



**KARAKTERISTIK INDIVIDU, PERSONAL HYGIENE, PERILAKU
SEHAT DAN KEJADIAN SKABIES PADA SANTRI
(Studi di Ponpes Khalafi dan Salafiyah Kecamatan Mayang Kabupaten
Jember)**

SKRIPSI

Oleh :

**Khaidar Ali
NIM 122110101051**

**BAGIAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN KESEHATAN KESELAMATAN KERJA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2016**



**KARAKTERISTIK INDIVIDU, PERSONAL HYGIENE, PERILAKU
SEHAT DAN KEJADIAN SKABIES PADA SANTRI
(Studi di Ponpes Khalafi dan Salafiyah Kecamatan Mayang Kabupaten
Jember)**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

**Khaidar Ali
NIM 122110101051**

**BAGIAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN KESEHATAN KESELAMATAN KERJA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2016**

HALAMAN PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Allah SWT, atas berkat limpahan karunia dan kasih sayang-Nya, sehingga saya bisa menyelesaikan skripsi ini;
2. Orang tua saya, Ibu Muslimah dan Bapak Jabatil Ilmi yang tercinta, yang selalu memberikan doa, kasih sayang, dukungan, dan motivasi kepada saya;
3. Guru-guruku TK PKK Gerongan, SDN Gerongan, SMPN 1 Bangil, SMAN 1 Bangil, sampai dengan Perguruan Tinggi, yang telah memberikan ilmu serta pengalamannya;
4. Almamater yang saya banggakan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
5. Orang-orang yang saya cintai dan semua orang yang mencintai saya.

MOTTO

Wahai orang (Muhammad dan Ummatnya) yang berselimut. Bangunlan (untuk shalat) pada malam hari, kecuali sedikit (daripadanya). Yaitu seperduanya atau kurangilah dari seperdua itu sedikit. Atau lebih dari seperdua itu, dan bacalah Al-Qur'an dengan perlahan-lahan. Sungguh, Kami menurunkan kepadammu perkataan yang berat. Sungguh, bangun pada waktu malam adalah lebih tepat (untuk) khusyuk dan bacaan pada waktu itu lebih berkesan. Sungguh, kamu pada siang hari mempunyai urusan yang panjang (banyak). Sebutlah Nama Tuhanmu dan beribadahlah kepadaNya dengan Tekun. (Dialah) Tuhan timur dan barat, tiada tuhan selain Dia. Jadikan Dia sebagai pelindung. Dan bersabarlah (Muhammad) terhadap apa yang mereka ucapkan, dan jauhilah mereka dengan cara yang baik. (Terjemahan Q.S Al-Muzzammil: 1-10^{*})

*) Departemen Agama Republik Indonesia. 1983. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Jakarta: Yayasan Penyelenggara Penterjemah Al-Qur'an.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Khaidar Ali

NIM : 122110101051

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: *Karakteristik Individu, Personal Hygiene, Perilaku Sehat dan Kejadian Skabies Pada Santri (Studi di Ponpes Khalafi dan Salafiyah Kecamatan Mayang Kabupaten Jember)* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun, serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 2 Juni 2016

Yang menyatakan,

Khaidar Ali
NIM 122110101051

SKRIPSI

**KARAKTERISTIK INDIVIDU, PERSONAL HYGIENE, PERILAKU
SEHAT DAN KEJADIAN SKABIES PADA SANTRI
(Studi di Ponpes Khalafi dan Salafiyah Kecamatan Mayang Kabupaten
Jember)**

Oleh:

Khaidar Ali
NIM 122110101051

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Anita D. M, S.KM., M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul *Karakteristik Individu, Personal Hygiene, Perilaku Sehat dan Kejadian Skabies Pada Santri (Studi di Ponpes Khalafi dan Salafiyah Kecamatan Mayang Kabupaten Jember)* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 28 Juni 2016

Tempat : Ruang Ujian Skripsi 1, Lantai 2, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris,

Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes.
NIP. 197904112005011002

Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes.
NIP. 198311132010122006

Anggota,

Drs. Sugeng Catur Wibowo
NIP. 196106151981111002

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Karakteristik Individu, Personal Hygiene, Perilaku Sehat dan Kejadian Skabies pada Santri (Studi di Ponpes Khalafi dan Salafiyah Kecamatan Mayang Kabupaten Jember); Khaidar Ali; 122110101051; 2016; 112 halaman; Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap *Sarcoptes scabiei Var hominis*. Skabies merupakan penyakit kulit yang endemis di wilayah beriklim tropis dan subtropis. Skabies terjadi pada jenis kelamin perempuan dan laki-laki, semua usia, semua kelompok etnis, dan sosial ekonomi. Skabies merupakan penyakit yang sering diabaikan karena tidak mengancam jiwa sehingga prioritas penanganannya rendah, namun sebenarnya skabies kronis dan berat dapat menimbulkan komplikasi yang berbahaya (Ratnasari *et al.*, 2014:252), dimana infeksi sekunder tersebut disebabkan oleh bakteri *Group A Streptococcus* (GAS) serta *Staphylococcus Aureus* (Golant, 2012 dan Harapap, 2000). Prevalensi skabies sangat tinggi pada lingkungan dengan tingkat kepadatan penghuni tinggi dan kebersihan yang kurang memadai. Faktor yang berperan tingginya prevalensi skabies di negara berkembang yaitu kemiskinan yang diasosiasikan dengan rendahnya tingkat kebersihan, akses air yang sulit, dan kepadatan hunian (Johnstone *et al.*, 2007:2). Oleh karena itu, prevalensi skabies yang tinggi umumnya ditemukan di penjara, panti asuhan, dan pondok pesantren (Mellanby, 1941:405, Heukelbach *et al.*, 2005:373 dan Walton *et al.*, 2007:270).

Pondok pesantren adalah sekolah Islam dengan sistem asrama dan pelajarannya disebut santri. Pelajaran yang diberikan adalah pengetahuan umum dan agama tetapi dititikberatkan pada agama Islam (Haningsih, 2008:28). Depkes RI mencatat terdapat 14.798 pondok pesantren dengan prevalensi skabies cukup tinggi di Indonesia. Selanjutnya terdapat beberapa penelitian yang menunjukkan

prevalensi skabies tinggi di beberapa pondok pesantren (Saad, 2008:3, Ma'rufi *et al.*, 2005:11-17, Afraniza, 2011:4-25 dan Akmal *et al.*, 2013:164-167). Pondok Pesantren memiliki 2 jenis, yaitu khalafi (Modern) dan Salafiyah (Tradisional). Kedua jenis pondok pesantren tersebut berbeda dalam kebijakan sistem pendidikan serta sanitasi lingkungan di pondok pesantren tersebut. Oleh sebab itu, penelitian ini dilakukan bertujuan untuk menganalisis hubungan antara karakteristik individu, personal hygiene, perilaku sehat dengan kejadian skabies pada santri di ponpes khalafi dan salafiyah di Kecamatan Mayang Kabupaten Jember dimana berdasarkan atas hasil studi pendahuluan didapatkan bahwa kasus skabies yang terdapat di Kecamatan Mayang tertinggi di Kabupaten Jember yaitu 526 kasus (Dinkes, 2014).

Penelitian ini menggunakan metode observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. *Cross sectional* yaitu variabel bebas dan variabel terikat yang terjadi pada obyek penelitian diukur atau dikumpulkan secara simultan. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan *cluster random sampling* dengan membagi pondok pesantren menjadi dua kelompok yakni pondok pesantren khalafi (MU Darul Mukhlisin) dan pondok pesantren salafiyah (Rhadiatus Sholihin dan Al-Wafa), dimana perhitungan sampel santri secara *random* pada ponpes khalafi dan salafiyah yaitu masing-masing 89 santri dan 62 santri. Selanjutnya, analisis data pada penelitian ini menggunakan analisis univariat dan bivariat. Analisis bivariat menggunakan uji koefisien kotingensi.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi pada santri di ponpes khalafi dan salafiyah didapatkan frekuensi santri wanita di Pondok Pesantren MU Darul Mukhlisin lebih tinggi dibandingkan dengan santri pria yaitu dengan selisih 3,38%. Selanjutnya, proporsi jumlah frekuensi santri pria di ponpes Rhadiatus Sholihin serta Al-Wafa lebih tinggi dibandingkan dengan santri wanita dengan selisih persentase 19,36%. Berdasarkan distribusi usia responden pada santri ponpes khalafi dan salafiyah didapatkan jumlah santri yang berusia ≥ 13 tahun lebih tinggi dibandingkan dengan santri dengan usia lainnya. Berdasarkan lama mondok santri didapatkan bahwa jumlah santri yang mondok kurang dari 6 tahun di ponpes khalafi sebesar 100%. Selain itu, frekuensi santri dengan lama mondok

< 6 tahun di ponpes salafiyah lebih tinggi dibandingkan dengan santri yang mondok \geq 6 tahun dengan persentase 93,55%.

Tingkat personal hygiene pada santri di kedua jenis ponpes didapatkan bahwa tingkat personal hygiene tinggi pada ponpes khalafi dan salafiyah lebih besar dibandingkan dengan tingkat personal hygiene dengan masing-masing persentase adalah 53,93% dan 74,19%. Selanjutnya, perilaku sehat santri yang terdapat di ponpes khalafi dan salafiyah memiliki tingkat perilaku sehat yang rendah lebih besar dengan masing-masing persentase yaitu 75,28% dan 77,42%. Tingkat sanitasi lingkungan pondok pesantren menunjukkan bahwa tingkat sanitasi yang terdapat di pondok pesantren khalafi (MU Darul Mukhlisin) dan salafiyah (Al-wafa dan Rhadiatus Sholihin) rendah.

Berdasarkan atas uji koefisien kotingensi dari karakteristik individu, personal hygiene serta perilaku sehat dengan kejadian skabies di ponpes khalafi didapatkan yaitu P jenis kelamin= 0,000; P usia= 0,540; P personal hygiene= 0,000 dan P perilaku sehat= 0,000 dengan $\alpha= 0,05$. Nilai P jenis kelamin, personal hygiene, perilaku sehat $< \alpha$ (0,05). Oleh sebab itu, terdapat hubungan antara jenis kelamin, personal hygiene dan perilaku sehat dengan kejadian skabies pada santri di ponpes khalafi. Selanjutnya, uji koefisien kotingensi dari karakteristik individu, personal hygiene serta perilaku sehat dengan kejadian skabies di ponpes salafiyah didapatkan yaitu P jenis kelamin =0,147; P usia= 0,004; P lama mondok= 0,223; P personal hygiene= 0,000 dan P perilaku sehat= 0,012 dengan $\alpha= 0,05$. Nilai P usia, personal hygiene, perilaku sehat $< \alpha$ (0,05). Oleh sebab itu, terdapat hubungan antara usia, personal hygiene dan perilaku sehat dengan kejadian skabies pada santri di ponpes salafiyah.

Saran yang diberikan peneliti yaitu untuk Puskesmas agar membuat kerjasama dengan pondok pesantren mengenai adanya penyuluhan pada setiap jenis ponpes yang terdapat di Kecamatan Mayang. Selain itu, untuk pengasuh maupun pengurus pondok pesantren agar pembuatan serta pemasangan poster atau media promosi kesehatan lainnya mengenai tata cara hidup bersih dan sehat.

SUMMARY

Individual Characteristics, Personal Hygiene, Healthy Behavior and Scabies Incident Among Student of Boarding School (Study in Khalafi and Salafiyah Boarding Student of Mayang Sub-district, Jember Regency); Khaidar Ali; 122110101051; 2016; 112 pages; Department of Environmental Health and Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, University of Jember.

*Scabies is skin diseases caused by infestation and sensitization of *Sarcoptes scabiei* Var *hominis*. Scabies is endemic skin disease in tropics and subtropics region. Scabies occurs at various sex, ages, ethics group and socio economics. Scabies is neglected diseases, but chronic and severe scabies caused severe complication (Ratnasari et al., 2014:252). Secondary infection caused by Group A *Streptococcus* (GAS) and *Staphylococcus Aureus* (Golant, 2012 and Harapap, 2000). Prevalence of scabies is high in crowded environment and cleanless. Determinant factors caused high prevalence of scabies in development country is poverty associated with lower hygiene, limited water access and density (Johnstone et al., 2007:2). Furthermore, highest prevalence of scabies found at jail, orphanage, and boarding student of ponpes (Mellanby, 1941:405, Heukelbach et al., 2005:373 dan Walton et al., 2007:270).*

Pondok pesantren (ponpes) is Islamic school with dormitory system and student called santri. The course of ponpes for santri is general knowledge and Islamic religion course (Haningsih, 2008:28). Depkes RI counted there are 14.798 ponpes with high scabies prevalence in Indonesia. Furthermore, there are several research showed high prevalence in several ponpes (Saad, 2008:3, Ma'rufi et al., 2005:11-17, Afraniza, 2011:4-25 dan Akmal et al., 2013:164-167). Pondok Pesantren divide become 2 type, there are Khalafi (Modern) and Salafiyah (Traditional). These ponpes differ at education system and environmental sanitation. The aim of this study is to analyze the relationship between individual characteristic, personal hygiene, healthy behavior with scabies among santri khalafi and salafiyah in Mayang Sub-district Jember Regency, which scabies case in Mayang Sub-district is highest than other Sub-district at Jember Regency with 526 cases (Dinkes, 2014).

This Study used observational analytic with cross sectional approach. The sample withdrawal technique is using cluster random sampling and divided ponpes become khalafi (MU Darul Mukhlisin) and salafiyah (Rhadiatus Sholihin and Al-Wafa). According to random sample calculation of khalafi and salafiyah's

santri is 89 santri and 62 santri, respectively. The data analysis is using univariate and bivariate analysis with coefficient contingency .

Based on interview and observation at santri in the khalafi and salafiyah showed that the frequency of female santri in Khalafi is higher than male santri with percentages difference is 3,38%. Furthermore, frequency of male santri at Salafiyah ponpes is higher than female santri th percentages difference is 19,36%. Based on age distribution of santri of khalafi and salafiyah showed that santri with ≥ 13 years old is higher than the other age. And then, based on mondok duration of santri showed that mondok duration < 6 years of santri in khalafi as big as 100%. Frequency of santri with mondok duration < 6 years old in salafiyah is higher than santri with mondok duration > 6 years with 93,55%. High Level of personal hygiene among santri in khalafi and salafiyah is higher than lower personal hygiene level with 53,93% and 74,19%, respectively. Furthermore, low level of healthy behavior among santri in khalafi and salafiyah is higher than high healthy behavior level with 75,28% and 77,42%, respectively. Environmental sanitation level in khalafi and salafiyah, MU Darul Mukhlisin, Al-wafa and Rhadiatus Sholihin, respectively is low.

Based on statistical test of individual characteristic, personal hygiene, and healthy behavior in khalafi noted $P_{sex} = 0,000$; $P_{ages} = 0,540$; $P_{personal\ hygiene} = 0,000$ and $P_{healthy\ behavior} = 0,000$ with $\alpha = 0,05$. P value of sex, personal hygiene and healthy behavior $< \alpha (0,05)$. With the result that there are correlation between sex, personal hygiene and healthy behavior with scabies incident among khalafi's santri. Furthermore, based on coefficient contingency of individual characteristic, personal hygiene, and healthy behavior in salafiyah noted $P_{sex} = 0,147$; $P_{ages} = 0,004$; $P_{mondok\ duration} = 0,223$; $P_{personal\ hygiene} = 0,000$ and $P_{healthy\ behavior} = 0,012$ with $\alpha = 0,05$. P value of age, personal hygiene and healthy behavior $< \alpha (0,05)$. With the result that there are correlation between age, personal hygiene and healthy behavior with scabies incident among salafiyah's santri.

