

HUBUNGAN PERILAKU SEHAT SANTRI DENGAN KEJADIAN *SCABIES* DI PONDOK PESANTREN KABUPATEN LAMONGAN

(Relationship between Health Behaviors by Incidences of Scabies in Students of Boarding School, Lamongan)

Isa Ma'rufi *, Erdi Istiaji **, Eri Witcahyo ***

Abstract

Scabies is a common skin disease among the students of the boarding school. Scabies is caused by mite infestation as called as *Sarcoptes scabiei* that can spread easily from human to human, animal to animal or humans to animal instead. The purpose of this study is to measure the prevalence of scabies in students, and to analyze the relationship between the incidences of scabies by healthy behaviors in students of boarding school at Lamongan, East Java. The type of research is observational and cross-sectional study. Total population is 59.650 students with a sample of the study were 338 students. The sampling technique on this research was multistage random sampling method. The results showed that 217 students (64.2%) suffered from scabies, and 121 students (35.8%) did not suffer from scabies or healthy. Based on the statistical test by Chi-square, there is a relationship between the incidence of scabies by healthy behaviors ($p < 0.05$). It is suggested need for counseling and training on a regular basis about healthy behavior and clean for the students. Need for cooperation with other agencies, such as Communities Health Center (Puskesmas) in order to prevent and control the incidence of scabies in students of boarding school.

Keywords: *Health behaviors, scabies.*

PENDAHULUAN

Menurut teori Blum (1974), bahwa status kesehatan dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan genetika (Azwar, 1995). *Scabies* adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh tungau (*mite*) yang mudah

* *Isa Ma'rufi adalah Dosen Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Keselamatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember*

** *Erdi Istiaji adalah Dosen Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember*

*** *Eri Witcahyo adalah Dosen Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember*

menular dari manusia kepada manusia, dari hewan ke manusia atau sebaliknya. Penyebab *scabies* adalah *Sarcoptes scabiei*. Parasit ini mempunyai spesifitas induk semang, namun dapat menular dari hewan ke manusia atau sebaliknya. Pada manusia dikenal *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, pada anjing *Sarcoptes scabiei* var. *ovis*, pada babi *Sarcoptes scabiei* var. *suis*, dan pada domba *Sarcoptes scabiei* var. *ovis*. Morfologi dari berbagai *Sarcoptes sp*, relatif serupa, perbedaannya sangat kecil (Soeharsono, 2002).

Scabies dapat berpindah dari satu orang ke orang lain utamanya lewat kontak kulit. Perpindahan juga terjadi ketika seseorang tidur bersama dalam satu tempat tidur, lewat pakaian, perlengkapan tidur atau benda-benda lainnya (Kramer, 1996). *Scabies* bukan merupakan penyebab kematian, tetapi jika dibiarkan akan menimbulkan infeksi sekunder akibat garukan berlebihan (Casey, 1981). Untuk mengurangi penularan, pengobatan penyakit *scabies* bukan hanya dilakukan terhadap penderita saja tapi juga pada orang yang tinggal bersama penderita agar tidak terjadi reinfeksi maupun infeksi sekunder.

Selain dapat menimbulkan infeksi sekunder, akibat samping lain dari *scabies* adalah rasa lelah pada siang hari, produktivitas rendah, sulit menerima pelajaran karena mengantuk akibat malam hari kurang tidur, serta kurang istirahat dikarenakan gatal yang sangat mengganggu terutama pada malam hari (Soeharsono, 2002). Untuk itu pengobatan dan pencegahan terhadap *scabies* perlu secara tepat dan cepat dilaksanakan ketika ada tanda-tanda dari teman atau saudara kita terkena *scabies*.

Beberapa faktor yang dapat membantu penyebaran *scabies* adalah faktor sosial-ekonomi, higiene perorangan yang jelek, lingkungan, seksual promiskuitus, demografi, diagnosa yang salah dan sensitisasi serta perilaku individu. Menurut Kramer (1996) bahwa kemiskinan dan higiene yang jelek di negara berkembang merupakan klasifikasi yang paling banyak menderita *scabies*.

