



**HUBUNGAN PENGETAHUAN TENTANG PENYAKIT
PEDIKULOSIS KAPITIS DAN PERILAKU KEBERSIHAN
DIRI DENGAN KEJADIAN PEDIKULOSIS KAPITIS PADA
SANTRIWATI ANGKATAN 2017 PONDOK PESANTREN
MODERN AL-MIZAN PANDEGLANG BANTEN**

Penelitian

Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas
Muhammadiyah Jakarta

Oleh :

Heryanto Syamsuddin

NIDN : 0304017206

HUBUNGAN PENGETAHUAN TENTANG PENYAKIT PEDIKULOSIS KAPITIS DAN PERILAKU KEBERSIHAN DIRI DENGAN KEJADIAN PEDIKULOSIS KAPITIS PADA SANTRIWATI ANGKATAN 2017 PONDOK PESANTREN MODERN AL-MIZAN PANDEGLANG BANTEN

Heryanto Syamsuddin

Dosen Prodi Kedokteran, Fakultas Kedokteran dan Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Jakarta

ABSTRAK

Latar Belakang: Pedikulosis kapitis adalah penyakit infeksi kulit kepala atau rambut pada manusia yang disebabkan oleh parasit *Pediculus humanus var. Capitis*. Hidup didaerah padat penduduk seperti di panti asuhan dan di asrama dapat mempercepat transmisi parasit ini. Dilaporkan bahwa pada salah satu asrama di Jakarta Timur ditemukan 100% santri putri yang menderita pedikulosis kapitis. Pengetahuan mengenai pedikulosis kapitis dan perilaku kebersihan diri merupakan beberapa faktor yang dapat berpengaruh terhadap kejadian pedikulosis kapitis.

Tujuan Penelitian: Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis dan perilaku kebersihan diri dengan kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.

Metodelogi Penelitian: Penelitian ini menggunakan metode analitik deskriptif dengan studi *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah santriwati angkatan 2017 sebanyak 102 responden yang diambil dengan dengan teknik sampling *simple random sampling*. Data diambil dengan kuesioner dan observasi dengan pemeriksaan fisik rambut kepala. Analisis data menggunakan uji *chi-square*.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 83 (81,4%) responden positif menderita pedikulosis kapitis. Sebagian besar responden sebesar 52% memiliki pengetahuan baik mengenai pedikulosis kapitis, sedangkan untuk perilaku kebersihan diri sebagian besar responden memiliki perilaku kebersihan diri yang buruk yaitu sebesar 55,9%. Hasil analisis statistik menunjukkan nilai untuk pengetahuan didapatkan p-value = 0,004 dan perilaku kebersihan diri dengan p-value = 0,035.

Kesimpulan: Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis dan perilaku kebersihan diri dengan kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.

Kata kunci: Pedikulosis kapitis, pengetahuan, kebersihan diri.

THE RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE ABOUT PEDICULOSIS CAPITIS DISEASE AND PERSONAL HYGIENE BEHAVIOUR WITH THE INCIDENCE OF PEDICULOSIS CAPITIS IN FEMALE STUDENTS OF 2017 AL-MIZAN ISLAMIC BOARDING SCHOOL PANDEGLANG BANTEN.

***Heryanto Syamsuddin**

** Lecturer in Medical Study Program, Faculty of Medicine and Health, University of Muhammadiyah Jakarta*

ABSTRACT

Background: *Pediculosis capitis is an infection of the scalp or hair in humans caused by the parasite *Pediculus humanus var. Capitis*. Living in a densely populated such as, in an orphanage and in a dormitory can accelerate the transmission of these parasites. It was reported that in one of the dormitories in East Jakarta found 100% of female students suffering from pediculosis capitis. Knowledge of capitis pediculosis and personal hygiene are some of the factors that can influence the incidence of pediculosis capitis.*

Objective: *To investigate the relationship between knowledge and personal hygiene with the incidence of pediculosis capitis in female students of 2017 Al- Mizan Islamic Boarding School Pandeglang Banten.*

Research Methodology: *This study used descriptive analytic with cross sectional study. The sample in this study was 102 respondents female students of 2017, taken by simple random sampling technique. The data taken by questionnaire and observation by physical examination of head hair. The data analysed by chi square test.*

Results: *The research results showed that 83 (81,4%) respondents had pediculosis capitis from 102 respondents. Most of the respondents 52% had good knowledge about pediculosis capitis, while for personal hygiene behavior most of the respondents had bad personal hygiene behavior that is equal to 55.9%. Statistical analysis showed that the value for knowledge p value = 0.004 and personal hygiene behavior with p value = 0.035.*

Conclusion: *There is a significant relationship between knowledge about pediculosis capitis disease and personal hygiene behavior with the incidence of pediculosis capitis in 2017 female students of Al-Mizan Islamic Boarding School Pandeglang Banten.*

Keywords: *Pediculosis capitis, knowledge, personal hygiene.*

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	i
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	ii
ABSTRAK	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	v
HALAMAN PENGESAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR BAGAN.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR ISTILAH	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
D. Manfaat Penelitian	5
1. Aspek Teoritis	5
2. Aspek Praktis dan Daya Guna.....	5
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	6
1. Waktu dan Tempat	6

2. Populasi dan Sampel.....	6
3. Keterbatasan Sumber Daya	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Landasan Teori.....	7
1. Pedikulosis Kapitis	7
a. Definisi.....	7
b. Epidemiologi.....	7
c. Etiologi.....	8
d. Siklus Hidup	10
e. Patogenesis.....	12
f. Cara Penularan	13
g. Faktor yang Mempengaruhi Kejadian	13
h. Gejala Klinis	16
i. Diagnosis	18
j. Diagnosis Banding.....	18
k. Tatalaksana	19
l. Pencegahan	23
2. Pengetahuan.....	25
a. Definisi.....	25
b. Cara Memperoleh Pengetahuan	25
c. Tingkat Pengetahuan.....	26
d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	27
3. Perilaku Kebersihan Diri	28
a. Definisi.....	28
b. Hal-hal yang Mencakup Perilaku Kebersihan Diri.....	29
c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kebersihan Diri.....	30
B. Kerangka Teori.....	33
C. Kerangka Konsep	xi..... 34

D.	Hipotesis Penelitian.....	34
E.	Pertanyaan Penelitian	34
BAB III	METODE PENELITIAN	36
A.	Jenis dan Desain Penelitian	36
B.	Tempat dan Waktu Penelitian	36
C.	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	36
1.	Variabel Penelitian	36
2.	Definisi Operasional.....	37
D.	Populasi dan Sampel	40
1.	Populasi	40
2.	Sampel	40
E.	Pengujian Instrumen Penelitian.....	41
F.	Teknik Pengumpulan Data.....	43
G.	Teknik Pengolahan Data	43
H.	Teknik Analisis Data.....	44
I.	Alur Penelitian	45
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	46
A.	Hasil Penelitian	46
1.	Gambaran Umum Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Putri	46
2.	Gambaran Karakteristik Responden Berdasarkan Usia	46
3.	Hasil Analisis Univariat	47
3.1	Gambaran Kejadian Pedikulosis Kapitis pada Responden	47
3.2	Gambaran Pengetahuan Responden Tentang Pedikulosis Kapitis.	50
3.3	Gambaran Perilaku Kebersihan Diri Responden	51
4.	Hasil Analisis Bivariat.....	51
4.1	Hubungan Pengetahuan Tentang Penyakit Pedikulosis Kapitis dengan Kejadian Pedikulosis Kapitis.....	51
4.2	Hubungan Perilaku Kebersihan diri dengan Kejadian Pedikulosis	

Kapitis	53
B. Pembahasan.....	54
1. Analisis Univariat.....	54
2. Analisis Bivariat	58
2.1 Hubungan Pengetahuan Tentang Penyakit Pedikulosis Kapitis dengan Kejadian Pedikulosis Kapitis.....	58
2.2 Hubungan Perilaku Kebersihan diri dengan Kejadian Pedikulosis Kapitis	61
C. Keterbatasan Penelitian	64
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	66
A. Kesimpulan	66
B. Saran.....	67
1. Untuk Pengurus Pondok Pesantren	67
2. Untuk Santriwati.....	67
3. Untuk Peneliti Selanjutnya	68
DAFTAR PUSTAKA	69

DAFTAR TABEL

Tabel 3.2.1 Definisi Operasional	37
Tabel 4.2.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia	47
Tabel 4.3.1.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Kejadian Pedikulosis Kapitis Responden pada Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten Tahun 2019 Berdasarkan Usia.....	47
Tabel 4.3.1.2 Distribusi Frekuensi Kejadian Pedikulosis Kapitis Responden pada Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten Tahun 2019 Berdasarkan Gejala.....	48
Tabel 4.3.1.3 Distribusi Frekuensi Kejadian Pedikulosis Kapitis Responden pada Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten Tahun 2019 Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Fisik Rambut Kepala	49
Tabel 4.3.2.1 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Tentang Penyakit Pedikulosis Kapitis pada Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten Tahun 2019	50
Tabel 4.3.3.1 Distribusi Frekuensi Perilaku Kebersihan Diri Responden pada Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten Tahun 2019.....	51
Tabel 4.4.1.1 Tabulasi Silang Hubungan antara Pengetahuan Tentang Penyakit Pedikulosis Kapitis dengan Kejadian Pedikulosis Kapitis pada Responden Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten tahun 2019.....	51
Tabel 4.4.2.1 Tabulasi Silang Hubungan antara Perilaku Kebersihan diri dengan Kejadian Pedikulosis Kapitis pada Responden Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten tahun 2019	53

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Telur kutu (nits).....	9
Gambar 2.2 Nimfa dan tuma dewasa	9
Gambar 2.3 Siklus hidup <i>Pediculus humanus var. Capitis</i>	10

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori	33
Bagan 2.2 Kerangka Konsep.....	34
Bagan 3.1 Alur Penelitian	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Permohonan dan Penjelasan.....	74
Lampiran 2. <i>Informed Consent</i>	75
Lampiran 3. Kuesioner	76
Lampiran 4. Validasi Kuesioner	80
Lampiran 5. Surat Etik	88
Lampiran 6. Surat Izin Penelitian.....	89
Lampiran 7. Hasil Olahan Data SPSS.....	91
Lampiran 8. Dokumentasi.....	98

DAFTAR ISTILAH

AAP	American Academy of Pediatrics
FDA	Food and Drug Administration
SPSS	Statistical Package for Social Science
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pedikulosis kapitis adalah penyakit infeksi kulit kepala atau rambut pada manusia yang disebabkan oleh parasit dan termasuk kedalam salah satu klasifikasi dari penyakit pedikulosis. Parasit yang menyebabkan kejadian penyakit pedikulosis kapitis adalah *Pediculus humanus var. capitis* (Menaldi, 2015). *Pediculus humanus var. capitis* merupakan ektoparasit yang hanya menyerang manusia serta bertahan hidup dengan menghisap darah dan berkembang di lapisan kulit kepala manusia (Mazurek & Lee, 2000).

Penyakit ini merupakan masalah kesehatan umum di seluruh dunia dan menyerang semua kelompok umur. Angka kejadiannya dimulai dari ratusan hingga jutaan kasus di seluruh dunia (Bohl et al., 2015). Infestasi tuma kepala ini merupakan infeksi yang masih sangat sering ditemukan, terjadi secara endemis di negara yang sedang berkembang dan secara epidermis di negara maju, kasus ini biasanya terjadi di sekolah dan di komunitas lain yang didominasi anak-anak (Brown et al., 2010). Dilaporkan bahwa penyakit ini sering terjadi di negara yang berkembang terutama pada masyarakat dengan sosial ekonomi rendah, yang memiliki prevalensi sekitar 40% (Lesshafft et al., 2013). Di Indonesia sendiri diperkirakan sekitar 15% anak Indonesia menderita mengalami kejadian pedikulosis kapitis (Eliska, 2015). Berdasarkan penelitian yang pernah dilakukan pada salah satu asrama di Jakarta Timur ditemukan terdapat 100% santri putri yang mengidap pedikulosis kapitis (Akhmad & Menaldi, 2012), sedangkan penelitian di sebuah Pondok Pesantren Yogyakarta pada tahun 2010 juga menunjukkan sebesar 71,3% santri putri yang terinfestasi pedikulosis kapitis (Restiana & Aminah, 2010). Hal ini membuktikan bahwa prevalensi pedikulosis kapitis di Indonesia masih terbilang cukup tinggi. Namun pada dasarnya secara umum prevalensi pedikulosis kapitis di Indonesia belum diketahui secara pasti, hal ini disebabkan karena masyarakat menganggapnya hanya sekedar gangguan biasa sehingga tidak perlu berobat ke dokter dan pedikulosis bukanlah

penyakit yang wajib dilaporkan (Hadidjaja & Margono, 2011). Di Amerika Serikat prevalensi tertinggi terdapat pada anak-anak, diperkirakan sekitar 6- 12 juta kasus per tahunnya (Bohl et al., 2015). Prevalensi pedikulosis kapitis pada anak-anak di Pulau Pinang, Malaysia sekitar 49% (M et al., 2010). Sedangkan di Bangkok, Thailand pada kelompok anak usia 12 tahun rasionya 26,07% dan untuk kelompok usia anak 8 tahun meningkat menjadi 55,89% (Rassami & Soonwera, 2012). Meskipun pedikulosis bukan masalah kesehatan utama, tetapi penyakit ini perlu mendapat perhatian karena sering menyerang anak-anak terutama pada kelompok usia 3-12 tahun dan dapat menyebabkan infeksi sekunder (Craig & Burkhart, 2012; Madke & Khopkar, 2012). Dilaporkan bahwa anak perempuan mempunyai risiko 2-4 kali lebih sering terinfeksi daripada anak laki-laki karena faktor rambut perempuan yang rata-rata berambut panjang (Madke & Khopkar, 2012).

Gejala awal yang timbul berupa rasa gatal terutama pada daerah oksiput dan temporal, yang dapat meluas ke seluruh kepala. Rasa gatal akan memicu penderita untuk menggaruk kepalanya sehingga dapat menimbulkan erupsi popular disertai ekskoriiasi yang dapat mengakibatkan terjadinya infeksi sekunder (Menaldi, 2015; Brown et al., 2010). Gejala lain dapat berupa gangguan tidur dan konsentrasi akibat rasa gatal yang berlebihan, tanda-tanda anemia, serta gangguan psikis seperti rasa malu dan lainnya (Sari & S, 2016). Penyebaran parasit *Pediculus humanus var. capitis* dapat secara langsung melalui kontak dengan kepala dan rambut penderita pedikulosis kapitis, maupun secara tidak langsung melalui pakaian atau barang-barang pribadi (kerudung, topi, bantal, selimut, sisir, sikat, pengering rambut, handuk, aksesoris rambut) yang digunakan oleh penderita (Hadidjaja & Margono, 2011; Craig & Burkhart, 2012). Kejadian pedikulosis kapitis dapat dipengaruhi oleh faktor sosio-ekonomi, usia, kepadatan penduduk, karakteristik individu (panjang rambut dan tipe rambut), tingkat pengetahuan, lingkungan dan kebersihan diri (F & FH, 2005).

Kebersihan diri sangat berpengaruh dengan kejadian pedikulosis kapitis. Karena penderita pedikulosis kapitis sering ditemukan pada orang yang kurang menjaga kebersihan dirinya, seperti kebiasaan untuk

menggunakan pakaian maupun barang pribadi milik orang lain secara bersama (Zubaidah et al., 2018). Hidup di daerah padat penduduk seperti di panti asuhan maupun di asrama dapat mempercepat transmisi *Pediculus humanus var. capitis* (Hadidjaja & Margono, 2011). Pondok pesantren merupakan salah satu lembaga pendidikan dengan karakteristik lingkungan yang padat. sehingga penyebaran penyakit dapat mudah terjadi terutama terkait dengan penyakit kulit, salah satunya pedikulosis kapitis. Pada penelitian yang dilakukan oleh Mona Zubaidah pada salah satu Pondok Pesantren di kabupaten Kutai Kertanegara menyebutkan bahwa risiko terjadinya penyebaran pedikulosis kapitis pada kalangan santri berkaitan dengan kurangnya pengetahuan santri mengenai pedikulosis kapitis terutama terkait dengan perilaku kebersihan diri yang masih buruk, salah satunya seperti saling menggunakan alas atau tempat tidur bersama (Zubaidah et al., 2018). Agama islam sendiri tidak memperbolehkan untuk tidur bersama dalam satu tempat tidur baik laki-laki dengan laki-laki maupun perempuan dengan perempuan, sesuai dengan hadits Nabi SAW sebagai berikut:

قال رسول الله ﷺ، “مروا أولادكم بالصلاة وهم أبناء سبع سنين واضربوهم عليها وهم أبناء عشر سنين وفرقوا بينهم في المضاجع

Rasulullah Saw. bersabda, “Perintahkanlah anak-anak kalian untuk salat ketika mereka umur tujuh tahun dan pukullah jika mereka telah berumur sepuluh tahun, dan pisahkan tempat tidur mereka.” (HR. Abu Daud).

Hadits lain mengatakan: “Janganlah pria melihat aurat pria yang lain dan janganlah seorang wanita melihat aurat wanita yang lain, dan janganlah pria berkumpul dengan pria lain dalam satu selimut, dan janganlah wanita berkumpul dengan wanita lain dalam satu selimut”. (HR. Muslim dan at-Tirmidzi).

Kebersihan memiliki peran yang sangat penting dalam agama islam, sehingga orang yang membersihkan diri atau mengusahakan kebersihan akan dicintai oleh Allah SWT. Sebagaimana firman Allah SWT dalam Qs. Al-Baqarah ayat 222 yang artinya “...Sesungguhnya Allah menyukai orang-

orang yang bertaubat dan menyukai orang-orang yang mensucikan diri”. Maka kita harus menjaga kebersihan diri dengan baik karena kebersihan akan memberikan banyak manfaat salah satunya dapat mencegah timbulnya suatu penyakit.

Berdasarkan uraian permasalahan diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan pengetahuan tentang pedikulosis kapitis dan kebersihan diri dengan kejadian pedikulosis kapitis di pondok pesantren.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang tertera di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan antara pengetahuan dan kebersihan diri terhadap kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan tentang pedikulosis kapitis dan perilaku kebersihan diri dengan kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran karakteristik kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten berdasarkan usia.
- b. Mengetahui gambaran gejala pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.
- c. Mengetahui gambaran hasil pemeriksaan fisik rambut santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten berkaitan dengan penyakit pedikulosis kapitis.

- d. Mengetahui pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.
- e. Mengetahui perilaku kebersihan diri santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.
- f. Mengetahui hubungan antara pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis dengan kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.
- g. Mengetahui hubungan antara perilaku kebersihan diri dengan kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Dapat memberikan informasi mengenai hubungan antara pengetahuan dan kebersihan diri terhadap kejadian pedikulosis kapitis.

2. Aspek Praktis dan Daya Guna

a. Bagi Peneliti

Dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti mengenai hubungan antara pengetahuan dan kebersihan diri terhadap kejadian pedikulosis kapitis.

b. Bagi Santriwati

Dapat memberikan ilmu dan pengetahuan tentang pentingnya menjaga kebersihan diri dengan baik sebagai tindakan dalam mencegah penularan pedikulosis kapitis.

c. Bagi Pesantren

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi para guru atau ustadz maupun para pengasuh pesantren dalam membuat kebijakan agar santriwati menerapkan pola kebersihan diri yang baik sebagai pencegahan penularan pedikulosis kapitis di lingkungan pesantren.

d. Bagi Peneliti Lain

Informasi dan hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi pengembangan penelitian berikutnya.

E. Ruang Lingkup Penelitian

1. Waktu dan Tempat

a. Waktu

Penelitian ini dilakukan pada bulan April sampai Mei tahun 2021.

b. Tempat

Penelitian ini dilakukan di Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.

2. Populasi dan Sampel

a. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.

b. Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah sebagian santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.

