap keadaan mulut pasien. Gigi dan mulut merupakan bagian penting yang harus dipertahankan kebersihannya sebab melalui organ ini berbagai kuman dapat masuk. *Hygiene* mulut membantu mempertahankan status kesehatan mulut, gigi, gusi, dan bibir, menggosok membersihkan gigi dari partikel-partikel makanan, plak, bakteri, memasase gusi, dan mengurangi ketidaknyamanan yang dihasilkan dari bau dan rasa yang tidak nyaman.

d. Perawatan rambut

Penampilan dan kesejahteraan seseorang seringkali tergantung dari cara penampilan dan perasaan mengenai rambutnya. Penyakit atau ketidakmampuan mencegah seseorang untuk memelihara perawatan rambut sehari-sehari. Menyikat, menyisir dan bersampo adalah cara-cara dasar *hygienis* perawatan rambut, distribusi pola rambut dapat menjadi indikator status kesehatan umum, perubahan hormonal, stress emosional maupun fisik, penuaan, infeksi dan penyakit tertentu.

e. Perawatan kuku

Menjaga kebersihan kuku penting dalam mempertahankan *personal hygiene* karena berbagai kuman dapat masuk kedalam tubuh melalui kuku. Oleh sebab itu, kuku seharusnya tetap dalam keadaan sehat dan bersih.

f. Perawatan genitalia

Tujuan perawatan genitalia adalah untuk mencegah terjadinya infeksi, mempertahankan kebersihan genitalia, meningkatkan kenyamanan serta mempertahankan *personal hygiene*. (44)

*Personal hygiene* atau kebersihan diri seseorang sangat memengaruhi praktik sosial seseorang. Selama masa kanak-kanak, keluarga memengaruhi praktik *hygiene*, misalnya frekuensi mandi, waktu mandi dan jenis *hygiene* mulut. Pada masa remaja *hygiene* pribadi dipengaruhi oleh kelompok teman sebaya. Remaja wanita misalnya, mulai tertarik dengan penampilan pribadi dan mulai memakai riasan wajah. Pada masa dewasa, teman dan kelompok kerja membentuk harapan tentang penampilan pribadi. Masa lansia terjadi beberapa perubahan dalam praktik *hygiene* karena perubahan dalam kondisi fisik. (45)

Menurut Ma'rufi bahwa *Sarcoptes scabiei* akan lebih mudah menginfestasi anak pesantren dengan *hygiene* perorangan jelek, dan sebaliknya lebih sukar menginfestasi anak pesantren dengan *hygiene* perorangan baik karena *Sarcoptes scabiei* dapat dihilangkan dengan mandi dan keramas teratur, pakaian dan handuk sering dicuci dan kebersihan alas tidur. (26)

4. Sanitasi lingkungan

Sanitasi dasar adalah sanitasi minimum yang diperlukan untuk menyediakan lingkungan sehat yang memenuhi syarat kesehatan yang

menitikberatkan pada pengawasan berbagai faktor lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan manusia. (46) Menurut Slamet bahwa upaya sanitasi dasar meliputi penyediaan air bersih, pembuangan kotoran manusia (jamban), pengelolaan sampah dan saluran pembuangan air limbah.

a. Air bersih

Secara kuantitas diperkirakan dibutuhkan air sebanyak 138,5 liter/orang/hari dengan perincian yaitu untuk mandi, cuci kakus 12 liter, minum 2 liter, cuci pakaian 10,7 liter, kebersihan rumah 31,4 liter, taman 11,8 liter, cuci kendaraan 21,8 liter, wudhu 16,2 liter, lain-lain 33,3 liter. Air yang memenuhi persyaratan fisik adalah air yang tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna, tidak keruh atau jernih, dan dengan suhu sebaiknya di bawah suhu udara.

b. Pengelolaan Jamban

Penyediaan sarana jamban merupakan bagian dari usaha sanitasi yang cukup penting peranannya. Ditinjau dari sudut kesehatan lingkungan pembuangan kotoran yang tidak saniter akan dapat mencemari lingkungan terutama tanah dan sumber air. Suatu jamban tersebut sehat jika memenuhi persyaratan-persyaratan sebagai berikut: a) Tidak mengotori permukaan tanah di sekeliling jamban, b) Tidak mengotori air permukaan disekitarnya, c) Tidak mengotori air tanah disekitarnya, d) Tidak dapat terjangkau oleh serangga terutama lalat dan kecoa dan binatang, e) Tidak menimbulkan bau, f) Mudah digunakan dan dipelihara, f) Desainnya sederhana dan mudah.

c. Pengelolaan saluran limbah

Pengelolaan air limbah dilakukan dengan cara menyalurkan air limbah tersebut jauh dari tempat tinggal tanpa diolah sebelumnya. Air buangan yang dibuang tidak saniter dapat menjadi media perkembangbiakan mikroorganisme patogen, larva nyamuk ataupun serangga yang dapat menjadi media transmisi penyakit.

d. Pengelolaan sampah

Pengelolaan sampah adalah meliputi penyimpanan, pengumpulan dan pemusnahan sampah yang dilakukan sedemikian rupa sehingga sampah tidak mengganggu kesehatan masyarakat dan lingkungan hidup. (34)

Sanitasi lingkungan merupakan usaha kesehatan masyarakat untuk menjaga dan mengawasi faktor lingkungan yang dapat memengaruhi derajat kesehatan. Sanitasi lingkungan adalah kebersihan tempat tinggal atau asrama dapat dilakukan dengan cara membersihkan jendela atau perabotan milik santri, menyapu dan mengepel lantai, mencuci peralatan makan, membersihkan kamar, serta membuang sampah. Sanitasi lingkungan perlu dijaga kebersihannya dimulai dari halaman, saluran pembuangan air dan jalan di depan asrama. Sumber air bersih yang digunakan harusnya memenuhi standar, tidak berwarna, tidak berbau dan tidak berasa. (47)

Penelitian oleh Hayana didapatkan hasil bahwa ada hubungan sanitasi lingkungan dengan kejadian skabies diantaranya aspek sanitasi lingkungan seperti kebersihan kamar mandi ( $p=0,001$ ), kebersihan kulit ( $p=0,046$ ), kebersihan tangan, kaki dan kuku ( $p=0,044$ ), kebersihan pakaian ( $p=0,016$ ), hubungan handuk ( $p=0,039$ ) dan kebersihan tempat tidur dan sprei ( $p=0,046$ ). (48)