The recommendation to Primary Health Center is to create cooperation with pondok pesantren about health educational for santri of each ponpes in Mayang Sub-district. Besides, for kiyai of ponpes should spread health promotion media about healthy living behavior.

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul *Karakteristik Individu, Personal Hygiene, Perilaku Sehat dan Kejadian Skabies Pada Santri (Studi di Ponpes Khalafi dan Salafiyah Kecamatan Mayang Kabupaten Jember)*. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan Strata Satu (S1) Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Bapak Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes, selaku Kepala Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan dan Keselamatan Kerja dan Dosen Pembimbing Utama (DPU) yang telah memberikan bimbingan, motivasi, saran, dan pengarahan sehingga skripsi ini dapat disusun dan terselesaikan dengan baik. Serta terimakasih telah mengajarkan pengalaman hidup yang paling berharga yaitu kesabaran, perjuangan dan rendah hati dalam menjalani hidup.
3. Ibu Anita D. M, S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Anggota (DPA), yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran, dan perhatian untuk memberikan bimbingan, pengarahan, dan motivasi demi terselesaikannya skripsi ini;
4. Rahayu Sri Pujiati, S.KM., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan nasihat selama saya menjadi mahasiswa serta saran-saran dalam penelitian ini;
5. Bapak/ Ibu dosen Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Bapak Khoiron, S.KM.,M.Sc., Ibu PrehatinTri Rahayu Ningrum, S.KM., M.Kes., Ibu Ellyke, S.KM., M.KL., terima kasih telah selalu memberikan motivasi kepada penulis;

6. Bapak/ Ibu dosen, staf dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
7. Pengasuh Pondok Pesantren MU Darul Mukhlisin, Rhadiatus Sholihin serta Al-Wafa, terimakasih telah membantu penulis sebagai tempat penelitian dalam menyelesaikan skripsi;
8. Kedua orang tuaku, Jabatil Ilmi dan Ibu Muslimah yang telah mengorbankan segalanya demi keberhasilan anak-anaknya dari dulu, sekarang hingga nanti;
9. Adikku Mahbub Junaedi, Haikal Zulfikar dan Niken Ayu Ramadhani, terimakasih telah menjadi adik yang baik dan selalu memberikan semangat;
10. Guru-guruku TK PKK Gerongan, SDN Gerongan, SMPN 1 Bangil, SMAN 1 Bangil, sampai dengan Perguruan Tinggi, yang telah memberikan ilmu serta pengalamannya;
11. Indah Ningtias Hidayati yang selalu memberikan semangat dan motivasi untuk mencapai segala cita-cita dimasa depan.
12. Seluruh adik serta sahabatku di BPM FKM UJ;
13. Kawan-kawanku seluruh keluarga Kesling 2012 dan Efkaemrolas terimakasih atas kebersamaannya dalam suka dan duka;
14. Teman-temanku Kos Jawa terimakasih atas kebersamaannya telah menjadi keluarga kedua di Jember;
15. Teman-teman 2010, 2011, 2013, 2014, 2015, dan 2016 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya penulis mengucapkan terima kasih.

Jember, 26 Mei 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
MOTTO	iii
PERNYATAAN	iv
SKRIPSI	v
PENGESAHAN	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR SINGKATAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Tujuan Praktis.....	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Skabies	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Etiologi	7
2.1.3 Patogenesis	9

2.1.4 Gambaran Klinis.....	10
2.1.5 Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Skabies.....	11
2.2 Pondok Pesantren	14
2.3 Personal Hygiene	18
2.4 Perilaku Sehat	19
2.5 Sanitasi Lingkungan.....	21
2.6 Kerangka Teori.....	23
2.7 Kerangka Konseptual.....	24
2.8 Hipotesis Penelitian	25
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	26
3.1 Jenis Penelitian.....	26
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	27
3.2.1 Lokasi Penelitian	27
3.2.2 Waktu Penelitian	27
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	27
3.3.1 Populasi	28
3.3.2 Sampel	29
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	30
3.4 Variabel dan Definisi Operasional.....	30
3.5 Data dan Sumber Data.....	38
3.5.1 Data Primer.....	38
3.5.2 Data Sekunder	38
3.6 Teknik Pengumpulan, Instrumen dan Kerangka Operasional.....	38
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	39
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	39
3.6.3 Kerangka Operasional	40
3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data.....	41
3.7.1 Teknik Pengolahan Data.....	41
3.7.2 Teknik Penyajian Data	41
3.7.3 Teknik Analisa Data.....	41
3.8 Alur Penelitian	42

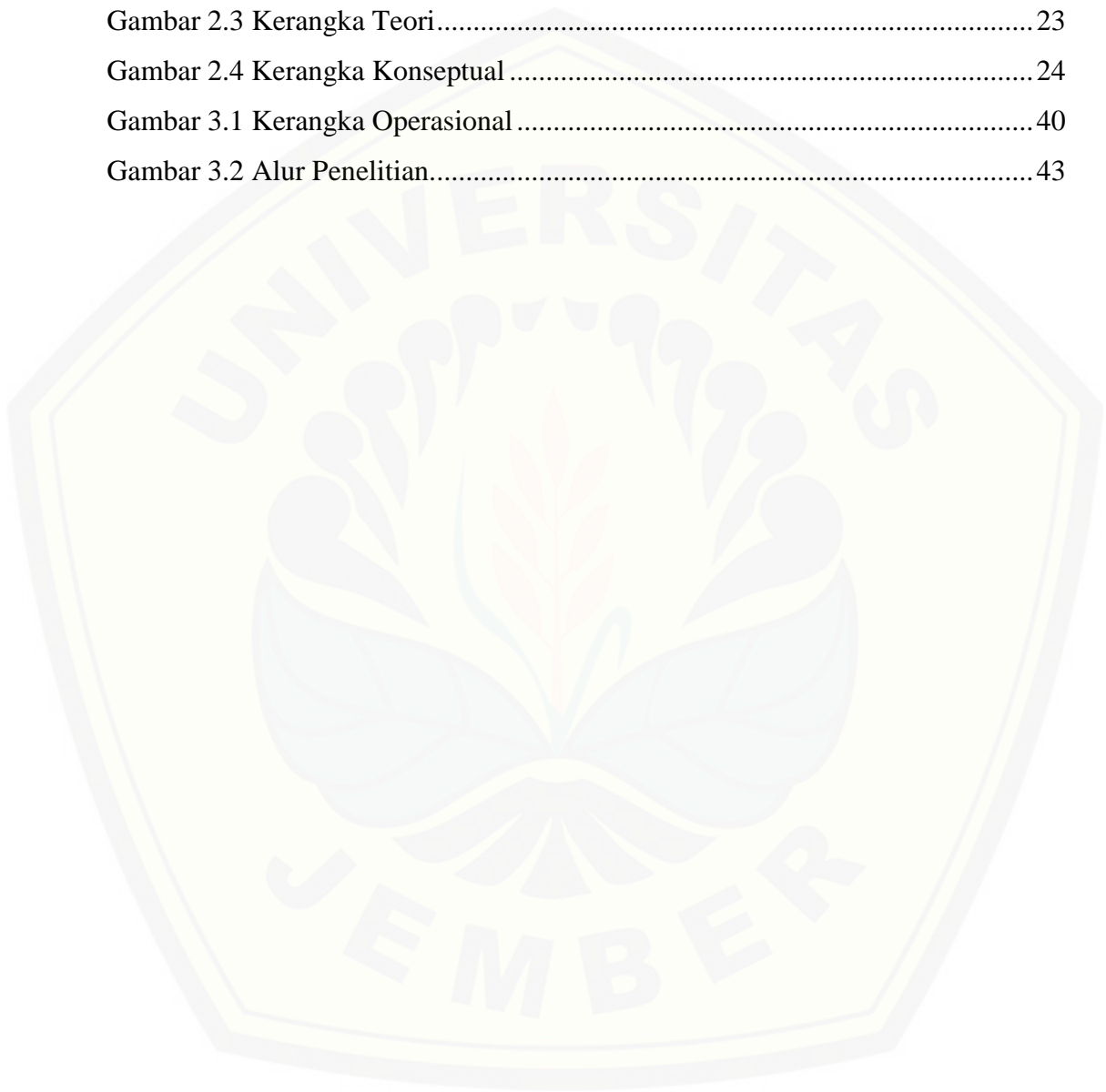
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	43
4.1 Hasil Penelitian	43
4.1.1 Gambaran Umum Kecamatan Mayang Kabupaten Jember	43
4.1.2 Prevalensi Skabies di Ponpes Khalafi dan Salafiyah	43
4.1.3 Karakteristik Individu Ponpes Khalafi dan Salafiyah.....	44
4.1.4 Tingkat Personal Hygiene Ponpes Khalafi dan Salafiyah	46
4.1.5 Tingkat Perilaku Sehat Ponpes Khalafi dan Salafiyah	50
4.1.6 Tingkat Sanitasi Lingkungan Ponpes Khalafi dan Salafiyah.....	53
4.1.7 Hubungan Karakteristik, Personal Hygiene dan Perilaku Sehat dengan Kejadian Skabies.....	55
4.2 Pembahasan	57
4.2.1 Prevalensi Skabies di Pondok Pesantren Khalafi dan Salafiyah....	57
4.2.2 Tingkat Sanitasi Lingkungan Ponpes Khalafi dan Salafiyah.....	58
4.2.3 Hubungan antara Karakteristik Individu dengan Kejadian Skabies di Ponpes Khalafi dan Salafiyah.....	61
4.2.4 Hubungan antara Personal Hygiene dengan Kejadian Skabies di Ponpes Khalafi dan Salafiyah.....	64
4.2.5 Hubungan antara Perilaku Sehat dengan Kejadian Skabies di Ponpes Khalafi dan Salafiyah.....	66
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	68
5.1 Kesimpulan	68
5.2 Saran	69
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN	76

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pondok Pesantren di Kecamatan Mayang Kab. Jember	29
Tabel 3.2 Perhitungan Sampel Santri Ponpes Khalafi dan Salafiyah	30
Tabel 3.3 Sampel Penelitian.....	30
Tabel 3.4 Definisi Operasional	30
Tabel 4.1 Prevalensi Skabies di Ponpes Khalafi dan Salafiyah	43
Tabel 4.2 Distribusi Jenis Kelamin Responden di Ponpes.....	44
Tabel 4.3 Distribusi Umur Responden di Ponpes	45
Tabel 4.4 Distribusi Lama Mondok Responden di Ponpes.....	45
Tabel 4.5 Distribusi Tingkat Personal Hygiene Santri Ponpes	46
Tabel 4.6 Tingkat Personal Hygiene Santri Pondok Pesantren.....	47
Tabel 4.7 Tingkat Personal Hygiene Berdasarkan Jenis Kelamin di Ponpes	48
Tabel 4.8 Tingkat Personal Hygiene Berdasarkan Umur di Ponpes.....	49
Tabel 4.9 Tingkat Personal Hygiene Berdasarkan Lama Mondok di Ponpes.....	49
Tabel 4.10 Tingkat Perilaku Sehat Santri Pondok Pesantren.....	50
Tabel 4.11 Tingkat Perilaku Sehat Berdasarkan Jenis Kelamin di Ponpes.....	51
Tabel 4.12 Tingkat Perilaku Sehat Berdasarkan Umur di Ponpes	51
Tabel 4.13 Tingkat Perilaku Sehat Berdasarkan Lama Mondok	52
Tabel 4.14 Tingkat Sanitasi Lingkungan Pondok Pesantren	53
Tabel 4.15 Tingkat Sanitasi Lingkungan Pondok Pesantren	54
Tabel 4.16 Tabulasi Silang antara Karakteristik Individu, Personal Hygiene dan Perilaku Sehat dengan Kejadian Skabies di Khalafi	55
Tabel 4.17 Hasil Pengukuran Koefisien Kotingensi Santri Ponpes Khalafi.....	55
Tabel 4.18 Tabulasi Silang antara Karakteristik Individu, Personal Hygiene dan Perilaku Sehat dengan Kejadian Skabies di Ponpes Salafiyah	56
Tabel 4.19 Hasil Pengukuran Koefisien Kotingensi Santri Ponpes Salafiyah.....	57

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Daur Hidup <i>Sarcoptes Scabiei</i>	8
Gambar 2.2 Lesi Skabies.....	9
Gambar 2.3 Kerangka Teori.....	23
Gambar 2.4 Kerangka Konseptual	24
Gambar 3.1 Kerangka Operasional	40
Gambar 3.2 Alur Penelitian.....	43



DAFTAR LAMPIRAN

A. <i>Informed Consent Penelitian</i>	76
B. Kuesioner Identifikasi Skabies	77
C. Kuesioner Personal Hygiene dan Perilaku Sehat	78
D. Lembar Observasi Identifikasi Skabies	80
E. Lembar Observasi Sanitasi Lingkungan	81
F. Hasil Uji Validitas dan Reabilitas Personal Hygiene	83
G. Hasil Uji Validitas dan Reabilitas Perilaku Sehat	87
H. Hasil Score Personal Hygiene Khalafi	80
I. Hasil Score Personal Hygiene Salafiyah	91
J. Hasil Uji Statistik Hubungan Karakteristik Individu, Personal Hygiene dan Perilaku Sehat dengan kejadian Skabies di Khalafi dan Salafiyah	93
K. Sanitasi Lingkungan Ponpes Khalafi dan Salafiyah	109

DAFTAR SINGKATAN

BPS	= Badan Pusat Statistik
CDC	= <i>Center for Disease Center and Prevention</i>
Dinkes	= Dinas Kesehatan
Kab.	= Kabupaten
Kemenag	= Kementerian Agama
Kepmenkes	= Keputusan Kementerian Kesehatan
Ponpes	= Pondok Pesantren
Poskestren	= Pos Kesehatan Pesantren
RI	= Republik Indonesia
SPAH	= Saluran Pembuangan Air Hujan
SPAL	= Saluran Pembuangan Air Limbah
TPS	= Tempat Pembuangan Sementara
UU	= Undang-Undang
WHO	= <i>World Health Organization</i>

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap *Sarcoptes scabiei varians hominis* (Aminah *et al.*, 2015: 54, Hafner, 2009: 1, Rohmawati, 2010: 1). Masyarakat Indonesia mengenal skabies sebagai kudis, gudik, budukan dan gatal agogo. Nugraheni (2008: 181) menjelaskan bahwa skabies dalam bahasa Indonesia sering disebut *kudis*. Orang Jawa menyebutnya *gudig*, sedangkan orang sunda menyebutnya *budug*. Skabies merupakan penyakit kulit yang endemis di wilayah beriklim tropis dan subtropis (Steer *et al.*, 2009: 1 dan WHO, 2005: 54), seperti Afrika, Amerika Selatan, Karibia, Australia Tengah dan Selatan, dan Asia. Skabies merupakan penyakit yang sering diabaikan karena tidak mengancam jiwa sehingga prioritas penanganannya rendah, namun sebenarnya skabies kronis dan berat dapat menimbulkan komplikasi yang berbahaya (Ratnasari *et al.*, 2014: 252).