3. Keterbatasan Sumber Daya

Keterbatasan sumber daya dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Kurang tersedianya beberapa alat bantu yang digunakan dalam penelitian ini
- b. Sumber daya dalam penelitian ini kurang memadai sehingga penelitian sangat singkat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Pedikulosis Kapitis

a. Definisi

Pedikulosis kapitis adalah infeksi kulit dan rambut kepala pada manusia yang disebabkan oleh parasit atau tuma kepala, *Pediculus humanus var. capitis*. (Menaldi, 2015). *Pediculus* ini merupakan parasit obligat yang harus menghisap darah manusia untuk mempertahankan hidupnya (Mazurek & Lee, 2000). Nama lain dari penyakit ini adalah *head lice* atau penyakit kutu kepala.

b. Epidemiologi

Pedikulosis kapitis dapat terjadi di seluruh dunia dan dapat menyerang semua level masyarakat, semua kelompok etnis maupun semua kelompok umur (Bohl et al., 2015; Craig & Burkhart, 2012). Penyakit ini sering menyerang wanita baik pada anak usia muda maupun dewasa, terutama sering menyerang pada anak-anak usia 3-12 tahun dan cepat menyebar dalam lingkungan hidup yang padat, seperti di asrama dan panti asuhan (Menaldi, 2015; Siregar, 2014; Craig & Burkhart, 2012). Di Indonesia sendiri berdasarkan penelitian yang pernah dilakukan pada salah satu asrama di Jakarta Timur ditemukan terdapat 100% santri putri yang mengidap pedikulosis kapitis (Akhmad & Menaldi, 2012), sedangkan penelitian di sebuah Pondok Pesantren Yogyakarta pada tahun 2010 juga menunjukkan sebesar 71,3% santri putri yang terinfeksi pedikulosis kapitis (Restiana & Aminah, 2010). Namun secara umum prevalensi pedikulosis kapitis di Indonesia belum diketahui secara pasti, karena masyarakat masih menganggap bahwa penyakit ini hanya sekedar gangguan biasa sehingga tidak perlu berobat ke dokter dan bukan termasuk penyakit yang wajib dilaporkan (Hadidjaja & Margono, 2011). Di Amerika

Serikat diperkirakan sekitar 6-12 juta anak terinfeksi tiap tahunnya (Bohl et al., 2015). Prevalensi pedikulosis kapitis pada anak-anak di Pulau Pinang, Malaysia sekitar 49% (M et al., 2010). Sedangkan di Bangkok, Thailand pada kelompok anak usia 12 tahun rasionya 26,07% dan untuk kelompok usia anak 8 tahun meningkat menjadi 55,89% (Rassami & Soonwera, 2012). Peningkatan prevalensi penyakit ini tidak hanya terjadi pada golongan sosial ekonomi yang rendah, hal ini terjadi karena faktor kurangnya menjaga kebersihan pribadi dengan baik, peningkatan kepadatan penduduk serta kurangnya perhatian masyarakat dan pemerintah terhadap pedikulosis kapitis (Hadidjaja & Margono, 2011).

c. Etiologi

Penyakit ini disebabkan oleh parasit (serangga) milik ordo *Anoplura* yang tidak memiliki sayap dan dapat menghisap darah manusia, yaitu *Pediculus humanus var. capitis*. (Craig & Burkhart, 2012). *Pediculus humanus var. capitis* merupakan salah satu spesies dari tiga jenis ektoparasit lain yang dapat menyerang manusia yaitu, *Pediculus humanus var. corporis* dan *Phthirus pubis* (Menaldi, 2015). *Pediculus humanus var. capitis* termasuk ke dalam filum *Atropoda*, kelas *Insecta*, ordo *Anoplura*, subordo *Siphunculata*, family *Pediculidae* (Hadidjaja & Margono, 2011). Bentuk tubuhnya memanjang antara 1-2 mm dengan batas ruas yang jelas, dengan ujung posterior yang runcing, tidak bersayap dan tidak bisa melompat, tetapi bisa memanjat dengan cepat dari rambut ke rambut karena memiliki 3 pasang kaki seperti cakar yang digunakan untuk melekatkan diri pada rambut hospes (Mazurek & Lee, 2000; Craig & Burkhart, 2012).

Telur *Pediculus humanus var. capitis* berbentuk lonjong, berukuran 0,6-0,8 mm, berwarna putih dan memiliki operkulum berbentuk mahkota pada salah satu kutubnya yang berfungsi untuk mengalirkan udara dan jalan keluar embrio waktu menetas (Hadidjaja & Margono, 2011). Telur kutu dapat ditemukan di kepala pada bagian

mana saja, namun paling sering ditemukan di daerah oksipital dan postaurikular, karena proses inkubasi telur membutuhkan panas dan kelembaban dari kepala inang yang mana daerah tersebut merupakan daerah yang paling lembab (Mazurek & Lee, 2000).



Gambar 2.1 Telur kutu (nits)
(Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010)

Perbedaan morfologi nimfa dan tuma dewasa hanya terletak pada alat kelaminnya. Alat kelamin nimfa belum terbentuk dengan sempurna sedangkan pada tuma dewasa hampir sempurna. (Hadidjaja & Margono, 2011)



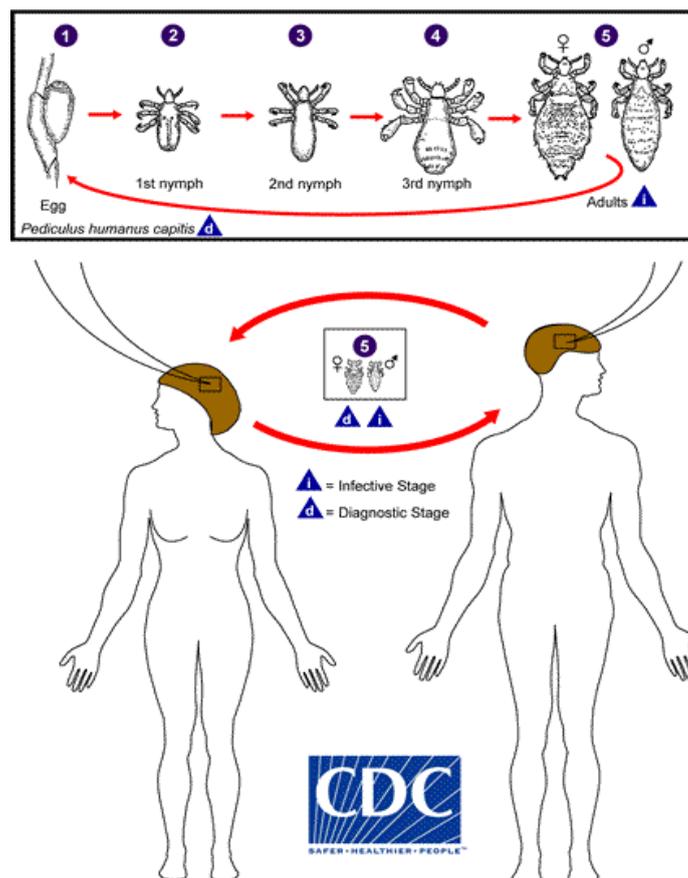
Gambar 2.2 Nimfa dan tuma dewasa
(Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010)

Tuma dewasa memiliki warna kecoklatan, berbentuk lonjong dan pipih dorsoventral, berukuran 1,0-1,5 mm dan memiliki panjang 2-3 mm. Badannya terdiri dari bagian kepala yang berbentuk segitiga, toraks yang terdapat 3 pasang kaki dan abdomen. Pada kepala terdapat

sepasang antena dan mulut berbentuk tusuk isap (*piercing-sucking*), sehingga tuma dapat menusuk kulit kepala dan menghisap darah sedikit demi sedikit (Hadidjaja & Margono, 2011). Tuma dewasa memiliki dua jenis kelamin yaitu jantan dan betina yang memiliki panjang 1,2-3,2 mm dan lebar kurang dari setengah panjangnya (Menaldi, 2015).

d. Siklus Hidup

Seluruh siklus hidup tuma kepala ini berlangsung di kulit kepala melalui 3 stadium yaitu, telur, nimfa dan tuma dewasa (Craig & Burkhart, 2012). Rata-rata waktu yang diperlukan untuk telur berkembang sampai menjadi tuma dewasa adalah selama 18 hari (Hadidjaja & Margono, 2011).



Gambar 2.3 Siklus hidup *Pediculus humanus var. Capitis* (Global Health, Division of Parasitic Diseases and Malaria, 2017)

Tiga tahapan siklus hidup *Pediculus humanus var. capitis*:

1. Telur (*nits*)

Telur *Pediculus humanus var. capitis* berbentuk oval, berukuran 0,8 mm x 0,3 mm dan biasanya berwarna kuning-putih (Global Health, Division of Parasitic Diseases and Malaria, 2017). Telur diletakkan di sepanjang rambut dan mengikuti tumbuhnya rambut. Telur-telur ini ditempatkan sekitar 1 mm dekat dengan kulit kepala sehingga panas dan kelembaban dari kepala inang akan menginkubasi telur (Mazurek & Lee, 2000), semakin ke ujung rambut semakin banyak telur yang lebih matang, yaitu telur yang sudah menetas menjadi nimfa yang biasanya terletak dalam jarak 6 mm dari kulit kepala. Telur membutuhkan waktu sekitar 1 minggu untuk menetas (\pm 6-9 hari), setelah 10 hari telur akan menetas menghasilkan larva yang disebut dengan nimfa (Global Health, Division of Parasitic Diseases and Malaria, 2017). Jarak telur kutu atau telur menetas dari kulit kepala dapat digunakan sebagai indikator berapa lama orang tersebut telah terinfeksi (Mazurek & Lee, 2000). Seekor kutu betina dapat bertelur sebanyak 150-230 butir telur dalam waktu 30 hari siklus hidupnya (Madke & Khopkar, 2012).

2. Nimfa

Setelah telur menetas dan menghasilkan nimfa, terjadi 3 kali pergantian kulit pada nimfa. Pergantian kulit ini terjadi karena nimfa memiliki kulit yang keras dan kaku sedangkan ukurannya semakin bertambah besar sehingga tidak dapat mengimbangi perubahan ukuran tubuhnya, maka kulit harus dilepas dan diganti dengan yang baru (Hadidjaja & Margono, 2011), sehingga kulit nimfa akan lebih terlihat menjadi kuning kusam dan tetap melekat pada batang rambut. Nimfa terlihat seperti tuma dewasa, tetapi memiliki ukuran yang lebih kecil. Nimfa akan matang setelah 3 kali berganti kulit dan menjadi dewasa sekitar 7 hari setelah

menetas (Global Health, Division of Parasitic Diseases and Malaria, 2017).

3. Tuma dewasa

Tuma atau kutu dewasa memiliki ukuran kurang lebih sebesar biji wijen, memiliki 6 kaki (masing-masing dengan cakar) dan berwarna kecoklatan sampai putih keabu-abuan. Pada orang yang memiliki rambut berwarna hitam, kutu dewasa akan tampak lebih gelap (Global Health, Division of Parasitic Diseases and Malaria, 2017). Tuma dewasa betina biasanya lebih besar daripada yang jantan dan tuma dewasa betina dapat meletakkan 7-10 telur dalam sehari ke rambut manusia menggunakan zat yang larut dalam air seperti bahan perekat, serta melekatkan 8 nimfa dalam satu hari (Mazurek & Lee, 2000). Kutu dewasa dapat hidup hingga 30 hari di atas kepala seseorang, namun mereka juga dapat mati dalam 1-2 hari jika tidak menghisap darah dalam beberapa kali sehari, karena kutu kepala adalah ektoparasit obligat yang hidup di kulit manusia dan hanya bisa bertahan hidup dengan darah manusia (Mazurek & Lee, 2000; Global Health, Division of Parasitic Diseases and Malaria, 2017). Kutu kepala menginfeksi kepala dan rambut dan menempelkan telurnya ke pangkal batang rambut. Kutu bergerak dengan cara merangkak, mereka tidak bisa melompat atau terbang karena tidak memiliki sayap. Seumur hidupnya seekor tuma dewasa bertelur sebanyak 50-150 butir dan dapat hidup selama 1 bulan (Hadidjaja & Margono, 2011; Frankowski & Bocchini, 2012).

e. Patogenesis

Ketika tuma atau kutu sedang menghisap darah, gigitan kutu dan air liurnya akan masuk ke dalam kulit kepala sehingga inang menjadi peka terhadap antigen kutu, kemudian terjadilah respons imun inang berupa pruritus atau rasa gatal. Sehingga kelainan kulit yang muncul merupakan akibat dari respon garukan yang dilakukan untuk

menghilangkan rasa gatal tersebut (Menaldi, 2015; Mazurek & Lee, 2000).

f. Cara Penularan

Secara umum parasit *Pediculus humanus var. capitis* dapat ditularkan secara kontak langsung *head-to-head* dengan orang yang terinfeksi. Kontak langsung ini biasanya terjadi pada waktu anak-anak sedang bermain, berolahraga, berkemah dan di tempat-tempat yang padat baik di rumah, sekolah dan tempat lainnya (Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010), dan secara tidak langsung melalui alat-alat pribadi seperti pakaian (kerudung, syal, mantel, topi, baju) bantal, selimut, helm, sisir, sikat, pengering rambut, handuk dan aksesoris rambut yang dipakai oleh orang yang terinfeksi (Craig & Burkhart, 2012). Kutu kepala tidak memiliki sayap dan tidak dapat melompat, sehingga mereka bergerak dengan cara merangkak dan memanjat dengan cepat dari rambut ke rambut dengan bantuan cakar di kakinya terutama ketika rambut sedang dalam kondisi kering (Mazurek & Lee, 2000). Sedangkan dalam kondisi rambut yang basah kutu kepala cenderung sulit untuk merangkak dengan cakarnya karena kondisi rambut yang licin (Frankowski & Bocchini, 2012). Sehingga *Pediculus humanus var. capitis* dengan mudah dapat menyebar dari kepala dan rambut orang yang terinfeksi ke kepala orang yang sehat.

g. Faktor yang Mempengaruhi Kejadian

Faktor-faktor risiko yang diduga mempengaruhi kejadian pedikulosis kapitis yaitu:

1. Jenis kelamin

Berdasarkan hasil dari beberapa penelitian dikatakan bahwa perempuan lebih sering terkena penyakit pedikulosis kapitis, hal ini dikarenakan rata-rata hampir semua perempuan memiliki rambut yang lebih panjang dari pada laki-laki dan perempuan biasanya lebih memiliki kebiasaan untuk memakai maupun

bertukar benda atau barang kepada orang lain (Frankowski & Bocchini, 2012; Natadisastra & Agoes, 2009).

2. Usia

Pedikulosis kapitis sering terjadi pada anak-anak terutama pada usia 3-12 tahun (Craig & Burkhardt, 2012). Dari penelitian yang dilakukan di Yogyakarta pada rentang usia 11-15 tahun menunjukkan bahwa semakin meningkatnya usia maka akan semakin menurunkan tingkat kejadian pedikulosis kapitis (Restiana & Aminah, 2010).

3. Bentuk rambut

Prevalensi pedikulosis kapitis pada orang kulit hitam lebih rendah dari orang kulit putih. Hal ini dikarenakan perbedaan karakteristik rambut, rambut orang kulit hitam sangat keriting dan mempunyai tekstur yang sangat keras, sedangkan orang kulit putih rata-rata berambut ikal atau lurus dan teksturnya lembut. Rambut yang lembut lebih disukai oleh *Pediculus humanus var. capitis* daripada rambut yang keras (Hadidjaja & Margono, 2011).

4. Panjang rambut

Orang dengan rambut panjang lebih sulit untuk membersihkannya dibandingkan dengan orang dengan rambut pendek. Sehingga orang yang berambut panjang lebih sering terkena pedikulosis kapitis (Natadisastra & Agoes, 2009). Selain itu orang yang memiliki rambut panjang dan lebat akan lebih sering terinfeksi tuma kepala karena *Pediculus humanus var. capitis* tidak dapat hidup pada rambut yang panjangnya kurang dari sepertiga inci (Hadidjaja & Margono, 2011).

5. Kebersihan diri

Penderita pedikulosis kapitis lebih banyak pada orang yang kurang menjaga kebersihan diri (Hadidjaja & Margono, 2011).

a. Frekuensi cuci rambut

Hasil penelitian yang dilakukan di Jordan menunjukkan bahwa 50,5% orang yang hanya mencuci rambutnya satu kali

dalam seminggu mudah terinfestasi kutu kepala, sehingga seringnya mencuci rambut akan berhubungan dengan kebersihan dari kulit kepala (AlBashtawy & Hasna, 2012). Seringnya mencuci rambut berhubungan dengan tingkat kebersihan rambut dan kulit kepala. Di Amerika Serikat mencuci kepala merupakan kebiasaan rutin sehari-hari, sehingga orang yang kurang menjaga kebersihan rambut kepalanya akan lebih sering terinfestasi pedikulosis kapitis (Frankowski & Bocchini, 2012).

b. Menggunakan sisir atau aksesoris rambut bersama

Menggunakan sisir atau aksesoris rambut bersama bisa meningkatkan penularan parasit *Pediculus humanus var. capitis*. Pada saat menggunakan sisir maupun aksesoris rambut seperti pita, topi, kerudung secara bersamaan akan membuat telur maupun tuma dewasa menempel pada benda-benda tersebut, sehingga orang yang tidak terinfestasi kutu akan tertular pedikulosis kapitis (Craig & Burkhart, 2012).

Berdasarkan penelitian di kota Assiut bahwa, kebiasaan berbagi barang pribadi seperti sisir, kerudung, aksesoris rambut, handuk, pakaian dan kebiasaan tidur diranjang yang sama merupakan faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian pedikulosis kapitis (El Magrabi et al., 2015):

c. Frekuensi mengganti sprei

Frekuensi mengganti sprei juga merupakan faktor risiko dari kejadian pedikulosis kapitis, karena sprei adalah lingkungan yang tidak bersahabat untuk kutu kepala dan sebagian kecil kutu kepala akan berpindah dari satu kepala ke kepala lain melalui sprei (Canyon & Speare, 2010).

d. Menggunakan Tempat Tidur atau bantal Bersama

Tuma dewasa dapat bertahan hidup di luar kulit kepala selama kurang dari 1 hari (≤ 24 jam) (Global Health, Division of Parasitic Diseases and Malaria, 2017). Sehingga apabila

seseorang yang terinfestasi *Pediculus humanus var.capitis* berbaring dan meletakkan kepala disuatu tempat seperti, di tempat tidur atau bantal maka kemungkinan besar ada tuma dewasa yang terjatuh. Sehingga dapat menyebabkan penyebaran *Pediculus humanus var.capitis* secara tidak langsung (Craig & Burkhart, 2012).

6. Pengetahuan

Berdasarkan penelitian, didapatkan bahwa tingginya angka kejadian pedikulosis kapitis di Afrika salah satunya disebabkan oleh belum tersedianya informasi mengenai ektoparasit tersebut secara merata di lingkungan sekolah. Pengetahuan yang baik juga akan meningkatkan kesehatan, sehingga semakin baik pengetahuan maka akan semakin menurunkan angka kejadian pedikulosis kapitis (Setyoasih & Suryani, 2016). Memiliki pengetahuan serta mampu menerapkannya dengan baik akan membantu baik dalam mengobati maupun mengintervensi penyakit pedikulosis kapitis (Aisy, 2018).

7. Sosial dan ekonomi

Penderita pedikulosis kapitis lebih banyak pada orang yang hidup dalam lingkungan sosial yang padat seperti panti asuhan, penjara, asrama, daerah kumuh dan sebagainya (Hadidjaja & Margono, 2011; Zubaidah et al., 2018). Tingkat sosial ekonomi yang rendah merupakan resiko yang signifikan dengan kejadian infestasi kutu kepala, dan juga dikarenakan ketidak mampuan untuk mengobati infestasi tersebut secara efektif (Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010; Frankowski & Bocchini, 2012).

h. Gejala Klinis

Pada umumnya gejala awal yang sering muncul dari pedikulosis kapitis adalah rasa gatal pada kepala terutama pada daerah oksipital dan temporal serta dapat meluas ke seluruh kepala (Menaldi, 2015).

Rasa gatal ini muncul akibat reaksi hipersensitivitas tipe lambat terhadap enzim yang ada di air liur kutu. Gejala ini semakin meningkat setelah 3-4 minggu dari infestasi awal *Pediculus humanus var. capitis* (Bohl et al., 2015). Dari gigitan kutu tersebut dapat menghasilkan gambaran makula atau papula eritematosa berukuran 2 mm (Craig & Burkhart, 2012). Karena gatal, maka akan muncul respon untuk menggaruk sehingga dapat terjadi erosi, ekskoriiasi maupun infeksi sekunder. Infeksi sekunder dapat terjadi dalam kasus pedikulosis kapitis dengan infestasi yang berat, rambut akan bergumpal akibat dari banyaknya pus dan krusta yang disebut dengan *plica polonica*, kondisi ini dapat menyebabkan kepala berbau busuk (Menaldi, 2015). Orang yang terinfestasi *Pediculus humanus var. capitis* sering merasakan sensasi menggelitik, merasakan seperti ada sesuatu yang merayap di kepala (Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010).

