

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA PENYAKIT
KULIT SKABIES
PADA SANTRI DI PONDOK PESANTREN SALAFIYAH SYAFI'YAH
SUKOREJO SUMBEREJO SITUBONDO**

dr. Achmad Husein

Ketua Quality Assurance Politeknik Kesehatan Majapahit

ABSTRAK

Tujuan penelitian ini adalah mempelajari faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya penyakit kulit skabies pada santri di pondok pesantren Salafiyah – Syafi'iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo. Rancang bangun penelitian ini adalah cross sectional, obyek penelitian ini adalah semua santri yang tinggal di pondok pesantren Salafiyah – Syafi'iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo. Jumlah sampel sebanyak 100 santri yang dipilih secara sistematik random sampling, uji statistik yang digunakan adalah chi-square. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh antara penyakit kulit skabies dengan umur, tidak ada pengaruh antara penyakit kulit skabies dengan jenis kelamin, ada pengaruh antara penyakit kulit skabies dengan pendidikan, ada pengaruh antara penyakit kulit skabies dengan tingkat pengetahuan, ada pengaruh antara penyakit kulit skabies dengan personal hygiene, ada pengaruh antara penyakit kulit skabies dengan kepadatan penghuni kamar. Kepada para santri disarankan agar membiasakan diri untuk berperilaku sehat dan selalu menjaga kebersihan dan meningkatkan personal hygiene sedangkan pengasuh pondok pesantren diharapkan lebih memperhatikan kebersihan dan tingkat kepadatan kamar santri.

Kata kunci : *skabies, santri.*

A. PENDAHULUAN.

H. L Bloom (1994) menyatakan bahwa keadaan kesehatan dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu : faktor lingkungan, perilaku kesehatan, pelayanan kesehatan dan yang terakhir adalah keturunan. Begitu juga dengan munculnya penyakit kulit scabies. Scabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh Sarcoptes. Sarcoptes Scabiei termasuk filum antropoda, ordo askarima, super family sarcoptes (Djuanda, 1999). Scabiei yang mengadakan iritasi kulit oleh karena parasit ini menggali parit-parit di dalam epidermis sehingga menimbulkan gatal-gatal dan merusakkan kulit penderita (Soedarto, 1996). Penyakit kulit skabies ditemukan di semua negara dengan prevalensi yang bervariasi. Dibeberapa negara berkembang prevalensi skabies 6%-7% dari populasi umum dan cenderung tinggi terutama pada anak-anak dan dewasa. Menurut Dep. Kes. RI prevalensi skabies seluruh Indonesia pada tahun 1996 adalah 4,6%-12,95%. Prevalensi skabies sangat tinggi, misalnya Pondok Pesantren yang padat penghuninya, mencapai 72,2% dan prevalensi tertinggi pada anak usia 11 – 15 tahun (Sungkar, 1994).

Skabies merupakan penyakit endemik pada banyak masyarakat, dapat mengenal semua ras, golongan dan umur di seluruh dunia. Banyak dijumpai pada anak dan dewasa muda, dapat mengenai semua umur, insiden sama pria dan wanita (Harahap. M 2000). Cara penularan atau transmisi penyakit ini melalui 2 cara yaitu : Kontak langsung dengan kulit, misalnya : berjabat tangan, tidur bersama dan

hubungan seksual dan Kontak tak langsung (melalui benda) misalnya : pakaian, handuk seprei, bantal dan lain-lain.

Studi pendahuluan yang dilakukan di Salafiyah - Syafi'iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo menunjukkan bahwa penghuni Pondok Pesantren di wilayah tersebut yang terpapar penyakit kulit *skabies* pada enam bulan terakhir yaitu pada tanggal 2 Mei 2005 terdapat: 50 santri putra dan 45 santri putri dari \pm 3000 santri.

Pondok Pesantren merupakan lembaga pendidikan non formal yang memberikan pengaruh cukup besar di masyarakat karena dianggap sebagai panutan masyarakat. Di Pondok Pesantren dikenal dengan padat penghuninya padahal perjalanan penyakit kulit scabies erat hubungannya dengan kebersihan perorangan dan lingkungan, *personal hygiene* meliputi; mandi, ganti pakaian, gunting kuku, keramas, dan lain-lain (Djuanda, 1999).

Berdasarkan uraian diatas peneliti bermaksud meneliti tentang faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya penyakit kulit *skabies* pada santri di Pondok Pesantren Salafiyah - syafi'iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo.

Berdasarkan uraian di atas maka muncul pertanyaan masalah, faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi terjadinya penyakit kulit *skabies* pada santri di Pondok Pesantren di Pondok Pesantren Salafiyah-Syafi'iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo.

B. TINJAUAN PUSTAKA.

1. Konsep Skabies.

a. Definisi.

Scabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh *Sarcoptes*. Scabiei yang mengadakan iritasi kulit oleh karena parasit ini menggali parit-parit di dalam epidermis sehingga menimbulkan gatal-gatal dan merusakkan kulit penderita (Soedarto, 1996).

b. Epidemiologi.

Skabies merupakan penyakit endemik pada banyak masyarakat, dapat mengenal semua ras, golongan dan umur di seluruh dunia. Banyak dijumpai pada anak dan dewasa muda, dapat mengenai semua umur, insiden sama pria dan wanita (Harahap. M 2000).

Cara penularan (transmisi):

- 1) Kontak langsung (kontak langsung dengan kulit), misalnya : berjabat tangan, tidur bersama dan hubungan seksual.
- 2) Kontak tak langsung (melalui benda) misalnya : pakaian, handuk seprei, bantal dan lain-lain.

Penularan biasanya oleh *sarcoptes skabies* betina yang sudah dibuahi atau kadang-kadang dalam bentuk larva. Dikenal pula *sarcoptes scabies var animalis* yang kadang-kadang dapat menulari manusia, terutama pada hewan peliharaan misalnya anjing (Djuanda, 1999).

c. Etiologi.