Skabies menimbulkan ketidaknyamanan karena menimbulkan lesi yang sangat gatal (Ratnasari *et al.*, 2014: 252). Sehingga, penderita skabies sering menggaruk dan mengakibatkan infeksi sekunder terutama oleh bakteri *Group A Streptococcus* (GAS) serta *Staphylococcus Aureus* (Golant, 2012:53 dan Harapap, 2000: 104-115). Komplikasi akibat infestasi sekunder GAS dan *S. aureus* sering terdapat pada anak-anak di negara berkembang (Golant, 2012: 53). Selain itu, Chosidow (2006: 1718) menjelaskan bahwa skabies terjadi pada jenis kelamin perempuan dan laki-laki, semua usia, semua kelompok etnis, dan sosial ekonomi. Sehingga skabies perlu mendapatkan perhatian guna mencegah timbulnya dampak negatif dari penyakit tersebut.

World Health Organization (WHO), secara global skabies mempengaruhi lebih dari 130 juta orang setiap waktunya, dimana rata-rata terjadinya skabies berbeda-beda yaitu dari 0,3% hingga 46% (WHO, Tanpa Tahun). Selanjutnya, skabies merupakan salah satu permasalahan kesehatan masyarakat dengan estimasi prevalensi yaitu 300 juta kasus di seluruh dunia, sering ditemukan pada

negara miskin dimana prevalensi dapat melebihi dari 50% (Chosidow, 2006: 1718 dan Johnstone *et al.*, 2007: 2).

Prevalensi skabies sangat tinggi pada lingkungan dengan tingkat kepadatan penghuni tinggi dan kebersihan yang kurang memadai. Faktor yang berperan pada tingginya prevalensi skabies di negara berkembang yaitu terkait dengan kemiskinan yang diasosiasikan dengan rendahnya tingkat kebersihan, akses air yang sulit, dan kepadatan hunian (Johnstone *et al.*, 2007: 2). Tingginya kepadatan hunian dan interaksi atau kontak fisik antar individu memudahkan transmisi dan infestasi tungau skabies. Oleh karena itu, prevalensi skabies yang tinggi umumnya ditemukan di lingkungan dengan kepadatan penghuni dan kontak interpersonal tinggi seperti penjara, panti asuhan, dan pondok pesantren (Mellanby, 1941: 405, Heukelbach *et al.*, 2005: 373 dan Walton *et al.*, 2007: 270). Transmisi atau perpindahan antar penderita skabies dapat berlangsung melalui kontak kulit langsung yang erat dari orang ke orang (Putra, 2014: 57). Leppard *et al.*, (2000: 520-523) mendapatkan bahwa terjadi epidemic skabies yang terjadi di penjara lokal di Tanzania. Selain itu, studi di Iran mendapatkan hasil bahwa prevalensi skabies lebih tinggi pada sel penjara dengan kepadatan hunian tinggi (Roodsari *et al.*, 2006: 201-204).

Pondok pesantren (Ponpes) adalah sekolah Islam dengan sistem asrama dan pelajarannya disebut santri. Pelajaran yang diberikan adalah pengetahuan umum dan agama tetapi dititikberatkan pada agama Islam (Haningsih, 2008: 28). Depkes RI (dalam Ratnasari *et al.*, 2014: 252) mencatat bahwa Indonesia merupakan negara dengan jumlah penduduk muslim terbanyak di dunia, terdapat 14.798 pondok pesantren dengan prevalensi skabies cukup tinggi. Selanjutnya, Saad (2008: 3) dalam pengaruh faktor hygiene perorangan terhadap kejadian skabies di pesantren Magelan dijelaskan bahwa 43% responden menderita skabies dimana 42% responden memiliki hygiene personal yang kurang. Selain itu, prevalensi skabies di pondok pesantren di Kabupaten Lamongan adalah sebesar 64,2% (Ma'rufi *et al.*, 2005: 11-17). Afraniza (2011: 4-25) menjelaskan bahwa 45,5% santri menderita skabies dimana terdapat hubungan yang signifikan antara kebersihan diri dan angka kejadian skabies di pesantren Kyai Gading Kabupaten Demak.

Akmal *et al.*, (2013: 164-167) dari hasil penelitiannya tentang kejadian skabies di Pondok Pendidikan Islam Darul Ulum, Padang mencatat bahwa 24,6% responden menderita skabies, dimana insiden skabies tersebut mempunyai hubungan yang signifikan dengan personal hygiene. Oleh sebab itu, prevalensi skabies pada santri di pondok pesantren termasuk dalam kategori tinggi.

Tingginya jumlah santri dan pondok pesantren yang terdapat di Kabupaten Jember memungkinkan prevalensi skabies yang terdapat pada santri tersebut tinggi. Sehingga diperlukannya penelitian guna mengetahui perbedaan prevalensi skabies yang terdapat pada ponpes khalafi dan salafiyah di Kabupaten Jember serta mengetahui hubungan antara karakteristik individu, personal hygiene, dan perilaku sehat santri pada pondok pesantren khalafi dan salafiyah. Pemisahan objek penelitian pondok pesantren menjadi khalafi dan salafiyah disebabkan karena kedua jenis pondok pesantren tersebut berbeda dalam kebijakan sistem pendidikan. Ponpes khalafi menganut sistem pendidikan yang mengadopsi dari sistem pendidikan modern dan materi yang dipelajari merupakan kombinasi antara ilmu agama dan ilmu umum, sedangkan ponpes salafiyah menganut sistem pendidikan hanya mengajarkan ilmu-ilmu agama dan sama sekali tidak mengajarkan ilmu umum, sehingga mempengaruhi informasi atau wawasan dari santri khususnya informasi mengenai kesehatan. Oleh karena itu, berdasarkan atas perbedaan karakteristik tersebut peneliti memisahkan pondok pesantren menjadi khalafi dan salafiyah dalam objek penelitian.

Pondok pesantren khalafi menganut sistem pengajaran agama dengan adanya kombinasi ilmu umum memungkinkan adanya penyampaian informasi kesehatan dan pengawasan implementatif informasi tersebut, sehingga santri dapat mencegah terjadinya penularan penyakit khususnya skabies. Pada umumnya, pondok pesantren salafiyah atau tradisional yang menganut pada sistem pengajaran hanya mengajarkan ilmu agama, dimana kemampuan siswa tidak dilihat dari kelas berapa, tapi dilihat dari kitab apa yang ia baca (Qomar, 2002: 160). Ilmu agama sendiri mengajarkan kesehatan meskipun pada implementasi atau prakteknya kurang untuk diaplikasikan. Wahid (dalam Hidayat, 2012: 111-112) menjelaskan bahwa di pondok pesantren tradisional tidak ada

aturan baik menyangkut manajerial, administrasi, birokrasi, struktur, budaya dan kurikulum sehingga hal tersebut merupakan faktor yang mempengaruhi informasi kesehatan pada santri.

Gambaran sanitasi lingkungan pada ponpes khalafi dan salafiyah memiliki perbedaan, dimana berdasarkan atas hasil observasi yang dilakukan pada beberapa ponpes di Kecamatan Mayang didapatkan bahwa perbedaan gambaran sanitasi lingkungan diantaranya seperti hewan perternakan pada ponpes salafiyah tidak terdapat tempat khusus untuk hewan tersebut. Halaman pada ponpes salafiyah tidak memiliki kavling dimana hal tersebut bertujuan untuk mencegah terjadinya genangan air, berbeda dengan ponpes khalafi. Selanjutnya yaitu pada ponpes khalafi memiliki SPAL sedangkan ponpes salafiyah tidak memiliki SPAL. Selain itu, ponpes khalafi menggunakan air kran yang mengalir yang digunakan untuk wudhu. Ditinjau dari aspek sanitasi asrama, pada kedua jenis ponpes tersebut memiliki tingkat luas ventilasi yang tidak jauh berbeda. Selanjutnya, pada kedua jenis ponpes tersebut hanya menyediakan karpet sebagai alas tidur.

Menurut Data yang berasal dari Kementerian Agama Kab. Jember didapatkan bahwa jumlah Ponpes pada tahun 2015 yang terdapat di Kabupaten Jember yaitu 557 ponpes (Kemenag Jember, 2015), dimana Total Santri ponpes yang terdapat di Kabupaten Jember yaitu berkisar 208.280 (Dinkes Jember, 2014). Berdasarkan atas data, daerah dengan jumlah kasus skabies tertinggi yaitu terletak di Kecamatan Mayang yaitu sebesar 526 kasus (Dinkes, 2014). Kemenag (2015) mencatat bahwa jumlah pondok pesantren yang terdapat di Kecamatan Mayang yaitu 19 pondok pesantren, dimana total jumlah santri yang terdapat di Kecamatan Mayang yaitu 1.031 santri (Dinkes, 2014).

1.2 Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah yang dapat disimpulkan, yaitu bagaimana hubungan antara karakteristik individu, tingkat personal hygiene serta perilaku sehat dengan kejadian skabies pada santri pondok pesantren khalafi dan salafiyah di Kecamatan Mayang Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis hubungan karakteristik individu, tingkat personal hygiene serta perilaku sehat terhadap kejadian skabies pada santri pondok pesantren khalafi dan salafiyah di Kecamatan Mayang Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini meliputi, yaitu:

1. Mengidentifikasi prevalensi skabies di ponpes khalafi dan salafiyah.
2. Mengidentifikasi karakteristik individu di ponpes khalafi dan salafiyah.
3. Mengidentifikasi tingkat personal hygiene pada santri di ponpes khalafi dan salafiyah.
4. Mengidentifikasi tingkat perilaku sehat pada santri di ponpes khalafi dan salafiyah.
5. Mengidentifikasi tingkat sanitasi lingkungan di ponpes khalafi dan salafiyah.
6. Mengetahui hubungan antara karakteristik individu dengan tingkat personal hygiene di ponpes khalafi dan salafiyah.
7. Mengetahui hubungan antara karakteristik individu dengan tingkat perilaku sehat di ponpes khalafi dan salafiyah.
8. Menganalisis hubungan antara karakteristik individu, tingkat personal hygiene serta tingkat perilaku sehat dengan kejadian skabies di ponpes khalafi dan salafiyah.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi atau referensi baru yang menunjukkan perbedaan antara faktor penyebab yang signifikan dalam

mempengaruhi kejadian skabies pada santri di ponpes khalafi dan salafiyah, Kabupaten Jember. Oleh sebab itu, informasi yang didapatkan dalam penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan bagi santri maupun pengolah atau pemangku kebijakan pondok pesantren dalam upaya mencegah atau menurunkan prevalensi skabies yang terdapat di lingkungan pondok pesantren khalafi maupun salafiyah.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Peneliti

- a. Sebagai pengalaman dan menambah wawasan dalam mengaplikasikan pengetahuan yang telah diperoleh dalam proses perkuliahan.
- b. Sebagai bahan rujukan dalam pelaksanaan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian skabies.

2. Bagi Instansi Terkait

- a. Hasil dari penelitian ini diharapkan menjadi bahan masukan bagi Dinas Kesehatan dan Kementerian Agama Kabupaten Jember agar memperhatikan permasalahan kesehatan yang terdapat pada lingkungan pondok pesantren.
- b. Menjadi referensi bagi pengurus atau pengelola atau pengasuh pondok pesantren berkaitan dengan penentuan kebijakan peningkatan hygiene santri dan sanitasi lingkungan untuk mencegah terjadinya penularan penyakit, khususnya penyakit skabies.

3. Bagi Masyarakat

- a. Memberikan informasi mengenai personal hygiene, perilaku sehat dan tingkat sanitasi lingkungan di Pondok Pesantren Kecamatan Mayang Kabupaten Jember.
- b. Memberikan informasi mengenai permasalahan penyakit skabies di lingkungan pondok pesantren Kecamatan Mayang Kabupaten Jember.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skabies

2.1.1 Definisi

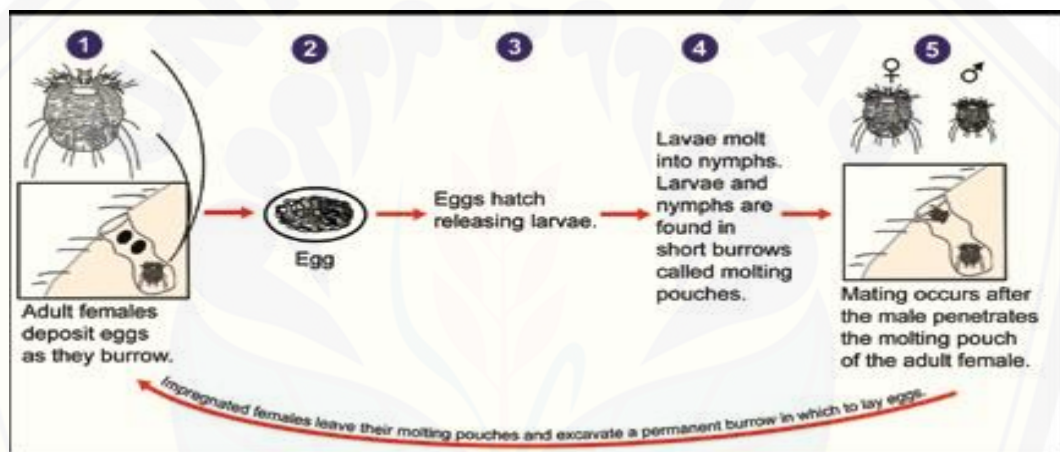
Skabies atau penyakit kudis adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap *Sarcoptes scabiei varietas hominis*. Penularan skabies terjadi melalui kontak langsung. Lebih lanjut dijelaskan oleh Djuanda (2002: 120) dimana cara penularan atau *transmisi* yaitu melalui kontak langsung misal berjabat tangan, tidur bersama dan kontak seksual. Kontak tidak langsung misalnya melalui pakaian, handuk, sprei, bantal, dan lain-lain.

2.1.2 Etiologi

Penyakit kudis atau skabies disebabkan oleh infeksi dari kulit oleh *human itch mite* (*Sarcoptes scabiei* var. *hominis*) (CDC, 2010 & Stoppler *et al*, 2015). Kutu skabies mikroskopik menaruh telur dan hidup pada liang lapisan atas kulit. Gejala yang paling sering dikeluhkan dari penyakit tersebut yaitu rasa gatal dan ruam pada kulit (CDC, 2010). Dampak yang ditimbulkan dari infestasi tungau pada kulit menyebabkan rasa gatal yang hebat sampai timbulnya eritema, papula dan vesikula hingga terjadi kerusakan kulit. Secara morfologi tungau ini berbentuk oval dan gepeng, berwarna putih kotor, transulen dengan bagian punggung lebih lonjong dibandingkan perut, tidak berwarna, yang betina berukuran 300-350 mikron, sedangkan yang jantan berukuran 150-200 mikron. Selanjutnya, Harahap (2000: 104-115), ukuran skabies betina yaitu berkisar 0,3-0,4mm. Stadium dewasa mempunyai 4 pasang kaki, 2 pasang merupakan kaki depan dan 2 pasang lainnya kaki belakang. Siklus hidup dari telur sampai menjadi dewasa berlangsung satu bulan. *Sarcoptes Scabiei* betina terdapat bulu cambuk pada pasangan kaki ke-3 dan ke-4. Sedangkan pada yang jantan bulu cambuk demikian hanya dijumpai pada pasangan kaki ke-3 saja (Iskandar, dalam Rohmawati, 2010: 8). Diagnosis penyakit ini dapat dipastikan apabila ditemukan

S. scabiei yang didapatkan dengan cara mencongkel/mengeluarkan tungau dari kulit, kerokan kulit atau biopsi.

Brown (1979: 470) menjelaskan bahwa tungau hidup di terowongan dalam kulit yang agak berkelok-kelok dan aktif apabila panas kulit tubuh bertambah. Selanjutnya Harahap (2000: 104-115) menjelaskan bahwa gejala gatal pada malam hari disebabkan oleh temperature tubuh menjadi lebih tinggi, sehingga hal ini menyebabkan aktivitas kutu meningkat. Selanjutnya, dapat hidup diluar kulit hanya 2-3 hari, dimana suhu ideal untuk tungau tersebut tumbuh yaitu berkisar 21⁰C dengan kelembapan relative yaitu 40-80% (Harahap, 2000: 104-115 dan Brown, 1979).