Gejala lain dapat muncul berupa demam ringan, pembesaran kelenjar getah bening, malaise, mudah marah dan sulit tidur oleh karena kutu lebih aktif pada saat malam hari (Madke & Khopkar, 2012; Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010). Gejala anemia pada anak usia sekolah dapat muncul akibat dari infestasi kutu kepala yang berlebihan (Madke & Khopkar, 2012). Penyakit ini juga dapat mengganggu proses belajar maupun prestasi anak karena penyakit ini sering dihubungkan dengan tingkat sosial ekonomi yang rendah, bahkan si penderita bisa terisolasi dari lingkungannya karena takut akan tertular, sehingga dapat menyebabkan gangguan psikis seperti rasa malu dan turunnya rasa percaya diri pada anak (Sari & S, 2016). Terdapat beberapa individu yang asimtomatik walaupun sudah terinfestasi kutu dan juga bisa menjadi karier (Craig & Burkhart, 2012).

i. Diagnosis

Pedikulosis kapitis dapat didiagnosis dengan menemukan telur, nimfa maupun tuma dewasa dari *Pediculus humanus var. capitis* pada rambut dan kulit kepala terutama di daerah oksipital dan retroaurikular (Craig & Burkhart, 2012). Penggunaan lensa pembesar dan sisir bergigi halus atau disebut dengan serit dapat membantu untuk menemukan telur, nimfa maupun kutu dewasa, karena nimfa dan kutu dewasa memiliki ukuran yang sangat kecil, bergerak cepat dan selalu menghindari cahaya sehingga sulit untuk ditemukan dengan mata telanjang (Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010). Menemukan telur kutu sendiri bukan termasuk diagnostik infestasi aktif. Namun jika telur kutu ditemukan sekitar 0,7 cm dari kulit kepala menunjukkan bahwa kemungkinan sedang terjadi infestasi aktif pada orang tersebut. Telur yang masih hidup atau yang baru diletakkan akan berwarna coklat, sedangkan sisa telur yang sudah menetas berwarna putih terang atau bening. Pemeriksaan lain yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis pedikulosis kapitis adalah dengan menggunakan lampu wood atau melakukan dermoskopi (I et al., 2008).

j. Diagnosis Banding

Terdapat beberapa penyakit kulit lain yang muncul dengan keluhan hampir sama seperti pada pedikulosis kapitis, sehingga pedikulosis kapitis perlu didiagnosis banding dengan dermatitis seboroik, tinea kapitis, impetigo krustosa, psoriasis dan piedra. (Menaldi, 2015; Craig & Burkhart, 2012). Dermatitis seboroik juga terdapat gatal dan plak eritematosa, tetapi disertai dengan skuama kuning dan dapat menyerang anggota tubuh berambut lainnya selain rambut kepala seperti, alis, lipatan nasolabial, dada, inguinal dan ketiak. Pada tinea kapitis juga memiliki gejala gatal dan memiliki gambaran klinis berupa papula eritematosa namun disertai dengan sisik halus dan alopesia. Impetigo krustosa disebabkan oleh bakteri yang menyerang

daerah wajah yaitu disekitar mulut dan lubang hidung yang menimbulkan gejala gatal disertai dengan eritema dan vesikel yang cepat memecah sehingga menjadi krusta kering berwarna kuning (Menaldi, 2015).

Pada penyakit psoriasis, gatal yang dirasakan tidak seberat gatal pada pedikulosis kapitis dan tidak hanya menyerang kulit kepala namun dapat menyerang kuku, siku, lutut dan daerah lipatan lainnya, serta memiliki gambaran klinis berupa plak eritematosa yang ditutupi skuama putih keperakan dengan batas tegas disertai titik perdarahan bila skuama lepas. Jenis penyakit piedra yang menyerang rambut kepala adalah piedra hitam. Penyakit ini ditandai dengan nodul hitam lonjong, keras dan multiple yang melekat erat pada rambut dan membuat rambut sering patah (Menaldi, 2015).

k. Tatalaksana

Tatalaksana pedikulosis kapitis bertujuan untuk mematikan semua telur dan kutu serta mengobati infeksi sekunder (Menaldi, 2015). Perawatan untuk kutu kepala direkomendasikan untuk orang yang didiagnosis dengan infestasi aktif. Beberapa ahli percaya bahwa tatalaksana dengan pengobatan profilaksis lebih bijaksana untuk orang-orang yang berbagi tempat tidur yang sama dengan orang yang terinfeksi secara aktif. Semua orang yang terinfestasi (anggota rumah tangga dan kontak dekat) dan teman sekamar mereka harus dilakukan penanganan dan pengobatan secara bersama-sama (Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010).

Tatalaksana non-medikamentosa pedikulosis kapitis berupa, menghilangkan telur kutu yang dapat dilakukan secara manual karena sebenarnya tidak ada agen insektisida topikal yang 100% efektif untuk menghilangkan telur kutu. Cara untuk menghilangkannya adalah dengan menyisir rambut menggunakan sisir bergigi yang halus dan membasahi rambut sebelum disisir (bisa dengan cuka atau asam asetat 4%) selama 3 menit agar mempermudah pengangkatan telur kutu.

Metode *wet combing* adalah metode lain yang bisa dilakukan untuk menghilangkan kutu dewasa secara mekanis menggunakan sisir basah. Menyisir dilakukan pada rambut yang basah, rambut dibasahi dengan pelumas tambahan seperti kondisioner rambut atau minyak kelapa selama 15-30 menit kemudian rambut disisir, menyisir diulangi setiap 2-3 hari sekali selama beberapa minggu (Madke & Khopkar, 2012). Sebaiknya pada keadaan infeksi sekunder yang berat rambut harus dicukur dan kebersihan merupakan syarat agar tidak terjadi residif. Mencukur rambut merupakan metode fisik yang dapat dilakukan untuk menghindari infestasi serta agar obat topikal tidak terhalang oleh rambut sehingga akan bekerja lebih baik (Craig & Burkhart, 2012).

Tatalaksana medikamentosa pedikulosis kapitis dapat dilakukan dengan pemberian obat oral atau obat topikal jenis pedikulosida yang merupakan zat insektisida, dapat membunuh nimfa dan tuma dewasa. Pengobatan secara oral adalah dengan pemberian *ivermectin* 200 µg/kg diulang dalam 10 hari atau dengan pemberian *sulfamethoxazole-trimethoprim* (Frankowski & Bocchini, 2012). Namun berdasarkan penelitian, pengobatan yang paling ampuh dan efektif untuk menangani pedikulosis kapitis adalah dengan obat topikal jenis pedikulosida (I et al., 2008). Berikut urutan obat-obat topikal dari lini pertama yang direkomendasikan untuk digunakan dalam pengobatan pedikulosis kapitis:

1. Permetrin

Nama dagang: nix, scabimite, scacid, pediTox

Permetrin adalah jenis piretroid sintetis yang memiliki efek toksisitas cukup rendah dan digunakan sebagai pengobatan lini pertama (Frankowski & Bocchini, 2012). Permetrin aman dan efektif digunakan untuk anak usia 2 bulan atau lebih bila digunakan sesuai petunjuk. Kerja permethrin adalah membunuh kutu bukan telur yang belum menetas (Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010). Obat ini tersedia dalam sediaan losion

1% dan krim 5% (Madke & Khopkar, 2012). Namun saat ini hanya losion permetrin 1% yang disetujui oleh Food and Drug Administration (FDA) untuk pengobatan kutu rambut (Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010). Sebelum pemakaian obat ini, rambut harus dicuci dan dikeringkan dengan handuk, lalu dioleskan pada rambut secukupnya dan biarkan selama 10 menit lalu rambut dibilas, disarankan agar pemakaian diulang dalam 7- 10 hari bila masih terlihat kutu yang hidup. Efek samping yang dilaporkan adalah pruritus, eritema, dan edema (Frankowski & Bocchini, 2012). Di Indonesia sendiri sediaan permetrin dalam bentuk losion 1% (pediTox) merupakan pedikulosida yang biasa digunakan sebagai pengobatan lini pertama karena mudah didapat dan cukup efektif untuk membasmi kutu kepala (Menaldi, 2015; Hadidjaja & Margono, 2011).

2. Piretrin dengan *piperonyl butoxide*

Piretrin berasal dari ekstrak alami bunga krisan. Obat ini boleh digunakan untuk usia 2 tahun keatas (Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010). Penggunaan pietrin tidak direkomendasikan untuk orang yang alergi terhadap tanaman krisan dan ragweed karena dapat menimbulkan reaksi alergi berupa gatal, kemerahan atau pembengkakan kulit kepala maupun iritasi mata (Mazurek & Lee, 2000). Sebagian besar produk yang dijual bebas adalah dalam bentuk sampo yang diaplikasikan pada rambut kering dan dibiarkan selama 10 menit lalu dibilas, penggunaannya diulang dalam 7-10 hari (I et al., 2008).

3. Lindane (*gamma benzene heksaklorida* 1%)

Nama dagang: MGP lindane shampoo usp 1%, scaboma, licend, peditox, ascabiol, scabicide

Lindane atau yang biasa disebut gamma benzene heksaklorida adalah senyawa organoklorida yang mempunyai efek toksisitas pada sistem saraf manusia. American Academy of Pediatrics (AAP) tidak lagi merekomendasikannya sebagai pedikulosida,

sedangkan Food and Drug Administration (FDA) memperbolehkan penggunaannya dalam bentuk sampo 1% dengan resep dokter tetapi tidak untuk dipergunakan sebagai lini pertama. Lindane dikontraindikasikan pada bayi dan anak-anak, orang dengan HIV, gangguan kejang, wanita yang sedang hamil atau menyusui, kulit yang sedang mengalami luka atau iritasi, orang tua, dan orang yang beratnya kurang dari 50 kg. Cara pemakaiannya adalah dengan mengaplikasikannya tidak lebih dari 4 menit, lalu dibilas dengan air bersih dan dilakukan berulang dalam 9-10 hari. Obat ini hanya digunakan untuk pasien yang tidak respon terhadap pengobatan lini pertama, sehingga hanya digunakan sebagai pengobatan lini kedua (I et al., 2008). Efek toksik dapat diminimalkan dengan menerapkan sejumlah kecil obat untuk periode yang lebih pendek dari periode normal, dengan menghindari luka terbuka, mata dan mulut, dan dengan tidak mengulangi pengobatan atau dengan memaksimalkan waktu antara perawatan (Wooltorton, 2003). Namun di Indoneisa sendiri obat ini termasuk mudah didapat dan cukup efektif dalam menangani kutu rambut, tersedia dalam bentuk krim gama benzene heksaklorida 1%. Cara pemakaiannya adalah dengan mendiamkan selama 12 jam setelah krim dioleskan, kemudian dicuci dan disisir dengan serit agar semua kutu dan telur terlepas.

4. Benzyl alcohol 5%

Benzyl alcohol adalah alkohol aromatik yang tersedia dengan resep dokter. Losion Benzyl alkohol, 5% telah disetujui oleh FDA (Food and Drug Administration) untuk pengobatan kutu kepala pada anak-anak berusia 6 bulan atau lebih dan dianggap aman dan efektif bila digunakan sesuai petunjuk (Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010). Pemakaiannya dengan cara dioleskan selama 10 menit dan diulang dalam 7 hari setelah perawatan pertama. Efek samping yang paling umum setelah perawatan

adalah pruritus, eritema, pioderma, dan iritasi mata (Frankowski & Bocchini, 2012).

5. Malathion 0,5%

Nama dagang: Lice Care Malathion Lotion

Malathion adalah jenis organofosfat yang boleh digunakan untuk usia 6 tahun keatas. Bentuk sediaan yang boleh digunakan sebagai pengobatan kutu rambut adalah dalam bentuk losion yang aman dan efektif bila digunakan sesuai petunjuk. Penggunaan malathion losion tidak boleh dalam kondisi rambut yang basah dan tubuh harus jauh dari sumber panas atau listrik, karena malathion losion bersifat mudah terbakar dan dapat menyebabkan iritasi pada kulit (Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010). Cara penggunaannya adalah dengan mengaplikasikannya pada rambut yang kering lalu dibilas setelah 8-12 jam pemakaian dan diulang dalam 7-9 hari jika masih ada kutu yang hidup (Frankowski & Bocchini, 2012).

Namun dilaporkan bahwa banyak ditemukan kejadian resistensi terhadap pedikulosida tersebut. Hal ini diperkirakan berkaitan dengan kesalahan dalam mengaplikasikan obat, ketidakpatuhan dalam pemakaian, infestasi yang banyak dan berulang, atau penurunan kepekaan kutu terhadap pedikulosida tersebut (I et al., 2008).

Pada keadaan Infeksi sekunder berikan terlebih dahulu obat antibiotik sistemik dan topikal seperti Eritromisin, Cloxacilin dan Cephalexin kemudian diikuti dengan pemberian obat topikal seperti yang diuraikan diatas dalam bentuk sampo.

1. Pencegahan

Untuk membantu mencegah dan mengendalikan penyebaran kutu adalah dengan melakukan dua metode pencegahan yaitu mencegah penularan langsung dan tidak langsung (Craig & Burkhart, 2012; Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010):

a. Metode pencegahan penularan langsung:

Menghindari adanya kontak langsung rambut dengan rambut ketika sedang bermain, beraktivitas dirumah maupun di sekolah, dan di tempat manapun (Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010).

b. Metode pencegahan penularan tidak langsung :

1. Tidak menggunakan sisir, sikat, atau handuk secara bersama-sama. Bila ingin menggunakan sisir atau sikat yang telah digunakan oleh orang yang terinfeksi kutu maka lakukan desinfeksi terlebih dahulu dengan merendamkan sisir dan sikat di air panas dengan suhu sekitar 65° C selama 15 menit (Craig & Burkhart, 2012).
2. Tidak menggunakan pakaian seperti topi, scarf, mantel, kerudung, seragam olahraga, pita dan jepit rambut secara bersamaan (Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010).
3. Tidak berbaring di tempat tidur, sofa, bantal, karpet maupun boneka yang baru kontak langsung dengan orang yang terinfeksi (Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010).
4. Mencuci dan mengeringkan pakaian, perlengkapan tempat tidur dan barang-barang lain yang telah digunakan oleh orang yang terinfeksi. Pakaian dan barang-barang yang tidak bisa dicuci bisa dibersihkan dan dikeringkan atau dimasukkan ke dalam kantong plastik dan disimpan selama 2 minggu (Craig & Burkhart, 2012; Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010).
5. Membersihkan lantai, karpet, perabotan dan tempat yang sebelumnya pernah ditempati oleh orang yang terinfeksi (Craig & Burkhart, 2012).

2. Pengetahuan

a. Definisi

Ilmu pengetahuan adalah suatu pengetahuan yang bersifat umum atau menyeluruh, memiliki metode yang logis dan terurai secara sistematis. Menurut Notoatmodjo (2014) bahwasannya, pengetahuan merupakan hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui indera yang dimilikinya. Pengetahuan tiap orang akan berbeda-beda tergantung dari bagaimana pengindraannya masing-masing terhadap objek atau sesuatu (Masturoh & T, 2018). Berdasarkan informasi yang diperoleh dari WHO (World Health Organization) bahwa, salah satu bentuk objek kesehatan dapat berupa penjelasan dari pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri (Wawan & Dewi, 2010).

b. Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2014) cara untuk memperoleh pengetahuan dibagi ke dalam 2 bagian besar, yaitu (Masturoh & T, 2018):

1. Cara Non Ilmiah atau Tradisional

Cara ini biasa dilakukan oleh manusia pada zaman dahulu kala untuk memecahkan masalah termasuk dalam menemukan teori atau pengetahuan baru ketika belum ditemukannya cara dengan metode ilmiah. Cara-cara tersebut melalui: cara uji coba (trial and error), cara otoritas atau kekuasaan, pengalaman pribadi, secara kebetulan, cara akal sehat, kebenaran melalui wahyu, kebenaran secara intuitif, melalui jalan pikiran, induksi dan deduksi.

2. Cara Ilmiah atau Modern

Cara ilmiah ini dilakukan melalui cara yang ilmiah, logis dan sistematis dalam bentuk metode penelitian. Penelitian dilaksanakan melalui uji coba terlebih dahulu sehingga instrumen yang digunakan valid dan reliabel, hasil penelitiannya dapat digeneralisasikan pada populasi, dan pengetahuan maupun kebenaran yang diperoleh juga dapat dipertanggungjawabkan karena telah melalui serangkaian proses yang ilmiah.

c. Tingkat Pengetahuan

Tahapan pengetahuan menggambarkan tingkatan pengetahuan yang dimiliki seseorang setelah melalui berbagai proses seperti mencari, bertanya, mempelajari atau berdasarkan pengalaman. Menurut Notoatmojo (2014) secara garis besar terdapat 6 tingkatan pengetahuan, yaitu (Masturoh & T, 2018):

1. Tahu (*know*)

Tingkatan pengetahuan pada tahap ini merupakan tingkatan yang paling rendah, karena pengetahuan yang dimiliki hanya sebatas mengingat kembali apa yang telah dipelajari sebelumnya. Kemampuan pengetahuan pada tingkatan ini seperti, dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan. Contohnya: menyebutkan definisi pengetahuan, menyebutkan definisi rekam medis, atau menguraikan tanda dan gejala suatu penyakit.

2. Memahami (*comprehension*)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini adalah mampu menjelaskan tentang objek atau sesuatu dengan benar. Seseorang yang sudah faham tentang pelajaran atau materi yang telah diberikan dapat menjelaskan, menyimpulkan, dan menginterpretasikan objek atau sesuatu yang telah dipelajarinya. Contohnya dapat menjelaskan tentang pentingnya dokumen rekam medis.

3. Aplikasi (*application*)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini dapat menerapkan atau mengaplikasikan materi yang telah dipelajarinya pada situasi kondisi nyata atau sebenarnya.

4. Analisis (*analysis*)

Pada tingkatan ini seseorang mampu menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen yang ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis yang dimiliki yaitu dapat

membedakan atau membandingkan, menggambarkan (membuat bagan) mapupun memisahkan dan mengelompokkan.

5. Sintesis (*synthesis*)

Pengetahuan yang dimiliki adalah kemampuan seseorang dalam mengaitkan berbagai elemen atau unsur pengetahuan yang ada menjadi suatu pola baru yang lebih menyeluruh. Kemampuan sintesis ini seperti merencanakan, mengkategorikan, mendesain, menyusun dan menciptakan. Contohnya adalah membuat desain form rekam medis dan menyusun alur proses rawat jalan atau rawat inap.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Pengetahuan yang dimaksud pada tahap ini berupa kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Evaluasi dapat digambarkan sebagai proses memperoleh, merencanakan dan menyediakan informasi yang sangat dibutuhkan untuk membuat alternatif keputusan.

d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

a. Faktor Internal (Wawan & Dewi, 2010)

1. Pendidikan

Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan yang dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk perilaku dan pola hidupnya. Pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah untuk menerima dan memahami informasi.

2. Pekerjaan

Pekerjaan adalah sesuatu yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupan seseorang. Sehingga dengan bekerja akan berpengaruh terhadap kehidupan keluarga.

3. Usia

Usia adalah umur individu yang dihitung sejak saat dilahirkan sampai berulang tahun. Usia dapat berpengaruh terhadap pola pikir dan daya tangkap seseorang. Semakin bertambahnya usia seseorang, akan membuat daya tangkap serta pola pikirnya semakin berkembang dan dalam berfikir maupun bertindak pun akan lebih matang.

b.

Faktor eksternal

1. Lingkungan

Lingkungan merupakan kondisi yang ada disekitar manusia yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku seseorang atau suatu kelompok.

2. Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat berpengaruh terhadap sikap seseorang dalam menerima informasi (Wawan & Dewi, 2010).

3. Informasi

Menurut Long (1996) informasi memiliki peran penting untuk membantu mengurangi rasa cemas. Informasi akan meningkatkan tingkat pengetahuan seseorang terhadap suatu hal (Nursalam & S, 2010).