Hasil analisis data penelitian Ma'rufi menyimpulkan bahwa faktor sanitasi lingkungan yang berperan terhadap tingginya prevalensi penyakit skabies dikalangan para santri Ponpes di Kabupaten Lamongan adalah sanitasi Ponpes (terutama sanitasi dan ventilasi kamar tidur para santri), perilaku yang kurang mendukung pola hidup sehat terhadap penyakit skabies, serta *hygiene* perorangan yang buruk dari para santri. (26)

#### 5. Peran Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

Peran dan tujuan program UKS adalah meningkatkan kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan peserta didik serta meningkatkan lingkungan yang sehat sehingga tercapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal dalam upaya membentuk manusia yang berkualitas. Tujuan khususnya adalah untuk memupuk kebiasaan hidup sehat dan mempertinggi derajat kesehatan anak sekolah yang memiliki pengetahuan dan sehat fisik mental maupun sosial. (18)

Program pembinaan peserta didik dilaksanakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat dan meningkatkan derajat kesehatan peserta didik yang dilakukan sebagai upaya menanamkan prinsip hidup sehat sedini mungkin. Cara yang paling tepat untuk mengajarkan anak sekolah dalam meningkatkan kebiasaan berperilaku sehat dan bersih melalui Trias UKS yaitu pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat. Tim pelaksana UKS di sekolah dan perguruan agama berfungsi sebagai penanggung jawab dan pelaksana program UKS di sekolah. (49)

Materi pendidikan kesehatan yang diberikan kepada siswa mencakup: a) memahami pola makanan sehat; b) memahami perlunya keseimbangan gizi; c) memahami berbagai penyakit menular seksual; d) mengenal bahaya seks bebas;

dan e) memahami berbagai penyakit menular yang bersumber dari lingkungan yang tidak sehat. Pelayanan kesehatan di sekolah adalah upaya peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilakukan secara serasi dan terpadu terhadap peserta didik yang pada khususnya dan warga sekolah pada umumnya dibawah koordinasi pembina UKS dengan bimbingan teknis dan pengawasan puskesmas setempat. (48)

Pembinaan lingkungan sekolah sehat kepada peserta didik dilaksanakan agar dapat menerapkan pentingnya UKS diantaranya dengan melaksanakan kegiatan kerja bakti kebersihan sekolah secara rutin dan terencana, kerja bakti dengan lingkungan masyarakat sekitar sekolah, membuang sampah pada tempatnya dan pengadaan tempat sampah di depan kelas, dipilah antara sampah organik dan kompos, tidak mencoret-coret dinding dan bangku, menyiram jamban sampai bersih sesudah dipakai, mengolah sampah organik menjadi kompos, membuat pemelihara kapling, kebun sekolah, dan mengikuti kegiatan dinamika kelompok (wisata, olahraga, dan kesenian). (49)

## 6. Peran Guru

Guru merupakan orang yang tugasnya terkait dengan upaya mencerdaskan kehidupan bangsa dalam semua aspeknya, baik spiritual dan emosional, intelektual, fisik, maupun aspek lainnya. Secara legal formal, guru adalah seseorang yang memperoleh Surat Keputusan (SK), baik dari pemerintah maupun pihak swasta untuk mengajar. (50)



Peran guru dalam memberikan pembelajaran terdapat sedikitnya sembilan belas indikator. Kesembilan belas peran guru dalam pembelajaran tersebut yaitu guru sebagai pendidik, pengajar, pembimbing, pelatih, penasehat, pembaharu (innovator), model dan teladan, pribadi, peneliti, pendorong kreativitas, pembangkit pandangan, pekerja rutin, pemindah kemah, pembawa cerita, aktor, emansivator, evaluator, pengawet, dan sebagai kulminator. (51)

Penelitian Azizah menyatakan ada hubungan antara peran guru dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri. Guru memberi contoh perilaku hidup bersih dan sehat. Dukungan dan bimbingan dari guru juga berpengaruh terhadap perilaku pencegahan penyakit skabies dengan cara guru memberikan contoh tentang cara menjaga kebersihan diri dan lingkungan, serta tentang dampak apabila tidak mandi dengan air bersih. (37)

Penelitian Lathifa menyatakan bahwa dukungan pihak pesantren di Pondok Pesantren Modern Diniyyah Pasia Kabupaten Agam Sumatera Barat, dalam hal ini yang menjadi sampel adalah ustadzah bagian pengasuhan yang bertanggung jawab pada tiap kamar santriwati dan diketahui bahwa sebagian besar santriwati (84, 9%) mendapatkan dukungan yang rendah dari ustadzah dan faktor dukungan pihak pesantren berhubungan dengan *suspect* skabies. (22)

#### 7. Dukungan keluarga

Keluarga merupakan sebagai satu kesatuan, dipandang sebagai sumber daya kritis untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Fungsi keluarga sebagai *health care function* berguna dalam mempertahankan keadaan kesehatan keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Kemampuan keluarga dalam

memberikan perawatan kesehatan memengaruhi status kesehatan keluarga dan individu. Keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan dan memelihara kesehatan. Tingkat pengetahuan keluarga tentang sehat-sakit juga memengaruhi perilaku keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan keluarga. (52)

Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat. Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Peranan ayah: ayah sebagai suami dan istri dan anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungan.
- b. Peranan ibu: sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.
- c. Peranan anak: anak-anak melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spriritual. (53)

Sistem dukungan keluarga dalam mempromosikan perubahan perilaku anggota keluarga ada 3, yaitu : a) dukungan material adalah menyediakan fasilitas

latihan, b) dukungan informasi adalah memberikan contoh nyata keberhasilan seseorang dalam melakukan diet dan latihan, dan c) dukungan emosional atau semangat adalah memberi pujian atas keberhasilan. (44) Peran keluarga terhadap pencegahan skabies dapat berupa penyampaian informasi kesehatan, menganjurkan dan mempraktikkan personal *hygiene* kepada anggota keluarga lainnya. Penelitian yang dilakukan Cintawati bahwa ada pengaruh peran keluarga terhadap pencegahan penyakit skabies di Puskesmas Bojongloa Kabupaten Garut. (54)