Prevalensi *scabies* di negara berkembang berkisar antara 6%-27% dari populasi umum, dan cenderung tinggi pada anak dan remaja (Sungkar, 1997). Untuk Indonesia insiden *scabies* masih cukup tinggi, terendah di Sulawesi utara dan tertinggi di Jawa Barat. Penyakit *scabies* di pondok pesantren (Ponpes) keadaannya bervariasi, dari hasil penelitian Atmaprawira (1982) dalam Kuspriyanto (2002) mengenai penyakit *scabies* di sebuah Ponpes di Jakarta dengan kondisi padat huni prevalensinya adalah 78,7%, terutama diderita anak usia 11-15 tahun dengan higiene perorangan yang buruk prevalensinya 72,7%. Kemudian penelitian Kuspriyanto (2003) yang dilakukan pada Ponpes di Kabupaten Pasuruan menemukan bahwa insiden dan prevalensi *scabies* di juga cukup tinggi, meskipun tidak setinggi hasil penelitian Atmaprawira. *Incident rate* yang ditemukan adalah 54,9% dan prevalensinya 66,7%.

Hasil observasi awal menunjukkan bahwa masalah sikap, kebiasaan dan perilaku sehat santri yang kurang baik. Hampir semua santri terbiasa dengan pemakaian handuk yang bergantian sesama temannya; baju, celana dipakai bergantian; serta mandi bersama-sama antara 10-20 orang dalam satu bak mandi. Sedangkan kebiasaan lainnya adalah mereka rata-rata tidak pergi ke dokter, Puskesmas atau petugas kesehatan lain ketika mereka menderita sakit, biasanya

mereka mengobati sendiri penyakit tersebut dengan membeli obat-obatan yang dijual bebas dan kalau tidak sembuh, maka mereka biarkan saja, sehingga hal ini akan memungkinkan penyebaran penyakit dari santri ke santri.

Tujuan umum penelitian ini adalah mengukur insiden dan prevalensi *scabies*, serta menganalisis hubungan antara perilaku santri dengan kejadian *scabies* di pondok pesantren Kabupaten Lamongan. Perilaku sehat diukur melalui tiga parameter yaitu pengetahuan, sikap, dan tindakan terhadap penyakit *Scabies*.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian *observasional*, dimana peneliti melakukan pengamatan, wawancara dan pengisian kuesioner serta melakukan pengukuran pada beberapa variabel yang sedang diteliti, yaitu perilaku sehat dan *scabies*. Berdasarkan waktu pelaksanaannya, maka penelitian ini termasuk *cross sectional*, karena data tentang variabel diperoleh pada waktu tertentu secara bersamaan. Untuk menambah pendalaman terhadap analisis beberapa variabel yang diteliti seperti pengetahuan, sikap dan perilaku sehat, penelitian ini dimodifikasi dengan pendekatan penelitian kualitatif.

Lokasi penelitian adalah di Kabupaten Lamongan. Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2004, sedangkan modifikasi pendekatan kualitatif dilaksanakan pada tahun 2011. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh santri di pondok pesantren Kabupaten Lamongan sebanyak 59.650. Sampel penelitian adalah sebagian dari populasi yang dihitung dengandengan menggunakan rumus Lemeshow (1997).

$$n = \frac{N Z^2 P (1-P)}{(N-1) d^2 + Z^2 P (1-P)}$$

Dimana:

- n = Besar sampel
- N = Jumlah populasi
- P = proporsi kejadian *scabies*
- Z² = Derajat kepercayaan 95%, maka Z adalah 1,96
- d = presisi yang diinginkan dalam penelitian ini 5% (0,05)

$$n = \frac{59650 (1,96)^2 \cdot 0,67 (1-0,67)}{(59650-1) (0,05)^2 + (1,96)^2 0,67 (1-0,67)}$$

$$n = \frac{50665,3833}{149,9718}$$

n = 337,83

Dengan rumus di atas, dapat diperoleh $n = 337,83$ kemudian dibulatkan menjadi 338 sampel, sehingga sampel penelitian ini adalah 338 santri.

Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *multistage random sampling*, yaitu dirandom yang sebelumnya mengelompokkan Ponpes dalam tiga kelompok, yaitu Ponpes yang ada di daerah kota, Ponpes yang ada di daerah pedalaman, serta Ponpes yang ada di daerah pantai. Kemudian masing-masing Ponpes berdasarkan kelompok daerah tersebut, baik Ponpes yang ada di daerah kota, pedalaman maupun pantai masing-masing dikelompokkan lagi menjadi Ponpes modern (khalafiyah) dan Ponpes tradisional (salafiyah). Dan baru kemudian dipilih sampel dari masing-masing Ponpes yang telah terundi sesuai dengan hasil pembagian kelompok pondok pesantren.