Gambar 2.1 Daur Hidup *Sarcoptes Scabiei*

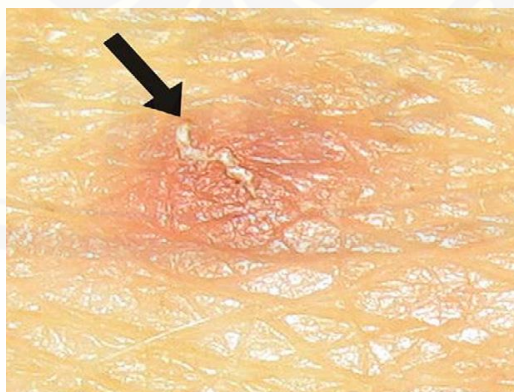
Sumber: CDC (2010)

Daur hidup tungau yaitu metamorfosis tidak sempurna, yaitu telur, larva, nimfa hingga dewasa ditunjukkan pada Gambar 2.1, dimana periode tersebut membutuhkan periode 7-14 hari (Harahap, 2000: 104-115) atau 8-15 hari (Brown, 1979: 472). Harahap (2000: 104-115), tungau betina setelah impregnasi akan menggali lobang ke dalam epidermis kemudian membentuk terowongan di dalam stratum koeneum. Kecepatan menggali terowongan tersebut yaitu 1-5 mm per hari (Harahap, 2000: 104-115) atau 2-3 mm per hari (Brown, 1979: 470). Dua hari setelah fertilasi, skabies betina mulai mengeluarkan telur kemudian berkembang melalui stadium larva, nimfa hingga dewasa. Brown (1979: 471) mencatat bahwa selama hidupnya tungau betina mengeluarkan telur sebanyak 40-50 butir. CDC

(2010) menjelaskan bahwa setiap hari tungau betina mengeluarkan 2-3 telur dan menetas setelah 3-4 hari. Lama hidup tungau betina lebih besar dibandingkan dengan jantan yaitu 30 hari. Tungau lebih sering ditemukan pada daerah dengan kulit tipis dan tidak banyak mengandung folikel pilosebacea sehingga sering ditemukan di pergelangan tangan, siku dan sebagainya (Harahap, 2000: 104-115).

2.1.3 Patogenesis

Lesi primer skabies berupa terowongan yang berisi tungau, telur dan hasil metabolisme. Pada saat menggali terowongan tungau mengeluarkan sekret yang dapat melisiskan stratum korneum. Sekret dan ekskret menyebabkan sensitisasi sehingga menimbulkan pruritus dan lesi sekunder. Namun, tungau hanya terdapat pada lesi primer. Tungau hidup di dalam terowongan di tempat predileksi, yaitu jari tangan, pergelangan tangan bagian ventral, siku bagian luar, lipatan ketiak depan, umbilikus, gluteus, ekstremitas, genitalia eksternal pada laki-laki dan areola mammae pada perempuan. Infestasi pertama skabies akan menimbulkan gejala klinis setelah satu bulan kemudian. Individu yang telah mengalami infestasi sebelumnya, gejala klinis dapat timbul dalam waktu 24 jam. Hal ini terjadi karena telah ada sensitisasi dalam tubuh pasien dan produknya yang antigen dan mendapat respons dari sistem imun tubuh (Sudirman, 2006: 177-190).



Gambar 2.2 Lesi Skabies Panah Hitam Menunjukkan Adanya Tungau

Sumber: Golant, A. K *et al.*, (2012: 50)

2.1.4 Gambaran Klinis

Keluhan pertama yang dirasakan penderita adalah rasa gatal terutama pada malam hari (*pruritus nokturnal*) atau bila cuaca panas serta pasien berkeringat (Sudirman, dalam Rohmawati, 2010: 9). Ciri-ciri seseorang terkena skabies adalah kulit penderita penuh bintik-bintik kecil sampai besar. Berwarna kemerahan yang disebabkan garukan keras. Bintik-bintik itu akan menjadi bernanah jika terinfeksi (Djuanda, 2002: 120). Menurut Djuanda (2002: 120-121), ada 4 tanda kardinal:

- a. Pruritus nokturna, artinya gatal pada malam hari yang disebabkan karena aktivitas tungau ini lebih tinggi pada suhu yang lebih lembab dan panas.
- b. Penyakit ini menyerang manusia secara kelompok, misalnya dalam sebuah keluarga biasanya seluruh anggota keluarga terkena infeksi. Begitu pula dalam sebuah perkampungan yang padat penduduknya, sebagian besar tetangga yang berdekatan akan diserang oleh tungau tersebut. Dikenal keadaan hiposensitisasi, yang seluruh anggota keluarganya terkena. Walaupun mengalami infestasi tungau, tetapi tidak memberikan gejala. Penderita ini bersifat sebagai pembawa (*carrier*).
- c. Adanya terowongan (*kunikulus*) pada tempat-tempat predileksi yang berwarna putih atau keabu-abuan, berbentuk garis lurus atau berkelok, rata-rata panjang 1 cm pada ujung terowongan itu ditemukan papul atau vesikel. Jika timbul infeksi sekunder ruam kulitnya menjadi polimorf (*pustul*, *ekskoriasi*, dan lain-lain). Tempat predileksinya 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 *mamae* (wanita), umbilikus, bokong, genitalia eksterna (*pria*), dan perut bagian bawah. Pada bayi dapat menyerang telapak tangan dan telapak kaki.
- d. Menemukan tungau, merupakan hal yang paling diagnostik. Dapat ditemukan satu atau lebih stadium hidup tungau ini. Diagnosis dapat dibuat dengan menemukan 2 dari 4 tanda kardinal tersebut.

2.1.5 Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Skabies

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya Skabies, diantaranya yaitu pengetahuan, sikap terhadap kejadian skabies, lingkungan atau personal hygiene serta sanitasi lingkungan (Haeri *et al.*, 2013: 109-113, Aminah *et al.*, 2015: 54-58 ; Wijaya, 2011: 1-12 dan Ma'rufi *et al.*, 2005: 11-17).

1. Jenis Kelamin

Hungu (dalam Marbun, 2011: 13) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Jenis kelamin merupakan katakteristik yang melekat pada setiap individu. Berkaitan dengan skabies, Ratnasari *et al.*, (2014: 251-256) dalam penelitian mendapatkan bahwa prevalensi skabies pada jenis kelamin laki-laki memiliki tingkat tertinggi yaitu dengan 57,4%. Hasil tersebut berbeda dengan penelitian Downs *et al.*,(dalam Ratnasari *et al.*, 2014: 11-17), Akmal *et al.*, (2013: 164-167) dan Savin *et al.*, (2005:126-127) mendapatkan bahwa prevalensi skabies tertinggi yaitu pada jenis kelamin perempuan. Oleh sebab itu, jenis kelamin dimungkinkan memiliki kecenderungan tertentu berkaitan dengan skabies. Ratnasari *et al.*, (2014: 11-17) yang menjelaskan bahwa jenis kelamin memiliki hubungan dengan kejadian skabies.

2. Umur

Umur adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan. Akmal *et al.*, (2013: 165) dan Rohmawati *et al.*, (2010: 41) mendapatkan bahwa prevalensi skabies tertinggi terdapat pada usia 13 tahun. Rendahnya usia dari penderita disebabkan karena kurangnya wawasan mengenai pencegahan penyakit menular yang terdapat dilingkungan pondok pesantren.

3. Lama Mondok

Lama mondok merupakan durasi dari santri ketika memulai belajar di ponpes hingga saat ini. Lama mondok erat kaitannya dengan pengalaman yang didapatkan oleh santri berkaitan dengan lingkungan pondok pesantren, meliputi sistem pengajarannya hingga penyakit-penyakit yang sering

ditemui dalam pondok pesantren. Desmawati *et al.*, (2015: 631) dalam penelitian mendapatkan bahwa mayoritas responden yang tinggal di pesantren dengan durasi yang pendek atau baru merupakan prevalensi skabies tertinggi.

4. Pengetahuan

Notoatmodjo (2011: 147), pengetahuan adalah hasil “tahu”, dan hal tersebut terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Ma’rufi *et al.*, (2005: 16) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan santri dengan kejadian skabies di pondok pesantren. Selanjutnya, Haeri *et al.*, (2013: 109) didapatkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan kejadian skabies pada santri di Ponpes Darul Huffadh Kabupaten Bone.

5. Sikap

Sikap merupakan suatu efek dari adanya pengetahuan, dimana Notoatmodjo (2011: 150) menjelaskan bahwa sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Haeri *et al.*, (2013: 109-114) dan Ma’rufi *et al.*, (2005: 16) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa sikap santri memiliki hubungan dengan kejadian skabies yang terdapat di pondok pesantren.

6. Perilaku Sehat

Perilaku sehat merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya skabies dimana perilaku sehat berkaitan dengan tindakan yang dilakukan oleh individu untuk mencegah terjadinya permasalahan kesehatan. Perilaku sehat merupakan bentuk *outcome* dari pengetahuan yang terdapat atau dimiliki oleh individu tersebut. Robert Kwick (dalam Notoatmodjo, 2011: 141) menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Perilaku tidak sama dengan sikap dimana sikap hanya suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu objek, dengan suatu cara yang

menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan objek tersebut. Oleh sebab itu, sikap merupakan sebagian dari perilaku manusia.

7. Personal Hygiene

Higiene atau kebersihan adalah upaya untuk memelihara hidup sehat yang meliputi kebersihan pribadi, kehidupan bermasyarakat, dan kebersihan kerja. Pada higiene perseorangan yang cukup penularan skabies lebih mudah terjadi. Melakukan kebiasaan seperti kebiasaan mencuci tangan, mandi menggunakan sabun, mengganti pakaian dan pakaian dalam, tidak saling bertukar pakaian, kebiasaan keramas menggunakan shampo, tidak saling bertukar handuk dan kebiasaan memotong kuku, dapat mengurangi resiko terkena skabies (Manjoer, dalam Desmawati, 2015: 628-635). Terdapat beberapa penelitian yang menyatakan bahwa personal hygiene memiliki hubungan dengan kejadian skabies pada individu khususnya pada santri (Manjoer, dalam Desmawati *et al.*, 2015: 628-635, Raples, Tanpa Tahun: 26, Haeri *et al.*, 2013: 109-114; Akmal *et al.*, 2013: 164, Afraniza *et al.*, 2011: 25, Nugraheni *et al.*, Tanpa Tahun: 108, dan Ma'rufi *et al.*, 2005: 11). Namun, Desmawati *et al.*, (2015: 628-635) dan Wijaya (2011: 1-12) dalam penelitiannya mendapatkan bahwa personal hygiene tidak memiliki hubungan dengan kejadian skabies yang terdapat pada santri.

8. Sanitasi Lingkungan

Penyakit skabies adalah penyakit kulit yang berhubungan dengan sanitasi yang buruk (Ratnasari *et al.*, 2014: 11-17). Faktor yang berperan pada tingginya prevalensi skabies di negara berkembang terkait dengan kemiskinan yang diasosiasikan dengan rendahnya tingkat kebersihan, akses air yang sulit, dan kepadatan hunian. Tingginya kepadatan hunian dan interaksi atau kontak fisik antar individu memudahkan perpindahan tungau skabies. Oleh karena itu, prevalensi skabies yang tinggi umumnya ditemukan di lingkungan dengan kepadatan penghuni dan kontak interpersonal tinggi seperti penjara, panti asuhan, dan pondok pesantren (Ratnasari *et al.*, 2014: 252). Berbeda dengan penelitian Desmawati *et al.*,

(2015: 628-635), dimana hasil dari penelitian tersebut didapatkan bahwa sanitasi lingkungan tidak memiliki hubungan dengan kejadian skabies pada santri.

Ma'rufi *et al.*, (2005: 15-16) mencatat bahwa parameter sanitasi lingkungan yang berperan terhadap prevalensi penyakit Skabies adalah sanitasi kamar mandi, kepadatan hunian kamar tidur, dan kelembaban ruangan. Selanjutnya, Ma'rufi *et al.*, (2005: 15-16) Penyediaan air bersih merupakan kunci utama sanitasi kamar mandi yang berperan terhadap penularan penyakit Skabies pada para santri Ponpes, karena penyakit Skabies merupakan penyakit yang berbasis pada air bersih (*water borne disease*) yang dipergunakan untuk membasuh anggota badan sewaktu mandi. Selain itu, sumber air bersih untuk kebutuhan santri seperti mandi, mencuci dan kebutuhan kakus sebagian besar Ponpes di Kabupaten Lamongan dipasok dari air sungai tanpa pengolahan terlebih dahulu. Ma'rufi *et al.*, (2005: 15) mencatat bahwa Santri yang tinggal di pemondokan dengan kepadatan hunian tinggi ($< 8 \text{ m}^2$ untuk 2 orang) sebanyak 245 orang mempunyai prevalensi penyakit skabies 71,40%, sedangkan santri yang tinggal di pemondokan dengan kepadatan hunian rendah ($> 8 \text{ m}^2$ untuk 2 orang) sebanyak 93 orang mempunyai prevalensi penyakit skabies 45,20%. Wijaya (2011: 1-12) menjelaskan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sanitasi lingkungan dengan kejadian skabies di Pondok Pesantren Al-Makmur Tungkar Kabupaten Lima Puluh Kota.

2.2 Pondok Pesantren

Qomar (2002: 1) menjelaskan bahwa dalam pemakaian sehari-hari, istilah pesantren bisa disebut dengan pondok saja atau kedua kata ini digabung menjadi pondok pesantren, dimana istilah tersebut mengandung makna yang sama, kecuali sedikit perbedaan. Azra (dalam Khobir, 2010: 1) mencatat bahwa pesantren dengan tradisi dan lingkungan budayanya yang menekankan nilai-nilai kemandirian, keikhlasan dan kesederhanaannya mampu memainkan peran-peran

strategisnya berupa transfer ilmu-ilmu Islam, pemeliharaan tradisi Islam dan reproduksi ulama serta peran-peran social lainnya. Selanjutnya, Qomar (2002: 2) mendefinisikan Pondok Pesantren sebagai suatu lembaga pendidikan agama Islam yang tumbuh serta diakui masyarakat sekitar, dengan sistem asrama (komplek) dimana santri-santri menerima pendidikan agama melalui sistem pengajian atau madrasah yang sepenuhnya berada dai bawah kedaulatan beberapa kiyai dengan ciri-ciri khas yang bersifat karismatik serta idependen dalam segala hal. Menurut Dhofier (dalam Hidayat, 2012: 111), tujuan pendidikan pesantren bukanlah untuk mengejar kepentingan kekuasaan, uang dan keagungan duniawi, tetapi ditanamkan kepada mereka bahwa belajar adalah semata-mata kewajiban dan pengabdian kepada Tuhan.