3. Perilaku Kebersihan Diri

a. Definisi

Perilaku kebersihan diri atau disebut *personal hygiene* berasal dari bahasa Yunani yang terdiri dari dua kata yaitu, *personal* yang berarti perorangan dan *hygiene* berarti sehat. Kebersihan perorangan merupakan suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang yang bertujuan untuk mewujudkan kesejahteraan fisik dan psikis (Tartowo & Wartonah, 2010). *Personal hygiene* atau kebersihan diri merupakan bentuk perawatan diri sendiri untuk

mempertahankan kesehatan secara fisik maupun psikologis, sehingga kurangnya perawatan diri menunjukkan bahwa seseorang tidak mampu untuk merawat kebersihan dirinya sendiri (Potter & Perry, 2005; Hidayat et al., 2006). Menurut UNICEF, kegiatan membersihkan seluruh bagian tubuh termasuk rambut, wajah, tubuh, tangan dan kaki merupakan suatu bentuk kegiatan kebersihan diri.

b. Hal-hal yang Mencakup Perilaku Kebersihan Diri

Menurut Perry (2005) pemeliharaan perilaku kebersihan diri diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan dan kesehatan. Maka yang termasuk pemeliharaan kebersihan diri adalah sebagai berikut (Potter & Perry, 2005):

a. Kebersihan Kulit

Kebersihan kulit merupakan cerminan kesehatan yang paling pertama. Dalam memelihara kebersihan kulit perlu memperhatikan beberapa hal berikut seperti:

1. Menggunakan barang milik pribadi dalam keperluan sehari-hari
2. Mandi minimal 2 kali sehari dan memakai sabun
3. Menjaga kebersihan pakaian dan kebersihan lingkungan
4. Makan yang bergizi terutama buah dan sayur

b. Kebersihan rambut

Dengan selalu memelihara kebersihan rambut dan kulit kepala akan membuat rambut menjadi bersih, indah dan tidak berbau. Dalam menjaga kebersihan rambut dapat dilakukan dengan mencuci rambut menggunakan pembersih atau shampoo paling sedikit 2 kali dalam seminggu dan sebaiknya menggunakan alat perawatan rambut milik pribadi.

c. Kebersihan gigi

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menjaga kesehatan gigi adalah menggosok gigi dengan benar dan teratur setiap sehabis makan, memakai sikat gigi sendiri, menghindari makan-makanan

yang merusak gigi, membiasakan makan buah-buahan yang menyehatkan gigi dan memeriksa gigi secara teratur.

d. Kebersihan telinga

Hal yang diperhatikan dalam kebersihan telinga adalah membersihkan telinga secara teratur serta tidak mengorek telinga dengan benda tajam.

e. Kebersihan Tangan, Kaki, dan Kuku

Mencuci tangan sebelum makan, memotong kuku secara teratur, menjaga kebersihan lingkungan dan mencuci kaki sebelum tidur merupakan bentuk dari menjaga kebersihan tangan, kaki dan kuku. Dengan menjaga kebersihan tangan, kaki dan kuku dapat mencegah tubuh kita dari serangan berbagai penyakit.

f. Kebersihan pakaian

Pakaian salah satunya berfungsi untuk mencegah masuknya bibit penyakit dan membantu mengatur suhu tubuh. Beberapa penyakit dapat ditularkan melalui pakaian, maka janganlah membiasakan menggunakan pakaian milik orang lain. Dalam sehari, pakaian dapat menyerap banyak keringat, lemak dan kotoran yang dikeluarkan oleh tubuh. Sehingga perlu untuk menjaga kebersihan pakaian dengan cara mengganti pakaian setiap hari atau bila pakaian sudah kotor dan badan sudah berkeringat (Maryunani, 2013).

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kebersihan Diri

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kebersihan diri adalah : (Potter & Perry, 2005; Kasiati & ROsmalawati, 2016)

1. *Body image*

Gambaran individu terhadap penampilan umum dirinya akan mempengaruhi kebersihan diri seseorang, misalnya dengan adanya perubahan fisik pada masa remaja akan membuat pola perilaku kebersihan diri seseorang berubah.

2. Praktik sosial

Kelompok sosial dapat mempengaruhi praktik kebersihan diri seseorang. Pada masa anak – anak dalam menjaga kebersihan dirinya cenderung mendapatkan didikan dari orangtua, sehingga dalam melakukan praktik kebersihan diri akan mengikuti kebiasaan dari orangtua dan lingkungan keluarganya. Pada masa remaja perhatian pada perilaku kebersihan diri dipengaruhi oleh teman. Pada dewasa, teman dan kelompok kerja dapat mempengaruhi perilaku kebersihan diri. Sedangkan pada lansia praktik kebersihan diri dapat berubah karena pengaruh kondisi hidup. Hal tersebut dapat mempengaruhi karakteristik perilaku kebersihan diri yang berbeda-beda pada tiap individu.

3. Status sosial ekonomi

Dalam melakukan praktik kebersihan diri, membutuhkan sarana dan prasarana serta alat dan bahan tertentu (seperti kamar mandi, sabun, shampo, dan lain lain) yang semuanya memerlukan uang untuk mendapatkannya (Nancy Roper, 2002). Sehingga keadaan ekonomi seseorang akan mempengaruhi tingkat praktik kebersihan diri yang akan dilakukan.

4. Pengetahuan

Pengetahuan mengenai perilaku kebersihan diri sangat penting bagi kesehatan dan mempengaruhi praktik perilaku kebersihan diri. Semakin baik pengetahuan seseorang maka, semakin baik pula pemeliharaan perilaku kebersihan diri orang tersebut.

5. Budaya

Budaya, kepercayaan dan nilai pribadi akan mempengaruhi perilaku kebersihan diri. Dengan budaya yang berbeda maka perilaku kebersihan diri tiap orang pun akan berbeda.

6. Kebiasaan

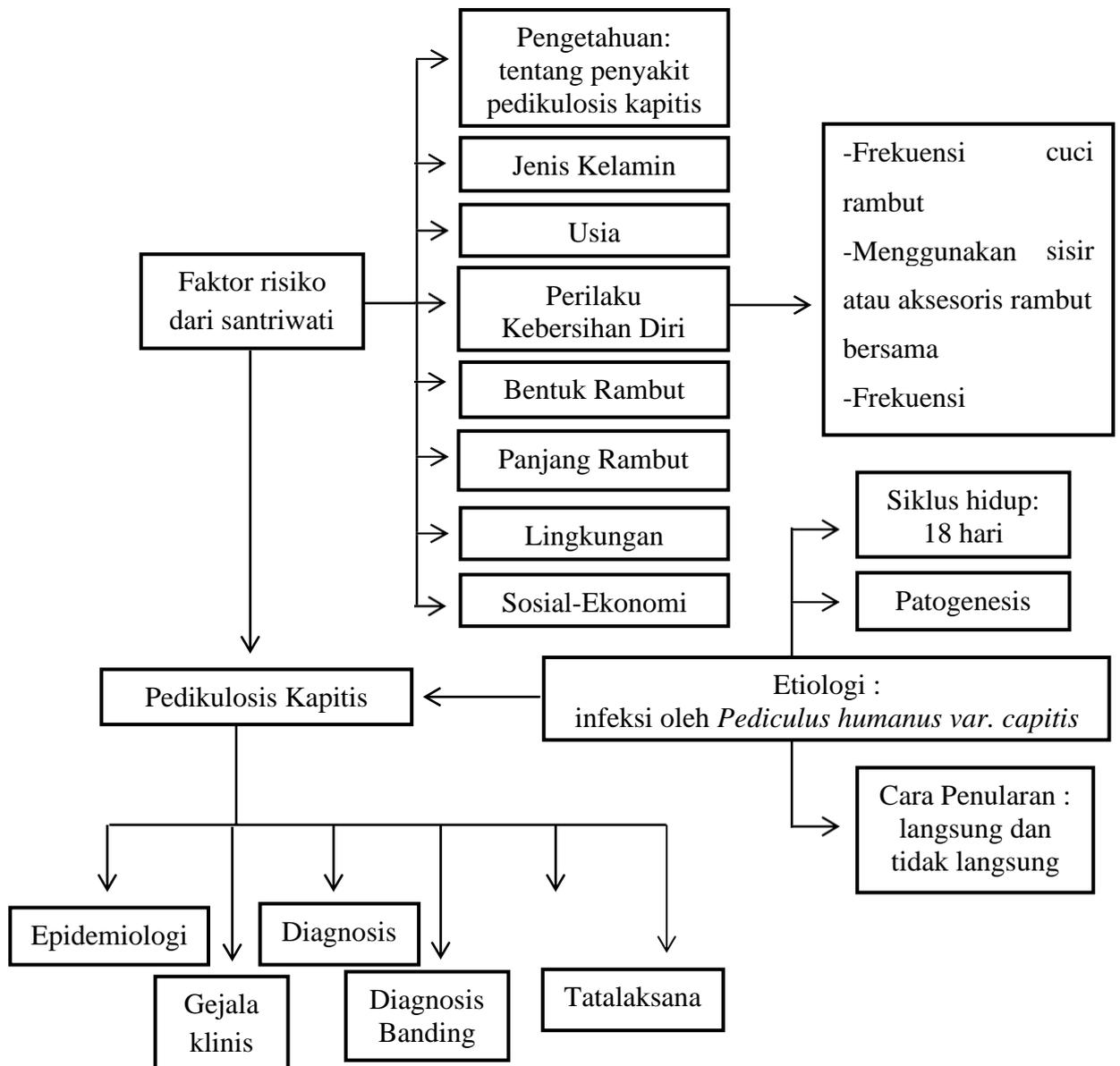
Setiap individu memiliki kebiasaan dan selera tersendiri dalam melakukan perawatan perilaku kebersihan diri, seperti kapan akan

melakukan kegiatan mandi, keramas, memotong kuku dan sebagainya.

7. Kondisi fisik atau psikis

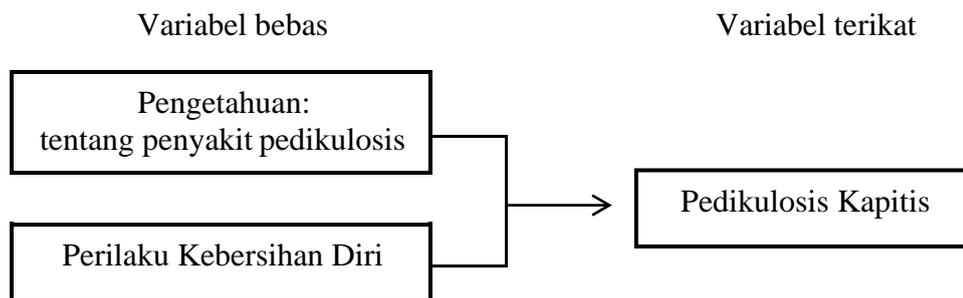
Pada keadaan tertentu seperti sakit, kemampuan untuk merawat diri seseorang akan berkurang. Kondisi ini akan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya dan tingkat kesehatannya. Sehingga dalam melakukan perawatan kebersihan diri orang tersebut bergantung pada bantuan orang lain.

B. Kerangka Teori



Bagan 2.1 Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Bagan 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis Penelitian

Adapun hipotesis dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. H_0 : Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis dan perilaku kebersihan diri dengan kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.
- b. H_a : Terdapat hubungan antara pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis dan perilaku kebersihan diri dengan kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.

E. Pertanyaan Penelitian

- a. Bagaimana gambaran karakteristik kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten berdasarkan usia?
- b. Bagaimana gambaran gejala pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten?
- c. Bagaimana gambaran hasil pemeriksaan fisik rambut santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten berkaitan dengan penyakit pedikulosis kapitis?

- d. Bagaimana pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten?
- e. Bagaimana perilaku kebersihan diri santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.
- f. Apakah terdapat hubungan antara pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis dengan kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten?
- g. Apakah terdapat hubungan antara perilaku kebersihan diri dengan kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten?

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dengan metode analitik deskriptif dan dengan desain studi *cross sectional*, yaitu penelitian yang dilakukan dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data yang dilakukan sekaligus dalam satu waktu untuk mengetahui hubungan pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis dan perilaku kebersihan diri dengan kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten (Notoatmodjo, 2012).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten pada bulan April sampai Mei 2021.

C. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

1. Variabel Penelitian

a. Variable Terikat (Dependen)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kejadian pedikulosis kapitis di Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.

b. Variable Bebas (Independen)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis dan perilaku kebersihan diri.

2. Definisi Operasional

Tabel 3.2.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Gejala pedikulosis kapitis	Gejala klinis yang dirasakan responden berkaitan dengan penyakit pedikulosis kapitis	Pengisian kuesioner	Kuesioner	1. Ya 2. Tidak	Nominal
2.	Kejadian pedikulosis kapitis	Kejadian infeksi kulit dan rambut kepala yang disebabkan oleh kutu penghisap darah di kepala manusia, <i>Pediculus humanus var. capitis</i>	Observasi dengan melakukan pemeriksaan fisik rambut	Sisir serit	1. Positif : bila ditemukan telur, nimfa atau kutu dewasa (<i>pediculus humnus var. capitis</i>) di kulit kepala atau rambut 2. Negatif : bila tidak ditemukan telur, nimfa atau kutu	Ordinal

					dewasa (<i>pediculus humnus var. capitis</i>) di kulit kepala atau rambut	
3.	Pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis	Pengetahuan tentang penyakit pedukolosis kapitis mulai dari penyebab, gejala, komplikasi, cara penularan, sampai faktor terkait dengan kejadiannya	Pengisian Kuesioner	Kuesioner	Jawaban responden: 1. Baik 2. Kurang	Ordinal

4	Perilaku	Bentuk	Pengisian	Kuesioner	Jawaban	Ordinal
	kebersihan diri	perawatan diri untuk mempertahankan kesehatan secara fisik maupun psikologis, dalam hal ini upaya kebersihan diri santri sebagai tindakan untuk memelihara kebersihn dan kesehatannya dalam mencegah dan menghadapi pedikulosis kapitis	Kuesioner		responden: 1. Baik 2. Buruk	

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten yang berjumlah 136 orang.

2. Sampel

Sampel menurut Hadi (2000 : 77) adalah sebagian dari keseluruhan individu yang menjadi objek penelitian (Sutrisno, 2002). Agar jumlah sampel yang digunakan proporsional dengan jumlah populasi maka jumlah sampel diperoleh dari penghitungan dengan rumus tertentu.

Rumus yang digunakan dalam penelitian ini adalah rumus slovin, berikut perhitungan menggunakan rumus slovin (Sugiyono, 2006; Sujarweni, 2018).

$$n = \frac{N}{1 + N e^2}$$

Keterangan:

n : Ukuran sampel

N: Ukuran populasi

e : Persen kelonggaran kesalahan ketidak telitian dalam pengambilan sampel yang dapat ditolelir (e dalam penelitian ini ditentukan sebesar 5%).

Berdasarkan rumus tersebut dengan populasi yang diambil sebanyak 136 orang santri angkatan 2017 (kelas 3 SMP) pada Pondok Pesantren Al mizan, maka ukuran sampel minimal yang dapat diteliti adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N e^2} = \frac{136}{1 + 136 (0,05)^2} = \frac{136}{1,34} = 101,49 \sim 102 \text{ orang}$$

Jadi jumlah sampel yang akan diteliti adalah 102 orang. Metode pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik *simple random sampling* yaitu dengan cara mengambil beberapa orang secara acak dari masing-masing kelas, 2 kelas diambil masing-masing sebanyak 25 orang responden dan 2 kelas lainnya masing-masing diambil sebanyak 26 orang responden.

Adapun kriteria dalam pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

1. Santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten yang bersedia menjadi subjek penelitian.
2. Santriwati yang mendapatkan penjelasan mengenai penelitian dan telah menandatangani *informed consent*.

b. Kriteria eksklusi

1. Santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten yang tidak hadir pada saat penelitian berlangsung.

E. Pengujian Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian atau alat ukur yang akan digunakan dalam pengumpulan data pada penelitian ini adalah berupa kuesioner pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis, perilaku kebersihan diri dan kejadian pedikulosis kapitis yang kemudian diobservasi dengan melakukan pemeriksaan fisik rambut kepala responden. Kuesioner pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis, perilaku kebersihan diri maupun kejadian pedikulosis kapitis terdiri dari pernyataan maupun pertanyaan yang bersifat tertutup dan disediakan dalam bentuk *checklist*. Untuk mengetahui perihal pengetahuan menggunakan pernyataan “benar” atau “salah” yang terdiri dari 15 pernyataan, jika jawaban “benar” maka diberi skor 1, jika jawaban “salah” maka diberi skor 0, kecuali pada pernyataan nomor 2, 3, 6, 9, 11 dan 13 jika jawaban “salah” diberi skor 1 dan jawaban “benar” diberi skor 0. Skor yang

didapat akan diinterpretasikan berdasarkan tingkatan pengetahuan yaitu baik ($\geq 80\%$) dan kurang ($< 80\%$). Untuk mendapatkan presentase skor tersebut dilakukan dengan rumus:

$$\frac{\text{total skor jawaban}}{\text{jumlah pernyataan}} \times 100\%$$

Kuesioner penilaian mengenai kebersihan diri menggunakan pertanyaan dengan jawaban “ya” atau “tidak” yang terdiri dari 13 pertanyaan, jika jawaban “ya” maka diberi skor 1 dan jika jawaban “tidak” maka diberi skor 0, kecuali pada pertanyaan nomor 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10 jika jawaban “tidak” diberi skor 1 dan jika jawaban “ya” diberi skor 0. Skor yang didapat akan diinterpretasikan berdasarkan tingkat kebersihan diri yaitu, baik ($\geq 54\%$) dan buruk ($< 54\%$). Untuk mendapatkan presentase skor tersebut dilakukan dengan menggunakan rumus perhitungan yang sama seperti untuk mendapatkan presentase skor pada kuesioner pengetahuan.

Sedangkan untuk mengetahui kejadian pedikulosis kapitis pada responden menggunakan kuesioner yang terdiri dari 6 pertanyaan mengenai gejala dan kondisi yang dialami responden terkait dengan penyakit pedikulosis kapitis dengan jawaban “ya” atau “tidak” kemudian melakukan observasi dengan cara melakukan pemeriksaan fisik terhadap rambut masing-masing responden menggunakan alat yaitu sisir serit. Menyisir dilakukan merata pada seluruh bagian rambut kepala, dimulai dari tempat predileksi paling sering ditemukannya parasit *pediculus humanus var. capitis* yaitu didaerah temporal atau oksipital. Sebelumnya rambut dibasahi dengan minyak rambut atau kondisioner untuk mempermudah proses penyisiran dan pengangkatan parasit tersebut. Inspeksi pada sekitar akar rambut sampai ujung rambut dilakukan untuk menemukan telur *pediculus humanus var. capitis*. Responden dikatakan “positif” mengidap pedikulosis kapitis bila ditemukan telur, nimfa atau kutu dewasa *pediculus humanus var. capitis* di kulit kepala maupun rambut dan dikatakan “negatif” tidak mengidap pedikulosis kapitis bila tidak ditemukan telur, nimfa atau kutu dewasa *pediculus humanus var. capitis* di kulit kepala maupun rambut.

F. Teknik Pengumpulan Data

Data penelitian yang digunakan pada penelitian ini berupa data primer yang diperoleh dengan menggunakan kuesioner dan hasil observasi. Dimana kuesioner yang digubakan dalam penelitian ini merupakan kuesioner baru yang disusun oleh peneliti dan sudah divalidasi dengan melakukan percobaan kepada 37 orang responden dengan hasil nilai r hitung $>$ r tabel (r hitung $>$ 0,325). Untuk memvalidasi kuesioner pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis dan perilaku kebersihan diri yang digunakan dalam penelitian ini dengan cara menganalisis item dengan menguji karakteristik masing-masing item yang menjadi bagian tes yang bersangkutan, kemudian mengkorelasikan skor tiap bulir item dengan skor total. Kuesioner yang telah dibuat dan divalidasi oleh peneliti akan disebarakan kepada responden langsung yaitu kepada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten dan hasil observasi didapatkan dengan melakukan pemeriksaan fisik rambut meggunakan sisir bergigi halus (sisir serit) secara langsung. Kuesioner yang digunakan untuk menguji pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis, kebersihan diri dan kejadian pedikulosis kapitis dari responden telah disusun langsung oleh peneliti dan sudah tervalidasi.