Data-data kualitatif didapatkan dengan wawancara *indept interview* terhadap 20 informan yang mewakili kiai, akademis, perwakilan pemerintah (dinaskesehatan), dan beberapa ustad dan santri. Teknik pengambilan sampel untuk informan memakai teknik *purposive random sampling* dengan instrument pengumpulan data dengan kuesioner terbuka.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Insiden dan Prevalensi *Scabies* di Pondok Pesantren

Angka kejadian *scabies* di pondok pesantren diperoleh dari pemeriksaan terhadap 338 santri. Untuk melakukan pemeriksaan atau mendiagnosis *scabies*, peneliti melakukan 3 cara. Pertama, yaitu dengan mewawancarai langsung santri mengenai gejala-gejala yang dirasakan atau kelainan-kelainan kesehatan yang dialami selama ini. Kedua, yaitu dengan melihat adanya lesi pada kulit atau ciri-ciri lain dari gejala *scabies* yang tampak pada kulit. Cara ketiga, yaitu dengan menggunakan *burrow ink test*. *Burrow ink test* adalah suatu cara untuk mengetahui kanal terowongan (*papul*) dalam kulit yang dibuat oleh *Sarcoptes scabiei* sebagai karakteristik kelainan kulit dari *scabies*. Cara ini mudah dan cepat dilakukan karena peneliti hanya melapisi *papul* dengan tinta pena, kemudian tinta yang masih berada di permukaan kulit tersebut dihapus dengan alkohol. Setelah dihapus dengan alkohol, dalam kanal akan berwarna biru (sesuai dengan warna tinta) pertanda adanya kanal yang dibuat oleh *Sarcoptes scabiei*.

Hasil pemeriksaan terhadap 338 santri tersebut, ternyata 217 santri (64,2%) menderita *scabies*, dan 121 santri (35,8%) tidak menderita *scabies* atau sehat. Dari 217 santri yang menderita *scabies* tersebut, ternyata 26 santri (19,2%) merupakan penderita lama atau masih dalam taraf pengobatan. Maka, dapat dibuat tingkat kejadian (*incident rate*) maupun prevalensi (*prevalence rate*) seperti pada Tabel 1, yaitu *incident ratescabies* pada santri adalah 48,81% dan prevalensinya 64,2%.

Tabel 2. Insiden dan Prevalensi Scabies di Pondok Pesantren

Jenis Kelamin	Jumlah	Baru	lama	Persentase	
				Insiden	Prevalensi
Putra	151	106	17	58,94	81,5
Putri	187	85	9	40,64	50,3
Total	338	191	26	48,81	64,2

Sumber: Data Primer Terolah (2004)

Dari 217 santri yang teridentifikasi menderita *scabies* tersebut, ternyata bagian tubuh yang terkena *scabies* tidak sama. Dimana, Bagian tubuh yang paling banyak terkena *scabies* adalah sela jari tangan sebanyak 137 santri (63,1%), kemudian ruas jari tangan sebanyak 111 santri (51,2%), lalu sela jari kaki sebanyak 103 santri (47,5%). Disusul kemudian pergelangan tangan sebanyak 98 santri (45,2%), dan berikutnya adalah pantat, siku, punggung dan lutut, yang masing-masing sebanyak 89 santri (41,0%), 73 santri (33,6%), 54 santri (24,9%), 32 santri (14,7%). Selain bagian tubuh di atas, bagian tubuh lain yang terkena seperti penis, di bawah lipatan susu, kepala dan lain-lain sebanyak 23 santri (10,6%). Untuk lebih lengkapnya dapat dilihat pada Tabel 1 di bawah ini:

Tabel 2. Gambaran Bagian Tubuh yang Terkena Scabies

Bagian Tubuh	Jumlah	Persentase
Ruas Jari Tangan	111	51,2
Sela Jari Tangan	137	63,1
Pergelangan tangan	98	45,2
Siku	73	33,6
Pantat	89	41,0
Punggung	54	24,9
Lutut	32	14,7
Rua Jari Kaki	103	47,5
Sela Jari Kaki	107	49,3
Lain-Lain	23	10,6

Sumber: Data Primer Terolah (2004)