Busyairi (2010: 1) menjelaskan bahwa pendidikan pesantren merupakan sub sistem dari sistem Pendidikan Nasional yang bertujuan untuk mencerdaskan kehidupan bangsa, mewujudkan manusia Indonesia seutuhnya yaitu manusia yang beriman, bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan berbudi pekerti luhur, memiliki pengetahuan dan keterampilan, kesehatan jasmani dan rohani, kepribadian yang mantap dan mandiri serta bertanggung jawab kemasyarakat dan kebangsaan. Pesantren adalah sebuah pendidikan tradisional yang para siswanya tinggal bersama dan belajar dengan bimbingan kiai dan mempunyai asrama untuk tempat menginap santri. Pondok pesantren adalah sekolah Islam berasrama yang terdapat di Indonesia dimana santri belajar di sekolah ini, sekaligus tinggal pada asrama yang disediakan oleh pesantren. Sanusi (2012: 124) menjelaskan bahwa pada perfektif pendidikan Nasional, pondok pesantren merupakan salah satu subsistem pendidikan yang memiliki karakteristik khusus, dimana eksistensi pondok pesantren secara legalitas diakui oleh semangat UU RI No. 20 tahun 2003 tentang sistem pendidikan Nasional.

Sartono Kartodirdjo (dalam Bakar, 2007:22-23) memandang pesantren dengan hanya menekankan pada aspek politik kehidupan pesantren; karena perhatiannya hanya menyangkut tentang peranan politik pesantren dalam gerakan-gerakan protes di pedesaan Jawa pada akhir abad XIX dan permulaan abad XX. oleh karena itu dalam menyimpulkan pesantren sebagai lembaga perjuangan

politik dari pada kepetingan-kepentingan lain. Selanjutnya, Dhofir (dalam Bakar, 2007: 23) menjelaskan secara mendalam tentang tradisi pesantren, seperti sistem dan metode pengajaran di pesantren, kitab-kitab yang diajarkan, dan hubungan pesantren dengan tarekat. Bashori (dalam Hidayat, 2012: 109), dalam pesantren, santri hidup dalam suatu komunitas khas, dengan kyai, ustadz, santri dan pengurus pesantren, berlandaskan nilai-nilai agama Islam lengkap dengan normanorma dan kebiasannya tersendiri, yang tidak jarang berbeda dengan masyarakat umum yang mengitarinya (Bashori, dalam Hidayat, 2012: 109)

Menurut Dhofier (dalam Hidayat, 2012: 111), secara umum pondok pesantren dibagi menjadi dua yaitu Pondok Pesantren Tradisional (Salafi) dan Pondok Pesantren Modern (Khalafi).

a. Pesantren Salafiyah (Tradisional)

Pola tradisional yang diterapkan dalam pesantren salafiyah adalah para santri bekerja untuk kyai dan sebagai balasannya mereka diajari ilmu agama oleh kyai mereka tersebut. Sebagian besar pesantren salafiyah menyediakan asrama sebagai tempat tinggal para santrinya. Hidayat (2012: 111) menjelaskan pesantren salafiyah atau pesantren tradisional mengajarkan pengajaran kitab-kitab Islam klasik sebagai inti pendidikannya, tanpa mengenalkan pengajaran pengetahuan umum. Sistem pendidikannya dijalankan melalui (Hidayat, 2012: 116):

- 1) Sistem sorogan, pengajaran dilakukan secara individual dari kyai kepada santri, diberikan kepada santri yang telah menguasai pembacaan Al-qur'an.
- 2) Sistem bandongan atau weton, sekelompok santri mendengarkan seorang kyai membaca, menerjemahkan, menerangkan dan seringkali mengulas buku-buku Islam dalam bahasa Arab. Setiap santri membuat catatan (baik arti maupun keterangan) tentang katakata atau buah pikiran yang sulit.

Dalam kehidupan sehari-hari, di pondok pesantren tradisional kharisma dan kepribadian kiai sangat berpengaruh terhadap santri. Sikap hormat, takzim dan kepatuhan mutlak kepada kiai adalah salah satu nilai pertama

yang ditanamkan pada setiap santri (Bruinessen, 1994). Kemampuan siswa tidak dilihat dari kelas berapa, tapi dilihat dari kitab apa yang ia baca (Qomar, 2002: 160). Menurut Wahid (dalam Hidayat, 2012: 116) menjelaskan bahwa di pondok pesantren tradisional tidak ada aturan baik menyangkut manajerial, administrasi, birokrasi, struktur, budaya dan kurikulum. Selain itu, kiai merupakan pemimpin yang kharismatik sehingga santri akan selalu memandang kiai sebagai orang yang mutlak ditaati dan dihormati (Zakiah, 2004: 33-42). Selanjutnya, Hidayat menjelaskan bahwa ada perbedaan penyesuaian diri yang sangat signifikan antara santri di pondok pesantren tradisional dan modern. Penyesuaian diri santri di pondok pesantren tradisional lebih baik dibandingkan santri di pondok pesantren modern.

b. Pesantren Khalafi (Modern)

Pesantren khalafi disebut juga sebagai pesantren modern. Pesantren yang mengajarkan pendidikan umum, persentase ajarannya lebih banyak ilmu pendidikan agama Islam dibandingkan dengan ilmu umum. Pondok pesantren dengan materi ajar campuran antara pendidikan ilmu formal dan ilmu agama Islam, para santri belajar seperti di sekolah umum atau madrasah. Namun, perbedaan pesantren dan madrasah terletak pada sistemnya. Pesantren memasukkan santrinya ke dalam asrama, sementara dalam madrasah tidak. Hidayat (2012: 16) menjelaskan bahwa pesantren modern telah memasukkan pengajaran pengetahuan umum dalam madrasah-madrasah yang dikembangkan atau membuka tipe-tipe sekolah umum di dalam lingkungan pesantren, dengan metode pembelajaran menggunakan sistem klasikal. Selanjutnya, Hidayat (2012: 16) dalam *Perbedaan Penyesuaian Diri Santri di Pondok Pesantren Tradisional dan Modern* menjelaskan bahwa jika di pondok pesantren tradisional pengajaran kitab kuning adalah hal yang wajib, di pesantren modern kitab kuning tidak lagi menjadi referensi utama. Sehingga peranan kiai menjadi berkurang. Hubungan antara santri dengan kiai lebih bersifat fungsional. Pengelolaan

pesantren diserahkan kepada pengurus dan para santrinya lebih terbuka terhadap dunia luar.

2.3 Personal Hygiene

Personal hygiene berasal dari bahasa Yunani yaitu personal yang artinya perorangan dan hygiene berarti sehat. Kebersihan diri atau disebut juga dengan *personal hygiene* adalah suatu pengetahuan tentang usaha-usaha kesehatan perorangan untuk memelihara kesehatan diri sendiri, memperbaiki dan mempertinggi nilai kesehatan dan mencegah timbulnya penyakit. Kebersihan dengan cara mandi maka dapat menghilangkan bau, debu, dan sel-sel kulit yang sudah mati. Mandi bermanfaat untuk memelihara kesehatan, menjaga kebersihan, serta mempertahankan penampilan agar tetap rapi. Sedangkan mencuci tangan dengan sabun dikenal juga sebagai salah satu upaya pencegahan penyakit. Hal ini dilakukan karena tangan seringkali menjadi agen yang membawa kuman dan menyebabkan patogen berpindah dari satu orang ke orang lain, baik dengan kontak langsung maupun tidak langsung (Hidayat, dalam Raples, Tanpa Tahun:2). Higiene atau kebersihan adalah upaya untuk memelihara hidup sehat yang meliputi kebersihan pribadi, kehidupan bermasyarakat, dan kebersihan kerja. Manjoer (dalam Desmawat *et al.*, 2015: 633) menjelaskan bahwa higiene perorangan yang cukup rendah penularan skabies lebih mudah terjadi, dimana melakukan kebiasaan seperti kebiasaan mencuci tangan, mandi menggunakan sabun, mengganti pakaian dan pakaian dalam, tidak saling bertukar pakaian, kebiasaan keramas menggunakan shampo, tidak saling bertukar handuk dan kebiasaan memotong kuku, dapat mengurangi resiko terkena skabies. Selain itu, Aminah *et al.*, (2015: 54-58) dalam *Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian Skabies* mencatat bahwa praktik personal hygiene meliputi kebersihan kulit, kebersihan kaki dan kuku, kebersihan rambut, serta kebersihan badan. Higiene perorangan meliputi frekuensi mandi, sabun dan handuk yang dipergunakan, kebiasaan sikat gigi, cuci tangan setelah kegiatan, mencuci pakaian serta kebersihan alas tidur (Ma'rufi *et al.*, 2005: 11-17).

Kinanti (2015) menjelaskan bahwa mandi pada umumnya digunakan untuk membersihkan minyak dan keringat yang terdapat pada tubuh, dimana frekuensi mandi minimal yaitu dilakukan 2 kali sehari dengan mempertimbangkan waktu mandi tersebut. Terkait dengan personal hygiene dari santri, Badri (2007: 20-21) menjelaskan bahwa para santri bila mandi menggunakan air yang sudah pernah dipakai (bak besar). bahkan ada santri yang menceburkan diri dalam bak mandi. Simanjuntak (2012: 1) menjelaskan bahwa frekuensi memotong kuku berkaitan dengan personal hygiene yang baik dilakukan 1 kali dalam seminggu. Selanjutnya, berkaitan dengan kebersihan gigi, dimana frekuensi menyikat gigi sebaiknya dilakukan setiap harinya. Menggosok gigi dilakukan minimal dua kali sehari yang mana dilakukan setelah makan pagi serta sebelum tidur malam. Durasi yang harus dilakukan untuk setiap kali menyikat gigi nya pun adalah sekitar dua sampai tiga menit (Purnomo, 2015). Terkait dengan kebersihan pakaian, Isnaeni (2015) menjelaskan bahwa setelah selesai berolahraga, pakaian yang digunakan dan notabene penuh dengan keringat langsung diganti atau mandi. Hal ini bertujuan agar tubuh tidak lembab.

2.4 Perilaku Sehat

Perilaku sehat pada dasarnya merupakan suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan (Notoatmodjo, 2011: 139). Kwick (dalam Notoatmodjo, 2011: 141) menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Perilaku tidak sama dengan sikap dimana sikap hanya suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu objek, dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan objek tersebut. Sikap merupakan sebagian dari perilaku manusia. Lebih lanjut Notoatmodjo (2011: 142) menjelaskan bahwa dalam proses pembentukan dan atau perubahan, perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam (internal) dan dari luar (eksternal) individu, dimana faktor

internal mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi, dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, social-ekonomi, kebudayaan dan sebagainya.

Becker (dalam Notoatmodjo, 2011: 143) menunjukkan klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*), yaitu sebagai berikut:

a. Perilaku Hidup Sehat (*Health Behavior*)

Perilaku hidup sehat adalah perilaku-perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan kesehatannya.

b. Perilaku Sakit (*Illness Behaviour*)

Perilaku sakit ini mencakup respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang : penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit, dan sebagainya.

c. Perilaku Peran Sakit (*The Sick Role Behaviour*)

Perilaku peran sakit dilihat dari segi sosiologi, orang sakit (*patient*) mempunyai peran yang mencakup hak-hak orang sakit (*right*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Hak dan kewajiban ini harus diketahui oleh orang sakit sendiri maupun orang lain, yang selanjutnya disebut perilaku peran orang sakit (*the sick role*).

Badri (2007: 20-21) dalam penelitiannya di pondok pesantren Wali Songo Ngabar Ponorogo perilaku santri didapatkan sebagai berikut:

- a. Kebanyakan para santri bila mandi tidak memakai handuk.
- b. Mandi dengan memakai sabun secara bergantian antara teman yang satu dengan teman lainnya.
- c. Ada santri yang bila mandi bersama-sama dalam satu kamar mandi 2-3 orang dan sambil bersenda gurau ada yang menceburkan diri dalam bak mandi kemudian airnya juga untuk mandi bersama-sama.
- d. Memakai pakaian secara bergantian antara teman yang satu dengan teman yang lain.
- e. Mencuci baju di kamar mandi tanpa memakai bak cuci.

- f. Bila tidur para santri bersama-sama dalam satu ruangan ukuran 4x5 meter untuk 15-25 orang.

Ma'rufi *et al.*, (2005: 11-17) yang mencatat bahwa perilaku sehat diukur melalui tiga parameter yaitu pengetahuan, sikap dan tingkatan terhadap penyakit skabies, dari ketiga parameter tersebut menunjukkan peran yang nyata terhadap prevalensi skabies dimana perilaku sehat yang dapat menurunkan tingkat kejadian skabies yaitu perilaku yang tidak mendukung tersebut diantaranya adalah sering memakai baju atau handuk bergantian dengan teman, tidur bersama dan berhimpitan dalam satu tempat tidur. Selain itu, Rohmawati (2010: 52) menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara perilaku santri bergantian pakaian atau alat shalat, bergantian handuk serta tidur berhimpitan dengan kejadian skabies di ponpes Al-Muayyad Surakarta.

2.5 Sanitasi Lingkungan

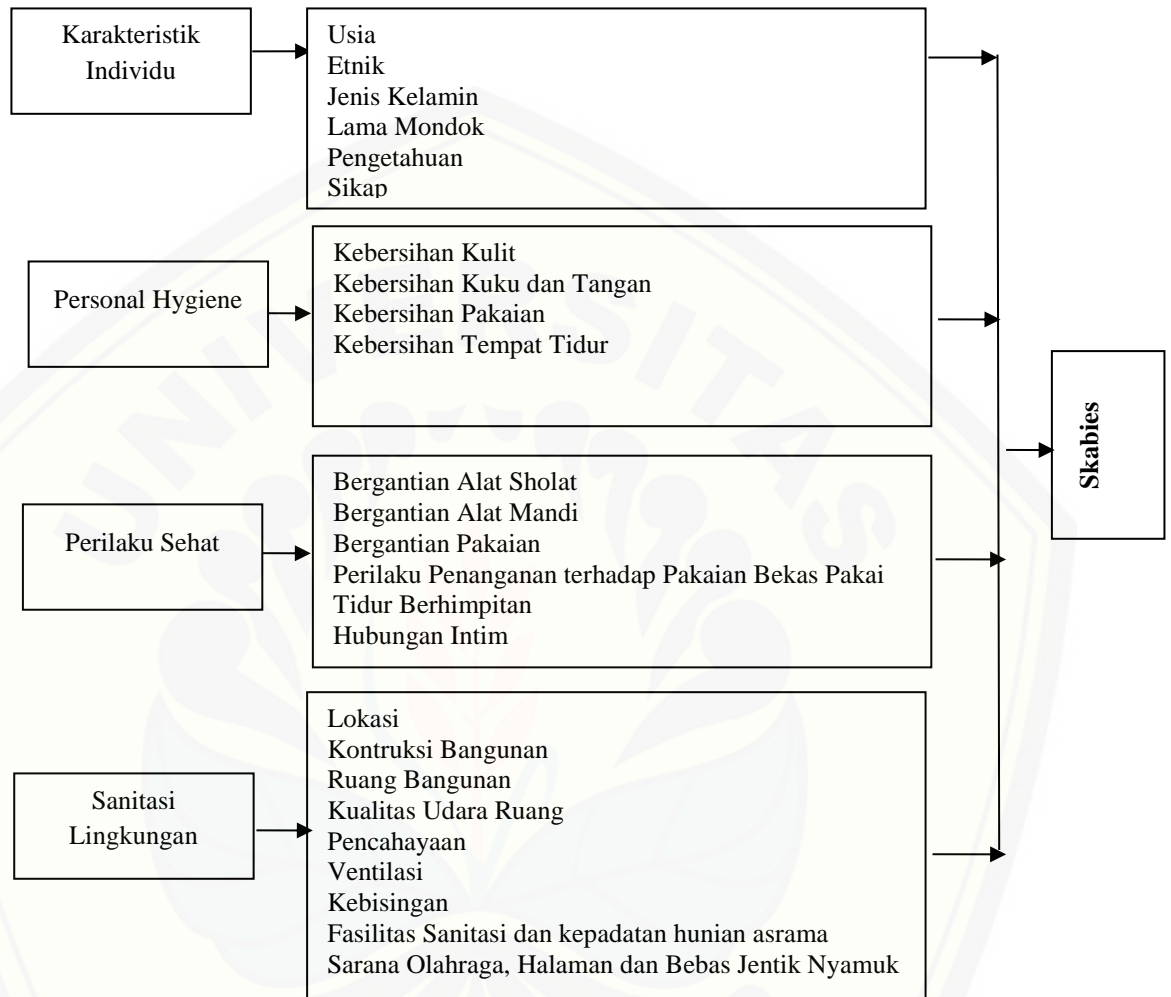
Lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan manusia. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, sanitasi merupakan usaha untuk membina dan menciptakan suatu keadaan yang baik di bidang kesehatan, terutama kesehatan masyarakat. Selain itu, pada kamus tersebut menjelaskan bahwa sanitasi lingkungan merupakan cara menyehatkan lingkungan hidup manusia terutama lingkungan fisik, yaitu tanah, air, dan udara. Notoatmodjo (2011: 169), kesehatan lingkungan merupakan suatu keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimal. WHO (2015) menjelaskan bahwa hygiene sanitasi pada fasilitas memiliki peranan yang penting dalam kesehatan masyarakat. Hygiene dan sanitasi lingkungan adalah pengawasan lingkungan fisik, biologi, sosial, dan ekonomi yang mempengaruhi kesehatan manusia, dimana lingkungan yang berguna di tingkatkan dan diperbanyak sedangkan yang merugikan diperbaiki atau dihilangkan.