G. Teknik Pengolahan Data

Beberapa tahapan proses pengolahan data yang dilakukan pada penelitian ini meliputi:

a. Menyunting (*editing*)

Suatu kegiatan pemeriksaan atau pengecekan terhadap data yang diperoleh. *Editing* dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul karena dikhawatirkan terdapat data yang kurang lengkap ataupun data yang salah.

b. Mengkode (*coding*)

Kegiatan memberi kode data dengan cara mengubah huruf atau kalimat menjadi angka yang bertujuan untuk mempermudah dalam proses analisis data.

c. Memasukkan data (*data entry*)

Kegiatan memasukkan data yang telah dirubah dalam bentuk kode ke dalam software komputer.

d. Membersihkan (*cleaning*)

Setelah semua data dimasukkan ke dalam software komputer kemudian perlu dilakukan pengecekan kembali terhadap data tersebut untuk memastikan tidak adanya kemungkinan kesalahan atau ketidaklengkapan dalam pengkodean. Jika ada maka dilakukan koreksi atau perbaikan.

H. Teknik Analisis Data

Untuk menganalisis data penelitian ini menggunakan *software* statistik komputer dengan program pengolah statistik *Statistical Package for Social Science* (SPSS). Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

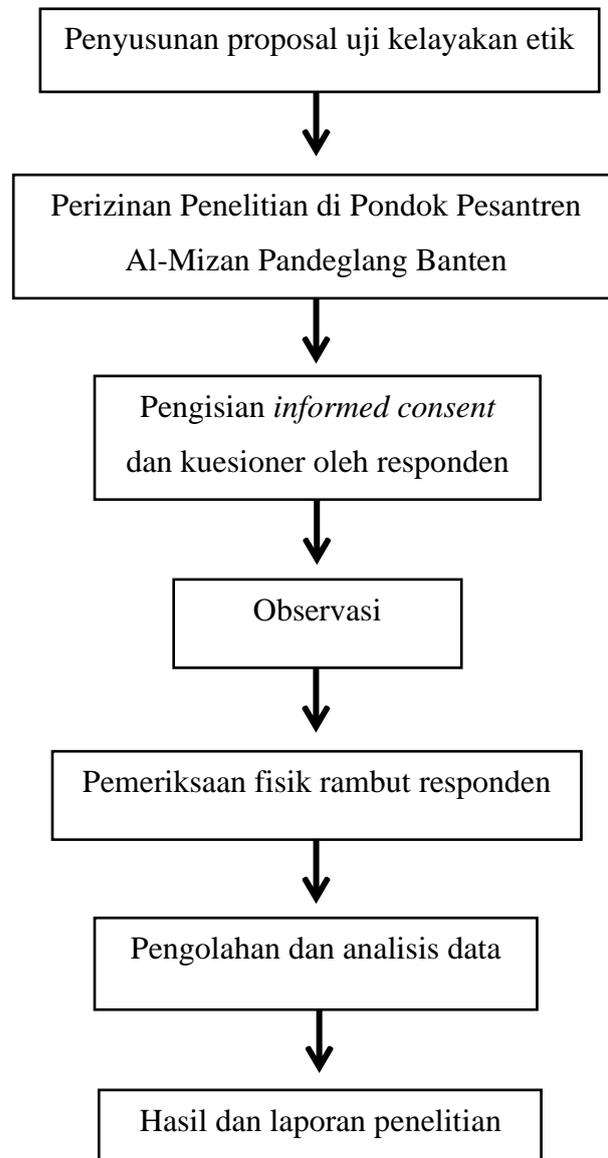
1. Analisis Univariat

Analisis ini bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel penelitian. Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan karakteristik pengetahuan, kebersihan diri dan kejadian pedikulosis kapitis yang disajikan dalam bentuk tabel dan distribusi frekuensi.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yaitu analisis yang dilakukan untuk melihat hubungan bermakna antara dua variabel (variabel bebas dan variabel terikat). Analisis ini digunakan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis dengan kejadian pedikulosis kapitis dan hubungan antara kebersihan diri dengan kejadian pedikulosis kapitis. Untuk menganalisis variabel pengetahuan dan kebersihan diri dengan menggunakan uji *chi-square*.

I. Alur Penelitian



Bagan 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Putri

Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten didirikan oleh Drs KH Anang Azhari Alie, M.Pd.I pada tahun 2010. Pondok Pesantren Modern Al-Mizan ini terletak di Jalan Raya AMD Cikole Kelurahan Sukaratu, Desa Majasari Pandeglang Banten. Pondok Pesantren yang terletak di Cikole Pandeglang Banten ini dikhususkan untuk santriwati atau pelajar putri yang ingin menempuh pendidikan tingkat SMP dan SMA. Salah satu fasilitas yang tersedia di pondok pesantren ini adalah kamar tidur berjumlah ± 32 kamar, dengan ukuran $\pm 8 \times 8$ meter yang tiap kamarnya dihuni oleh ≥ 21 santriwati. Jumlah seluruh santrwati yang berada pada pondok pesantren tersebut sebanyak ± 813 orang.

2. Gambaran Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh santriwati angkatan 2017 yang duduk dibangku kelas 3 SMP. Jumlah sampel yang menjadi responden pada penelitian ini sebanyak 102 orang dari 136 santriwati angkatan 2017 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner yang terdiri dari 15 pernyataan mengenai pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis, 13 pertanyaan mengenai perilaku kebersihan diri dan 6 pertanyaan mengenai kejadian pedikulosis kapitis serta melakukan observasi dengan cara pemeriksaan fisik terhadap rambut dari masing-masing responden. Adapun distribusi dari profil responden dalam penelitian ini ditunjukkan pada tabel berikut :

Tabel 4.2.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia

Usia	Jumlah	Persentase (%)
13 tahun	4	3.9
14 tahun	87	85.3
15 tahun	11	10.8
Total	102	100.0

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa usia responden terbagi ke dalam 3 kelompok, yaitu responden dengan usia 13 tahun sebanyak 4 orang (3,9%), usia 15 tahun sebanyak 11 orang (10,8%) dan paling banyak dengan usia 14 tahun sebanyak 87 orang (85,3%).

3. Hasil Analisis Univariat

3.1 Gambaran Kejadian Pedikulosis Kapitis pada Responden

a. Berdasarkan Usia

Tabel 4.3.1.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Kejadian Pedikulosis Kapitis Responden pada Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten Tahun 2019 Berdasarkan Usia

Usia	Kejadian Pedikulosis Kapitis					
	Positif		Negatif		Total	
	N	%	N	%	N	%
13 tahun	3	75.0	1	25.0	4	3.9
14 tahun	72	82.8	15	17.2	87	85.3
15 tahun	8	72.7	3	27.3	11	10.8
Total	83	81.4	19	18.6	102	100.0

Berdasarkan tabel 4.3.1.1 diatas, dapat diketahui responden dalam penelitian ini terbagi ke dalam 3 kelompok usia. Dari 4 orang responden yang berusia 13 tahun, terdapat 3 orang (75,0%) yang positif mengidap pedikulosis kapitis dan 1 orang (25,0%) negatif atau tidak mengidap pedikulosis kapitis. Sedangkan dari 87 orang responden yang berusia 14 tahun, terdapat 72 orang (82,8%) responden yang positif mengidap pedikulosis kapitis dan 15 orang (17,2%) responden yang negatif atau tidak mengidap pedikulosis kapitis. Dan dari 13 orang responden yang berusia 15 tahun, terdapat 8 orang (72,7%) yang positif mengidap pedikulosis kapitis dan 3 orang (27,3%) responden yang negatif atau tidak mengidap pedikulosis kapitis.

b. Berdasarkan Gejala

Tabel 4.3.1.2 Distribusi Frekuensi Kejadian Pedikulosis Kapitis Responden pada Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten Tahun 2019 Berdasarkan Gejala

Pertanyaan (Kuesioner)	Jawaban					
	Ya	%	Tidak	%	Total	%
1. Sering merasa gatal pada kepala dan rambut dalam 3 minggu terakhir	90	88.2	12	11.8	102	100.0
2. Gatal sering muncul didaerah belakang telinga dan belakang kepala	55	53.9	47	46.1	102	100.0
3. Kebiasaan menggaruk bila rasa gatal muncul	83	81.4	19	18.6	102	100.0
4. Dilingkungan asrama ada teman yang mempunyai	73	71.6	29	28.4	102	100.0

keluhan sama						
5. Pernah menyisir menggunakan serit lalu menemukan telur, nimfa, atau kutu dewasa dalam 3 minggu terakhir	83	81.4	19	18.6	102	100.0
6. Teman sekamar pernah terinfeksi kutu rambut (pedikulosis kapitis)	88	86.3	14	13.7	102	100.0

Berdasarkan tabel 4.3.1.2 diatas dapat diketahui bahwa dari 6 pertanyaan mengenai kejadian pedikulosis kapitis terdapat 90 orang (88,2%) responden yang memiliki gejala sering merasa gatal pada kepala dan rambut dalam 3 minggu terakhir. Sebanyak 55 orang (53,9%) responden yang keluhan gatalnya sering muncul didaerah belakang telinga dan belakang kepala dan terdapat 83 orang (81,4%) responden yang memiliki kebiasaan menggaruk bila rasa gatal muncul. Terdapat 73 orang (71,6%) responden yang teman dilingkungan asramanya memiliki keluhan sama. Sedangkan responden yang memiliki teman sekamar yang pernah terinfeksi kutu rambut ditemukan sebanyak 88 orang (86,3%). Pertanyaan mengenai keluhan pernah menemukan telur, nimfa, atau kutu dewasa dalam 3 minggu terakhir ketika sedang menyisir menggunakan serit dijawab “ya” oleh 83 orang (81,4%) responden.

c. Berdasarkan Pemeriksaan Fisik Rambut Kepala

Tabel 4.3.1.3 Distribusi Frekuensi Kejadian Pedikulosis Kapitis Responden pada Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten Tahun 2019 Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Fisik Rambut Kepala

Pedikulosis Kapitis	Jumlah	Persentase (%)
Negatif	19	18.6
Positif	83	81.4
Total	102	100.0

Berdasarkan tabel 4.3.1.3 diatas, dapat diketahui bahwa terdapat 83 orang (81,4%) responden yang didiagnosis positif mengidap pedikulosis kapitis dan terdapat 19 orang (18,6%) responden yang negatif atau tidak mengidap pedikulosis kapitis. Dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden didiagnosis positif mengidap pedikulosis kapitis.

3.2 Gambaran Pengetahuan Responden Tentang Pedikulosis Kapitis

Tabel 4.3.2.1 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Tentang Penyakit Pedikulosis Kapitis pada Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten Tahun 2019

Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
Baik	53	52.0
Kurang	49	48.0
Total	102	100.0

Berdasarkan tabel 4.3.2.1 dapat diketahui bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik mengenai pedikulosis kapitis sebanyak 53 orang (52.0%) dan dengan pengetahuan yang kurang sebanyak 49 orang (48.0%). Dapat disimpulkan bahwa mayoritas santriwati yang menjadi responden memiliki pengetahuan yang baik terhadap penyakit pedikulosis kapitis.

3.3 Gambaran Perilaku Kebersihan Diri Responden

Tabel 4.3.3.1 Distribusi Frekuensi Perilaku Kebersihan Diri Responden pada Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten Tahun 2019

Kebersihan diri	Jumlah	Persentase (%)
Baik	45	44.1
Buruk	57	55.9
Total	102	100.0

Berdasarkan tabel 4.3.3.1 diatas, dapat diketahui bahwa responden dengan perilaku kebersihan diri yang buruk terdapat sebanyak 57 orang (55,9%) dan dengan perilaku kebersihan diri yang baik sebanyak 45 orang (44,1%). Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki perilaku kebersihan diri yang buruk.

4. Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis dengan kejadian pedikulosis kapitis dan hubungan antara perilaku kebersihan diri dengan kejadian pedikulosis kapitis. Variabel-variabel tersebut dianalisis dengan menggunakan uji *chi-square* dalam aplikasi pengolah data statistik SPSS 25.0. Berikut adalah hasil dari analisis bivariat :

4.1 Hubungan Pengetahuan Tentang Penyakit Pedikulosis Kapitis dengan Kejadian Pedikulosis Kapitis

Tabel 4.4.1.1 Tabulasi Silang Hubungan antara Pengetahuan Tentang Penyakit Pedikulosis Kapitis dengan Kejadian Pedikulosis Kapitis pada Responden Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten tahun 2019

Pengetahuan	Kejadian Pedikulosis Kapitis						P-value	OR 95% CI
	Positif		Negatif		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Kurang	46	93.9	3	6.1	49	100.0	0.004	6.631 (1.795- 24.497)
Baik	37	69.8	16	30.2	53	100.0		
Total	83	81.4	19	18.6	102	100.0		

Berdasarkan tabel 4.4.1.1 diatas, menunjukkan bahwa dari 83 orang (81,4%) responden yang mengalami kejadian pedikulosis kapitis, terdapat 46 orang (93,9%) responden yang memiliki tingkat pengetahuan kurang dan 37 orang (69,8%) responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik mengenai penyakit pedikulosis kapitis. Sehingga dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden yang mengalami kejadian pedikulosis kapitis memiliki tingkat pengetahuan yang kurang mengenai penyakit pedikulosis kapitis. Hasil analisis statistik uji *chi-square* menunjukkan nilai *P-value* = 0,004 , artinya bahwa secara statistik terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis dengan kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten (*P-value* < 0,05). Nilai OR 95% CI diperoleh sebesar 6,631 (1.795- 24.497), yang artinya bahwa orang yang memiliki pengetahuan kurang mengenai penyakit pedikulosis kapitis memiliki risiko 6,631 kali lebih besar untuk menderita pedikulosis kapitis dibandingkan dengan orang yang memiliki pengetahuan baik mengenai penyakit pedikulosis kapitis.

4.2 Hubungan Perilaku Kebersihan diri dengan Kejadian Pedikulosis Kapitis

Tabel 4.4.2.1 Tabulasi Silang Hubungan antara Perilaku Kebersihan diri dengan Kejadian Pedikulosis Kapitis pada Responden Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten tahun 2019

Personal	Kejadian Pedikulosis Kapitis						P-value	OR 95% CI
	Positif		Negatif		Total			
Hygiene	N	%	N	%	N	%		
Buruk	51	89.5	6	10.5	57	100.0	0.035	3.453 (1.192-10.002)
Baik	32	71.1	13	28.9	45	100.0		
Total	83	81.4	19	18.6	102	100.0		

Berdasarkan table 4. 4.2.1 diatas, menunjukkan bahwa dari 83 orang (81,4%) responden yang mengalami kejadian pedikulosis kapitis, terdapat 51 orang (89,5%) responden yang memiliki perilaku kebersihan diri buruk dan 32 orang (71.1%) responden yang memiliki perilaku kebersihan diri baik. Sedangkan dari 19 orang (18,6%) responden yang tidak mengalami kejadian pedikulosis kapitis, terdapat 6 orang (10,5%) responden yang memiliki perilaku kebersihan diri buruk dan 13 orang (28,9%) responden yang memiliki perilaku kebersihan diri baik. Dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden yang mengalami kejadian pedikulosis kapitis memiliki perilaku kebersihan diri yang buruk. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan nilai *P-value* = 0,035 , artinya bahwa secara statistik terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan diri dengan kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten (*P-value* < 0,05). Nilai OR 95% CI diperoleh sebesar 3,453 (1,192-10,002) yang artinya bahwa orang yang memiliki perilaku kebersihan diri buruk memiliki risiko 3,453 kali lebih besar untuk

menderita pedikulosis kapitis dibandingkan dengan orang yang memiliki perilaku kebersihan diri baik.

B. Pembahasan

1. Analisis Univariat

Santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten yang menjadi responden berjumlah 102 orang yang semuanya berjenis kelamin perempuan, dimana paling banyak berusia 14 tahun yaitu 87 orang (85,3%) dan semuanya dalam tingkat pendidikan kelas 3 SMP. Berdasarkan hasil observasi dengan pemeriksaan fisik rambut kepala responden paling banyak ditemukan telur kutu yang matang dan kutu dewasa, sehingga didapatkan 83 orang (81,4%) responden yang positif mengidap pedikulosis kapitis dan 19 orang (18,6%) responden yang negatif atau tidak mengidap pedikulosis kapitis. Hal tersebut menunjukkan bahwa mayoritas santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten positif mengidap pedikulosis kapitis.

Berdasarkan tabel 4.3.1.1 dapat diketahui bahwa mayoritas responden yang positif mengidap pedikulosis kapitis pada penelitian ini adalah santriwati yang berusia 14 tahun, yaitu sebanyak 72 orang dari 87 orang responden. Berdasarkan tabel 4.3.1.2 tentang hasil jawaban dari responden mengenai gejala dan kejadian pedikulosis kapitis didapatkan hasil bahwa, dari 6 pertanyaan mengenai kejadian pedikulosis kapitis terdapat 90 orang responden yang memiliki gejala sering merasa gatal pada kepala dan rambut dalam 3 minggu terakhir. Sebanyak 55 orang responden yang keluhan gatalnya sering muncul didaerah belakang telinga dan belakang kepala dan terdapat 83 orang responden yang memiliki kebiasaan menggaruk bila rasa gatal muncul. Respon garukkan yang berlebihan dapat mengakibatkan gambaran klinis berupa erosi, ekskoriasi bahkan bisa sampai terjadi infeksi sekunder (Menaldi, 2015). Namun berdasarkan hasil observasi pada penelitian ini tidak ditemukan

santriwati yang memiliki tanda erosi, ekskoriiasi maupun krusta pada permukaan kulit kepalanya. Terdapat 73 orang responden yang teman dilingkungan asramanya memiliki keluhan sama. Sedangkan responden yang memiliki teman sekamar yang pernah terinfeksi kutu rambut ditemukan sebanyak 88 orang. Pertanyaan mengenai keluhan pernah menemukan telur, nimfa, atau kutu dewasa dalam 3 minggu terakhir ketika sedang menyisir menggunakan serit dijawab “ya” oleh 83 orang responden. Respon garukkan yang berlebihan dapat mengakibatkan gambaran klinis berupa erosi, ekskoriiasi bahkan bisa sampai terjadi infeksi sekunder (Menaldi, 2015). Namun berdasarkan hasil observasi pada penelitian ini tidak ditemukan santriwati yang memiliki tanda erosi, ekskoriiasi maupun krusta pada permukaan kulit kepalanya. Dapat disimpulkan bahwa mayoritas santriwati angkatan 2017 memiliki gejala sering merasa gatal pada kepala dan rambut dalam 3 minggu terakhir. Dan sebelum dilakukannya pemeriksaan rambut kepala oleh peneliti, santriwati mayoritas memang pernah menemukan telur, nimfa, atau kutu dewasa dalam 3 minggu terakhir ketika sedang menyisir menggunakan serit.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.3.2.1 mengenai pengetahuan santriwati mengenai penyakit pedikulosis kapitis terdapat 53 orang (48,0%) responden yang memiliki pengetahuan baik mengenai penyakit pedikulosis kapitis, terdiri atas 37 orang yang positif mengidap pedikulosis kapitis dan 16 orang yang negatif atau tidak mengidap pedikulosis kapitis. Sedangkan untuk responden dengan pengetahuan kurang mengenai penyakit pedikulosis kapitis terdapat 49 orang (52,0%), terdiri atas 46 orang yang positif mengidap pedikulosis kapitis dan 3 orang yang negatif atau tidak mengidap pedikulosis kapitis. Hal tersebut menunjukkan bahwa responden dalam penelitian ini rata-rata sudah mendapatkan informasi dan memiliki pengetahuan yang baik mengenai definisi, etiologi, gejala, morfologi, daur hidup, cara penularan, faktor risiko, maupun komplikasi dari pedikulosis kapitis.