Sarkoptes skabies termasuk *filum Arthropoda*, kelas *Arac honida*, *ordo Ackarima*, *super family Sarcoptes*. Pada manusia disebut *sarcoptes scabies var horminis*. Kecuali itu terdapat *sarcoptes scabies* yang lain, misalnya pada kambing dan babi (Djuanda, 1999). Secara morfologi *sarcoptes* merupakan tungau kecil yang berbentuk oval, punggungnya cembung dan bagian perutnya

rata. Tungau *intranslusen*, berwarna putih kotor, dan tidak bermata, ukurannya yang betina berkisar antara 330-450 mikron x 250-350, sedangkan yang jantan lebih kecil, yakni 200-240 mikron x 150-200 mikron. Bentuk dewasa mempunyai 4 pasang kaki, 2 pasang didepan sebagai alat untuk melekat dan 2 pasang kaki belakang pada bentuk berakhir dengan rambut, sedangkan pada jantan pasangan kaki kanan 3 berakhir pada rambut dan ke 4 berakhir dengan alat pelekat.

Siklus hidup tungau ini sebagai berikut, setelah kopulasi (perkawinan) yang terjadi diatas kulit, yang jantan akan mati, kadang-kadang masih dapat hidup beberapa hari dalam terowongan yang digali oleh betina. Tungau betina yang dibuahi menggali terowongan dalam *stratum korneum*, dengan kecepatan 2-3 mili meter sehari dan sambil melekat telurnya 2-4 butir sehari mencapai 40 atau 50, bentuk betina yang dibuahi ini dapat hidup sebulan lamanya. Telur akan menetas biasanya dalam waktu 3-5 hari dan menjadi larva yang mempunyai 2 pasang kaki. Larva ini tinggal dalam terowongan, tetapi dapat juga keluar. Setelah 2-3 hari larva akan menjadi neiya yang mempunyai 2 betuk, jantan dan betina dengan 4 pasang kaki. Seluruh hidupnya mulai dari telur sampai bentuk dewasa memerlukan waktu antara 8-12 hari. Tungau dapat hidup diluar kulit hanya 2-3 hari dan pada suhu kamar 21°C dengan kelembaban relatif 40% - 80 % (Djuanda, 1999).

d. Patogenese.

Kelainan kulit dapat disebabkan tidak hanya tungau *skabies*, tetapi juga oleh penderita sendiri akibat garukan. Gatal yang terjadi disebabkan oleh sensitisasi terhadap sektreta dan eksreta tungau yang memerlukan waktu kira-kira sebulan setelah infeksi. Pada saat itu kelainan kulit menyerupai dermatitis dengan ditemukannya popula, vesikula, ekskoreasi, krusta dan infeksi skander.

e. Gejala klinis.

Ada 4 tanda gejala kardinal :

- 1) Pruritis ruktorna, artinya gatal pada malam hari yang disebabkan karena aktifitas tungau ini lebih tinggi pada suhu lembab panas.
- 2) Penyakit ini menyerang manusia secara kelompok, misalnya dalam sebuah keluarga biasanya seluruh anggota keluarga terkena infeksi. Begitu juga pada sebuah perkampungan yang padat penduduknya, sebagian tetangga yang berdekatan akan diserang oleh tungau tersebut. Dikenal juga keadaan *hiposensitisasi*, dimana penderita mengalami infeksi tungau, tetapi tidak memberikan gejala walaupun seluruh anggota keluarga terserang *skabies*, penderita ini bersifat sebagai pembawa (*carries*)
- 3) Adanya terowongan (kurikulum) pada tempat-tempat predileksi berwarna putih keabu-abuan, berbentuk garis lurus atau berkelole, rata-rata panjang 1 cm, pada ujung terowongan ditemukan *paula* atau *vesikel*. Jika timbul infeksi sekunder ruang kulitnya menjadi polimaf (pustula, eksroreasi, dan lain-lain). Tempatnya predileksi tersebut biasanya merupakan tempat dengan *stratum korneum* yang tipis yaitu : sela-sela jari tangan, pergelangan tangan , bagian volar, siku bagian luar, lipat ketiak bagian depan, areola mammae (wanita), umbilicus, bokong, genetalia eksterna (pria) dan bagian perut bawah. Pada bayi dapat menyerang telapak tangan dan telapak kaki.

- 4) Menemukan tungau dengan cara biopsi kulit ini merupakan hal yang diagnostik, dapat ditemukan satu atau lebih stadium tungau hidup ini.
- f. Diagnosis.
- Cara menemukan tungau *skabies* :
- 1) Carilah mula-mula terowongan kemudian pada ujung yang terlihat papula atau vesikel dicongkel dengan jarum dan diletakkan di atas sebuah kaca obyek, lalu ditutup dengan kaca penutup dan dilihat dengan mikroskop cahaya.
 - 2) Dengan cara menyikat dengan sikat dan ditampung diatas selebar kertas putih dan dilihat di kaca pembesar.
 - 3) Dengan membuat *scratch test*, caranya : lesi dijepit dengan 2 jari, kemudian dibuat irisan tipis dengan pisau dan diperiksa dengan mikroskop cahaya dan pewarnaan H.E.
- g. Pengobatan.
- 1) Syarat obat yang ideal adalah :
 - a) Harus efektif terhadap semua stadium tungau.
 - b) Harus tidak menimbulkan iritasi dan tidak toksin.
 - c) Tidak berbau, kotor, serta tidak merusak atau mewarnai pakaian.
 - d) Mudah diperoleh dan harganya murah.
 - 2) Jenis obat yang topical :
 - a) Belerang endap (*sulfur presipitatum*) dengan kadar 4-20 % bentuk salep atau krim. Preparat ini tidak efektif terhadap stadium telur, maka penggunaannya tidak boleh lebih dari 3 hari. Kekurangannya yang lain adalah berbau atau mengotori pakaian dan kadang-kadang menimbulkan iritasi.
 - b) *Emulsi benzil, benzoat* (20-25%) efektif terhadap semua stadium diberikan setiap malam selama 3 kali. Obat ini sulit diperoleh, sering memberi iritasi dan kadang-kadang gatal setelah dipakai.
 - c) *Gamma benzena heksa klorida* (gameksan = *gamexane*) kadar 1 % dalam krim atau losio termasuk obat pilihan karena efektif terhadap semua stadium, mudah digunakan dan jarang memberi iritasi. Obat ini tidak dianjurkan pada anak dibawah 6 tahun dan waktu hamil, karena terhadap toksin susunan saraf pusat, pemberian cukup sekali, kecuali masih ada gejala diulang seminggu kemudian. Pemberian cukup sekali, kecuali jika masih ada gejala diulang seminggu kemudian.
 - d) *Krotamiton* 10% dalam krim atau lasio yang merupakan obat pilihan mempunyai dua efek sebagai anti *skabies* dan anti gatal, harus dijauhkan dari mata, mulut dan uretra.
- h. Pencegahan.
- Menghindari kontak langsung dan dapat juga melalui alat-alat : tempat tidur, handuk dan pakaian, perjalanan penyakit ini erat hubungannya dengan kebersihan perorangan dan kebersihan lingkungan.