Notoatmodjo (2011: 169) menjelaskan bahwa ruang lingkup kesehatan lingkungan tersebut antara lain: perumahan, pembuangan kotoran manusia (tinja),

penyediaan air bersih, pembuangan sampah, pembuangan air kotor (air limbah), rumah hewan ternak (kandang), dan sebagainya.

Berdasarkan pada Kepmenkes RI No.1429 tahun 2006, menjelaskan bahwa sanitasi lingkungan pendidikan meliputi yaitu: lokasi, konstruksi bangunan, ruang bangunan, kualitas udara ruang, pencahayaanventilasi, kebisingan, fasilitas sanitasi dan kepadatan hunian asrama, sarana olahraga, halaman dan bebas jentik nyamuk. Fasilitas Sanitasi berdasarkan Kepmenkes No. 1429 tahun 2006 yaitu meliputi kondisi air bersih (ketersediaan air bersih, kualitas fisik serta jarak dengan sumber pencemar), toilet (keadaan toilet, letak toilet, terpisah serta jumlah yang cukup), SPAL (terpisah dari SPAH, kedap air dan tertutup, air SPAL mengalir dengan lancar) serta sarana pembuangan sampah (setiap ruang/ asrama dilengkapi tempat sampah tertutup, tersedia TPS dari seluruh ruangan, peletakan TPS berjarak min. 10 meter dari ruangan kelas/asrama).

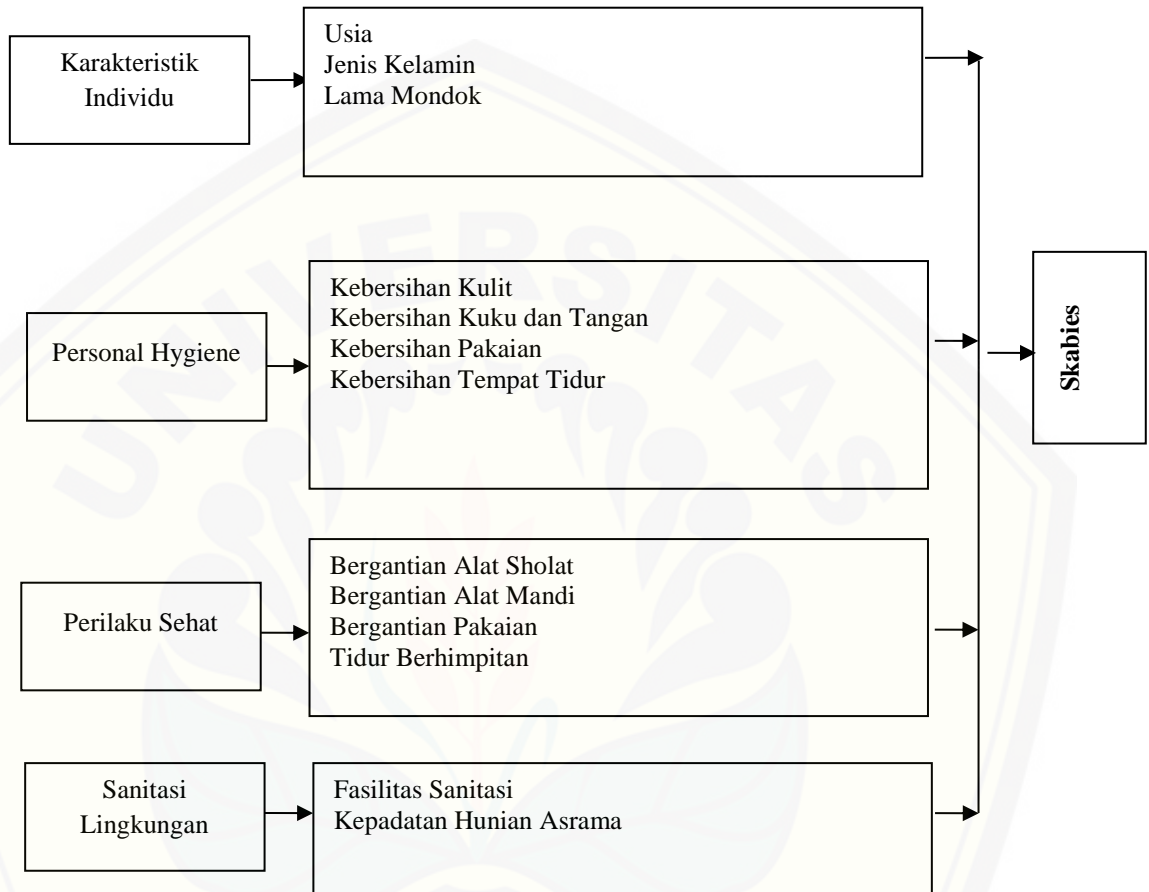
2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori

Sumber: Ma'rufi *et al.*, 2005: 11-17, Badri, 2007: 20-21, Aminah *et al.*, 2015: 54-58, WHO, 2009, Kepmenkes RI No.1429/Menkes/SK/XII/2006

2.7 Kerangka Konseptual



Gambar 2.4 Kerangka Konseptual

Pada Gambar 2.3 dijelaskan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya skabies. Diantaranya yaitu karakteristik individu, personal hygiene, perilaku sehat serta sanitasi lingkungan. Dari keseluruhan faktor tersebut, peneliti akan menganalisis beberapa variable yang penting sesuai dengan kondisi dan memungkinkan untuk diteliti.

Berdasarkan bagan kerangka konsep dapat diketahui bahwa peneliti akan meneliti usia, jenis kelamin serta lama mondok yang berkaitan dengan karakteristik individu, personal hygiene meliputi kebersihan kulit, kuku dan

tangan, pakaian serta tempat tidur dan sprei hingga perilaku sehat dari santri yang terdiri dari alat sholat, alat mandi serta kondisi tidur dari santri tersebut.

Pada kerangka konsep, variabel-variabel tersebut akan dianalisis sesuai dengan tujuan peneliti. Sehingga, dari penelitian tersebut akan didapatkan hasil yang dapat menunjukkan bagaimana kondisi penyakit skabies pada ponpes khalafi dan salafiyah di Kecamatan Mayang Kabupaten Jember.

2.8 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan yang diterima secara sementara sebagai suatu kebenaran, sebagaimana adanya pada saat fenomena dikenal dan merupakan dasar kerja serta panduan dalam verifikasi. Berdasarkan kerangka konseptual penelitian maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah:

1. Terdapat hubungan antara karakteristik individu dengan tingkat personal hygiene di ponpes khalafi dan salafiyah Kecamatan Mayang Kabupaten Jember.
2. Terdapat hubungan antara karakteristik individu dengan tingkat perilaku sehat di ponpes khalafi dan salafiyah Kecamatan Mayang Kabupaten Jember.
3. Terdapat hubungan antara umur dengan kejadian skabies di ponpes khalafi dan salafiyah Kecamatan Mayang Kabupaten Jember.
4. Terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian skabies di ponpes khalafi dan salafiyah Kecamatan Mayang Kabupaten Jember.
5. Terdapat hubungan antara lama mondok dengan kejadian skabies di ponpes khalafi dan salafiyah Kecamatan Mayang Kabupaten Jember.
6. Terdapat hubungan antara tingkat personal hygiene dengan kejadian skabies di ponpes khalafi dan salafiyah Kecamatan Mayang Kabupaten Jember.
7. Terdapat hubungan antara tingkat perilaku sehat dengan kejadian skabies di ponpes khalafi dan salafiyah Kecamatan Mayang Kabupaten Jember.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini termasuk observasional analitik yang merupakan penelitian survei yang dilakukan tanpa melakukan intervensi terhadap subjek penelitian, diarahkan untuk menjelaskan suatu keadaan atau situasi dengan menggunakan metode tertentu. Selanjutnya, Notoatmodjo (2005: 145), observasional analitik adalah penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi dan melakukan analisis dinamika korelasi antara faktor resiko maupun antar faktor efek.

Desain penelitian ini merupakan *cross sectional* yaitu penelitian untuk mempelajari korelasi faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2005: 145). Penetapan individu terkena atau tidak penyakit skabies ditetapkan oleh petugas kesehatan. Pemeriksaan skabies dilakukan dengan 3 cara. Pertama, yaitu dengan mewawancarai langsung santri mengenai gejala yang dirasakan. Kedua, yaitu dengan melihat adanya lesi pada kulit atau ciri lain dari gejala skabies yang tampak pada kulit. Cara ketiga, yaitu dengan menggunakan *burrow ink test*. *Burrow ink test* adalah suatu cara untuk mengetahui kanal terowongan (papul) dalam kulit yang dibuat oleh *Sarcoptes scabiei* sebagai karakteristik kelainan kulit dari skabies. Cara ini mudah dan cepat dilakukan karena peneliti hanya melapisi papul dengan tinta pena, kemudian tinta yang masih berada di permukaan kulit tersebut dihapus dengan alkohol. Setelah dihapus dengan alkohol, dalam kanal akan berwarna biru (sesuai dengan warna tinta) pertanda adanya kanal yang dibuat oleh *Sarcoptes scabiei* (Ma'rufi *et al.*, 2012: 122 & Harahap, 2000: 104-115).

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan pada Ponpes MU Darul Mukhlisin, Rhadiatus Sholihin, dan Al-Wafa di Kecamatan Mayang Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian tentang kejadian skabies pada santri di ponpes khalafi dan salafiyah tersebut dilaksanakan pada bulan Januari dengan Mei 2016.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi adalah kumpulan dari individu dengan kualitas serta ciri-ciri yang telah ditetapkan (Nazir, 2009: 271). Selanjutnya, populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2014: 117). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh santri yang terdapat dan aktif di pondok pesantren Kecamatan Mayang Kabupaten Jember. Pondok pesantren yang terdapat di Kecamatan Mayang Kabupaten Jember dijadikan sebagai lokasi penelitian disebabkan karena jumlah kasus skabies yang tercatat yaitu sebesar 526 kasus (Dinkes, 2014). Kemenag (2015) mencatat bahwa jumlah pondok pesantren yang terdapat di Kecamatan Mayang yaitu 19 pondok pesantren, dimana total jumlah santri yang terdapat di Kecamatan Mayang yaitu 1.031 santri (Dinkes, 2014). Berdasarkan atas hasil observasi dan studi pendahuluan terdapat 17 pondok pesantren yang memenuhi kriteria yaitu adanya santri yang tinggal dalam asrama yang telah disediakan oleh pengasuh atau kyai. Selanjutnya, jumlah ponpes khalafi dan salafiyah di Kecamatan Mayang Kabupaten Jember masing-masing yaitu 14 ponpes dan 3 ponpes. Selain itu, jumlah santri pesantren khalafi dan salafiyah di Kecamatan Mayang Kabupaten Jember masing-masing yaitu 1.226 santri dan 172 santri dengan total santri keseluruhan yaitu 1.398.

Tabel 3.1 Pondok Pesantren di Kecamatan Mayang Kabupaten Jember

NO	PONDOK PESANTREN	JENIS PONPES	JUMLAH SANTRI	KECAMATAN
1.	As Syafi'iyah Al Khoiriyah	Khalafi	36	Mayang
2.	At Thohiriyah	Khalafi	14	Mayang
3.	Al Muhajirin	Khalafi	10	Mayang
4.	M.U. Darul Mukhlisin	Khalafi	123	Mayang
5.	Wali Songo	Khalafi	67	Mayang
6.	Darus Salam	Khalafi	54	Mayang
7.	Miftahul Ulum	Khalafi	123	Mayang
8.	Mambaul Ulum	Khalafi	78	Mayang
9.	Darul Mukhlishin	Khalafi	203	Mayang
10.	Bahrul Ulum	Khalafi	170	Mayang
11.	Raudlatul Jannah	Khalafi	200	Mayang
12.	Sirojul Ulum	Khalafi	46	Mayang
13.	Al-Islah	Khalafi	59	Mayang
14.	Bahriyatun Nafi'ah	Khalafi	43	Mayang
15.	Al-Wafa	Salafiyah	111	Mayang
16.	Mambaul Ulum	Salafiyah	6	Mayang
17.	Rhiadus Sholihin	Salafiyah	55	Mayang
Total			1.398	

3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2014: 118). Kriteria inklusi sampel dalam penelitian ini adalah responden terdaftar sebagai santri di ponpes, santri yang tinggal menetap di ponpes, serta bersedia menjadi responden. Selain itu, pemilihan pondok pesantren sebagai tempat penelitian yaitu berdasarkan jumlah santri yang tersedia mencukupi dengan total sampel yang diambil, jika pondok pesantren memiliki jumlah santri kurang dari total sampel maka akan dilakukan penambahan pondok pesantren. Perhitungan sampel dilakukan berdasarkan jumlah keseluruhan santri menurut jenis ponpes yaitu jumlah sampel dari ponpes khalafi dan jumlah sampel dari ponpes salafiyah. Besar sampel didapatkan dengan perhitungan dibawah ini :