Berdasarkan wawancara langsung dengan responden bahwa sering terjadinya kasus pedikulosis kapitis yang dialami sendiri maupun pada teman di asramanya membuat responden sering mendapatkan informasi mengenai pedikulosis kapitis baik dari teman, keluarga, maupun dari internet, sehingga pengetahuan santriwati masih tergolong baik. Dari 15 pernyataan yang terlampir pada kuesioner paling banyak dijawab dengan benar mengenai definisi, etiologi, gejala, faktor risiko dari kebersihan diri dan komplikasi mengenai pedikulosis kapitis, sedangkan cukup banyak santriwati yang salah dalam menjawab pernyataan mengenai morfologi dari *pediculus humanus var. capitis* (kutu rambut) dan mengenai perilaku kebersihan diri rambut yang berkaitan dengan faktor risiko terjadinya pedikulosis kapitis, sehingga kejadian pedikulosis kapitis masih sering terjadi pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan pada tahun 2013 oleh Saleh Alatas dan Sri Linuwih pada santri Pesantren X di Jakarta Timur yang menyatakan bahwa tidak ada santri yang memiliki tingkat pengetahuan baik, melainkan terdapat 9,9% santri memiliki tingkat pengetahuan cukup dan 90,1% santri yang memiliki tingkat pengetahuan kurang (Alatas & Linuwih, 2013). Pengetahuan yang dimiliki seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pengalaman, sosial-budaya, dan fasilitas. Status sosial-ekonomi juga akan mempengaruhi pengetahuan seseorang karena dapat menentukan tersedianya suatu fasilitas yang mungkin diperlukan untuk bertukar informasi dan melakukan kegiatan tertentu, sehingga akan menghasilkan pengetahuan (Notoadmojo, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.3.3.1 dan mengenai perilaku kebersihan diri santriwati terhadap penyakit pedikulosis kapitis terdapat 57 orang (55,9%) responden memiliki perilaku kebersihan diri buruk, terdiri atas 51 orang positif mengidap pedikulosis kapitis dan 6 orang negatif atau tidak mengidap pedikulosis kapitis. Sedangkan responden yang memiliki perilaku kebersihan diri baik terdapat 45 orang (44,1%), terdiri atas 32 orang positif mengidap pedikulosis kapitis dan 13

orang negatif atau tidak mengidap pedikulosis kapitis. Dari 13 pertanyaan yang terlampir pada kuesioner, cukup banyak santriwati yang masih memiliki kebiasaan menyisir menggunakan sisir temannya, bertukar pakaian sesama teman, tidur di tempat tidur temannya tidak mencuci atau membersihkan sisir minimal 1x dalam seminggu dan memotong rambut < 2x dalam 1 tahun. Hal tersebut menunjukkan bahwa responden dalam penelitian ini masih banyak yang memiliki perilaku kebersihan diri buruk sehingga dapat meningkatkan risiko terjadinya penularan pedikulosis kapitis pada santriwati tersebut.

Berdasarkan wawancara langsung dengan responden bahwa banyak santriwati yang mempunyai kebiasaan meminjam barang kepada temannya, seperti meminjam kerudung, baju, sisir, maupun mukena, tetapi sebagian besar santriwati tidak pernah meminjam handuk sesama temannya. Banyak dari santriwati juga mempunyai kebiasaan tidur di tempat tidur temannya, sehingga memungkinkan untuk pemakaian bantal dan guling secara bersama-sama yang akan meningkatkan risiko terjadinya penularan pedikulosis kapitis. Penyakit pedikulosis kapitis terutama menyerang anak usia muda dan cepat meluas dalam lingkungan hidup yang padat, misalnya di asrama dan panti asuhan. Cara penularannya biasanya secara tidak langsung melalui perantara benda, misalnya sisir, bantal, kasur, topi, kerudung dan lain-lain. Dalam kondisi kebersihan yang kurang baik dapat meningkatkan angka kejadian pedikulosis kapitis, misalnya jarang membersihkan rambut atau pada kondisi rambut yang relatif susah dibersihkan (seperti rambut yang panjang dan tebal pada wanita) (F & FH, 2005). Mayoritas dari santriwati yang menjadi responden memiliki rambut yang panjang dan lembab dikarenakan santriwati sering berkeringat dan jarang mengganti kerudungnya minimal 2x dalam sehari, sehingga *Pediculus humanus var. capitis* lebih mudah untuk hidup dan berkembangbiak (Natadisastra & Agoes, 2009).

2. Analisis Bivariat

2.1 Hubungan Pengetahuan Tentang Penyakit Pedikulosis Kapitis dengan Kejadian Pedikulosis Kapitis

Hasil analisis data secara statistik dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan bahwa nilai $P\text{-value} = 0,004$ ($P\text{-value} < 0,05$). Maka dapat diambil kesimpulan bahwa secara statistik terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan mengenai penyakit pedikulosis kapitis dengan kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten. Diperoleh nilai $OR\ 95\% \text{ CI} = 6,631 (1.795- 24.497)$, yang artinya bahwa orang yang memiliki pengetahuan kurang mengenai penyakit pedikulosis kapitis memiliki risiko 6,631 kali lebih besar untuk menderita pedikulosis kapitis dibandingkan dengan orang yang memiliki pengetahuan baik mengenai penyakit pedikulosis kapitis.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan pada tahun 2019 oleh Woro Nurmatialia dkk pada siswa SD di Kecamatan Toroh Kabupaten Grobogan menyatakan bahwa paling banyak ditemukan responden yang memiliki pengetahuan tinggi mengenai pedikulosis kapitis yaitu sebanyak 34 orang dari 51 orang responden. Dan dari hasil analisis statistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan mengenai pedikulosis kapitis dengan kejadian pedikulosis kapitis pada responden tersebut dengan nilai $p\text{-value} = 0,005$ (Nurmatialila et al., 2019). Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan pada tahun 2016 oleh Atik Setyoasih dan Dyah Suryani pada Santriwati Muhammadiyah Boarding School Prambanan Sleman Yogyakarta, menyatakan bahwa lebih dari setengah responden sudah memiliki pengetahuan baik tentang pedikulosis kapitis. Walaupun mayoritas pengetahuan responden tersebut sudah baik tetapi responden masih melakukan perilaku yang dapat meningkatkan risiko untuk terjadinya proses penularan (Setyoasih & Suryani, 2016).

Penelitian yang pernah dilakukan pada tahun 2018 di asrama Pondok Pesantren X Yogyakarta oleh Rihadatul Aisy memberikan hasil bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan angka kejadian pedikulosis kapitis, dengan mayoritas santrinya memiliki pengetahuan cukup mengenai pedikulosis kapitis dan tetap terkena pedikulosis kapitis, hal tersebut dikarenakan masih banyak santri yang memiliki perilaku pencegahan kurang baik terhadap pedikulosis kapitis (Aisy, 2018). Seseorang yang memiliki pengetahuan baik tetapi tidak dapat mengendalikan emosinya dan tidak disikapi dengan kemauan maupun tindakan yang sesuai dengan tingkat pengetahuannya untuk mencegah penularan, maka akan meningkatkan angka kejadian suatu penyakit seperti pedikulosis kapitis. Sehingga pengetahuan seseorang sangat erat kaitannya dengan sikap individu (Notoatmodjo, 2014).

Hasil analisis menunjukkan bahwa dari 53 orang responden yang memiliki pengetahuan baik tentang penyakit pedikulosis kapitis, terdapat sebanyak 37 orang responden yang masih dan tetap mengidap pedikulosis kapitis. Berdasarkan wawancara singkat dengan beberapa santriwati, santriwati mengetahui apa saja faktor risiko dari penularan pedikulosis kapitis baik secara langsung maupun tidak langsung, namun mereka tetap melakukan kebiasaan bertukar pakaian dan kerudung, saling meminjam sisir, tidur bersama di tempat tidur teman yang menderita pedikulosis kapitis, saling meminjam bantal-guling dan sebagainya yang akan menyebabkan transmisi secara langsung maupun tidak langsung. Sehingga memperbesar risiko terinfeksi *Pediculus humanus var. capitis* dan meningkatkan angka kejadian pedikulosis kapitis, walaupun santriwati yang lain sudah menerapkan pengetahuan yang dimilikinya dengan baik. Sedangkan dari 49 orang responden yang memiliki pengetahuan kurang tentang penyakit pedikulosis kapitis, terdapat sebanyak 46 orang responden yang positif mengidap pedikulosis kapitis. Hasil kuesioner menunjukkan bahwa mayoritas santriwati yang mengidap pedikulosis kapitis kurang

mengetahui tentang morfologi dari *Pediculus humanus var. capitis* sendiri dan faktor risiko yang dapat mengakibatkan terjadinya penularan maupun kejadian pedikulosis kapitis seperti, faktor kebersihan rambut yang dapat berkaitan dengan faktor risiko terjadinya pedikulosis kapitis.

Banyak faktor yang berhubungan dengan pedikulosis kapitis, diantaranya faktor kepadatan tempat tinggal, bentuk rambut dan panjang rambut dan faktor jenis rambut (Ansyah, 2013). Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara dengan responden, bahwa kehidupan keseharian di pondok pesantren membuat mereka harus menerima kondisi berada di tempat tinggal dengan lingkungan padat. Didalam pondok pesantren tersebut perbandingan jumlah santriwati dengan jumlah huniannya tidak sesuai. Dalam satu kamar berukuran $\pm 8 \times 8$ meter dihuni oleh ≥ 21 orang, sehingga ketika salah satu individu menderita pedikulosis kapitis individu lain akan berisiko tinggi terinfeksi *Pediculus humanus var. capitis* baik secara kontak langsung dengan penderita maupun tidak langsung melalui barang dan alat pribadi. Sebagian besar santriwati memiliki rambut panjang yang sering terikat dan cenderung lembab sehingga mudah untuk menderita pedikulosis kapitis, seperti pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Nihayah Lukman dkk tahun 2018, menunjukkan bahwa mayoritas responden yang berambut panjang dapat menyebabkan positif mengidap Pedikulosis kapitis (Lukman et al., 2018). Karena perempuan yang berambut panjang lebih susah untuk membersihkan rambut dan kulit kepala dibandingkan dengan orang yang berambut pendek, serta *Pediculus humanus var. capitis* juga lebih leluasa hidup dan berkembang biak di rambut yang lembab dan lebih lebat (Akib et al., 2017).

Dengan pengetahuan baik yang dimiliki oleh santriwati, seharusnya santriwati mampu untuk menerapkan pengetahuan yang dimilikinya untuk melakukan tindakan pencegahan dan menghindari risiko terjadinya pedikulosis kapitis. Peran lingkungan pesantren

terutama guru atau ustadz maupun ustadzah sangat penting untuk memberikan proses pendidikan kesehatan agar santriwati tidak hanya memiliki pengetahuan baik tapi mampu mengaplikasikan apa yang mereka dapat kedalam kehidupan sehari-hari untuk mencegah dan menurunkan angka kejadian pedikulosis kapitis. Meskipun para santriwati, baik ustadz maupun ustadzah sudah memiliki pengetahuan baik tentang pedikulosis kapitis, tetapi tidak menerapkan pengetahuan yang dimilikinya dalam mencegah dan mengobati penyakit pedikulosis kapitis tetap saja akan memiliki risiko untuk menderita pedikulosis kapitis.

2.2 Hubungan Perilaku Kebersihan diri dengan Kejadian Pedikulosis Kapitis

Hasil analisis data secara statistik dengan menggunakan uji chi-square menunjukkan bahwa nilai $P\text{-value} = 0,035$ ($P\text{-value} < 0,05$). Maka dapat diambil kesimpulan bahwa secara statistik terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku kebersihan diri dengan kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten. Diperoleh nilai OR 95% CI = 3,453 (1,192-10,002) yang artinya bahwa seseorang yang memiliki perilaku kebersihan diri buruk memiliki risiko 3,453 kali lebih besar untuk menderita pedikulosis kapitis dibandingkan dengan orang yang memiliki perilaku kebersihan diri baik. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Achmad Nur Ansyah pada tahun 2013 bahwa kejadian pedikulosis kapitis dipengaruhi oleh praktek kebersihan diri santriwati yang tidak baik, diantaranya dalam mencuci rambut masing-masing, sehingga adanya hubungan antara kebersihan diri dengan kejadian pedikulosis kapitis di Pondok Pesantren Modern Islam Assalaam (Ansyah, 2013).

Berdasarkan hasil wawancara dengan seorang santriwati bahwa dikalangan santriwati memang sering mempunyai kebiasaan untuk saling meminjam sisir, pakaian, kerudung dan tidur bersama-sama di

kasur temannya saat sedang berkumpul untuk sekedar berbincang-bincang, sehingga *Pediculus humanus var. capitis* akan mudah menyebar ke rambut kepala santriwati lainnya. Walaupun perilaku kebersihan diri seseorang baik tetapi masih tinggal sekamar dengan penderita pedikulosis kapitis dalam lingkungan yang padat dan tidak melakukan pengobatan pedikulosis kapitis secara merata dan bersama akan membuat penularan pedikulosis kapitis selalu terjadi. Dari aspek perilaku kebersihan diri seseorang, beberapa faktor yang berisiko terhadap kejadian pedikulosis kapitis adalah panjang rambut dan jenis rambut, penggunaan sisir atau aksesoris rambut bersama, frekuensi cuci rambut, dan penggunaan alas atau tempat tidur bersama (Lukman et al., 2018). Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti bahwa mayoritas santriwati memiliki rambut yang panjang dan lembab, karena santriwati sering berkeringat dan jarang mengganti kerudungnya minimal 2x dalam sehari serta mayoritas akan memotong rambutnya hanya 1x dalam setahun. Rambut yang panjang lebih susah untuk dibersihkan, dirawat dan mudah menjadi lembab, sehingga *Pediculus humanus var. capitis* juga lebih mudah hidup dan berkembang biak (Akib et al., 2017).

Perilaku kebersihan diri dapat dipengaruhi oleh *body image*, praktik sosial lingkungan hidup, budaya, kebiasaan, kondisi fisik atau psikis, pengetahuan dan status sosial-ekonomi tiap individu (Kasiati & ROsmalawati, 2016). Dalam penelitian ini mayoritas santriwati memiliki perilaku kebersihan diri yang buruk meskipun mereka memiliki tingkat pengetahuan yang baik mengenai penyakit pedikulosis kapitis. Sehingga buruknya perilaku kebersihan diri santriwati tidak hanya berkaitan dengan tingkat pengetahuannya, namun dapat dipengaruhi oleh kebiasaan dari tiap santriwati yang masih kurang kesadarannya untuk mengaplikasikan pengetahuannya dalam melakukan perilaku kebersihan diri yang baik dan praktik sosial dari teman di lingkungan sekitar asramanya pun dapat mempengaruhi buruknya perilaku kebersihan diri para santriwati tersebut.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Woro Nurmatialila dkk pada tahun 2019 bahwa paling banyak responden memiliki pengetahuan yang baik mengenai penyakit pedikulosis kapitis, sedangkan hasil penelitian perilaku kebersihan diri ditemukan paling banyak responden memiliki perilaku kebersihan diri yang buruk terutama dalam hal penggunaan barang yang berhubungan dengan kepala secara bersama-sama. Namun baik dari variabel pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis dan variabel perilaku kebersihan diri keduanya memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian pedikulosis kapitis pada responden tersebut (Nurmatialila et al., 2019).

Di dalam ajaran Agama Islam, kebersihan diri memiliki kedudukan yang sangat penting karena Allah SWT sangat mencintai kebersihan dan dengan menjaga kebersihan diri, seseorang akan terhindar dari berbagai penyakit termasuk pedikulosis kapitis, seperti dalam hadist Nabi Muhammad SAW:

إِنَّ اللَّهَ تَعَالَى طَيِّبٌ يُحِبُّ الطَّيِّبَ نَظِيفٌ يُحِبُّ النَّظَافَةَ كَرِيمٌ يُحِبُّ الْكَرَمَ
جَوَادٌ يُحِبُّ الْجُودَ فَتَنَظَّفُوا أَنْفُسَكُمْ (رواه الترمذي)

“Sesungguhnya Allah SWT itu suci yang menyukai hal-hal yang suci, Dia Maha Bersih yang menyukai kebersihan, Dia Maha mulia yang menyukai kemuliaan, Dia Maha Indah yang menyukai keindahan, karena itu bersihkanlah tempat-tempatmu”. (HR. Tirmizi).

Penyakit infeksi sebenarnya dapat dicegah dengan cara meningkatkan kebersihan diri. Menjaga kebersihan diri baik langsung maupun tidak langsung pada penderita pedikulosis kapitis merupakan salah satu cara pencegahan terbaik dari pada mengobati kejadian penyakit pedikulosis kapitis itu sendiri. Karena bila penyakit pedikulosis kapitis tidak ditangani maupun diobati dapat memberikan dampak buruk pada penderitanya, antara lain berkurangnya kualitas tidur anak pada malam hari akibat rasa gatal yang dapat menurunkan

konsentrasi dan kualitas belajar anak, stigma sosial, rasa malu dan rendah diri (Craig & Burkhart, 2012).

Oleh karena itu, penting untuk dilakukan pengobatan secara bersama-sama dan merata agar tidak terjadi penularan yang terus-menerus. Pengobatan harus disertai dengan pemberian edukasi mengenai penyakit pedikulosis kapitis agar mencegah terjadinya infeksi berulang dan memiliki kesadaran untuk menerapkan perilaku kebersihan diri yang baik sebagai upaya untuk mencegah penyebaran *Pediculus humanus var. capitis*. Dalam melakukan pencegahan juga tidak hanya melibatkan kesadaran dari individu tetapi juga melibatkan elemen-elemen lingkungan sekitarnya, seperti melibatkan kerja sama antara petugas kesehatan pondok pesantren beserta instansi kesehatan di daerah sekitar dengan pengurus pondok pesantren untuk meningkatkan kesadaran santri terhadap perilaku kebersihan diri yang baik dan sehat dengan membuat peraturan maupun kebijakan tentang melakukan penerapan perilaku kebersihan diri, yang harus ditaati oleh santriwati agar terciptanya lingkungan yang baik dan sehat yang akan mengurangi risiko terjadinya pedikulosis kapitis.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini tidak terlepas dari kemungkinan adanya keterbatasan penelitian yang dapat mempengaruhi kualitas dari hasil penelitian. Adapun kemungkinan keterbatasan tersebut yaitu:

1. Metode penelitian yang dilakukan secara *cross sectional* yang hanya dilakukan dalam satu waktu, sehingga tidak mendapatkan fakta yang lebih akurat dan terdapat beberapa faktor, seperti kondisi santriwati yang sudah lelah dan terganggu konsentrasinya ketika mengerjakan kuesioner yang dapat menjadi faktor perancu.
2. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang bersifat subjektif, sehingga data yang dihasilkan dipengaruhi dari pemahaman setiap responden terhadap pernyataan dan pertanyaan pada kuesioner.

3. Penelitian ini hanya meneliti faktor yang mempengaruhi pedikulosis kapitis dari segi pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis dan perilaku kebersihan diri saja sedangkan masih terdapat faktor lain yang dapat mempengaruhi pedikulosis kapitis, seperti faktor kondisi lingkungan tempat tinggal yang dapat menjadi faktor perancu.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan, peneliti dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Gambaran karakteristik usia santriwati angkatan 2017 dimulai dari usia 13 tahun sampai 15 tahun. Dari 83 orang santriwati angkatan 2017 yang positif mengidap penyakit pedikulosis kapitis, terdapat 3 orang yang berusia 13 tahun, 72 orang yang berusia 14 tahun dan 8 orang yang berusia 15 tahun. Sedangkan dari 19 orang santriwati angkatan 2017 yang negatif atau tidak mengidap penyakit pedikulosis kapitis, terdapat 1 orang yang berusia 13 tahun, 15 orang yang berusia 14 tahun dan 3 orang yang berusia 15 tahun.
2. Gambaran gejala pedikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 ditemukan terdapat 90 orang (88,2%) responden dengan gejala sering merasa gatal pada kepala dan rambut dalam 3 minggu terakhir. Sebanyak 55 orang (53,9%) responden dengan keluhan gatal yang sering muncul didaerah belakang telinga dan belakang kepala dan terdapat 83 orang (81,4%) responden yang memiliki kebiasaan menggaruk bila rasa gatal muncul. Terdapat 73 orang (71,6%) responden yang memiliki teman dilingkungan asrama mengeluhkan keluhan yang sama. Santriwati yang memiliki teman sekamar yang pernah terinfeksi kutu rambut ditemukan sebanyak 88 orang (86,3%). Sedangkan santriwati yang pernah menemukan telur, nimfa, atau kutu dewasa dalam 3 minggu terakhir ketika sedang menyisir menggunakan serit dijawab ditemukan sebanyak 83 orang (81,4%).
3. Gambaran hasil pemeriksaan fisik rambut kepala santriwati angkatan 2017 paling banyak ditemukan nimfa dan kutu dewasa. Terdapat 83 orang (81,4%) santriwati angkatan 2017 positif mengidap penyakit pedikulosis kapitis dan 19 orang (18,6%) santriwati angkatan 2017 negatif atau tidak mengidap penyakit pedikulosis kapitis.