Scabies bukan merupakan penyakit yang mematikan, tetapi jika dibiarkan akan menimbulkan gangguan yang tidak nyaman bagi penderitanya. Dari hasil wawancara dan pemeriksaan terhadap 217 santri yang menderita *scabies*, dapat disusun beberapa gangguan kenyamanan dari *scabies* yang dirasakan santri. Pertama, yaitu rasa gatal, dimana rasa gatal ini ternyata dirasakan oleh semua santri (100%), kemudian sulit tidur sebanyak 209 santri (96,3%), lalu perasaan minder sebanyak 197 santri (90,8%). Berikutnya adalah sulit istirahat sebanyak 123 santri (56,7%), sulit belajar sebanyak 117 santri (53,9%), disusul kemudian sulit konsentrasi sebanyak 103 santri (47,5%), dan gangguan yang terakhir dari *scabies* adalah timbulnya infeksi sekunder pada permukaan kulit yang terkena *scabies*, yaitu sebanyak 97 santri (44,7%). Lebih jelas dapat dilihat seperti pada Tabel 3.

Tabel 3. Gambaran Gangguan Akibat Terkena Scabies

Gangguan	Jumlah	Persentase
Gatal	217	100
Infeksi Sekunder	97	44,7
Sulit Tidur	209	96,3
Sulit Belajar	117	53,9
Sulit Istirahat	123	56,7
Sulit Konsentrasi	103	47,5
Minder	197	90,8

Sumber: Data Primer Terolah (2004)

Pengetahuan Santri

Hubungan pengetahuan santri dengan kejadian *scabies* dapat dilihat pada tabulasi silang antara pengetahuan santri dengan kejadian *scabies* pada Tabel 4 di bawah ini:

Tabel 4. Tabulasi Silang antara Pengetahuan Santri dengan kejadian Scabies pada Santri

Pengetahuan	Kejadian <i>Scabies</i>				Total	
	Positif		Negatif		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Baik	71	54,2	60	45,8	131	100
Buruk	146	70,5	61	29,5	207	100
Total	217	64,2	121	35,8	338	100

Sumber: Data Primer Terolah (2004), $X^2 = 8,615$; $P = 0,003$

Tabel 4 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar santri mempunyai pengetahuan mengenai perilaku sehat buruk, yaitu sebesar 207 santri, dan dari 207 santri yang mempunyai pengetahuan buruk tersebut, 217 santri (64,2%) diantaranya menderita *scabies*. Sedangkan santri yang mempunyai pengetahuan mengenai sanitasi dan kesehatan baik hanya 131 santri, dan 71 santri (54,2%) diantaranya menderita *scabies*.

Berdasarkan uji *Chi - Square* diperoleh nilai $X^2 = 8,615$; $P = 0,003$; dengan $\alpha = 0,05$; menunjukkan $P < \alpha$, maka H_0 ditolak, berarti ada hubungan antara pengetahuan santri dengan penyakit *scabies*. Hubungan bermakna antara pengetahuan santri dengan kejadian *scabies* bisa dimengerti karena dengan pengetahuan yang rendah dan terbatas, maka santri kurang bisa menjaga dan merawat kesehatannya, santri tidak tahu bagaimana menjaga hygiene perorangan yang baik, serta berperilaku yang baik. Beda dengan santri dengan pengetahuan yang baik mengenai kesehatan, mereka dengan mudah dapat melakukan pencegahan dan penanggulangan dengan cara hidup yang higienis dan berperilaku sehat.

Rendahnya pengetahuan santri mengenai sanitasi perilaku sehat terjadi karena kurangnya informasi yang mereka terima mengenai masalah perilaku hidup bersih dan sehat. Pihak pondok pesantren sendiri tidak bisa memberikan informasi yang lengkap mengenai setiap masalah kesehatan ke santri karena terkendala oleh

sumber daya manusia (SDM) dan keterbatasan buku-buku kesehatan yang mereka miliki. Ketua pengasuh pondok pesantren yang diwawancarai peneliti mengungkapkan:

“Bagaimana kita bisa memberikan informasi mengenai ilmu kesehatan mas! Wong petugas kesehatan di pondok sini cuma berpendidikan setingkat SLTA, dan tidak pernah mengenyam pendidikan formal di bidang kesehatan. Kalaupun ada yang mengenyam pendidikan kesehatan, itupun dari baca-baca buku sendiri. Buku yang dibaca itupun sudah keluaran jaman lampau, sudah tidak gres lagi.”