#### 8. Dukungan sarana

Sarana pendidikan adalah peralatan dan perlengkapan yang secara langsung dipergunakan dan menunjang proses pendidikan, khususnya proses belajar mengajar seperti gedung, ruang kelas, meja kursi, serta alat-alat dan media pembelajaran. Prasarana pendidikan adalah fasilitas belajar yang secara tidak langsung menunjang jalannya proses pendidikan atau pengajaran seperti halaman, kebun, taman sekolah, jalan menuju sekolah tetapi jika dimanfaatkan secara langsung untuk proses belajar mengajar seperti taman sekolah yang digunakan sekolah untuk pengajaran pendidikan lingkungan hidup, halaman sekolah sekaligus lapangan olahraga. (51)

Menurut Permendiknas No. 24 tahun 2007, sarana adalah perlengkapan yang dapat dipindah-pindah, sedangkan prasarana adalah fasilitas dasar untuk menjalankan fungsi madrasah atau sekolah. Mewujudkan sekolah yang sehat tidak terlepas dari peranan kelengkapan alat-alat yang dapat digunakan. Sarana dan prasarana sekolah yang sesuai dan memadai dapat membantu mewujudkannya

kehidupan sekolah yang sehat dan seimbang yang menunjang kelancaran proses belajar mengajar. (55)

Pembinaan sekolah sehat program pembinaan lingkungan sekolah antara lain: a) Penyediaan dan pemeliharaan tempat penampungan air bersih, b) Pengadaan dan pemeliharaan tempat pembuangan sampah, c) Pengadaan dan pemeliharaan air limbah, d) Pengadaan dan Pemeliharaan kamar mandi, WC, e) Pengadaan dan pemeliharaan warung atau kantin sekolah, dan f) Pengadaan dan pemeliharaan pagar sekolah. (49)

Menurut Depkes RI, strata pelaksanaan UKS pembinaan lingkungan sekolah berdasarkan kelengkapannya terdiri dari: a) Tempat tidur, b) Timbangan berat badan, alat ukur tinggi badan, dan *Snellen Chart*, c) Kotak P3K dan obat-obatan (Betadin, oralit, parasetamol), d) Lemari obat, buku rujukan KMS, poster-poster, struktur organisasi, jadwal piket, tempat cuci tangan, dan data kesakitan murid, e) Peralatan gigi dan unit gigi, f) Contoh-contoh model organ tubuh, g) Melaksanakan TRIAS UKS yang pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dengan pembinaan lingkungan kehidupan sekolah, h) Memiliki kader 10% dari jumlah siswa. Berdasarkan penjelasan di atas disimpulkan bahwa sarana dan prasarana UKS adalah ruang UKS dengan segenap perlengkapan, obat-obatan, dan siswa sebagai kader yang dilibatkan dalam pengelolaannya. (56) Sarana pendukung lainnya yang disediakan pihak pesantren Al-Mansyuriyah kepada santri antara lain: air bersih, bantal, tikar, seprai, lemari pakaian, jemuran pakaian dan dapur, ruang makanan, dan peralatan olahraga seperti bola dan raket, meja tenis dan lainnya. (1)

Sehat merupakan kondisi yang diinginkan setiap individu. Menurut WHO dalam Notoatmodjo definisi sehat adalah keadaan sejahtera, sempurna dari fisik,

mental, dan sosial yang tidak terbatas hanya pada bebas dari penyakit atau kelemahan saja. Pencapaian derajat kesehatan yang baik dan setinggi-tingginya merupakan suatu hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, jenis kelamin, politik yang dianut dan tingkat sosial ekonominya. Derajat kesehatan masyarakat yang disebut sebagai *psychosocio somatic health well being* merupakan resultante dari 4 faktor yaitu:

- a. *Environment* atau lingkungan
- b. *Behaviour* atau perilaku, antara yang pertama dan kedua dihubungkan dengan *ecological balance*.
- c. *Heredity* atau keturunan yang dipengaruhi oleh populasi, distribusi penduduk dan sebagainya.
- d. *Health care service* berupa program kesehatan yang bersifat preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Dari empat faktor tersebut di atas, lingkungan dan perilaku merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya (dominan)

Status kesehatan akan tercapai secara optimal apabila keempat faktor tersebut bersama-sama mempunyai kondisi yang optimal juga. Jika salah satu faktor tersebut berada dalam keadaan yang terganggu (tidak optimal), maka status kesehatan akan tergeser dibawah optimal. (13)

#### **2.2.10 Promosi Kesehatan**

Batasan promosi kesehatan yang dirumuskan oleh Yayasan Kesehatan Victoria (*Victorian Health Foundation-Australia, 1997*) yang dikutip Notoatmodjo menekankan bahwa promosi kesehatan adalah suatu program perubahan perilaku masyarakat yang menyeluruh dalam konteks masyarakatnya.

Bukan hanya perubahan perilaku (*within people*), tetapi juga perubahan lingkungannya. Perubahan perilaku tanpa diikuti perubahan lingkungan tidak akan efektif, perubahan tersebut tidak akan bertahan lama. Sasaran promosi kesehatan perlu dikenali secara khusus, rinci, dan jelas agar promosi kesehatan lebih efektif.<sup>57</sup> Adapun sasaran dari adanya promosi kesehatan adalah individu/ keluarga, masyarakat, pemerintah/ lintas sektor/ politisi/ swasta dan petugas atau pelaksana program. (58)

Promosi kesehatan adalah kegiatan yang menyeluruh dan tidak hanya menekankan pada kekuatan ketrampilan dan kemampuan individu, tetapi juga pada perubahan sosial sehingga dapat mempengaruhi masyarakat untuk berperilaku sehat. Sebagai kegiatan yang menyeluruh akan menghasilkan konsep rangsangan terhadap perilaku. Sehingga berdasarkan adanya promkes ini akan berpengaruh terhadap perilaku pencegahan terhadap penyakit menular atau skabies. (54)

Menurut Ewles dan Simnett menjelaskan bahwa ada lima pendekatan promosi kesehatan yang dapat dilakukan, yaitu:

- 1) Pendekatan medik. Pendekatan ini mempunyai tujuan yaitu membebaskan dari penyakit dan kecacatan yang didefinisikan secara medik, seperti penyakit infeksi, Pendekatan ini melihat intervensi kedokteran untuk mencegah atau meringankan kesakitan. Pendekatan ini memberikan arti penting terhadap tindakan pencegahan medik, dan merupakan tanggung jawab profesi kedokteran, membuat kepastian bahwa pasien patuh pada prosedur yang dianjurkan.