2. Konsep *Personal Hygiene*.

Kebersihan adalah yang terpenting. Kebersihan mengandung pengertian yang luas yang mempunyai kaitan baik dengan kebersihan pribadi atau kebersihan lingkungan, yaitu wilayah sekitar kita bertempat tinggal dan bekerja (Gunawan, R, 1997).

Kata *hygiene* berasal dari mitologi purba yaitu *hygiene*, dewi kesehatan dari Yunani. Adapun arti dari *hygiene* berarti sehat, *personal hygiene* berarti tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan dan psikisnya (Wolf dkk, 1994).

Personal hygiene mempunyai arti yang besar dalam memelihara dan mempertahankan kehidupan seseorang. Setiap orang mempunyai tuntunan dan pandangan yang berbeda mengenai kebutuhan *personal hygiene*, menurut Wolf, dkk (1994) antara lain sebagai berikut :

a. Mandi.

Maksud terpenting dari mandi adalah membersihkan kulit, air untuk mandi disesuaikan dengan keinginan seseorang, sebaiknya memakai sabun dengan kandungan anti septik kemudian dikeringkan dengan handuk, menggosok dengan handuk jangan terlalu keras takut iritasi, setelah itu bisa ditaburkan bedak/deodoran sesuai dengan keinginan, yang perlu diperhatikan adalah lipatan-lipatan kulit untuk diperhatikan dengan seksama. Mandi yang dianjurkan minimal 2x sehari.

b. Pakaian.

Harus sering diganti serta dibersihkan. Kebersihan pakaian juga merupakan hal yang perlu diperhatikan (minimal 2x sehari).

c. Kuku.

Harus digunting pendek dan tidak mempunyai ujung yang runcing. Ujung kuku yang tajam dapat menimbulkan kerusakan kulit.

d. Tangan.

Dicuci di bawah kran yang mengalir dengan menggunakan sabun dan juga setelah dari toilet. Dianjurkan mengeringkan dengan handuk kecil yang terbuat dari kain.

e. Rambut.

Dapat menyimpan banyak kuman penyakit, oleh karena itu dapat menjadi sumber infeksi, sehingga menggantung sampai ke bahu, maka rambut dapat kesentuh dengan bantal, selimut serta diri sendiri. Oleh karena itu dianjurkan untuk mempertahankan rambut tetap pendek dan mencucinya dengan teratur (2 hari sekali).

3. Pengetahuan.

Pengetahuan adalah hasil tahu dari peristiwa yang sekedar menjawab pertanyaan “*what*”. Pengetahuan bertujuan untuk menjawab segala permasalahan kehidupan sehari-hari yang dihadapi manusia dan digunakan dalam menawarkan berbagai kemudahan baginya. Dan dapat juga digunakan sebagai alat yang dapat memecahkan masalah. (Notoatmodjo, 2000).

Pengetahuan sebagai suatu kemampuan indra dalam memahami fakta, pengalaman, realita dunia dan kemampuan untuk mengulang kembali informasi, mengatakan bahwa pengetahuan (kognitif) merupakan hal yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*) karena perilaku yang didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan menurut Bloom yang dikutip oleh Notoatmodjo mencakup enam tingkat yaitu :

a. Tahu (*Know*), diartikan sebagai kemampuan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari untuk rancangan yang diterima.

- b. Memahami (*Comprehension*), diartikan sebagai kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- c. Aplikasi (*Aplication*), diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada suatu situasi atau kondisi nyata atau sebenarnya.
- d. Analisis (*Analysis*), yaitu suatu kemampuan untuk menjabarkan materi suatu obyek kedalam komponen-komponen tetapi masih ada kaitan satu sama lain.
- e. Sintesis (*Synthesis*), yaitu suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- f. Evaluasi (*Evaluation*), yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi obyek.

4. Karakteristik Individu.

Karakteristik individu merupakan ciri dasar yang membedakan individu satu dengan individu yang lain, yang didapatkan dari herideter atau keturunan, sosial, dan lingkungan. Adapun yang termasuk karakteristik individu menurut Kusmiati (1997 : 38) yaitu:

- a. Usia.
Usia juga mempengaruhi pengetahuan seseorang karena dengan bertambahnya usia biasanya lebih dewasa pula intelektual.
- b. Pendidikan.
Sampai saat ini pendidikan memegang peranan penting pada setiap perubahan perilaku untuk mencapai tujuan yang diharapkan, dengan tingginya pendidikan yang ditempuh diharapkan tingkat pengetahuan seseorang bertambah. Sehingga mudah dalam menerima atau mengadopsi perilaku yang baru.
- c. Jenis kelamin.
Jenis kelamin mempengaruhi tingkat kekuatan dan keterpaparan, kebersihan pada individu.

5. Pondok Pesantren.

Pengertian Pondok Pesantren sebagaimana yang telah ditulis oleh Zamaksyari, D (1998) adalah sebuah asrama pendidikan Islam tradisional dimana para siswanya tinggal bersama dan belajar berasama dibawah bimbingan seseorang atau lebih dikenal sebutan *Kyai*.

Pengertian Pondok Pesantren berasal dari Bahasa Arab yakni *fondug* yang artinya adalah asrama. Asrama adalah suatu tempat (perumahan) yang terdiri dari beberapa banyak kamar yang disesuaikan untuk tempat tinggal segala masyarakat tertentu. Pondok asrama bagi santri, menurut Zamaksyari, D (1998) merupakan ciri khas tradisioal pesantren yang membedakan dengan sistem pendidikan tradisional di masjid-masjid yang dikembangkan dikebanyakan wilayah Islam di negara-negara lain. Keadaan kamar-kamar pondok biasanya sangat sederhana, mereka tidur dilantai tanpa kasur, papan dipasang pada dinding untuk menyimpan koper dan barang lain.

Fungsi Pondok Pesantren tidak jauh beda dengan fungsi pokok perumahan menurut *The American Public Health Association* seperti yang dikutip oleh (Azwar, 1995) :

- a. Rumah dibangun agar dapat memenuhi kebutuhan fisik dasar dari penghuni.