Tabel 3.2 Perhitungan Sampel Santri Ponpes Khalafi dan Salafiyah

Jumlah Sampel Khalafi	Jumlah Sampel Salafiyah
$n = \frac{Z^2 1 - \alpha / 2P(1 - P)N}{d^2(N - 1) + Z^2 1 - \alpha / 2P(1 - P)}$	$n = \frac{Z^2 1 - \alpha / 2P(1 - P)N}{d^2(N - 1) + Z^2 1 - \alpha / 2P(1 - P)}$
$n = \frac{(1,96^2) 0,5 (1-0,5) 1.226}{(0,1)^2(1.226-1) + (1,96^2) 0,5 (1-0,5)}$	$n = \frac{(1,96^2) 0,5 (1-0,5) 172}{(0,1)^2(172-1) + (1,96^2) 0,5 (1-0,5)}$
$n = \frac{(3,8416) 0,25 (1.226)}{0,01(1.225) + (3,8416) 0,5 (0,5)}$	$n = \frac{(3,8416) 0,25 (172)}{0,01(171) + (3,8416) 0,5 (0,5)}$
$n = \frac{1164,7}{12,25+0,96}$	$n = \frac{163,4}{1,71+0,96}$
n = 88,168 ~89 sampel	n = 61,19 ~ 62 sampel

Keterangan :

N = Besar populasi (1.398)

n = Besar sampel

$Z^2 1 - \alpha$ = Nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada α tertentu

d = Presisi Absolut Kesalahan (0,1)

P = Harga proporsi di populasi

Berdasarkan perhitungan jumlah sampel yang terdapat dalam ponpes khalafi dan salafiyah didapatkan yaitu, jumlah sampel untuk ponpes khalafi yaitu 89 responden dan jumlah sampel untuk ponpes salafiyah yaitu 62 responden. Pondok pesantren yang dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu khalafi dan salafiyah dimana masing-masing dari jenis pondok pesantren tersebut dipilih secara acak sederhana. Untuk lebih jelasnya proporsi besar sampel ditunjukkan pada tabel 3.3

Tabel 3.3 Sampel Penelitian

Jenis Pondok Pesantren	Jumlah Santri	Jumlah Sampel	Pondok Pesantren
Salafiyah	172	62	Rhiadus Sholihin dan Al Wafa
Khalafi	1.226	89	M. U. Darul Mukhlisisin
Total	1.398	151	

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yaitu dengan menggunakan teknik *cluster random sampling*, pengambilan sampel yang dilakukan terhadap sampling unit dimana sampling unit tersebut berada dalam satu kelompok (*cluster*). Tiap unit di dalam kelompok yang terpilih akan diambil sebagai sampel. Pondok pesantren dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu ponpes salafiyah dan ponpes khalafi. *Cluster sampling* digunakan bila obyek yang diteliti luas (Sugiyono, 2014: 121).

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau kontraks dengan cara memberikan arti atau spesifikasi kegiatan, ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur kontraks atau variabel tersebut.

Tabel 3.4 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Cara Pengumpulan Data	Penilaian	Kategori	Skala Data
Variabel Dependent						
	Skabies	Penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap <i>Sarcoptes scabiei varietas hominis</i> dan diderita oleh santri.	Wawancara kepada santri, observasi melalui adanya lesi disertai dengan <i>burrow ink test</i> serta identifikasi dan diagnosis skabies dibantu oleh petugas kesehatan masyarakat (puskesmas)	Bagian tubuh terdapat lesi, adanya keluhan santri mengenai gejala skabies, <i>burrow ink test</i> ditandai dengan kanal dari skabies berwarna biru serta ditegakkan dengan identifikasi oleh petugas kesehatan	1. Menderit a 2. Tidak Menderit a	Nominal
Variabel Independent						
1.	Karakteristik Individu	Sifat alami yang melekat pada individu, yaitu meliputi jenis kelamin, umur, dan sebagainya				
	a. Jenis Kelamin	Perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir	Wawancara		1. Pria 2. Wanita	Nominal

No	Variabel	Definisi operasional	Cara Pengumpulan Data	Penilaian	Kategori	Skala Data
	b. Umur	Umur adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan. Dimana umur dibedakan berdasarkan jenjang usia standar pendidikan dari SD, SMP, SMA hingga perguruan tinggi.	Wawancara		1. < 13 tahun 2. ≥13 tahun (Akmal <i>et al.</i> , 2013 & Ratnasari <i>et al.</i> , 2015)	Nominal
	c. Lama Mondok	Durasi santri untuk mondok/tinggal diasrama dan menempuh ilmu di dalam pondok tersebut.	Wawancara		1. <6 tahun 2. ≥6 tahun (Desmawati <i>et al.</i> , 2015)	Nominal
2.	Personal Hygiene	Tingkat kebersihan dari setiap santri yang diukur melalui kebersihan kulit, kebersihan tempat tidur, kebersihan pakaian, serta kebersihan gigi, kuku dan tangan	Wawancara	Terdiri dari kebersihan kulit, tempat tidur, pakaian, serta kuku dan tangan. Nilai Maks: 10 Nilai Min: 0 Penentuan kategori didasarkan dengan metode likert. Kategori: Tinggi: 6-10 Rendah: 0-5	Tingkat Hygiene Personal: 1. Tinggi: (skor: 6-10) 2. Rendah: (skor: 0-5)	Nominal
	a. Kebersihan Kulit	Tingkat kebersihan kulit atau tubuh dari santri yang ditunjukkan dengan frekuensi santri mandi per hari, penggunaan sabun, serta kebiasaan bergantian sabun.	Wawancara	Kebersihan Kulit: Nilai Maks: 3 Nilai Min: 0		
	2.1.1 Frekuensi Mandi	Kebiasaan santri untuk selalu mandi yaitu minimal ≥2 kali/hari	Wawancara	Frekuensi Mandi Nilai 1: ≥2 kali Nilai 0: <2 kali (Kinanti, 2015)		Nominal
	2.1.2 Penggunaan Sabun	Kebiasaan dari santri untuk mandi selalu dengan menggunakan sabun	Wawancara	Penggunaan Sabun Nilai 1: Selalu menggunakan sabun Nilai 0: Tidak selalu menggunakan sabun (Ma'rufi <i>et al.</i> , 2005)		Nominal

No	Variabel	Definisi operasional	Cara Pengumpulan Data	Penilaian	Kategori	Skala Data
2.1.3	Bergantian Sabun Mandi	Kebiasaan dari santri untuk selalu tidak menggunakan sabun dari santri lainnya.	Wawancara	Sabun yang digunakan: Nilai 1: Selalu sabun sendiri Nilai 0: Tidak selalu sabun sendiri (Badri, 2007)		Nominal
2.2	Kebersihan Tempat Tidur	Tingkat kebersihan tempat tidur yang digunakan oleh santri yang ditunjukkan dengan frekuensi santri dalam pencucian alas tidur/tempat tidur, kebiasaan membersihkan tempat tidur atau lantai serta kebiasaan menjemur bantal/guling.	Wawancara	Kebersihan Tempat Tidur Nilai Maks: 3 Nilai Min: 0		
2.2.1	Pencucian alas/tempat tidur	Kebiasaan yang dilakukan oleh santri untuk mencuci alas/tempat tidur meliputi karpet, kasur, tikar dsb dengan antiseptic atau detergen.	Wawancara	Pencucian alas/tempat tidur Nilai 1: ≤ 1 minggu sekali Nilai 0: > 1 minggu sekali		Nominal
2.2.2	Membersihkan kasur/karpet/lantai/ tikar	Kebiasaan yang dilakukan oleh santri untuk membersihkan kasur/ karpet/lantai/ tikar sebelum digunakan atau tidur.	Wawancara	Membersihkan kasur/ karpet/lantai/ tikar Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak		Nominal
2.2.3	Frekuensi menjemur bantal atau guling	Kebiasaan santri dalam menjemur bantal dan guling yang dilakukan minimal 2 kali minggu	Wawancara	Frekuensi menjemur bantal atau guling Nilai 1: ≥ 2 kali seminggu Nilai 0: < 2 kali seminggu		Nominal
2.3	Kebersihan Pakaian	Tingkat kebersihan pakaian yang dimiliki oleh santri yang ditunjukkan dengan kebiasaan menggunakan pakaian, serta cara penjemuran pakaian.	Wawancara	Kebersihan Pakaian Nilai Maks: 2 Nilai Min: 0		

No	Variabel	Definisi operasional	Cara Pengumpulan Data	Penilaian	Kategori	Skala Data
2.3.1	Mengganti Pakaian	Kebiasaan santri untuk mengganti pakaian setelah seharian digunakan.	Wawancara	Mengganti pakaian: Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak		Nominal
2.3.2	Penggunaan pakaian bekas pakai	Kebiasaan santri untuk tidak menggunakan kembali pakaian yang telah dipakai pada hari sebelumnya tanpa dicuci terlebih dahulu.	Wawancara	Tidak menggunakan pakaian yang dipakai sebelumnya: Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak		Nominal
2.4	Kebersihan Kuku dan Tangan	Tingkat kebersihan kuku dan tangan dari santri yang ditunjukkan melalui cara mencuci tangan, serta kebiasaan memotong kuku	Wawancara	Kebersihan Gigi, Kuku dan Tangan Nilai Maks: 2 Nilai Min: 0		
2.4.1	Cara mencuci tangan	Kebiasaan santri untuk mencuci tangan dengan air yang mengalir dan menggunakan sabun	Wawancara	Cara mencuci tangan Nilai 1: Membasuh tangan dengan air mengalir dan sabun Nilai 0: membasuh tangan dengan air dalam wadah serta dikeringkan dengan lap		Nominal
2.4.2	Frekuensi memotong kuku	Kebiasaan santri untuk memotong kuku minimal dilakukan 1 minggu sekali	Wawancara	Frekuensi memotong kuku: Nilai 1: sekali seminggu Nilai 0: dipotong saat sudah panjang (Simanjuntak, 2010)		Nominal
3.	Perilaku Sehat	Suatu tindakan, perilaku atau kebiasaan yang dilakukan oleh santri pada aktivitas sehari-hari	Wawancara	Terdiri dari bergantian pakaian, handuk, alat sholat dan tidur berimpitan serta perilaku penanganan pakaian bekas pakai. Nilai Maks:4 Nilai Min: 0 Penentuan kategori didasarkan dengan metode likert. Kategori: Tinggi: 3-4 Rendah: 0-2	Tingkat Perilaku Sehat: 1. Tinggi: (skor: 3-4) 2. Rendah: (Skor: 0-2)	Nominal

No	Variabel	Definisi operasional	Cara Pengumpulan Data	Penilaian	Kategori	Skala Data
3.1	Bergantian Pakaian	Kebiasaan yang dilakukan oleh santri terkait dengan memakai atau saling bertukar pakaian.	Wawancara	Tidak memakai atau saling bertukar pakaian Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak		Nominal
3.2	Bergantian Handuk	Kebiasaan yang dilakukan oleh santri terkait dengan memakai handuk secara bergantian atau bersama-sama dengan temannya.	Wawancara	Kebiasaan untuk tidak memakai handuk secara bergantian Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak		Nominal
3.3	Bergantian Alat Sholat	Kebiasaan yang dilakukan oleh santri dimana santri bergantian menggunakan alat sholat dengan alat sholat bukan miliknya. Alat sholat tersebut meliputi sarung, baju kokoh, kerudung serta mukenah.	Wawancara	Kebiasaan dalam tidak bergantian alat sholat Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak		Nominal
3.4	Tidur Berhimpitan	Kebiasaan yang dilakukan oleh santri dimana santri-santri tidur dalam suatu tempat secara bersama atau berhimpitan satu sama lain atau satu bantal digunakan untuk beberapa santri secara bersamaan.	Wawancara	Kebiasaan dalam tidak tidur secara berhimpitan Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak		Nominal
4	Sanitasi Lingkungan	Tingkat kebersihan yang terdapat pada lingkungan sekitar/pondok pesantren meliputi tingkat fasilitas pondok pesantren dan kepadatan hunian pada asrama yang disediakan	Observasi			

No	Variabel	Definisi operasional	Cara Pengumpulan Data	Penilaian	Kategori	Skala Data
4.1	Fasilitas Sanitasi	Tingkat kebersihan yang terdapat pada fasilitas yang tersedia di pondok pesantren meliputi kondisi air bersih, toilet, SPAL serta sarana pembuangan sampah	Observasi	Fasilitas Sanitasi: Nilai Maks: 18 Nilai Min: 0 Penentuan kategori didasarkan dengan metode likert. Kategori: Memenuhi Syarat: 8,6-18 Tidak Memenuhi Syarat: 0-8,5	Tingkat Sanitasi Fasilitas Ponpes: 1. Memenuhi Syarat: 10-18 2. Tidak Memenuhi Syarat: 0-9	Nominal
4.1.1	Air Bersih	Tingkat kebersihan yang terdapat pada air di pondok pesantren meliputi ketersediaan air bersih, kualitas fisik serta jarak dengan sumber pencemar.	Observasi	Ketersediaan air mencukupi atau min 15 liter/orang/hari: Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak Kualitas fisik air tidak berbau/berasa/berwarna: Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak Jarak sumur/ sarana air bersih dengan sumber pencemar minimal 10 m: Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak Sanitasi Air Bersih: Nilai Maks: 3 Nilai Min : 0		Nominal

No	Variabel	Definisi operasional	Cara Pengumpulan Data	Penilaian	Kategori	Skala Data
4.1.2	Toilet	Tingkat kebersihan yang terdapat pada toilet yang tersedia di ponpes meliputi keadaan toilet, letak toilet, terpisah serta jumlah yang cukup	Observasi	<p>Letak terpisah dari ruang lainnya: Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak</p> <p>Terpisah antara laki-laki dan perempuan Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak</p> <p>Proporsi jumlah WC minimal : 1-9 orang: 1 buah 10-19 orang: 2 buah 20-29 orang: 3 buah 30-39 orang: 4 buah 40-49 orang: 5 buah 50-60 orang: 6 buah</p> <p>Penambahan 1 WC saat setiap penambahan 10 orang Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak</p> <p>Kondisi toilet bersih: Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak</p> <p>Lantai toilet bebas dari genangan air: Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak</p> <p>Terdapat lubang penghawaan Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak</p> <p>Bak tidak berfungsi tempat perindukan nyamuk Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak</p> <p>Sanitasi Toilet Nilai Maks:7 Nilai Min: 0</p>		Nominal

4.1.3	Tingkat kebersihan SPAL yang terdapat pada sarana pembuangan Air Limbah) yang terdapat pada lingkungan pondok pesantren	Observasi	Terpisah dari tempat penuntasan air: Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak Kedap air dan tertutup: Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak Air di SPAL mengalir dengan lancar: Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak SPAL tidak mencemari: Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak Air limbah dibuang ke tangki sptic kemudian diresapkan dalam tanah: Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak Sanitasi SPAL: Nilai Maks: 5 Nilai Min: 0	Nominal	
4.1.4	Tingkat kebersihan yang terdapat pada sarana pembuangan Sampah yang terdapat diponpes seperti jumlah dan tempat peletakan sarana tempat pembuangan sampah tersebut	Observasi	Setiap ruang/ asrama dilengkapi tempat sampah tertutup Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak Tersedia TPS dari seluruh ruangan Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak Peletakan TPS berjarak min. 10 meter dari ruangan kelas/asrama Nilai 1: Ya Nilai 0: Tidak Sanitasi Sarana Pembuangan Sampah Nilai Maks: 3 Nilai Min: 0	Nominal	
4.2	Kepadatan Hunian Asrama yang terdapat pada asrama sebagai tempat santri untuk tidur. Menghitung kepadatan hunian: Jumlah orang dibagi dengan luas ruangan (orang/m ²)	Observasi	Kepadatan (Amstrong, Tanpa Tahun) Nilai 1: > 4,5 m ² /orang Nilai 0: ≤ 4,5 m ² /orang	Tingkat Kepadatan Hunian: 1. Memenuhi Syarat: 1 2. Tidak Memenuhi Syarat: 0	Nominal

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data primer

Data primer merupakan sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2014: 308). Data primer didapat melalui observasi atau pengamatan dan wawancara terhadap santri di pondok pesantren Kecamatan Mayang Kabupaten Jember.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain atau data primer yang telah diolah lebih lanjut dan disajikan baik oleh pengumpul data primer atau oleh pihak lain yang pada umumnya disajikan dalam bentuk tabel ataupun diagram. Selain itu, Sugiyono (2014: 308), data sekunder adalah sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misal lewat orang lain atau dokumen. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari profil Kecamatan Mayang atau instansi lain misalnya Dinas Kesehatan kabupaten Jember serta Kementerian Agama Kab. Jember.