- 2) Pendekatan perubahan perilaku. Pendekatan ini bertujuan mengubah sikap dan perilaku individual masyarakat, sehingga mereka mengadopsi gaya hidup sehat. Pendekatan ini meyakinkan kita bahwa gaya hidup sehat merupakan hal penting bagi klien.
- 3) Pendekatan pendidikan. Pendekatan ini bertujuan memberikan informasi dan memastikan pengetahuan dan pemahaman tentang perilaku kesehatan, dan membuat keputusan yang ditetapkan atas dasar informasi yang ada.
- 4) Pendekatan pendidikan berpusat pada klien. Tujuan dari pendekatan ini adalah bekerja dengan klien agar dapat membantu mereka mengidentifikasi apa yang ingin mereka ketahui dan lakukan, dan membuat keputusan dan pilihan mereka sendiri sesuai kepentingan dan nilai mereka.
- 5) Pendekatan perubahan sosial. Pendekatan ini pada prinsipnya mengubah masyarakat, bukan pada perilaku setiap individu. Orang-orang yang menerapkan pendekatan ini memberikan nilai penting bagi hak demokrasi mereka mengubah masyarakat, memiliki komitmen pada penempatan kesehatan dalam agenda politik diberbagai tingkat. (58)

Berdasarkan rumusan WHO, strategi promosi kesehatan secara global terdiri dari 3 hal yaitu: (13)

1. Advokasi (*Advocacy*)

Advokasi yaitu kegiatan memberikan bantuan kepada masyarakat dengan membuat keputusan dan penentu kebijakan dalam bidang kesehatan maupun sektor lain di luar kesehatan yang mempunyai pengaruh terhadap masyarakat.

## 2. Dukungan Sosial (*Social Support*)

Promosi kesehatan akan mudah dilakukan jika mendapat dukungan dari berbagai elemen yang ada di masyarakat. Dukungan dari masyarakat antara lain berasal dari unsur informal (tokoh agama dan tokoh adat) yang mempunyai pengaruh di masyarakat serta unsur formal seperti petugas kesehatan dan pejabat pemerintah.

Peran agama dalam kancah pembangunan telah memiliki legitimasi konstitusional dalam GBHN, yaitu dengan pernyataan bahwa agama adalah landasan etik, moral, dan spiritual bagi pembangunan. Hal ini merupakan peluang sekaligus tantangan bagi pondok pesantren untuk mewujudkan cita-cita pembangunan yang lebih baik terutama dalam membangun sumber daya manusia yang bermartabat, memiliki karakter dan mental yang sehat sehingga mampu menghadapi berbagai problematika kehidupan.

## 3. Pemberdayaan Masyarakat (*Empowerment*)

Peran Serta masyarakat (PSM) merupakan keikutsertaan individu, keluarga dan kelompok masyarakat dalam setiap menggerakkan upaya kesehatan yang juga merupakan tanggung jawab sendiri, keluarga dan masyarakatnya. peran serta masyarakat adalah proses ketika individu dan keluarga dan serta lembaga swadaya masyarakat, termasuk swasta bertanggung jawab atas kesejahteraan kesehatan diri sendiri, keluarga dan masyarakat di sekitarnya. (13)

### 2.3 Landasan Teori

Menurut Achmadi bahwa faktor-faktor lingkungan sangat dominan dalam proses kejadian suatu penyakit, maka manajemen berbasis lingkungan harus



dilibatkan dalam upaya-upaya pencegahan maupun pengendaliannya. Manajemen berbasis lingkungan untuk mencegah dan menanggulangi suatu penyakit dimulai dari tingkat hulu menuju hilir. Perhatian utama pada faktor penyebab, media transmisi, dengan memperhatikan faktor manusia sebagai objek yang terjangkau atau terpajan sebelum melakukan penanganan pada manusia menderita penyakit. Dalam proses kejadian suatu penyakit, termasuk penyakit yang berpotensi ditimbulkan oleh *Sarcoptes scabiei*/kutu yaitu penyakit skabies. Pada penelitian konsep teori simpul tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut: (33)

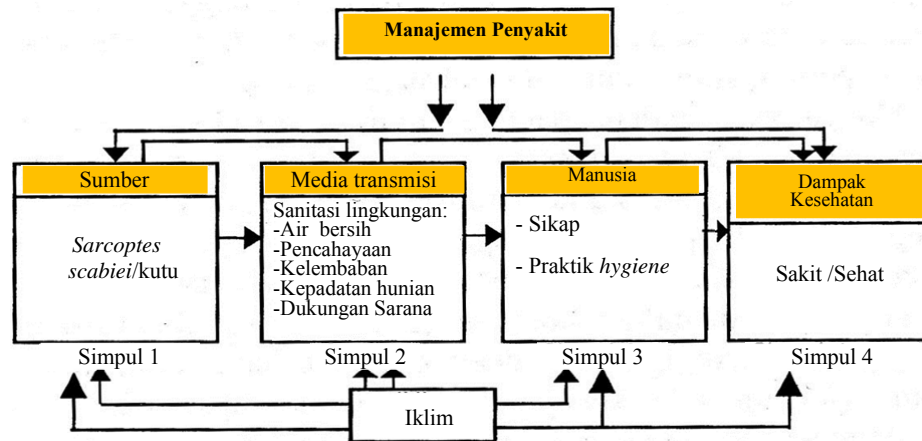
1. Simpul A, merupakan simpul paling hulu, yaitu sumber penyakit, dalam hal ini berupa penyakit skabies. Penyakit scabies ini merupakan penyakit menular oleh *Sarcoptes scabei* yang memasuki kulit stratum korneum, membentuk kanalikuli atau terowongan lurus atau berkelok sepanjang 0,6 sampai 1,2 cm.
2. Simpul B, merupakan media transmisi berupa sanitasi lingkungan yang dapat menimbulkan penyakit skabies termasuk persediaan air bersih, pencahayaan, kelembaban dan kepadatan hunian. Sanitasi lingkungan pada hakeketnya adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan pesantren yang kurang dikelola dengan baik seperti bak mandi tidak dibersihkan, kamar mandi/WC kurang bersih, cahaya matahari tidak masuk ke dalam ruang tempat tidur, ruang kamar tidur tidak dibersihkan dan padat dihuni sehingga berpengaruh positif terhadap penyakit skabies. Dukungan sarana juga berperan terhadap penyakit santri seperti alat kebersihan atau tempat sampah, jemuran, dan kamar mandi yang bersih.
3. Simpul C adalah perilaku manusia dengan berbagai variabel jenis kelamin, pengetahuan, sikap dan praktik *hygiene*. Sikap dan perilaku santri yang negatif tentang Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) seperti kurang membersihkan

diri (mandi 1 kali sehari), kuku jari/kaki tidak dipotong, tidak mencuci tangan setelah beraktivitas, memakai peralatan santri lain (celana, baju, kain, sabun, handuk dan lainnya), tidak menjemur handuk, menggunakan handuk basah, dan tidak menjemur kasur secara rutin.