4. Pengetahuan santriwati angkatan 2017 tentang penyakit pedikulosis kapitis terbagi kedalam 2 tingkatan. Sebanyak 53 orang (52%) santriwati memiliki pengetahuan baik dan 49 orang (48%) santriwati memiliki pengetahuan kurang mengenai penyakit pedikulosis kapitis.
5. Sebanyak 57 orang (55,9%) santriwati angkatan 2017 memiliki perilaku kebersihan diri yang buruk dan 45 orang (44,1%) santriwati angkatan 2017 memiliki perilaku kebersihan diri yang baik.
6. Secara statistik, terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang penyakit pedikulosis kapitis dengan kejadian pesikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.
7. Secara statistik, terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku kebersihan diri dengan kejadian pesikulosis kapitis pada santriwati angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten.

B. Saran

1. Untuk Pengurus Pondok Pesantren

Diharapkan untuk dapat memberikan pendidikan berbasis kesehatan berkaitan dengan pengetahuan dan perilaku yang baik dalam mencegah dan menangani pedikulosis kapitis dengan mengadakan penyuluhan yang bekerjasama dengan dokter maupun petugas kesehatan yang tersedia di pondok, sehingga dapat memperbaiki perilaku kebersihan diri dan mengurangi angka kejadian pedikulosis kapitis. Dari segi fasilitas pondok, diharapkan agar menyediakan kamar yang sesuai dengan standar dalam kepadatan hunian pondok sehingga memenuhi standar tempat tinggal yang bersih dan sehat.

2. Untuk Santriwati

Bagi santriwati Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten diharapkan untuk dapat menambah pengetahuan dan kesadarannya dalam menerapkan perilaku kebersihan diri yang baik dengan menjaga kebersihan rambut dan kulit kepala serta kebersihan pakaian dan tempat

tinggalnya agar mengurangi angka penyebaran dari pedikulosis kapitis. Dan bagi penderita pedikulosis kapitis sebaiknya melakukan pengobatan secara bersamaan agar pedikulosis kapitis dapat ditangani secara merata dan tidak menyebar ke santriwati lain.

3. Untuk Peneliti Selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian lebih lanjut dan lebih baik dengan menambahkan variabel lain yang belum dilakukan di dalam penelitian ini dan mampu mengendalikan variabel pengganggu yaitu kepadatan hunian.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisy, R., 2018. *HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN PERILAKU PENCEGAHAN TERHADAP ANGKA KEJADIAN PENYAKIT PEDIKULOSIS KAPITIS*. Skripsi. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Akhmad, A.M. & Menaldi, S.L., 2012. 8. *Akhmad, Prevalensi Pedikulosis Kapitis dan Hubungan Tingkat Infestasi dengan Karakteristik Santri Putri Pesantren X*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Universitas Indonesia.
- Akib, N., Sabilu, Y. & Fachlevy, A., 2017. Study Epidemiologi Penyakit Pedikulosis Kapitis Pada Siswa Sekolah Dasar Negeri 08 Moramo Utara Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*. 2017 Jan; 2 (5): P2., 2, pp.1-11.
- Alatas, S.S.S. & Linuwih, S., 2013. Hubungan Tingkat Pengetahuan Mengenai Pedikulosis Kapitis dengan. 1(1), pp.53-57.
- AlBashtawy, M. & Hasna, F., 2012. Pediculosis capitis among primary-school children in Mafraq Governorate, Jordan. *International Journal of Dermatology*, 18(1), pp.43-47.
- Ambarwati, R.F., 2014. *Konsep Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta: Dua Satria Offset.
- Ansyah, A.N., 2013. *Hubungan antara Personal Hygiene dengan Angka Kejadian Pediculosis Capitis pada Santri Putri Pondok Pesantren Modern Islam Assalaam Surakarta*. Skripsi Thesis. Surakarta: Electronic Theses and Dissertation Universitas Muhammadiyah Surakarta Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Bohl, B. et al., 2015. Clinical Practice Update: Pediculosis Capitis. *Continuing Nursing Education (CNE)*, 41(5), pp.227-34.

- Brown, R.G., Bourke, J. & Cunliffe, T., 2010. *Dermatologi Dasar untuk Praktik Klinik*. Jakarta: EGC Medical Publisher.
- Canyon, D.V. & Speare, R., 2010. Indirect Transmission of Head Lice via Inanimate Objects. *The Open Dermatology Journal*, 4, pp.72-76.
- Craig, B.N. & Burkhart, G., 2012. *Scabies, Other Mites, and Pediculosis*. In L.A. Goldsmith et al., eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8th ed. New York: Mc Graw Hill.
- Craig, B.N. & Burkhart, G., 2012. Scabies, Other Mites, and Pediculosis. In L.A. Goldsmith et al., eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8th ed. New York: Mc Graw Hill.
- El Magrabi, N.M., El Houfey, A.A. & Mahmoud, S.R., 2015. Screening for Prevalence and Associated Risk factors of Head lice among Primary School Student in Assiut City. *Advances in Environmental Biology*, 9(8), pp.87-96.
- Eliska, N., 2015. *Pedikulosis Kapitis*. Palembang: Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya/Rumah Sakit Dr.Mohammad Hoesin Palembang.
- F, K. & FH, N., 2005. Prevalence of pediculosis capitis and determination of risk factors in primary-school children in Kerman. *East Mediterr Health J*, 11(5-6), pp.988-92.
- Frankowski, B.L. & Bocchini, J.A., 2012. Clinical Report—Head Lice. *American Academy of Pediatrics*, 126(2), pp.392-403.
- Global Health, Division of Parasitic Diseases and Malaria, 2017. *Pediculosis*. [Online] Available at: <https://www.cdc.gov/dpdx/pediculosis/index.html> [Accessed 18 September 2019].
- Global Health, Division of Parasitic Diseases, 2010. *Head Lice*. [Online] Available at: <https://www.cdc.gov/parasites/lice/head/index.html> [Accessed 18 September 2019].

- Hadidjaja, P. & Margono, S.S., 2011. *Dasar Parasitologi Klinik*. 1st ed. Jakarta: Badan Penerbit FK UI.
- Hidayat, N., Padaga, M.C. & Sri, S., 2006. *Mikrobiologi Industri*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- I, N., CJ, S., RA, S. & CK, J., 2008. Pediculus humanus capitis: an update. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*, 17(4), pp.147-59.
- Kasiati, N. & ROsmalawati, N.W.D., 2016. *KEBUTUHAN DASAR MANUSIA I*. Jakarta: KEMENKES RI Pusdik SDM Kesehatan.
- Lesshafft, H. et al., 2013. Prevalence and risk factors associated with pediculosis capitis in an impoverished urban community in Lima, Peru. *Journal of Global Infectious Disease*, 5(4), pp.138-44.
- Lukman, N., Armiyanti, Y. & Agustina, D., 2018. Hubungan Faktor-Faktor Risiko Pediculosis capitis terhadap Kejadiannya pada Santri di Pondok Pesantren Miftahul Ulum Kabupaten Jember. *Journal of Agromedicine and Medical Sciences*, 4(2), pp.102-09.
- Madke, B. & Khopkar, U., 2012. Pediculosis capitis: An update. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 78 (4), pp.429-38.
- Maryunani, A., 2013. *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Masturoh, I. & T, N.A., 2018. *Metofdologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Mazurek, C.M. & Lee, N.P., 2000. How to manage head lice. *West J Med*, 172(5), pp.342-45.
- Menaldi, L., 2015. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. 7th ed. Jakarta: Badan Penerbit FK UI.
- M, M.Z. et al., 2010. Prevalence of scabies and head lice among children in a welfare home in Pulau Pinang, Malaysia. *Trop Biomed* 2010, 27(3), pp.442-48.

- Natadisastra, D. & Agoes, R., 2009. *Parasitologi Kedokteran: Ditinjau dari Organ Tubuh yang Diserang*. Jakarta: EGC.
- Notoadmojo, S., 2010. *Perilaku Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. & Damayanti, S., 2005. *Teori Aplikasi Promosi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurmatialila, W., Widyawati & Utami, A., 2019. HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENGETAHUAN MENGENAI PEDIKULOSIS KAPITIS DAN PRAKTIK KEBERSIHAN DIRI DENGAN KEJADIAN PEDIKULOSIS KAPITIS PADA SISWA SDN 1 TUNGGAK KECAMATAN TOROH KABUPATEN GROBOGAN. *JURNAL KEDOKTERAN DIPONEGORO*, 8(3), pp.1081-91.
- Nursalam & S, P., 2010. *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: CV. Agung Seto.
- Potter, P.A. & Perry, A.G., 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. 4th ed. Jakarta: EGC.
- Rassami, & Soonwera, , 2012. Epidemiology of pediculosis capitis among schoolchildren in the eastern area of Bangkok, Thailand. *Asian Pac J Trop Biomed*, pp.901–04.
- Restiana, R. & Aminah, S., 2010. 9. *Hubungan Berbagai Faktor Risiko Terhadap Angka Kejadian Pedikulosis kapitis di Asrama*. Disertasi. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Sari, D. & S, F., 2016. Dampak Infestasi Pedikulosis Kapitis Terhadap Anak Usia Sekolah. *Medical Journal of Lampung University*, 5(5), pp.69-74.

- Setyoasih, A. & Suryani, , 2016. Hubungan antara Pengetahuan, Personal Hygiene, dan Infestasi *Pediculus humanus var.* *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 12(2), pp.190-201.
- Siregar, R.S., 2014. *Atlas Berwarna SARIPATI PENYAKIT KULIT*. 3rd ed. Jakarta: EGC.
- Sutrisno, H., 2002. *Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: ANDI.
- Tartowo & Wartonah, 2010. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wawan, A. & Dewi, M., 2010. *Teori & Pengukuran PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PERILAKU MANUSIA*. Yogyakarta: Mulia Medika.
- Wooltorton, 2003. Concerns over lindane treatment for scabies and lice. *CMAJ*, 168(11), pp.1447-8.
- Zubaidah, M., Madonna, V. & Pratinigrum, M., 2018. Insidensi dan Gambaran Faktor Risiko Pedikulosis Kapitis di Pondok Pesantren X Kabupaten Kutai. *Jurnal Kedokteran Mulawarman*, 5(2), pp.32-39.

Lampiran 1. Lembar Permohonan dan Penjelasan

LEMBAR PERMOHONAN RESPONDEN PENELITIAN

Pada penelitian ini saya selaku peneliti, Oetami Aghfira Marsel mahasiswa dari Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta akan melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan Pengetahuan dan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Pedikulosis Kapitis pada Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten” untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan skripsi Program Studi kedokteran. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara pengetahuan dan personal hygiene santriwati dengan kejadian pedikulosis kapitis.

Oleh karena itu saya mengharapkan kerjasama dari Saudari untuk bersedia menjadi responden atau subjek penelitian ini. Saudari bebas untuk menentukan keikutsertaan dalam penelitian ini tanpa ada paksaan, serta setiap saat Saudari diberikan kebebasan untuk mengundurkan diri atau berubah pikiran tanpa dikenai denda atau sanksi apapun. Apabila bersedia, Saudari diminta untuk menandatangani lembar persetujuan ini lalu peneliti akan membagikan kuesioner yang harus diisi oleh Saudari kemudian melakukan pemeriksaan fisik rambut menggunakan sisir serit. Semua informasi yang saya dapatkan akan dirahasiakan dan hanya diketahui oleh peneliti.

Saudari diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas terkait dengan penelitian ini. Bila ada pertanyaan atau memerlukan penjelasan lebih lanjut Saudari bisa menghubungi peneliti di No. HP 087774167988. Saudari juga dapat menanyakan tentang penelitian kepada Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta (Telp.081227606034; email : kepckkumj@gmail.com).

Atas partisipasi dan ketersediaan Saudari, saya mengucapkan terimakasih.

Pandeglang,2019

Peneliti

Responden

(Oetami Aghfira Marsel, Heryanto S)

(.)

Lampiran 2. *Informed Consent***LEMBARAN PERNYATAAN DAN PERSETUJUAN RESPONDEN****(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : _____

Umur : _____

Kelas : _____

Alamat : _____

Dengan ini menyatakan bersedia untuk dijadikan subjek penelitian dan mengisi kuesioner terkait penelitian yang dilakukan oleh Oetami Aghfira Marsel selaku Mahasiswi Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta dalam penelitiannya yang berjudul **“Hubungan Pengetahuan Tentang Penyakit Pedikulosis Kapitis Dan Perilaku Kebersihan Diri Dengan Kejadian Pedikulosis Kapitis Pada Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten”**.

Oleh karena itu peneliti memohon kerja sama dari saudara untuk mengisi lembar kuesioner dengan sebaik-baiknya. Segala bentuk informasi yang Anda berikan akan dijamin kerahasiaannya dan akan dipertanggungjawabkan oleh peneliti.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa ada paksaan dari siapapun.

Pandeglang,2019

Peneliti

Responden

(Oetami Aghfira Marsel, Heryanto S)

(.)

Lampiran 3. Kuesioner

**LEMBAR
KUESIONER PENELITIAN**

Tanggal penelitian

No.Responden

A. Identitas Responden

1. Nama : _____
2. Jenis kelamin : Pr/Lk 3. Umur: _____
4. Kelas/angkatan : _____
5. Penderita pedikulosis : Ya/Tidak
kapitis(kutu rambut)

*)coret yang tidak perlu

B. Petunjuk Pengisian

1. Bacalah pertanyaan dengan baik dan teliti
2. Beri tanda *checklist* (☐) pada pilihan yang sesuai menurut pendapat atau kondisi anda
3. Mohon diisi sesuai dengan pengetahuan anda, tidak perlu bertanya kepada teman. Jawablah dengan jujur apa adanya
4. Anda boleh bertanya kepada peneliti jika ada pertanyaan yang kurang dimengerti
5. Selamat mengisi dan terimakasih atas kerjasamanya 😊

I. Kuesioner Pengetahuan

NO.	PERNYATAAN	Benar	Salah
1.	Pedikulosis kapitis merupakan infeksi pada kulit/rambut kepala yang disebabkan oleh parasit (kutu)		

2.	Kutu kepala dapat menyerang anggota tubuh berambut lainnya selain rambut kepala		
3.	Kutu kepala bisa melompat dan terbang dengan sayapnya		
4.	Kutu kepala mempertahankan hidupnya hanya dengan menghisap darah manusia		
5.	Gigitan dan air liur kutu dapat menimbulkan rasa gatal		
6.	Seseorang tidak dapat tertular kutu kepala hanya dengan saling meminjam pakaian, sisir maupun aksesoris rambut		
7.	Seseorang yang kurang menjaga kebersihan dirinya mudah terserang kutu kepala		
8.	Kutu kepala mudah menular pada orang yang tinggal di lingkungan padat		
9.	Gigitan kutu tidak dapat menyebabkan bintik-bintik merah pada kulit kepala		
10.	Kutu kepala bisa mati dalam 1-2 hari bila tidak menghisap darah		
11.	Seseorang yang mempunyai kutu dikepalanya tidak dapat menularkan kutu kepada teman yang tidur sekamar dengannya		
12.	Merendam sisir dengan air panas setelah digunakan oleh orang yang terkena kutu dapat mencegah penularan		
13.	Seringnya mencuci rambut tidak mempengaruhi		

	seseorang untuk terkena kutu kepala		
14.	Menyisir dengan sisir bergigi halus (serit) dapat mengurangi jumlah telur dan kutu dewasa		
15.	Kutu kepala dapat menyebabkan koreng dan infeksi lain bila tidak segera diobati		

II. Kuesioner Perilaku Kebersihan Diri

NO.	PERTANYAAN	Ya	Tidak
1.	Apakah anda keramas dalam seminggu lebih dari 2 x?		
2.	Apakah anda pernah menyisir menggunakan sisir teman anda?		
3.	Apakah anda pernah bertukar pakaian sesama teman?		
4.	Apakah anda mengeringkan rambut setelah keramas?		
5.	Apakah pakaian yang anda pakai disatukan dengan pakaian teman yang lain?		
6.	Apakah anda menjemur handuk bersamaan atau dijadikan satu dengan teman anda?		
7.	Apakah anda mengganti sprei tempat tidur anda sekali seminggu?		
8.	Apakah teman anda pernah tidur di tempat tidur anda?		
9.	Apakah anda menggunakan handuk bergantian dengan teman anda?		
10.	Apakah sprei yang anda gunakan untuk tidur digunakan untuk bersamasama?		

11	Apakah anda mengganti kerudung minimal 2x sehari?		
12.	Apakah anda mencuci atau membersihkan sisir anda minimal 2 minggu sekali?		
13.	Apakah anda memotong rambut anda minimal 2x dalam setahun?		

III. Kuesioner Kejadian Pedikulosis Kapitis

NO.	PERTANYAAN	Ya	Tidak
1.	Dalam 3 minggu terakhir apakah anda sering merasa gatal pada kepala dan rambut?		
2.	Apakah gatal sering muncul didaerah belakang telinga dan belakang kepala?		
3.	Apakah anda memiliki kebiasaan menggaruk bila muncul rasa gatal?		
4.	Apakah dilingkungan asrama ada teman anda yang mempunyai keluhan seperti ini?		
5.	Dalam 3 minggu terakhir apakah anda pernah menyisir menggunakan serit lalu menemukan telur, nimfa, atau kutu dewasa?		
6.	Apakah teman sekamar anda pernah terinfeksi kutu rambut (pedikulosis kapitis)?		

Lampiran 4. Validasi Kuesioner

		Correlations								
		pernyataan n 1	pernyataan n 2	pernyataan n 3	pernyataan n 4	pernyataan n 5	pernyataan n 6	pernyataan n 7	pernyataan n 8	pernyataan n 9
pernyataan 1	Pearson Correlation	1	.345*	.187	-.083	.367*	.033	-.057	-.126	.046
	Sig. (2-tailed)		.036	.269	.624	.026	.848	.737	.459	.787
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 2	Pearson Correlation	.345*	1	.421**	.131	.217	-.022	.345*	.337*	.133
	Sig. (2-tailed)	.036		.009	.441	.197	.897	.036	.041	.431
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 3	Pearson Correlation	.187	.421**	1	.092	.232	.006	.187	.004	.190
	Sig. (2-tailed)	.269	.009		.587	.168	.972	.269	.983	.260
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 4	Pearson Correlation	-.083	.131	.092	1	-.103	.223	-.083	.029	.422**
	Sig. (2-tailed)	.624	.441	.587		.542	.184	.624	.867	.009
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 5	Pearson Correlation	.367*	.217	.232	-.103	1	.140	-.071	-.156	.158
	Sig. (2-tailed)	.026	.197	.168	.542		.407	.676	.356	.350
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 6	Pearson Correlation	.033	-.022	.006	.223	.140	1	-.209	.072	.279
	Sig. (2-tailed)	.848	.897	.972	.184	.407		.215	.674	.094
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 7	Pearson Correlation	-.057	.345*	.187	-.083	-.071	-.209	1	.455**	.289
	Sig. (2-tailed)	.737	.036	.269	.624	.676	.215		.005	.082
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 8	Pearson Correlation	-.126	.337*	.004	.029	-.156	.072	.455**	1	.101
	Sig. (2-tailed)	.459	.041	.983	.867	.356	.674	.005		.551
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37

pernyataan 9	Pearson Correlation	.046	.133	.190	.422**	.158	.279	.289	.101	1
	Sig. (2-tailed)	.787	.431	.260	.009	.350	.094	.082	.551	
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 10	Pearson Correlation	.187	-.055	-.034	-.087	.028	.119	-.060	.139	-.037
	Sig. (2-tailed)	.269	.748	.841	.607	.871	.485	.725	.412	.829
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 11	Pearson Correlation	-.105	.008	.343*	.083	.138	.060	.219	-.053	.383*
	Sig. (2-tailed)	.536	.960	.038	.625	.416	.724	.193	.756	.019
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 12	Pearson Correlation	.165	.057	.274	.029	.325*	.072	-.126	-.116	-.033
	Sig. (2-tailed)	.330	.738	.100	.867	.050	.674	.459	.493	.848
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 13	Pearson Correlation	-.143	.124	.077	.197	-.062	-.014	.136	.145	.212
	Sig. (2-tailed)	.398	.466	.650	.242	.714	.936	.424	.393	.209
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 14	Pearson Correlation	.367*	.217	.232	-.103	.275	-.059	.367*	.085	-.044
	Sig. (2-tailed)	.026	.197	.168	.542	.100	.727	.026	.619	.798
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 15	Pearson Correlation	.471**	.090	-.060	.302	.367*	.033	-.057	.165	.046
	Sig. (2-tailed)	.003	.597	.725	.070	.026	.848	.737	.330	.787
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
Total_skor	Pearson Correlation	.342*	.543**	.546**	.348*	.404*	.353*	.342*	.355*	.552**
	Sig. (2-tailed)	.038	.001	.000	.035	.013	.032	.038	.031	.000
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37