Pihak Puskesmas setempat juga tidak pernah memberikan penyuluhan maupun pendidikan kesehatan ke pondok pesantren. Padahal hal ini sangat perlu bagi seorang santri dalam meningkatkan pengetahuannya mengenai perawatan kesehatan dan menyadarkan beliau mengenai pentingnya kesehatan. Ketika hal ini dikonfirmasi ke pihak Puskesmas setempat, mereka menjawab bahwa kurangnya tenaga, dana serta tidak adanya perjanjian dengan pondok pesantren setempat sehingga mereka tidak bisa leluasa memberikan penyuluhan ke pondok tersebut. Meskipun begitu ada beberapa Puskesmas dan pondok pesantren sendiri yang sudah kerjasama dengan Puskesmas setempat untuk mengadakan pengobatan ke santri Pondok pesantren. Seorang pimpinan Puskesmas menuturkan:

“Kita bisa saja memberikan penyuluhan ke mereka, tapi tenaga kita hanya dapat dihitung dengan jari. Dan masing-masing sudah mempunyai tugas sendiri-sendiri. Disamping itu, mereka juga tidak pernah secara formal meminta kita untuk memberikan penyuluhan ke mereka. Kalaulah mereka minta, mungkin kita bisa mengusahakannya.”

Dari pengakuan pimpinan pondok pesantren dan Puskesmas tersebut, tampak bahwa ada mis komunikasi antar mereka. Pihak pondok pesantren tidak pernah meminta penyuluhan mengenai kesehatan dari Puskesmas. Di sisi lain, Puskesmas bisa memberikan penyuluhan kalau ada permintaan dari pihak pondok. Untuk itu, ke depan, perlu adanya hubungan atau perjanjian yang formal antara pihak pondok pesantren dengan Puskesmas setempat mengenai cara pengobatan santri ke Puskesmas, cara pembayarannya, serta perlunya pemberian penyuluhan oleh Puskesmas ke para Santri. Rendahnya pengetahuan santri di atas bisa terjadi karena kurangnya pendidikan dan pelatihan mengenai kesehatan yang diterima oleh para santri, baik dari pihak Puskesmas maupun pihak pondok pesantren.

Sikap Santri

Hubungan sikap santri dengan kejadian scabies pada santri dapat dilihat seperti Tabel 5, pada Tabel 5 dapat dijelaskan bahwa santri yang mempunyai sikap baik hanya sebagian kecil saja, yaitu sebesar 133 santri, dan dari 133 santri tersebut 73 santri (54,9%) diantaranya menderita *scabies*, sedangkan santri yang mempunyai sikap buruk sebesar 205 santri, dari 205 santri yang bersikap buruk tersebut 144 santri (70,2%) menderita *scabies*, dan yang tidak menderita *scabies* hanya 61 santri (29,8%).

Tabel 5. Tabulasi Silang antara Sikap santri dengan Kejadian *Scabies* pada Santri

Perilaku	Kejadian <i>Scabies</i>				Total	
	Positif		Negatif		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Baik	70	54,7	58	45,3	128	100
Buruk	147	70,0	63	30,0	210	100
Total	217	64,2	121	35,8	338	100

Sumber: Data Primer Terolah (2004), $X^2 = 7,461$; $P = 0,006$

Berdasarkan uji *Chi - Square* diperoleh nilai $X^2 = 7,461$; $P = 0,006$; dengan $\alpha = 0,05$; menunjukkan $P < \alpha$, maka H_0 ditolak, berarti pengaruh antara sikap santri dengan penyakit *scabies*. Sikap santri yang buruk, misalnya menganggap bahwa tidak akan dikatakan santri kalau kita tidak terkena *scabies* merupakan faktor yang berperan dalam kejadian *scabies*. Dengan adanya sikap tersebut, maka santri terkesan menerima penyakit *scabies* sebagai suatu penyakit yang wajib diderita, dan bukannya suatu penyakit yang bisa kita hindari bahkan sekalipun terkena bisa kita obati. Seorang santri sebuah pondok pesantren yang ada di daerah pantai menuturkan:

“Lah mas! Di sini ini yang namanya *gudig*, *gatel*, atau *panuen* itu ya sudah seperti makanan..., seperti kebutuhan. Sepertinya itu sudah jadi label yang sudah melekat di pondok pesantren. Santri sini sendiri, dan termasuk saya juga menganggap itu biasa saja, tidak ada yang perlu dirisaukan. Malah kalau santri sini ada yang belum terkena *gudig*, kita beri julukan santri titipan, maksudnya bukan santri beneran, gitu!”