4. Simpul D atau simpul yang paling hilir, adalah kejadian penyakit atau gangguan dari hasil hubungan interaktif manusia dengan lingkungan yang memiliki potensi bahaya gangguan kesehatan manusia, yaitu sakit atau sehat. Santri menderita skabies disebabkan kontak langsung dengan penderita karena padat hunian.

Promosi kesehatan yang dikaitkan dengan perilaku sekaligus untuk memperkuat teori kejadian suatu penyakit (manajemen penyakit), maka *Laurence W. Green* mencetuskan teori perilaku menyatakan perilaku kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu

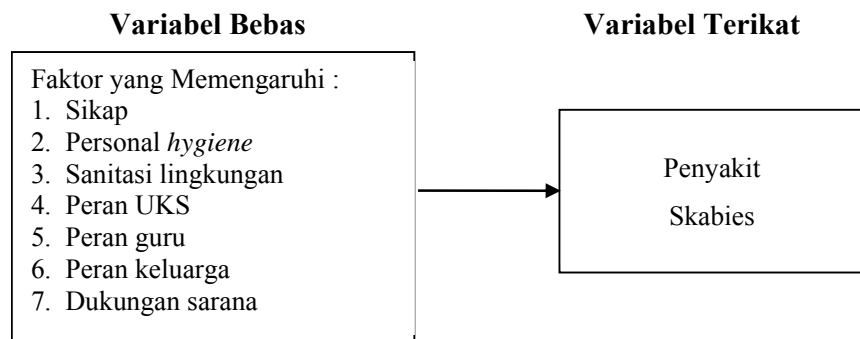
1. Faktor predisposisi (*predisposing factors*), yaitu: faktor pencetus timbulnya perilaku seperti: umur, pengetahuan, pengalaman, pendidikan, sikap, kepercayaan, keyakinan, paritas, dan lain sebagainya.
2. Faktor pendukung (*enabling factors*) yaitu: faktor yang mendukung timbulnya perilaku seperti lingkungan fisik, dana dan sumber-sumber yang ada di masyarakat.
3. Faktor pendorong (*reinforcing factors*) yaitu : faktor-faktor yang memperkuat atau mendorong seseorang untuk berperilaku yang berasal dari orang lain misalnya : peraturan dan kebijakan pemerintah, petugas kesehatan, pihak sekolah (guru) maupun dari pihak keluarga. (13) Kerangka landasan teori diilustrasikan sebagai berikut:



**Gambar 2.4 Kerangka Landasan Teori**  
Sumber: Achmadi (33)

## 2.4 Kerangka Konsep

Dalam penelitian ini, konsep penyakit skabies yang berkaitan dengan faktor-faktor yang memengaruhi dengan bagan kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



**Gambar 2.5 Kerangka Konsep Penelitian**

Variabel independen dalam penelitian ini terdiri dari faktor sikap, praktek *hygiene*, sanitasi lingkungan, peran UKS, peran guru, peran keluarga, dan dukungan sarana sebagai variabel independen dan variabel dependen yaitu penyakit skabies.

## 2.5 Hipotesis

Berdasarkan rumusan masalah dan tujuan penelitian, maka hipotesis yang diajukan ini adalah:

- 9) Ada pengaruh sikap terhadap penyakit skabies di Pesantren Almansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 10) Ada pengaruh *personal hygiene* terhadap penyakit skabies di Pesantren Almansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 11) Ada pengaruh sanitasi lingkungan terhadap penyakit skabies di Pesantren Almansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 12) Ada pengaruh peran UKS terhadap penyakit skabies di Pesantren Almansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 13) Ada pengaruh peran guru terhadap penyakit skabies di Pesantren Almansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 14) Ada pengaruh peran keluarga terhadap penyakit skabies di Pesantren Almansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.
- 15) Ada pengaruh dukungan sarana terhadap penyakit skabies di Pesantren Almansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam Tahun 2018.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan adalah *mixed methods research* dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Penggunaan ke dua metode ini dipandang lebih memberikan pemahaman yang lebih lengkap tentang masalah penelitian dari pada penggunaan salah satu di antaranya. *Mixed method* dalam penelitian ini adalah *Sequential Explanatory Mixed Method* yang bertujuan agar data kualitatif membantu memberikan gagasan yang lebih mendalam dan lebih banyak untuk hasil kuantitatif. Pendekatan kualitatif dalam penelitian adalah fenomenologi. (60) Peneliti ingin memahami faktor yang memengaruhi penyakit skabies. Pendekatan penelitian kuantitatif adalah desain *exploratory research*.

#### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

##### **3.2.1 Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Pesantren Almansuriyah Wilayah Puskesmas Penangalan Kota Subulussalam. Alasan pemilihan lokasi ini disebabkan santri menderita penyakit skabies tahun 2017 sebanyak 86 orang (62,3%) dari 138 siswa.

##### **3.2.2 Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan sejak bulan Desember 2017 sampai dengan Mei 2018.

### 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah seluruh santri Pesantren Almansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam sebanyak 138 orang.