- b. Rumah harus dibangun sedemikian rupa sehingga dapat terpenuhi kebutuhan kejiwaan dasar dari penghuni.
- c. Rumah berfungsi untuk dapat melindungi penghuni dari kemungkinan penularan penyakit/berhubungan dengan zat-zat yang membahayakan kesehatan.
- d. Rumah yang dibangun juga harus dapat melindungi penghuni dari kemungkinan terjadinya bahaya atau kecelakaan.

6. Sanitasi Pondok Pesantren.

Sanitasi adalah usaha kesehatan masyarakat menitik beratkan pada pengawasan terhadap berbagai faktor lingkungan yang mempengaruhi atau mungkin mempengaruhi derajat kesehatan manusia. Jadi lebih mengutamakan usaha pencegahan terhadap berbagai faktor lingkungan sehingga munculnya penyakit dapat dihindari (Zamaksyari D, 1998).

Usaha situasi adalah suatu usaha untuk menurunkan jumlah bibit penyakit yang terdapat dalam bahan-bahan yang terdapat dalam lingkungan fisik manusia sehingga derajat manusia dapat terpelihara dengan sempurna.

Untuk mencapai hal tersebut maka persyaratan lingkungan Pondok Pesantren harus memenuhi persyaratan (Azwar, 1995).

- a. Persyaratan umum :
 - 1) Lingkungan Pondok Pesantren selalu dalam keadaan bersih dan tersedia sarana sanitasi yang memadai.
 - 2) Lingkungan dan bangun Pondok Pesantren tidak memungkinkan sebagai tempat bersarang dan berkembang biaknya serangga, binatang pengerat dan binatang pengganggu lainnya.
 - 3) Bangunan Pondok harus kuat, utuh terpelihara, mudah dibersihkan, dan dapat mencegah penularan penyakit dan kecelakaan (Azwar, 1995).
- b. Persyaratan khusus data ruang.

Syarat-syarat tat ruang yang harus dipenuhi menurut Winslow dan APHA yang dikutip oleh Djasio Sanropie berikut :

 - 1) Pencahayaan.

Pencahayaan alam atau buatan langsung maupun tidak langsung dapat mengurangi seluruh ruangan maupun didalam rumah merupakan kebutuhan kesehatan manusia. Penerangan ini dapat diperoleh dengan cahaya alam dan cahaya buatan.

 - a) Cahaya alam.

Pencahayaan alam diperoleh oleh masuknya sinar matahari kedalam ruangan melalui jendela, celah-celah dan bagian-bagian bangunan yang terbuka dan genting kaca. Sinar ini lebih baiknya tidak terhalang oleh bangunan, pohon-pohon maupun timbul pagar yang tinggi, selain untuk penerangan hal ini berfungsi juga untuk membunuh kuman-kuman penyakit tertentu. Dianjurkan kebutuhan standart cahaya alam yang memenuhi syarat untuk standart cahaya, menurut WHO (1979) adalah sebagai berikut :

(1) Kamar keluarga dan kamar tidur	60 – 120 watt
(2) Kamar administrasi	60 – 120 watt
(3) Pabrik untuk pekerja keras	120 – 250 watt

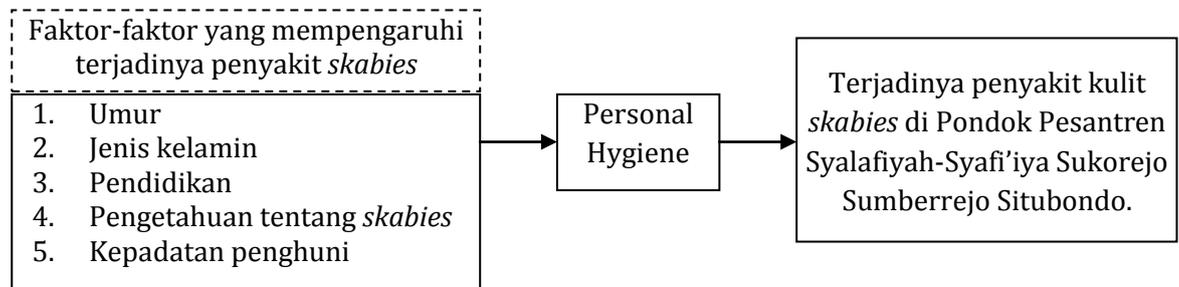
- | | |
|--------------------------------|---------------|
| (4) Pabrik untuk pekerja halus | 600-1000 watt |
| (5) Hotel | 120-125 watt |
| (6) Sekolah | 120-250 watt |
- b) Pencahayaan buatan.
 Pencahayaan buatan yang baik dan standart dapat dipengaruhi oleh :
- (1) Cara pemasangan sumber cahaya pada dinding-dinding dan langit-langit.
 - (2) Kontruksi sumber cahaya dalam ornamen yang digunakan.
 - (3) Luas dan bentuk ruangan.
 - (4) Penyebaran sinar dari sumber cahaya.
- 2) Ventilasi.
 Luas penghalang atau ventilasi alamiah yang permanen minimal 10% luas lantai (Permen Kes RI. No. 829/Men Kes/SK/VII/1999). Hawa segar diperlukan dalam rumah untuk mengganti udara ruangan yang sudah dipakai udara segar diperlukan untuk temperatur dan kelembaban udara dalam ruangan, sebaiknya 40 dari temperatur udara luar untuk daerah tropis. Umumnya temperatur kamar 22°C–30°C sudah cukup segar.
 Ventilasi yang baik harus memenuhi syarat-syarat berikut :
- a) Lubang penghawaan dapat menjamin penggantian udara didalam kamar/ruangan dengan baik, luas penghawaan antara 5% - 15% dari luas lantai dan berada dalam ketinggian 2,10 meter dari lantai (RI Dep Kes, 1993).
 - b) Udara yang masuk harus bersih dari asap, debu dan lain-lain.
 - c) Aliran udara jangan menyebabkan masuk angin.
 - d) Aliran udara diusahakan ”*Cross Ventilation*” dengan menempatkan lobang udara yang berhadapan.
- 3) Kelembaban udara.
 Secara umum kelembaban udara ruangan yang ideal adalah antara 40% - 70% untuk memperoleh kenyamanan udara kelembaban 90% dan suhu 30°C masih diperbolehkan asal selalu dipertahankan udara yang seimbang didalam ruangan tersebut, misalnya : dengan bantuan *Fan* (kipas angin)hal ini berkaitan dengan ventilasi yang baik.
- 4) Kepadatan penghuni kamar.
 Kepadatan penghuni adalah luas lantai dalam rumah dibagi jumlah anggota keluarga penghuni rumah tersebut sesuai dengan standart perbandingan luas kamar minimal dengan jumlah penghuni maksimal. Menurut Dep Kes RI, 1993 maka kepadatan penghuni dibagi dua yaitu :
- a) Kategori kepadatan penghuni yang memenuhi standart adalah 2 orang per 8 m².
 - b) Kategori kepadatan penghuni tinggi adalah bila lebih dari 2 orang per 8 m² dengan ketentuan anak-anak kurang dari satu tahun tidak diperhitungkan dan umur 1–10 tahun dihitung setengah.