Correlations

		pernyataan 10	pernyataan 11	pernyataan 12	pernyataan 13	pernyataan 14	pernyataan 15	Total_skor
pernyataan 1	Pearson Correlation	.187	-.105	.165	-.143	.367*	.471**	.342*

	Sig. (2-tailed)	.269	.536	.330	.398	.026	.003	.038
	N	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 2	Pearson Correlation	-.055	.008	.057	.124	.217	.090	.543**
	Sig. (2-tailed)	.748	.960	.738	.466	.197	.597	.001
	N	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 3	Pearson Correlation	-.034	.343*	.274	.077	.232	-.060	.546**
	Sig. (2-tailed)	.841	.038	.100	.650	.168	.725	.000
	N	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 4	Pearson Correlation	-.087	.083	.029	.197	-.103	.302	.348*
	Sig. (2-tailed)	.607	.625	.867	.242	.542	.070	.035
	N	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 5	Pearson Correlation	.028	.138	.325*	-.062	.275	.367*	.404*
	Sig. (2-tailed)	.871	.416	.050	.714	.100	.026	.013
	N	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 6	Pearson Correlation	.119	.060	.072	-.014	-.059	.033	.353*
	Sig. (2-tailed)	.485	.724	.674	.936	.727	.848	.032
	N	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 7	Pearson Correlation	-.060	.219	-.126	.136	.367*	-.057	.342*
	Sig. (2-tailed)	.725	.193	.459	.424	.026	.737	.038
	N	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 8	Pearson Correlation	.139	-.053	-.116	.145	.085	.165	.355*
	Sig. (2-tailed)	.412	.756	.493	.393	.619	.330	.031
	N	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 9	Pearson Correlation	-.037	.383*	-.033	.212	-.044	.046	.552**
	Sig. (2-tailed)	.829	.019	.848	.209	.798	.787	.000
	N	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 10	Pearson Correlation	1	-.110	.004	.337*	.232	.187	.329*
	Sig. (2-tailed)		.516	.983	.041	.168	.269	.047
	N	37	37	37	37	37	37	37

pernyataan 11	Pearson Correlation	-.110	1	.303	.079	.138	-.105	.408*
	Sig. (2-tailed)	.516		.068	.644	.416	.536	.012
	N	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 12	Pearson Correlation	.004	.303	1	-.008	.325*	.165	.383*
	Sig. (2-tailed)	.983	.068		.961	.050	.330	.019
	N	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 13	Pearson Correlation	.337*	.079	-.008	1	-.062	-.143	.373*
	Sig. (2-tailed)	.041	.644	.961		.714	.398	.023
	N	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 14	Pearson Correlation	.232	.138	.325*	-.062	1	.367*	.447**
	Sig. (2-tailed)	.168	.416	.050	.714		.026	.006
	N	37	37	37	37	37	37	37
pernyataan 15	Pearson Correlation	.187	-.105	.165	-.143	.367*	1	.342*
	Sig. (2-tailed)	.269	.536	.330	.398	.026		.038
	N	37	37	37	37	37	37	37
Total_skor	Pearson Correlation	.329*	.408*	.383*	.373*	.447**	.342*	1
	Sig. (2-tailed)	.047	.012	.019	.023	.006	.038	
	N	37	37	37	37	37	37	37

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	37	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	37	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.623	15

Correlations

		pertanyaan 1	pertanyaan 2	pertanyaan 3	pertanyaan 4	pertanyaan 5	pertanyaan 6	pertanyaan 7
pertanyaan 1	Pearson Correlation	1	-.013	-.166	.129	.354**	.120	.017
	Sig. (2-tailed)		.893	.095	.197	.000	.230	.864
	N	102	102	102	102	102	102	102
pertanyaan 2	Pearson Correlation	-.013	1	.270**	.149	-.043	.079	.203*
	Sig. (2-tailed)	.893		.006	.134	.668	.432	.041
	N	102	102	102	102	102	102	102
pertanyaan 3	Pearson Correlation	-.166	.270**	1	.149	.038	.142	.162
	Sig. (2-tailed)	.095	.006		.134	.703	.154	.104
	N	102	102	102	102	102	102	102
pertanyaan 4	Pearson Correlation	.129	.149	.149	1	-.055	-.074	.214*
	Sig. (2-tailed)	.197	.134	.134		.584	.461	.031
	N	102	102	102	102	102	102	102
pertanyaan 5	Pearson Correlation	.354**	-.043	.038	-.055	1	.382**	.133
	Sig. (2-tailed)	.000	.668	.703	.584		.000	.184
	N	102	102	102	102	102	102	102
pertanyaan 6	Pearson Correlation	.120	.079	.142	-.074	.382**	1	.143
	Sig. (2-tailed)	.230	.432	.154	.461	.000		.150
	N	102	102	102	102	102	102	102
pertanyaan 7	Pearson Correlation	.017	.203*	.162	.214*	.133	.143	1
	Sig. (2-tailed)	.864	.041	.104	.031	.184	.150	
	N	102	102	102	102	102	102	102
pertanyaan 8	Pearson Correlation	.052	.359**	.152	.100	.134	.104	.268**
	Sig. (2-tailed)	.602	.000	.127	.318	.179	.300	.007
	N	102	102	102	102	102	102	102
pertanyaan 9	Pearson Correlation	.381**	.007	-.114	.264**	.412**	.117	.068
	Sig. (2-tailed)	.000	.943	.253	.007	.000	.243	.495
	N	102	102	102	102	102	102	102
pertanyaan 10	Pearson Correlation	.134	.257**	.257**	.581**	-.094	.069	.242*
	Sig. (2-tailed)	.180	.009	.009	.000	.345	.489	.014
	N	102	102	102	102	102	102	102
pertanyaan 11	Pearson Correlation	.111	.210*	.025	.077	.104	-.043	.125
	Sig. (2-tailed)							
	N							

	Sig. (2-tailed)	.265	.034	.800	.440	.299	.668	.212
	N	102	102	102	102	102	102	102
pertanyaan 12	Pearson Correlation	-.016	.008	.206*	.070	.094	.029	.074
	Sig. (2-tailed)	.872	.938	.038	.483	.345	.773	.457
	N	102	102	102	102	102	102	102
pertanyaan 13	Pearson Correlation	.221*	.158	.087	.261**	.184	.292**	.327**
	Sig. (2-tailed)	.026	.112	.387	.008	.064	.003	.001
	N	102	102	102	102	102	102	102
Total_skor	Pearson Correlation	.413*	.544**	.538**	.496**	.387*	.366*	.556**
	Sig. (2-tailed)	.011	.000	.001	.002	.018	.026	.000
	N	37	37	37	37	37	37	37

Correlations

		pertanyaan 8	pertanyaan 9	pertanyaan 10	pertanyaan 11	pertanyaan 12	pertanyaan 13	Total_skor
pertanyaan 1	Pearson Correlation	.052	.381**	.134	.111	-.016	.221*	.413*
	Sig. (2-tailed)	.602	.000	.180	.265	.872	.026	.011
	N	102	102	102	102	102	102	37
pertanyaan 2	Pearson Correlation	.359**	.007	.257**	.210*	.008	.158	.544**
	Sig. (2-tailed)	.000	.943	.009	.034	.938	.112	.000
	N	102	102	102	102	102	102	37
pertanyaan 3	Pearson Correlation	.152	-.114	.257**	.025	.206*	.087	.538**
	Sig. (2-tailed)	.127	.253	.009	.800	.038	.387	.001
	N	102	102	102	102	102	102	37
pertanyaan 4	Pearson Correlation	.100	.264**	.581**	.077	.070	.261**	.496**
	Sig. (2-tailed)	.318	.007	.000	.440	.483	.008	.002
	N	102	102	102	102	102	102	37
pertanyaan 5	Pearson Correlation	.134	.412**	-.094	.104	.094	.184	.387*
	Sig. (2-tailed)	.179	.000	.345	.299	.345	.064	.018
	N	102	102	102	102	102	102	37
pertanyaan 6	Pearson Correlation	.104	.117	.069	-.043	.029	.292**	.366*
	Sig. (2-tailed)	.300	.243	.489	.668	.773	.003	.026
	N	102	102	102	102	102	102	37

pertanyaan 7	Pearson Correlation	.268**	.068	.242*	.125	.074	.327**	.556**
	Sig. (2-tailed)	.007	.495	.014	.212	.457	.001	.000
	N	102	102	102	102	102	102	37
pertanyaan 8	Pearson Correlation	1	.086	.172	.181	-.092	.297**	.475**
	Sig. (2-tailed)		.390	.084	.068	.357	.002	.003
	N	102	102	102	102	102	102	37
pertanyaan 9	Pearson Correlation	.086	1	.127	.067	.061	.225*	.362*
	Sig. (2-tailed)	.390		.205	.506	.546	.023	.028
	N	102	102	102	102	102	102	37
pertanyaan 10	Pearson Correlation	.172	.127	1	.133	.121	.322**	.612**
	Sig. (2-tailed)	.084	.205		.183	.226	.001	.000
	N	102	102	102	102	102	102	37
pertanyaan 11	Pearson Correlation	.181	.067	.133	1	.151	-.060	.506**
	Sig. (2-tailed)	.068	.506	.183		.129	.550	.001
	N	102	102	102	102	102	102	37
pertanyaan 12	Pearson Correlation	-.092	.061	.121	.151	1	-.212*	.428**
	Sig. (2-tailed)	.357	.546	.226	.129		.033	.008
	N	102	102	102	102	102	102	37
pertanyaan 13	Pearson Correlation	.297**	.225*	.322**	-.060	-.212*	1	.409*
	Sig. (2-tailed)	.002	.023	.001	.550	.033		.012
	N	102	102	102	102	102	102	37
Total_skor	Pearson Correlation	.475**	.362*	.612**	.506**	.428**	.409*	1
	Sig. (2-tailed)	.003	.028	.000	.001	.008	.012	
	N	37	37	37	37	37	37	37

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	102	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	102	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.714	.781	14

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pertanyaan 1	13.00	22.278	.346	.	.703
pertanyaan 2	13.49	21.312	.468	.	.690
pertanyaan 3	13.46	21.311	.460	.	.691
pertanyaan 4	12.95	22.219	.445	.	.700
pertanyaan 5	12.95	22.553	.330	.	.705
pertanyaan 6	13.05	22.330	.288	.	.705
pertanyaan 7	13.43	21.197	.479	.	.689
pertanyaan 8	13.70	22.159	.417	.	.700
pertanyaan 9	12.92	22.743	.311	.	.707
pertanyaan 10	13.05	21.330	.554	.	.687
pertanyaan 11	13.65	21.845	.441	.	.696
pertanyaan 12	13.62	22.075	.355	.	.701
pertanyaan 13	13.70	22.381	.347	.	.703
Total_skor	6.92	5.910	1.000	.	.706

Lampiran 6. Surat Izin Penelitian

Jakarta, 2 Oktober 2019

Hal : Permohonan Surat Perizinan Penelitian

Kepada Yth.

Ka. Prodi PsKd FKK UMJ

Di Tempat

Assalamualaikum Wr. Wb.

Segala Puji Bagi Allah SWT, shalawat serta salam semoga tercurah limpahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, beserta para keluarga dan sahabatnya. Saya yang bertanda tangan di bawah ini.

Nama : Oetami Aghfira Marsel

NIM : 2016730082

Program studi : S1-Kedokteran

Judul : Hubungan Pengetahuan dan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Pedikulosis Kapitis pada Santriwati Angkatan 2017 Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten

Mohon kepada bapak/ibu agar diberikan surat pengantar untuk pelaksanaan penelitian skripsi yang dilaksanakan di Pondok Pesantren Modern Al-Mizan Pandeglang Banten agar dapat diizinkan untuk melakukan penelitian skripsi.

Demikian surat permohonan ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Atas perhatinnya saya mengucapkan terimakasih.

*Wassalamualaikum Wr. Wb*Mengetahui,
Dosen Pembimbing


dr. Heryanto Syamsuddin, Sp. KK

Hormat Saya,



Oetami Aghfira Marsel

Lampiran 7. Hasil Olahan Data SPSS

Frequencies

		Statistics			
		PK	Pengetahuan	PH	Usia
N	Valid	102	102	102	102
	Missing	0	0	0	0
Mean		.19	.52	.44	2.07
Std. Error of Mean		.039	.050	.049	.038
Median		.00	1.00	.00	2.00
Mode		0	1	0	2
Std. Deviation		.391	.502	.499	.379
Minimum		0	0	0	1
Maximum		1	1	1	3
Sum		19	53	45	211

Descriptive Statistics

	N	Minimum Statistic	Maximum Statistic	Mean		Std. Deviation Statistic
				Statistic	Std. Error	
PK	102	0	1	.19	.039	.391
Pengetahuan	102	0	1	.52	.050	.502
Usia	102	1	3	2.07	.038	.379
PH	102	0	1	.44	.049	.499
Valid N (listwise)	102					

Frequency Table

		PK			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	83	81.4	81.4	81.4
	Negatif	19	18.6	18.6	100.0
Total		102	100.0	100.0	

Pengetahuan

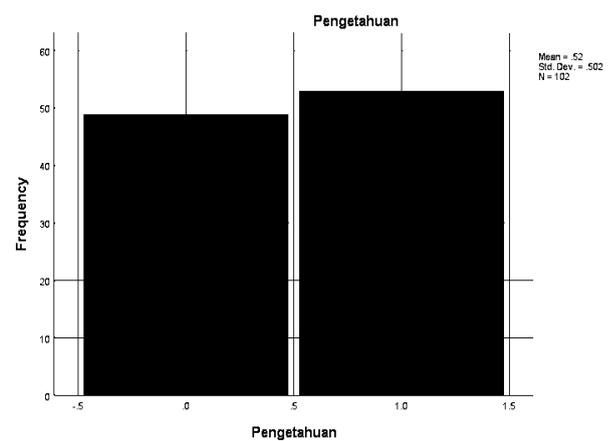
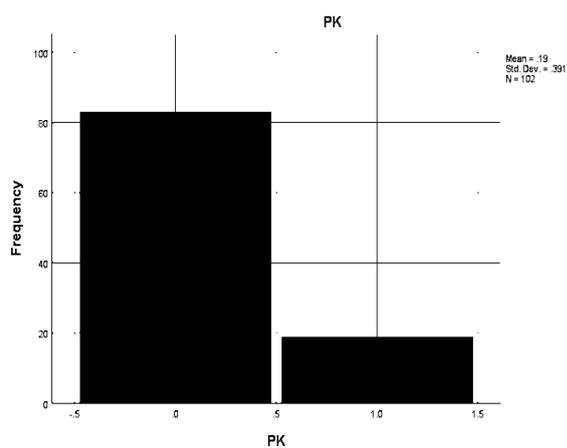
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	49	48.0	48.0	48.0
	Baik	53	52.0	52.0	100.0
Total		102	100.0	100.0	

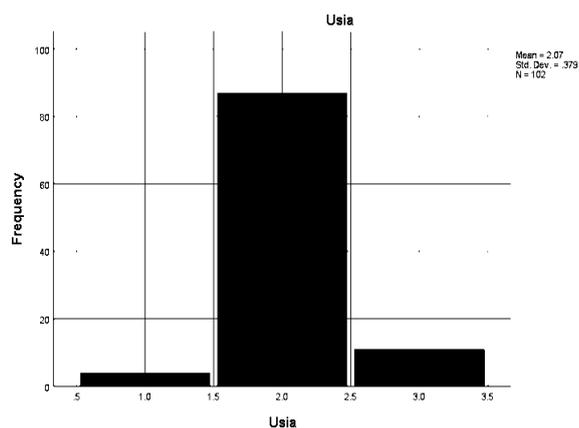
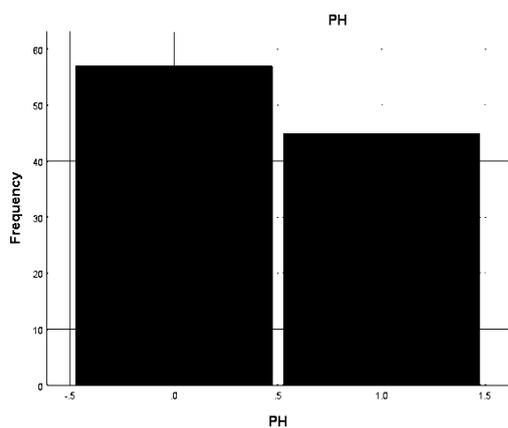
PH

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	57	55.9	55.9	55.9
	Baik	45	44.1	44.1	100.0
Total		102	100.0	100.0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13 tahun	4	3.9	3.9	3.9
	14 tahun	87	85.3	85.3	89.2
	15 tahun	11	10.8	10.8	100.0
Total		102	100.0	100.0	

Histogram



Statistics

	sering merasa gatal pada kepala dan rambut dalam 3 minggu terakhir	gatal sering muncul didaerah belakang telinga dan belakang kepala	kebiasaan menggaruk bila muncul rasa gatal	dilingkungan asrama ada teman yang mempunyai keluhan sama	pernah menyisir menggunakan serit lalu menemukan telur, nimfa, atau kutu dewasa dalam 3 minggu terakhir
N Valid	102	102	102	102	102
Missing	0	0	0	0	0

Statistics

	teman sekamar pernah terinfeksi kutu rambut (pedikulosis kapitis)
N Valid	102
Missing	0

Frequency Table

sering merasa gatal pada kepala dan rambut dalam 3 minggu terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	12	11.8	11.8	11.8
	Ya	90	88.2	88.2	100.0
Total		102	100.0	100.0	

gatal sering muncul didaerah belakang telinga dan belakang kepala

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	47	46.1	46.1	46.1
	Ya	55	53.9	53.9	100.0
Total		102	100.0	100.0	

kebiasaan menggaruk bila muncul rasa gatal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	19	18.6	18.6	18.6
	Ya	83	81.4	81.4	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

dilingkungan asrama ada teman yang mempunyai keluhan sama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	29	28.4	28.4	28.4
	Ya	73	71.6	71.6	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

pernah menyisir menggunakan serit lalu menemukan telur, nimfa, atau kutu dewasa dalam 3 minggu terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	19	18.6	18.6	18.6
	Ya	83	81.4	81.4	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

teman sekamar pernah terinfeksi kutu rambut (pedikulosis kapitis)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	14	13.7	13.7	13.7
	Ya	88	86.3	86.3	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * PK	102	100.0%	0	0.0%	102	100.0%

Pengetahuan * PK Crosstabulation

		PK		Total	
		Positif	Negatif		
Pengetahuan	Kurang	Count	46	3	49
		Expected Count	39.9	9.1	49.0
		% within Pengetahuan	93.9%	6.1%	100.0%
	Baik	Count	37	16	53
		Expected Count	43.1	9.9	53.0
		% within Pengetahuan	69.8%	30.2%	100.0%
Total	Count	83	19	102	
	Expected Count	83.0	19.0	102.0	
	% within Pengetahuan	81.4%	18.6%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.729 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	8.206	1	.004		
Likelihood Ratio	10.586	1	.001		
Fisher's Exact Test				.002	.002
Linear-by-Linear Association	9.633	1	.002		
N of Valid Cases	102				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.13.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Kurang / Baik)	6.631	1.795	24.497
For cohort PK = Positif	1.345	1.111	1.628
For cohort PK = Negatif	.203	.063	.654
N of Valid Cases	102		

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PH * PK	102	100.0%	0	0.0%	102	100.0%

PH * PK Crosstabulation

			PK		Total
			Positif	Negatif	
PH	Buruk	Count	51	6	57
		Expected Count	46.4	10.6	57.0
		% within PH	89.5%	10.5%	100.0%
	Baik	Count	32	13	45
		Expected Count	36.6	8.4	45.0
		% within PH	71.1%	28.9%	100.0%
Total		Count	83	19	102
		Expected Count	83.0	19.0	102.0
		% within PH	81.4%	18.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.594 ^a	1	.018		
Continuity Correction ^b	4.448	1	.035		
Likelihood Ratio	5.614	1	.018		
Fisher's Exact Test				.022	.017
Linear-by-Linear Association	5.539	1	.019		
N of Valid Cases	102				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.38.

b. Computed only for a 2x2 table

	Risk Estimate		
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PH (Buruk / Baik)	3.453	1.192	10.002
For cohort PK = Positif	1.258	1.024	1.547
For cohort PK = Negatif	.364	.150	.883
N of Valid Cases	102		

Lampiran 8. Dokumentasi