#### 3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut.

##### 1. Sampel untuk pendekatan kuantitatif

Untuk memenuhi besaran sampel dalam penelitian ini adalah seluruh populasi dijadikan sampel penelitian yaitu seluruh santri Pesantren Almansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam sebanyak 138 orang,

Untuk memperoleh besar sampel dihitung berdasarkan pendapat Lemeshow dengan menggunakan rumus uji hipotesis beda proporsi satu sampel sebagai berikut: (61)

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2}\sqrt{P_o(1-P_o)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_a(1-P_a)})^2}{(P_a - P_o)^2} \text{ Dimana :}$$

$Z_{1-\alpha/2}$  = Nilai deviasi standar pada  $\alpha$  5% sebesar 1,96

$Z_{1-\beta}$  = Nilai deviasi standar pada  $\beta$  10% sebesar 1,282

$P_o$  = Proporsi penyakit skabies pada santri di Pesantren X Jakarta Timur 2014 (51,3%)  $\approx$  (50%) (15)

$P_a$  = Proporsi penyakit skabies yang diharapkan (30%)

dengan perhitungan :

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2}\sqrt{P_o(1-P_o)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_a(1-P_a)})^2}{(P_a - P_o)^2}$$

$$n = \frac{\{(1,96)\sqrt{(0,50(1-0,50))} + (1,282)\sqrt{0,30(1-0,30)}\}^2}{(0,30 - 0,50)^2}$$

$$n = 61,4$$

Maka besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini sebanyak 61 orang santri. Untuk menentukan besar sampel setiap kelas, pengambilan besar sampel dilakukan secara berimbang (*proporsional to size*) seperti tersaji pada tabel berikut :

**Tabel 3.1 Distribusi Besar Sampel yang Diteliti Berdasarkan Kelas di Pesantren Almansuriyah Wilayah Puskesmas Penanggalan Kota Subulussalam**

No.	Kelas	Jumlah Santri	Perhitungan	Besar Sampel
1.	Kelas I	45	(45/138)x 61	20
2.	Kelas II	47	(47/138)x 61	21
3.	Kelas III	46	(46/138)x 61	20
	<b>Jumlah</b>	<b>138</b>		<b>61</b>

Setelah diketahui jumlah sampel masing-masing kelas, maka peneliti menggunakan teknik acak sederhana (*simple random sampling*) dengan cara undian. Nama-nama santri tersebut diberi nomor urut untuk diundi sampai diperoleh sampel sebanyak 61 orang. Untuk mengetahui kesediaan santri menjadi responden, peneliti menyerahkan *informed consent* untuk diisi sebagai kerelaan menjalani pemeriksaan penyakit skabies.

## 2. Informan untuk pendekatan kualitatif

Informan utama dalam penelitian ini adalah sebanyak 2 orang santri menderita *Sarcoptes scabiei*. Alasan pengambilan sampel sebanyak 2 orang karena memiliki gejala dan tanda penyakit yang sama. Kemudian informan tambahan sebanyak 3 orang terdiri dari 1 orang wakil kepala sekolah (pembina UKS), 1 orang ketua UKS, 1 orang guru sekolah.

### 3.4 Metode Pengumpulan Data

#### 3.4.1 Jenis Data

Data yang akan dikumpulkan dalam penelitian ini terdiri dari 3 (tiga) jenis yaitu data primer, data sekunder, dan data tertier.

##### 1) Data Primer

Data primer merupakan data yang dikumpulkan sendiri oleh perorangan/ suatu organisasi secara langsung dari obyek yang diteliti dan untuk kepentingan studi ini diperoleh melalui *interview* (wawancara), kuesioner, pemeriksaan laboratorium.

##### 2) Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh atau dikumpulkan berupa data dokumentasi dan arsip-arsip resmi yang mendukung data primer serta peraturan pemerintah yang berkaitan dengan penelitian ini.

##### 3) Data Tertier

Data tertier merupakan data yang diperoleh dari berbagai referensi yang sangat valid seperti jurnal, *text book*, hasil penelitian yang sudah dipublikasikan.



### 3.4.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data kuantitatif dan kualitatif.

#### 1. Kuantitatif, meliputi:

- a. Data primer diperoleh dari kuesioner yang diisi responden berupa data tentang umur, jenis kelamin, sikap, praktek *hygiene*, sanitasi lingkungan, peran UKS, peran guru, peran keluarga, dan dukungan sarana serta penyakit skabies dengan melakukan pemeriksaan di laboratorium.
- b. Data sekunder diperoleh dari penelusuran dokumen/ laporan Pesantren Almansuriyah Subulussalam.
- c. Data tertier diperoleh melalui studi kepustakaan yaitu jurnal yang terpublikasikan, sumber dari internet seperti, Keputusan Menteri Kesehatan, dan Peraturan Pemerintah serta Undang-undang.

#### 2. Kualitatif

Metode pengumpulan data dilakukan dengan mewawancarai secara mendalam kepada informan yang mewakili siswa yang lain dengan menggunakan pedoman wawancara. Kegiatan wawancara direkam menggunakan alat perekam dan hasil rekaman dituliskan berbentuk verbatim.

### 3.4.3 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner sebagai instrument pengumpulan data dilakukan sebelum penelitian dilaksanakan. Validitas merupakan sejauh mana alat ukur (pengukuran, tes, instrumen) mengukur apa yang memang sesungguhnya hendak diukur. Kuesioner yang valid adalah apabila nilai  $r_{hitung}$  lebih besar dari nilai  $r_{tabel}$  dengan menggunakan korelasi *product moment*. (62)

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana pengukuran individu-individu pada situasi-situasi yang berbeda memberikan hasil yang sama. Uji reliabilitas digunakan untuk mengukur konsistensi alat ukur, apakah alat pengukur yang digunakan dapat diandalkan dan tetap konsisten jika pengukuran tersebut diulang dengan menggunakan metode *Cronbach's Alpha*. Apabila nilai *Cronbach's Alpha* yang diperoleh lebih besar dari  $r_{Cronbach's Alpha\ tabel}$ , maka dinyatakan reliabel. Nilai  $r_{Cronbach's Alpha\ tabel}$  untuk reliabilitas adalah 0,700. (62) Uji validitas dan reliabilitas dilakukan di Pesantren Raudhatul Jannah Kota Subulussalam terhadap 30 orang santri.

**Tabel 3.2 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Sikap**

No	Variabel	Butir Pertanyaan	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>	Keterangan
	Sikap			0,930	Reliabel
		1	0,557		Valid
		2	0,519		Valid
		3	0,446		Valid
		4	0,562		Valid
		5	0,745		Valid
		6	0,810		Valid
		7	0,648		Valid
		8	0,516		Valid
		9	0,810		Valid
		10	0,745		Valid
		11	0,779		Valid
		12	0,439		Valid
		13	0,702		Valid
		14	0,520		Valid
		15	0,804		Valid
		16	0,727		Valid
		17	0,774		Valid
		18	0,454		Valid

Hasil uji validitas dan reliabilitas variabel sikap sebanyak 18 pertanyaan yang diajukan mempunyai nilai  $r_{hitung}$  (*corrected item-total correlation*) lebih besar dari  $r_{tabel}$ , (0,361) sehingga item pertanyaan tersebut diasumsikan valid.