C. METODE PENELITIAN.

1. Desain Penelitian.

Ditinjau dari segi waktu penelitian ini bersifat *cross sectional*, karena pengambilan data berdasarkan wawancara, pemeriksaan dan pengukuran dilakukan dalam waktu tertentu dan pada saat yang bersamaan. Sedangkan ditinjau dari segi cara pengambilan datanya, maka penelitian ini bersifat deskriptif observasional, karena tidak memberikan perlakuan dalam penelitian ini.

KERANGKA KERJA



Keterangan :

: Diteliti

: Tidak Diteliti

Gambar 1. Kerangka Kerja Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Penyakit Kulit Skabies di Pondok Pesantren Salafiyah – Syafi'iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo

2. Hipotesis.

Dari teori-teori yang telah diulas pada penelitian ini dirumuskan hipotesis sebagai berikut :

- a. Ha : ada pengaruh umur terhadap terjadinya penyakit kulit *scabies* pada santri di pondok pesantren.
- b. Ha : ada pengaruh jenis kelamin terhadap penyakit kulit *scabies* pada santri di pondok pesantren.
- c. Ha : ada pengaruh antara personal *hygiene* terhadap terjadinya penyakit kulit *scabies* pada santri di pondok pesantren.
- d. Ha : ada pengaruh antara pendidikan terhadap penyakit kulit *scabies* pada santri di pondok pesantren.
- e. Ha : ada pengaruh antara pengetahuan santri terhadap penyakit kulit *scabies* pada santri di pondok pesantren.
- f. Ha : ada pengaruh kepadatan penghuni kamar terhadap penyakit kulit *scabies* pada santri di pondok pesantren.

3. Populasi, Sampel, Variabel Dan Definisi Operasional.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua santri yang tinggal di Pondok Pesantren Salafiyah–Syafi’iyah Sukorejo Situbondo yaitu sebanyak ± 3000 santri. Sampel dalam penelitian ini diseleksi menggunakan *stratified random sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 100 orang. Variabel Bebas (*Independent*) dalam penelitian ini antara lain: Faktor santri yang terdiri dari Umur santri; Jenis kelamin santri; Pendidikan santri; Pengetahuan *scabies*; Personal hygiene santri sedangkan Sanitasi pondok (Kepadatan penghuni pondok pesantren). Variabel Terikat (*Dependent*) dalam penelitian ini yaitu penyakit kulit *scabies* pada santri yang mondok di pondok pesantren di Pondok Pesantren Salafiyah - Syafi’iyah Sukorejo Sumberejo Kabupaten Situbondo.

Tabel 1. Definisi Operasional Variabel Bebas dan Terikat

Nama variabel	Definisi Operasional	Skala	Skor
Umur	Nilai dimana tahun penelitian dikurangi tahun kelahiran responden dan ditanyakan dalam tahun	Nominal	1. 11 – 15 th 2. > 15 th
Jenis kelamin	Pembagian jenis reproduksi berdasarkan alat reproduksi.	Nominal	1. Laki-laki 2. Perempuan
Pendidikan	Tingkat pendidikan yang dicapai responden	Ordinal	1. MTs 2. MA
Pengetahuan tentang <i>scabies</i>	Tingkat pengetahuan yang dimiliki respondent yang diukur dengan menggunakan lembar kuesioner kemudian dilakukan skoring yang meliputi pengetahuan responden tentang Cara penularan; Cara pencegahan; dan Cara pengobatan.	Nominal	1. Baik 2. Kurang
Kepadatan penghuni pondok pesantren	Diukur berdasarkan luas ruangan dibagi jumlah anggota penghuni kamar tersebut, tidak padat sama dengan luas ruangan tidur minimal 8m ² dan tidak digunakan lebih dari 2 orang tidur dengan ketentuan anak-anak kurang 1 tahun tidak diperhitungkan dan umur 1–10 tahun dihitung setengah.	Nominal	Padat = luas kamar 4 m x 4 m dihuni 5-10 orang Tidak padat = luas kamar 7,5 m x 6 m dihuni 11-20 orang

Nama variabel	Definisi Operasional	Skala	Skor
Personal Higiene	Kondisi kebersihan badan santri yang meliputi mandi, kebersihan rambut, kuku, tangan dan tangan serta pakaian untuk mengetahui dengan menggunakan lembar observasi berupa kuesioner kemudian dilakukan skoring.	Nominal	Kurang = 20 - 25 Baik = 26 - 40
penyakit kulit <i>scabies</i>	Kejadian scabies yang terjadi pada santri yang ditentukan oleh hasil diagnosa medis.	Nominal	1. Scabies 2. Tidak scabies

4. Analisis Data.

Setelah data terkumpul kemudian dianalisa secara diskriptif dengan menggunakan tabel distribusi (data kuantitatif) yang dikonfirmasi dalam bentuk prosentase dan narasi dengan melakukan “Probability” (data kualitatif) untuk mengetahui ada pengaruh atau hubungan antara variabel *dependent* dan *independent* dilakukan uji statistic “chi-square” dengan derajat kemaknaan 95 %.

D. HASIL PENELITIAN.

1. Data Umum.

a. Gambaran lokasi penelitian.

Pondok Pesantren yang diberi nama Salafiyah–Syafi’iyah terletak di Desa Sukorejo Kec. Sumberejo Kab. Situbondo yang dipimpin oleh K. H. R. Ach. Fawaid As’ad, beliau adalah penerus ketiga sejak berdirinya Pondok Pesantren tersebut. Sampai tahun 2005 ini jumlah santri di Pondok Pesantren Salafiyah–Syafi’iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo mencapai 3000 santri, 1450 santri putra dan 1550 santri putri.