Sikap santri yang cenderung menerima penyakit *scabies*, dan tidak berusaha untuk mengobati bisa merupakan faktor yang berperan dalam tingginya angka kejadian *scabies* di pondok pesantren. Untuk itu ke depan, perlunya pihak pondok pesantren dan petugas kesehatan memberikan pengertian dan pengetahuan yang benar mengenai penyakit gatal ini. Sehingga, santri sendiri bersikap bahwa *scabies* dan penyakit gatal lainnya itu bisa disembuhkan dan bukannya suatu penyakit yang “wajib” mereka derita.

Perilaku Sehat

Tabel 6 di bawah tampak bahwa santri yang mempunyai perilaku sehat hanya 163 santri, dan dari 163 santri tersebut 77 santri (47,2%) menderita *scabies*, dan hampir sebagian besar santri mempunyai perilaku buruk, yaitu sebesar 175 santri, kemudian dari 175 santri yang berperilaku buruk tersebut, 140 santri (80,0%) menderita *scabies*.

Tabel 6. Tabulasi Silang antara Perilaku Sehat santri dengan Kejadian *Scabies* pada Santri

Perilaku	Kejadian <i>Scabies</i>				Total	
	Positif		Negatif		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Baik	77	47,2	86	52,8	163	100
Buruk	140	80,0	35	20,0	175	100
Total	217	64,2	121	35,8	338	100

Sumber: Data Primer Terolah (2004), $X^2 = 40,828$; $P = 0,000$

Berdasarkan uji *Chi - Square* diperoleh nilai $X^2 = 40,828$; $P = 0,000$; dengan $\alpha = 0,05$; menunjukkan $P < \alpha$, maka H_0 ditolak, berarti pengaruh antara perilaku sehat santri dengan kejadian penyakit *scabies*. Hubungan yang bermakna antara perilaku santri dengan kejadian *scabies* bisa dimengerti karena dengan perilaku yang jelek, misalnya sering gontai-ganti baju antar teman, tidur bersama-sama dalam satu tempat tidur atau ruang kamar akan semakin besar kemungkinan terkena *scabies*. Baju yang dipakai individu yang sedang sakit, yang kemungkinan besar *sarcoptes scabiei* akan pindah ke baju tersebut, kemudian dipakai oleh orang lain yang sehat, maka dengan mudahnya *sarcoptes scabiei* tersebut berpindah dari baju ke individu sehat tersebut.

Perilaku tidak sehat santri bisa juga karena pengetahuan dan sikap santri mengenai kesehatan yang masih rendah. Dan santri sendiri, sebagian besar tidak mengetahui penyebab dari penyakit *scabies*, cara penularannya, serta bagaimana cara pengobatannya. Mereka tidak mengetahui kalau *scabies* disebabkan oleh kutu yang bisa berpindah dari satu orang ke orang lain, maupun dari orang ke benda, seperti pakaian kemudian ke orang lagi. Seorang santri menuturkan mengenai *scabies* ini:

“Saya kira *scabies* itu kaya penyakit alergi gitu, tidak disebabkan oleh hewan. Dan aku sendiri baru tahu sekarang, kalau itu disebabkan oleh tungau yang bisa berpindah-pindah. Padahal selama ini aku sering memakai baju bergantian dengan teman sekamar, yang teman-teman sekamar ku juga banyak yang sakit gatal seperti itu.”

Pengakuan santri di atas paling tidak bisa menguatkan tesis bahwa sebenarnya perilaku tidak sehat mereka tidak hanya disebabkan oleh sikap acuh mereka terhadap penyakit sendiri, tetapi bisa juga karena pengetahuan mereka yang rendah mengenai penyakit yang mereka derita.

Pengakuan santri lain, mengatakan bahwa mereka sering berganti baju antar teman, pakai handuk bergantian antar teman, tidur bersama-sama dengan teman dalam satu kamar dikarenakan supaya mereka tidak dianggap santri yang sok suci, santri yang tidak mau bergaul, serta dikatakan santri anaknya orang gedongan. Seorang santri dengan kalem menuturkan:

“Aku sendiri mas, kurang suka kalau bajuku dipinjam teman lain, handukku juga sering dipakai. Tetapi gimana lagi, kalau aku tidak meminjamkan baju atau handuk atau barang yang lain, mereka kemudian menjauhi aku. Mereka

menganggap kalau aku ini sombong, tidak suka berteman, tidak berjiwa sosial, atau kata-kata lain yang tidak enak didengar telinga.”