**Tabel 3.3 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Personal Hygiens**

No	Variabel	Butir Pertanyaan	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>	Keterangan
	Personal Hygiene			0,965	Reliabel
		1	0,753		Valid
		2	0,835		Valid
		3	0,685		Valid
		4	0,670		Valid
		5	0,670		Valid
		6	0,737		Valid
		7	0,700		Valid
		8	0,758		Valid
		9	0,844		Valid
		10	0,782		Valid
		11	0,643		Valid
		12	0,892		Valid
		13	0,858		Valid
		14	0,892		Valid
		15	0,758		Valid
		16	0,778		Valid
		17	0,737		Valid
		18	0,797		Valid

Hasil uji validitas dan reliabilitas variabel personal *hygiene* sebanyak 18 pertanyaan yang diajukan mempunyai nilai  $r_{hitung}$  (*corrected item-total correlation*) lebih besar dari  $r_{tabel}$ , (0,361) sehingga item pertanyaan tersebut diasumsikan valid.

**Tabel 3.4 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Sanitasi Lingkungan**

No	Variabel	Butir Pertanyaan	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>	Keterangan
	Sanitasi Lingkungan			0,888	Reliabel
		1	0,580		Valid
		2	0,801		Valid
		3	0,405		Valid
		4	0,525		Valid
		5	0,748		Valid
		6	0,453		Valid
		7	0,461		Valid
		8	0,501		Valid
		9	0,662		Valid
		10	0,803		Valid
		11	0,522		Valid
		12	0,750		Valid

Hasil uji validitas dan reliabilitas variabel sanitasi lingkungan sebanyak 12 pertanyaan yang diajukan mempunyai nilai  $r_{hitung}$  (*corrected item-total correlation*) lebih besar dari  $r_{tabel}$ , (0,361) sehingga item pertanyaan tersebut diasumsikan valid.

**Tabel 3.5 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Peran UKS**

No	Variabel	Butir Pertanyaan	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>	Keterangan
	Peran UKS			0,925	Reliabel
		1	0,835		Valid
		2	0,616		Valid
		3	0,612		Valid
		4	0,925		Valid
		5	0,835		Valid
		6	0,565		Valid
		7	0,480		Valid
		8	0,775		Valid
		9	0,756		Valid
		10	0,805		Valid

Hasil uji validitas dan reliabilitas variabel peran UKS sebanyak 10 pertanyaan yang diajukan mempunyai nilai  $r_{hitung}$  (*corrected item-total correlation*) lebih besar dari  $r_{tabel}$ , (0,361) sehingga item pertanyaan tersebut diasumsikan valid.

**Tabel 3.6 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Peran Guru**

No	Variabel	Butir Pertanyaan	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>	Keterangan
	Peran Guru			0,945	Reliabel
		1	0,725		Valid
		2	0,835		Valid
		3	0,854		Valid
		4	0,920		Valid
		5	0,698		Valid
		6	0,660		Valid
		7	0,825		Valid
		8	0,599		Valid
		9	0,920		Valid
		10	0,699		Valid

Hasil uji validitas dan reliabilitas variabel peran guru sebanyak 10 pertanyaan yang diajukan mempunyai nilai  $r_{hitung}$  (*corrected item-total correlation*) lebih besar dari  $r_{tabel}$ , (0,361) sehingga item pertanyaan tersebut diasumsikan valid.

**Tabel 3.7 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Peran Keluarga**

No	Variabel	Butir Pertanyaan	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>	Keterangan
	Peran Keluarga			0,894	Reliabel
		1	0,476		Valid
		2	0,755		Valid
		3	0,664		Valid
		4	0,549		Valid
		5	0,451		Valid
		6	0,860		Valid
		7	0,704		Valid
		8	0,611		Valid
		9	0,673		Valid
		10	0,759		Valid

Hasil uji validitas dan reliabilitas variabel peran keluarga sebanyak 10 pertanyaan yang diajukan mempunyai nilai  $r_{hitung}$  (*corrected item-total correlation*) lebih besar dari  $r_{tabel}$ , (0,361) sehingga item pertanyaan tersebut diasumsikan valid.

**Tabel 3.8 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Dukungan Sarana**

No	Variabel	Butir Pertanyaan	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>	Keterangan
	Dukungan Sarana			0,913	Reliabel
		1	0,798		Valid
		2	0,719		Valid
		3	0,602		Valid
		4	0,620		Valid
		5	0,753		Valid
		6	0,798		Valid
		7	0,789		Valid
		8	0,602		Valid
		9	0,490		Valid
		10	0,753		Valid

Hasil uji validitas dan reliabilitas variabel dukungan sarana sebanyak 10 pertanyaan yang diajukan mempunyai nilai  $r_{hitung}$  (*corrected item-total correlation*) lebih besar dari  $r_{tabel}$ , (0,361) sehingga item pertanyaan tersebut diasumsikan valid.

### **3.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional**

#### **3.5.1 Variabel Penelitian**

Variabel penelitian terdiri dari variabel independen (bebas) terdiri dari faktor sikap, personal *hygiene*, sanitasi lingkungan, peran UKS, peran guru, peran keluarga dan dukungan sarana. Sedangkan variabel dependen (terikat) yaitu penyakit skabies.