Santri yang tinggal di Pondok Pesantren Salafiyah–Syafi’iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo selain mencari ilmu agama, juga menuntut ilmu umum. Santri di Pondok Pesantren Salafiyah–Syafi’iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo berusia mulai 7 tahun hingga 25 tahun dengan jenjang pendidikan MI (Madrasah Ibtidaiyah) hingga PT (Perguruan Tinggi). Selain itu para santri yang tinggal di Pondok Pesantren Salafiyah–Syafi’iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo kebanyakan berasal dari luar Situbondo.

b. Karakteristik responden berdasarkan umur.

Tabel 2. Umur Responden di Pondok Pesantren Salafiyah–Syafi’iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo Pada Tanggal 22 September Tahun 2005

No.	Karakteristik Umur	Frekuensi	Prosentase (%)
1	11 – 15 tahun	66	66
2	> 15 tahun	34	34
Total		100	100

Dari tabel 2 diketahui bahwa dari 100 responden, didapatkan lebih dari 50% responden berumur 11– 15 tahun dan sisanya berumur > 15 tahun.

- c. Karakteristik responden berdasarkan Jenis Kelamin.

Tabel 3. Jenis Kelamin Responden di Pondok Pesantren Salafiyah–Syafi’iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo Pada Tanggal 22 September Tahun 2005

No.	Karakteristik Jenis Kelamin	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Laki-laki	41	41
2	Perempuan	59	59
Total		100	100

Dari tabel 3 diketahui bahwa dari 100 responden, didapatkan lebih dari 50% responden berjenis kelamin perempuan dan sisanya berjenis kelamin laki-laki.

- d. Karakteristik responden berdasarkan Pendidikan.

Tabel 4. Pendidikan Responden di Pondok Pesantren Salafiyah–Syafi’iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo Pada Tanggal 22 September Tahun 2005

No.	Karakteristik Pendidikan	Frekuensi	Prosentase (%)
1	MTs (setara SMP)	70	70
2	MA (setara SMA)	30	30
Total		100	100

Dari tabel 4 diketahui bahwa dari 100 responden, didapatkan lebih dari 50% responden pendidikan MTs dan sisanya pendidikan MA.

- e. Karakteristik responden berdasarkan pengetahuan tentang skabies.

Tabel 5. Pengetahuan Tentang Skabies Responden di Pondok Pesantren Salafiyah–Syafi’iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo Pada Tanggal 22 September Tahun 2005

No.	Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Kurang	65	65
2	Baik	35	35
Total		100	100

Dari tabel 5 diketahui bahwa dari 100 responden, didapatkan lebih dari 50% responden mempunyai pengetahuan kurang tentang skabies dan sisanya mempunyai pengetahuan baik tentang skabies.

- f. Karakteristik responden berdasarkan personal hygiene.

Tabel 6. Personal Hygiene Responden di Pondok Pesantren Salafiyah–Syafi’iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo Pada Tanggal 22 September Tahun 2005

No.	Personal Hygiene	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Kurang	46	46
2	Baik	54	54
Total		100	100

Dari tabel 6 diketahui bahwa dari 100 responden, didapatkan lebih dari 50% responden mempunyai personal hygiene baik dan sisanya mempunyai personal hygiene kurang.

- g. Karakteristik responden berdasarkan kepadatan penghuni kamar.

Tabel 7. Kepadatan Penghuni Kamar Responden di Pondok Pesantren Salafiyah–Syafi’iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo Pada Tanggal 22 September Tahun 2005

No.	Kepadatan Penghuni Kamar	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Padat	68	68
2	Tidak Padat	32	32
Total		100	100

Dari tabel 7 diketahui bahwa secara umum responden yang menempati kamar padat yaitu sebanyak 68 responden (68%).

- h. Karakteristik responden berdasarkan penyakit kulit skabies.

Tabel 8. Penyakit Kulit Skabies Yang Diderita Responden di Pondok Pesantren Salafiyah–Syafi'iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo Pada Tanggal 22 September Tahun 2005

No.	Keadaan Santri	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Menderita Skabies	45	45
2	Tidak Menderita Skabies	55	55
Total		100	100

Dari tabel 8 diketahui bahwa diketahui bahwa dari 100 responden, didapatkan lebih dari 50% responden tidak menderita skabies dan sisanya menderita skabies.

2. Data khusus.

- a. Hubungan antara umur dengan terjadinya penyakit kulit skabies.

Tabel 9. Tabulasi Silang Berdasarkan Hubungan Antara Umur Dengan Terjadinya Penyakit Kulit Skabies.

No.	Umur	Keadaan Santri				Total	
		Menderita Skabies		Tidak Menderita Skabies			
		F	%	F	%	F	%
1	11 – 15 tahun	36	36	30	30	66	66
2	> 15 tahun	9	9	25	25	34	34
Total		45	45	55	55	100	100

Dari tabel 9 diketahui dari jumlah 66 santri yang berumur 11 – 15 tahun didapatkan 36 responden menderita kulit skabies. Hasil uji statistik *Chi-Square* didapatkan $\rho = 0.014$ yang berarti $\rho < \alpha$, H_0 ditolak yang artinya ada hubungan antara umur dengan terjadinya penyakit kulit skabies.

- b. Hubungan antara jenis kelamin dengan terjadinya penyakit kulit skabies.

Tabel 10. Tabulasi Silang Berdasarkan Hubungan Antara Jenis Kelamin Dengan Terjadinya Penyakit Kulit Skabies.

No.	Jenis kelamin	Keadaan Santri				Total	
		Menderita Skabies		Tidak Menderita Skabies			
		F	%	F	%	F	%
1	Laki-laki	20	20	21	21	41	41
2	Perempuan	25	25	34	34	59	59
Total		45	45	55	55	100	100

Dari tabel 10 diketahui dari bahwa dari 59 santri berjenis kelamin perempuan yang menderita penyakit kulit skabies sebanyak 25 santri. Hasil uji statistik

chi-square didapatkan $\rho > \alpha$, H_0 diterima yang berarti tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan terjadinya penyakit kulit skabies.

- c. Hubungan antara pendidikan dengan terjadinya penyakit kulit skabies.

Tabel 11. Tabulasi Silang Berdasarkan Hubungan Antara Pendidikan Dengan Terjadinya Penyakit Kulit Skabies.

No	Pendidikan	Keadaan Santri				Total	
		Menderita Skabies		Tidak Menderita Skabies			
		F	%	F	%	F	%
1	MTs (setara SMP)	39	39	31	31	70	70
2	MA (setara SMA)	6	6	24	24	30	30
Total		45	45	55	55	100	100

Dari tabel 11 didapatkan bahwa dari 70 santri dengan tingkat pendidikan MTs yang menderita penyakit kulit skabies sebanyak 39 santri. Hasil uji statistik *chi-square* $\rho < \alpha$, H_0 ditolak yang berarti ada hubungan antara pendidikan dengan terjadinya penyakit kulit skabies.