Ketika peneliti mewawancarai santri lain, yang biasa memakai dan meminjam baju temannya, santri tersebut mengatakan: “*kita kan teman, masak pinjam baju aja tidak boleh, wong baju tersebut tidak kita makan saja, kok!*” Dari pengakuan santri tersebut tampak bahwa perilaku mereka pakai baju bergantian antar teman, pakai handuk bergantian antar teman, serta terbiasa tidur bersama dengan tikar dan satu selimut bersama tersebut bukan merupakan perilaku yang jelek, tetapi merupakan bentuk persahabatan antar santri.

Untuk itu perlu bagi para santri ini diberikan informasi yang benar mengenai mana perilaku yang bisa dikatakan sehat dan mana perilaku yang tidak sehat. Dalam hal ini, sebaiknya pihak pondok pesantren dan pihak dinas kesehatan (Puskesmas) harus bersikap proaktif dalam memberikan informasi mengenai perilaku yang tidak sehat ini, dan mereka tidak hanya menunggu kalau ada permintaan dari santri satu pihak saja.

Hal ini juga diperkuat dengan hasil tabulasi silang antara perilaku sehat dengan kejadian *scabies*, dimana santri yang mempunyai perilaku sehat yang baik hanya 163 santri, dan dari 163 santri tersebut 77 santri (47,2%) menderita *scabies*, dan hampir sebagian besar santri yang mempunyai perilaku jelek, yaitu sebesar 175 santri, kemudian dari 175 santri yang berperilaku jelek tersebut, 140 santri (80,0%) diantaranya menderita *scabies*.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 217 santri (64,2%) menderita *scabies*, dan 121 santri (35,8%) tidak menderita *scabies* atau sehat. Berdasarkan uji statistic dengan Chi-square, terdapat hubungan antara pengetahuan santri dengan kejadian *scabies* ($p=0,003$), terdapat hubungan antara sikap santri dengan kejadian *scabies* ($p=0,006$), dan terdapat hubungan antara perilaku sehat santri dengan kejadian *scabies* ($p=0,000$).

Saran

Disarankan agar pertama, perlu adanya penyuluhan dan pelatihan secara teratur mengenai perilaku hidup sehat dan bersih bagi parasantri. Kedua, perlunya kerjasama dengan instansi lain, misalnya Puskesmas guna mencegah dan menanggulangi kejadian *scabies* pada santri. Ketiga, perlu penelitian lanjutan dengan metode dan ukuran yang lebih tepat untuk lebih mengetahui faktor-faktor penentu terjadinya *scabies* antara lain bagaimana secara tepat dapat menemukan *Sarcoptes scabiei*, larva, nimfa ataupun telurnya sebagai diagnosis yang tepat bagi *scabies*.

DAFTAR RUJUKAN

- Azwar, A. 1995. *Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: PT. Mutiara Sumber Widya.
- Casey, TM. 1981. Effective Treatment of Scabies and Pediculosis, dalam Scabies Saleha Sungkar. *Medical Progress*. Vol. 8 No. 10. hal. 27-31
- Kramer, WL. 1996. *Scabies: The Life Cycle, Symptoms, Diagnosis, and Treatment of Scabies Infestations in Human is Addressed*. Lincoln, Neb. : Cooperative Extension, Institute of Agriculture and Natural Resources, University of Nebraska-Lincoln.
- Kuspriyanto. 2002. Pengaruh Sanitasi dan Higiene Perorangan Terhadap Penyakit Kulit. *Tesis*. Surabaya: Program Pascasarjana Universitas Airlangga.
- Lemeshow, S. 1997. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Terjemahan dari Adequacy of sample Size in Health Studies oleh Dibyong Pramono. Yogyakarta: Gadjah mada University Press. hal 55-60.
- Soeharsono. 2002. *Zoonosis: Penyakit Menular dari Hewan ke Manusia*. Yogyakarta: Kanisius.
- Sungkar, S. 1997. Scabies. *Majalah Kedokteran Indonesia*. Vol. 47 No. 1. hal. 33-42