#### **3.5.2 Definisi Operasional**

- 1) Sikap adalah tanggapan santri terhadap penyakit skabies tentang penyebab, dampak, pengobatan dan pencegahan skabies.
- 2) Personal *hygiene* adalah tindakan santri dalam melakukan kebersihan diri meliputi kebersihan kuku, mandi, cuci tangan, mengganti pakaian, pergantian peralatan diri (handuk, pakaian/celana, sarung) dan peralatan mandi antara santri yang dapat menyebabkan skabies.
- 3) Sanitasi lingkungan adalah segala sesuatu yang berkaitan lingkungan sekitar santri yang menyebabkan skabies meliputi persediaan air bersih, pencahayaan, udara, kelembaban dan kepadatan hunian berdasarkan peraturan Permenkes No.829 Tahun 1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan.
- 4) Peran UKS adalah segala upaya sekolah meningkatkan perilaku kesehatan santri dengan menyelenggarakan kegiatan pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat tentang penyakit skabies

- 5) Peran guru adalah tindakan guru dalam memberikan informasi kesehatan kepada santri untuk meningkatkan pemahaman dan perilaku hidup bersih dan sehat agar terhindari dari penyakit skabies.
- 6) Peran keluarga adalah tindakan anggota keluarga dalam memberikan informasi tentang skabies, memberikan motivasi dan membawa ke pelayanan kesehatan serta melakukan perawatan kepada santri bila santri menderita penyakit skabies.
- 7) Dukungan sarana adalah upaya sekolah menyediakan fasilitas bagi santri berperilaku sehat untuk menghindari penyakit skabies.
- 8) Penyakit skabies adalah hasil pemeriksaan laboratorium terhadap tanda-tanda dan gejala skabies.

### 3.6 Metode Pengukuran

Metode pengukuran terhadap variabel penelitian seperti pada Tabel 3.2.

**Tabel 3.9 Pengukuran Variabel Penelitian**

Variabel	Jumlah Pertanyaan	Alternatif jawaban	Bobot Nilai	Skor	Value	Jenis Skala Ukur
<b>Variabel Independen</b>						
Sikap	Kuesioner 18	a. Sangat Setuju b. Setuju c. Tidak Setuju d. Sangat Tidak Setuju	4 3 2 1	46-72 18-45	a. Positif b. Negatif	Nominal
Personal <i>Hygiene</i>	Kuesioner 18	a. ya b. tidak	2 1	28-36 18-27	a. Baik b. Tidak baik	Nominal
Sanitasi lingkungan	Kuesioner 12	a. ya b. tidak	2 1	19-24 12-18	a. Sesuai b. Tidak sesuai	Nominal



Tabel 3.9 (Lanjutan)

Variabel	Jumlah Pertanyaan	Alternatif jawaban	Bobot Nilai	Skor	Value	Jenis Skala Ukur
Peran UKS	Kuesioner 10	a. ya	2	16-20	a. Baik	Nominal
		b. tidak	1	10-15	b. Kurang baik	
Peran guru	Kuesioner 10	a. ya	2	16-20	a. Baik	Nominal
		b. tidak	1	10-15	b. Kurang baik	
Peran keluarga	Kuesioner 10	a. ya	2	16-20	a. Baik	Nominal
		b. tidak	1	10-15	b. Kurang baik	
Dukungan sarana	Kuesioner 10	a. ya	2	16-20	a. Tersedia	Nominal
		b. tidak	1	10-15	b. Kurang Tersedia	
<b>Variabel</b>						
<b>Dependen</b>						
Penyakit	Hasil		2	2	a. Negatif	Nominal
Skabies	laborator ium		1	1	b. Positif	

### 3.7 Metode Pengolahan Data

Menurut Muhammad bahwa data yang terkumpul diolah dengan cara komputerisasi dengan langkah-langkah sebagai berikut:

#### 1. *Collecting*

Mengumpulkan data yang berasal dari kuesioner, angket maupun observasi.

#### 2. *Checking*

Dilakukan dengan memeriksa kelengkapan jawaban kuesioner atau lembar observasi dengan tujuan agar data diolah secara benar sehingga pengolahan data memberikan hasil yang valid.

#### 3. *Coding*

Pada langkah ini penulis melakukan pemberian kode pada variable-variabel yang diteliti, misalnya nama responden dirubah menjadi nomor 1, 2, 3, ...,42.

#### 4. *Entering*

*Data entry*, yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang masih dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam aplikasi SPSS.

#### 5. *Data Processing*

Semua data yang telah di input ke dalam aplikasi komputer akan diolah sesuai dengan kebutuhan dari penelitian. (63)

### 3.8 Metode Pengolahan Data

Analisis pengolahan data pada penelitian ini dibagi menjadi:

#### 1. Analisis data kuantitatif

##### a. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan dengan mendeskripsikan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti yaitu sikap, praktek *hygiene*, sanitasi lingkungan, peran UKS, peran guru, peran keluarga, dan dukungan sarana serta penyakit skabies dengan ukuran persentase dan proporsi.

##### b. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan menganalisis hubungan variabel independen yaitu sikap, praktek *hygiene*, sanitasi lingkungan, peran UKS, peran guru, peran keluarga, dan dukungan sarana dengan variabel dependen yaitu penyakit skabies menggunakan uji *chi square*. Jika nilai  $p \leq \alpha$ , maka keputusannya adalah ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dan jika nilai  $p > \alpha$ , maka keputusannya adalah tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

c. Analisis multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui kekuatan hubungan variabel independen dengan variabel dependen dan menentukan faktor mana yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen. Variabel independen yang dimasukkan ke dalam model multivariat bila nilai  $p > 0,25$  berdasarkan hasil uji bivariat. Variabel independen dan variabel dependen dalam penelitian ini bersifat kategorik, sehingga uji statistik yang digunakan adalah regresi logistik berganda. Persamaan regresi logistik berganda yang diacu yaitu:

$$f(z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7)}}$$

Keterangan:

$f(z)$  = Probabilitas penyakit skabies

$\alpha$  = Konstanta

$\beta_1 - \beta_i$  = Koefisien regresi

$X_1$  = Sikap

$X_2$  = Personal *hygiene*

$X_3$  = Sanitasi lingkungan

$X_4$  = Peran UKS

$X_5$  = Peran guru

$X_6$  = Peran keluarga

$X_7$  = Dukungan sarana

## 2. Analisis data kualitatif

Menurut Miles dan Hubernas dalam Sugiyono bahwa data kualitatif diperoleh dari data *reduction*, data *display* dan *conclusion drawing/verification*. Reduksi data adalah proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Proses ini berlangsung terus menerus selama penelitian ini berlangsung. Setelah menganalisis data, kemudian dilanjutkan dengan keabsahan data yaitu dengan cara triangulasi. Triangulasi adalah membandingkan informasi dari informan yang satu dengan informan lainnya sehingga informasi yang diperoleh kebenarannya. Selanjutnya, melakukan keabsahan data. (62)