- d. Hubungan antara pengetahuan dengan terjadinya penyakit kulit skabies.

Tabel 12. Tabulasi Silang Berdasarkan Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Terjadinya Penyakit Kulit Skabies.

No	Pengetahuan	Keadaan Santri				Total	
		Menderita Skabies		Tidak Menderita Skabies			
		F	%	F	%	F	%
1	Kurang	35	35	40	40	75	75
2	Baik	10	10	15	15	25	25
Total		45	45	55	55	100	100

Dari tabel 12 didapatkan bahwa dari 75 santri dengan pengetahuan kurang, sebanyak 35 santri yang menderita penyakit kulit skabies. Hasil uji statistik *chi-square* $\rho < \alpha$, H_0 ditolak yang berarti ada hubungan antara pengetahuan dengan terjadinya penyakit kulit skabies.

- e. Hubungan antara *personal hygiene* dengan terjadinya penyakit kulit skabies.

Tabel 13. Tabulasi Silang Berdasarkan Hubungan Antara *Personal Hygiene* Dengan Terjadinya Penyakit Kulit Skabies.

No	<i>Personal Hygiene</i>	Keadaan Santri				Total	
		Menderita Skabies		Tidak Menderita Skabies			
		F	%	F	%	F	%
1	Kurang	33	33	13	13	46	46
2	Baik	12	12	42	42	54	54
Total		45	45	55	55	100	100

Dari tabel 13 didapatkan bahwa dari 46 santri dengan *personal hygiene* kurang yang menderita penyakit skabies sebanyak 33 santri. Hasil uji statistik *chi-square* $\rho < \alpha$ H_0 ditolak yang berarti ada hubungan antara *personal hygiene* dengan terjadinya penyakit kulit skabies.

- f. Hubungan antara kepadatan penghuni kamar dengan terjadinya penyakit kulit skabies.

Tabel 14. Tabulasi Silang Berdasarkan Hubungan Antara Kepadatan Penghuni Kamar Dengan Terjadinya Penyakit Kulit Skabies.

No	Kepadatan penghuni Kamar	Keadaan Santri				Total	
		Menderita Skabies		Tidak Menderita Skabies			
		F	%	F	%	F	%
1	Padat	37	37	31	31	68	68
2	Tidak Padat	8	8	24	24	32	32
	Total	45	45	55	55	100	100

Dari tabel 14 didapatkan bahwa dari 68 santri yang menempati kamar dengan kategori padat diketahui terdapat 37 santri yang menderita penyakit skabies. Hasil uji *chi-square* $\rho < \alpha$, H_0 ditolak yang berarti ada hubungan antara kepadatan penghuni kamar dengan terjadinya penyakit kulit skabies.

E. PEMBAHASAN.

Berdasarkan hasil penelitian pada 100 santri di Pondok Pesantren Salafiyah–Syafi’iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo, setelah dilakukan wawancara dan pengisian kuesioner didapatkan 45 santri (45%) yang menderita penyakit kulit skabies. Adapun faktor-faktor yang diteliti yang dianggap mempengaruhi terjadinya penyakit kulit skabies adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan, personal hygiene, dan kepadatan penghuni kamar.

1. Berdasarkan Umur Santri.

Setelah dianalisa dengan menggunakan uji statistik *chi square* dengan hasil $\rho < \alpha$ maka H_0 ditolak, yang mempunyai arti ada pengaruh secara signifikan antara umur dengan terjadinya penyakit kulit skabies pada santri di pondok pesantren, hal ini sesuai dengan tinjauan kepustakaan bahwa penyakit kulit skabies ini sering terjadi di negara berkembang, termasuk Indonesia dengan prevalensi tertinggi pada anak usia 11–15 tahun (Soleha Sungkar, 1994).

2. Berdasarkan Jenis Kelamin Santri.

Setelah dianalisa dengan menggunakan uji statistik *chi square* dengan hasil $\rho > \alpha$ maka H_0 diterima, yang mempunyai arti tidak ada pengaruh secara signifikan antara jenis kelamin dengan terjadinya penyakit kulit skabies pada santri di pondok pesantren, hal ini sesuai dengan tinjauan kepustakaan bahwa setiap orang dapat terinfeksi oleh skabies tanpa memandang jenis kelamin (Muslimin, 1998).

3. Berdasarkan Pendidikan Santri.

Setelah dianalisa dengan menggunakan uji statistik *chi square* dengan hasil $\rho < \alpha$ maka H_0 ditolak, yang mempunyai arti ada pengaruh secara signifikan antara tingkat pendidikan dengan terjadinya penyakit kulit skabies pada santri di pondok pesantren, hal ini sesuai dengan tinjauan kepustakaan bahwa dengan tingkat pendidikan yang tinggi individu akan mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi pula dan lebih mudah untuk menerima informasi terutama dalam hal yang berhubungan dengan kesehatan dan hal ini akan berpengaruh pada perilaku individu tersebut (Kusmiati, 1997).

4. Berdasarkan Pengetahuan Santri.

Setelah dianalisa dengan menggunakan uji statistik *chi square* di dapatkan $\rho < \alpha$ maka H_0 ditolak, yang mempunyai arti ada pengaruh secara signifikan antara pengetahuan dengan terjadinya penyakit kulit skabies pada santri di pondok pesantren, hal ini sesuai dengan tinjauan kepustakaan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku individu di antaranya; pengetahuan (*knowledge*), keyakinan sarana yang diperlukan dan dorongan atau motivasi (Mantra, 1995).

5. Berdasarkan *Personal Hygiene* Santri.

Setelah dianalisa dengan menggunakan uji statistik *chi square* di dapatkan $\rho < \alpha$ maka H_0 ditolak, yang mempunyai arti ada pengaruh secara signifikan antara *personal hygiene* dengan terjadinya penyakit kulit skabies pada santri di pondok pesantren, hal ini sesuai dengan tinjauan kepustakaan bahwa faktor yang menunjang terjadinya penyakit kulit skabies salah satunya adalah *personal hygiene* yang buruk (Djuanda, 1999).

6. Berdasarkan Tingkat Kepadatan Penghuni Kamar.

Setelah dianalisa dengan menggunakan uji statistik *chi square* di dapatkan $\rho < \alpha$ maka H_0 ditolak, yang mempunyai arti ada pengaruh secara signifikan antara kepadatan penghuni kamar dengan terjadinya penyakit kulit skabies pada santri di pondok pesantren, hal ini sesuai dengan tinjauan kepustakaan bahwa prevelensi skabies sangat tinggi pada lingkungan dan kepadatan penghuni yang tinggi (Soleha Sungkar, 1994).

F. PENUTUP.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 100 responden atau terhadap santri yang mondok di Pondok Pesantren Salafiyah – Syafi'iyah Sukorejo Sumberejo Situbondo, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Ada pengaruh secara signifikan antara umur dengan terjadinya penyakit kulit skabies pada santri di pondok pesantren
2. Tidak ada pengaruh secara signifikan antara jenis kelamin dengan terjadinya penyakit kulit skabies pada santri di pondok pesantren
3. Ada pengaruh secara signifikan antara pendidikan dengan terjadinya penyakit kulit skabies pada santri di pondok pesantren
4. Ada pengaruh secara signifikan antara tingkat pengetahuan dengan terjadinya penyakit kulit skabies pada santri di pondok pesantren
5. Ada pengaruh secara signifikan antara *personal hygiene* dengan terjadinya penyakit kulit skabies pada santri di pondok pesantren
6. Ada pengaruh secara signifikan antara kepadatan penghuni kamar dengan terjadinya penyakit kulit skabies pada santri di pondok pesantren.

Agar para santri terhindar dari penyakit kulit skabies, yang mana penyakit ini sebenarnya dapat dicegah para santri diharapkan untuk meningkatkan *personal hygiene* dengan membiasakan diri untuk berperilaku hidup sehat dan selalu menjaga kebersihan terutama kebersihan : kamar, tempat tidur, selimut dan juga pakaian jangan dibiasakan untuk berganti-ganti antar teman. Dalam sebuah hadist disebutkan bahwa : Kebersihan itu adalah sebagian dari iman. Untuk sementara para santri yang sehat atau yang tidak menderita penyakit kulit skabies agar menghindari baik secara langsung maupun kontak tidak langsung dengan penderita penyakit kulit skabies, dan bagi santri yang sedang menderita penyakit kulit skabies

hendaknya mempunyai kesadaran yang tinggi untuk berobat baik ke puskesmas ataupun tempat-tempat pelayanan kesehatan yang lain sampai penyakitnya sembuh. Institusi Pondok Pesantren hendaknya selalu memotivasi pada santri untuk meningkatkan personal hygiene dan berperilaku hidup sehat dengan memberi penyuluhan tentang pemeliharaan personal hygiene yaitu melalui kegiatan-kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah yang ada, serta agar diusahakan luas kamar hunian santri disesuaikan dengan syarat-syarat pemukiman yang sehat, menurut Permentkes nomor 829/Menkes/SK/VII/1999. Tentang persyaratan kesehatan perumahan. Jika hal itu tidak memungkinkan maka jalan alternatif lain yaitu dengan memperbaiki sanitasi kamar misalnya : ventilasi atau jendela kamar yang selalu terbuka sehingga sirkulasi udara dapat berjalan dengan baik, serta bisa ditambahkan Exhaust fan dan lubang angin yang menambah sirkulasi semakin baik. Pengurus pondok agar bekerjasama dengan pelayanan kesehatan yang ada untuk mengadakan pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk diagnosa dan pengobatan dini, serta menyediakan lembar petunjuk tentang pencegahan dan gejala dini skabies sehingga bisa diambil tindakan penanganan lebih dini dan kesembuhan lebih cepat pula.

DAFTAR PUSTAKA.

- Arikunto, S . 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Azwar, Asrul . 1995. *Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan*. Jakarta : Mutiara Sumber Widya.
- Brotowijoyo, D Mukayat. 1991. *Metodologi Penelitian dan Penulisan Karangan Ilmiah*. Yogyakarta : Liberti.
- Depkes RI. 1993. *Persyaratan Kesehatan Lingkungan Tempat-Tempat Umum*. Surabaya : Dirjen PPM dan PLP.
- Depkes RI. 1999. *Persyaratan Kesehatan Perumahan*. Jakarta : Keputusan Menteri Kesehatan.
- Djuanda, Adhi (dkk). 1999. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, Edisi Ke-3*. Jakarta : FKUI.
- Gunawan, Rudi. 1997. *Pedoman Perencanaan Rumah Sehat*. Jakarta : Yayasan Sarana Cipta.
- Harahap, Marwali. 2000. *Ilmu Penyakit Kulit, Edisi Ke-1*. Jakarta : Gunung Agung.
- Ismail Sofyan, Sastroasmoro Sudigdo. 1995. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinik*. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Kabag. Kesehatan Pondok Pesantren Salafiyah – Syafi'iyah Sukorejo Situbondo, 2005
- Kusmiati . 1997. *Dasar-Dasar Perilaku*, Jakarta: Depkes RI.
- Mantra, IB. 1995. *Buku Pedoman Penyuluhan Kesehatan Masyarakat*, Sub Dinas Penyuluhan Kesehatan Tingkat I Jatim, Surabaya
- Muslim. 1998. *Kesehatan Lingkungan*, Jakarta: FKM UI
- Notoatmodjo, S, 2000. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S, 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Nursalam & Siti Pariani. 2000. *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Surabaya : PSIK FK UNAIR.
- Nursalam & Siti Pariani. 2001. *Pendekatan Praktis Metodologi Penelitian*, Jakarta
- Permen Kes RI No. 829/Menkes/SK/1999. *Persyaratan Perumahan*, Jakarta: Depkes RI
- Pudjiraharjo, Widodo J. 1993. *Metodologi Penelitian dan Statistik Tempat*. Surabaya : Airlangga Universitas Press.
- Soedarto. 1996. *Penyakit-Penyakit Infeksi di Indonesia*, Jakarta: Widya Medika
- Sungkar, Saleha. 1994. *Tujuan Secara Umum Tentang Penyakit-Penyakit Kulit Yang Disebabkan Oleh Jamur*, Surabaya: FK Unair
- Wolf, Weizel. 1994. *Dasar-Dasar Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Edisi Ke-2 Gunung Agung.
- Zamaksyari, D. 1998. *Tradisi Pesantren Ditinjau Dari Kehidupan Kyai*. Yogyakarta : LPP dan PE.