3.6 Teknik Pengumpulan Data, Instrumen Data, dan Kerangka Operasional

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah langkah yang utama dalam penelitian yang bertujuan untuk mendapatkan data (Sugiyono, 2014: 308). Nazir (2009: 174) menjelaskan bahwa pengumpulan data adalah suatu proses pengadaan data primer untuk keperluan penelitian. Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu, meliputi:

a. **Observasi**

Pengumpulan data dengan observasi langsung atau pengamatan langsung adalah cara pengambilan data dengan menggunakan mata tanpa ada pertolongan alat standart lain untuk keperluan tersebut (Nazir, 2009: 175). Selanjutnya,

Nasution (dalam Sugiyono, 2014: 310) menjelaskan bahwa observasi adalah dasar dari semua ilmu pengetahuan. Pengamatan dilakukan terhadap santri untuk mengetahui adanya penyakit skabies pada santri tersebut serta tingkat sanitasi yang terdapat pada lingkungan pondok pesantren.

b. Wawancara

Wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu (Sugiyono, 2014: 317). Wawancara sebagai pembantu utama dari metode observasi. Wawancara yang dilakukan yaitu wawancara langsung kepada responden untuk mengetahui karakteristik individu, tingkat hygiene personal, serta tingkat perilaku sehat santri.

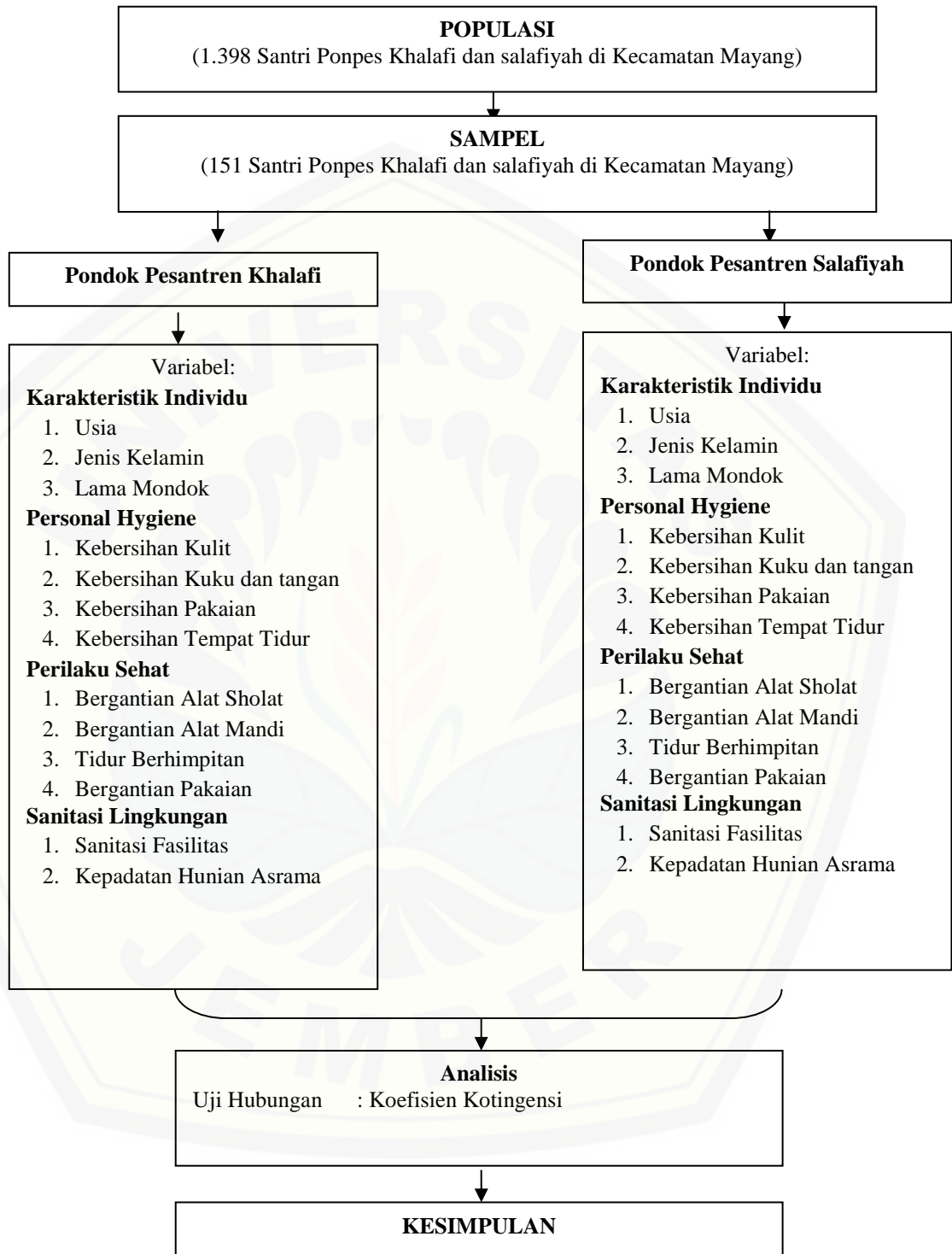
c. Studi Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan, buku dan sebagainya. Teknik studi dokumentasi digunakan untuk memperoleh data dari profil Kecamatan Mayang Kabupaten Jember, Kasus Skabies di Kabupaten Jember.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen adalah alat pada waktu peneliti menggunakan suatu metode atau teknik pengumpulan data. Sugiyono (2014: 133), instrumen penelitian digunakan untuk mengukur nilai variabel yang diteliti. Alat atau instrumen yang digunakan yaitu kuesioner serta lembar observasi. Kuesioner yang digunakan meliputi pertanyaan-pertanyaan untuk mengetahui karakteristik individu, tingkat hygiene personal, serta tingkat perilaku sehat santri, dimana kuesioner tersebut telah dilakukan uji validitas dengan menggunakan SPSS. Jumlah santri yang digunakan sebagai responden untuk uji validitas adalah 10 santri yang tersebar di ponpes khalafi dan salafiyah. Santri yang telah terpilih untuk dijadikan responden uji validitas tidak dijadikan dalam sampel penelitian. Lembar observasi digunakan untuk identifikasi ada tidaknya skabies pada santri serta identifikasi tingkat sanitasi lingkungan di lingkungan pondok pesantren.

3.6.3 Kerangka Operasional



Gambar 3.1 Kerangka Operasional Penelitian

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data dalam penelitian ini meliputi *editing*, *scoring* dan tabulasi. *Editing* dilakukan terhadap data yang telah diperoleh dari hasil wawancara yang tertera pada lembar kuesioner. *Scoring* merupakan langkah selanjutnya setelah responden memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam lembar kuesioner. Tabulasi adalah memasukkan data pada tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya (Nazir, 2009: 346-355).

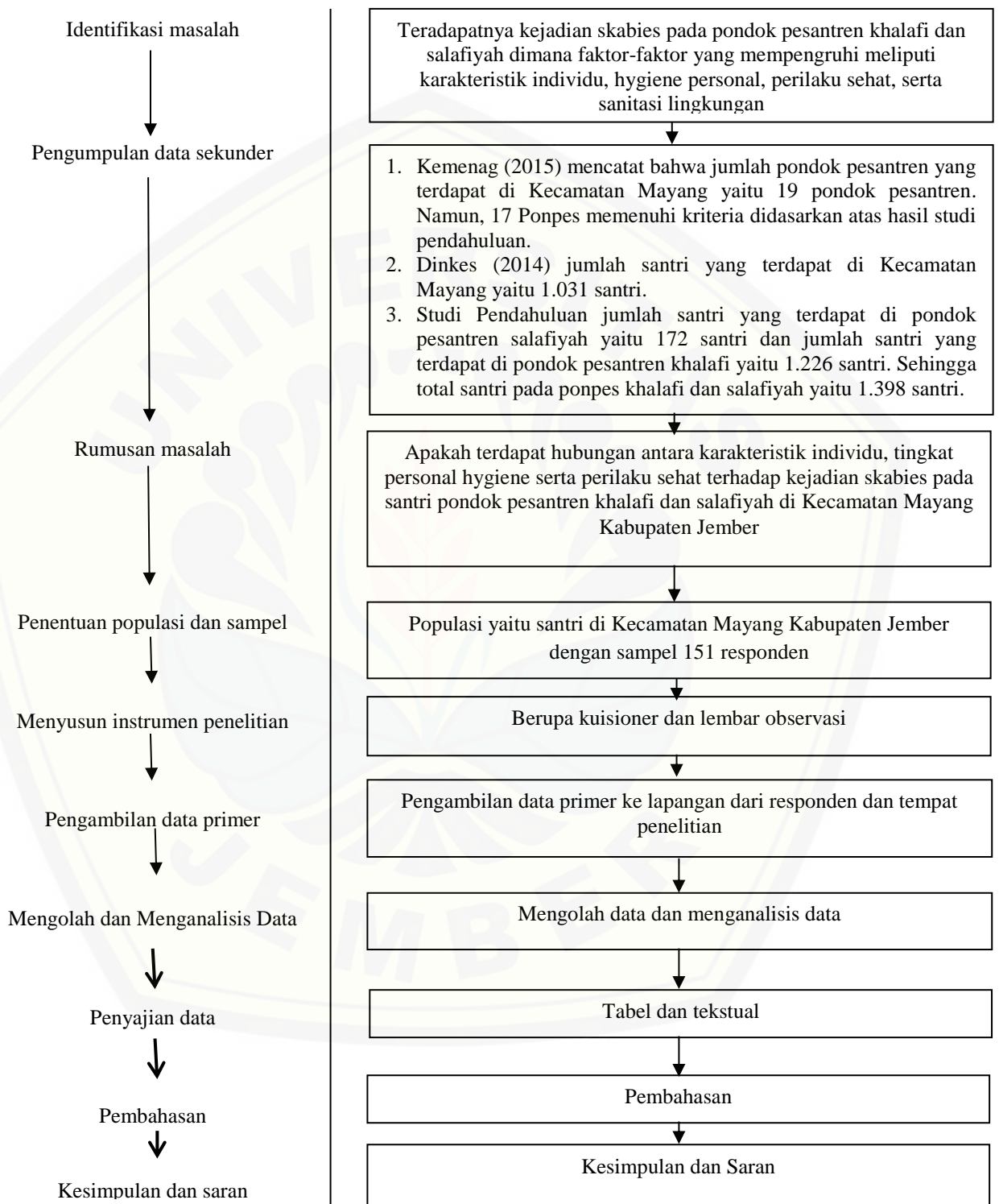
3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian. Selain itu, hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan tekstual. Penyajian dalam bentuk tabel digunakan dengan maksud agar orang lebih mudah memperoleh gambaran tentang hasil penelitian (Notoadmodjo, 2011: 76).

3.7.3 Teknik Analisis Data

Analisis data adalah mengelompokan, membuat suatu urutan, memanipulasi, serta menyingkatkan data sehingga mudah untuk dibaca (Nazir, 2009: 360). Analisis data yang digunakan yaitu analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat yaitu analisis yang digunakan untuk mendiskripsikan dari masing-masing variabel, baik variabel bebas maupun variabel terikat. Selanjutnya, analisis bivariat dilakukan untuk menguji hubungan variabel bebas dan variabel terikat menggunakan uji Koefisien Kontingensi dengan menggunakan bantuan perangkat lunak dengan tingkat signifikan 0,05 (taraf kepercayaan 95%).

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.2 Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada santri di pondok pesantren MU Darul Mukhlisin (Khalafi) dan Pondok Pesantren Rhodiatu Sholihin serta Al-Wafa (Salafiyah) yang terdapat di Kecamatan Mayang Kabupaten Jember maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Jumlah kasus skabies yang terdapat pada santri di ponpes khalafi adalah 41 kasus, sedangkan jumlah kasus skabies yang terdapat pada santri di ponpes salafiyah yaitu sebesar 16 kasus.
- b. Proporsi santri berjenis kelamin wanita, berusia ≥ 13 tahun serta lama mondok < 6 tahun memiliki frekuensi tertinggi di ponpes khalafi dengan distribusi santri masing-masing yaitu sebesar 46 santri (51,69%), 82 santri (92,13%) dan 89 santri (100%).
- c. Frekuensi santri berjenis kelamin pria, berusia ≥ 13 tahun serta lama mondok < 6 tahun di ponpes salafiyah memiliki proporsi yang tinggi dengan distribusi masing-masing yaitu sebesar 37 santri (59,68%), 57 santri (91,94%) serta 58 santri (93,55%).
- d. Tingkat personal hygiene santri pada ponpes khalafi sebagian besar tinggi dengan persentase yaitu 53,93%.
- e. Tingkat personal hygiene santri pada ponpes salafiyah sebagian besar tinggi dengan persentase yaitu 74,19%.
- f. Tingkat perilaku sehat santri pada ponpes khalafi sebagian besar rendah dengan persentase yaitu 75,42%.
- g. Tingkat perilaku sehat santri pada ponpes salafiyah sebagian besar rendah dengan persentase 77,42%.
- h. Tingkat sanitasi lingkungan pada ponpes MU Darul Mukhlisis, Rhadiatus Sholihin dan Al-Wafa termasuk dalam kategori tidak memenuhi syarat.
- i. Terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat personal hygiene pada santri di Ponpes Khalafi.

- j. Tidak terdapat hubungan antara usia dan lama mondok dengan tingkat personal hygiene pada santri di Ponpes Khalafi.
- k. Terdapat hubungan antara jenis kelamin dan umur dengan tingkat personal hygiene pada santri di Ponpes Salafiyah.
- l. Tidak terdapat hubungan antara lama mondok dengan tingkat personal hygiene pada santri di Ponpes Salafiyah.
- m. Tidak terdapat hubungan antara karakteristik individu dengan tingkat perilaku sehat pada santri di Ponpes Khalafi.
- n. Terdapat hubungan antara jenis kelamin dan lama mondok dengan tingkat perilaku sehat santri di Ponpes Salafiyah.
- o. Tidak terdapat hubungan antara usia dengan tingkat perilaku sehat santri di Ponpes Salafiyah.
- p. Terdapat hubungan antara jenis kelamin, personal hygiene dan perilaku sehat dengan kejadian skabies pada santri di Ponpes Khalafi.
- q. Tidak terdapat hubungan antara usia dan lama mondok dengan kejadian skabies pada santri di Ponpes Khalafi
- r. Terdapat hubungan antara usia, personal hygiene, dan perilaku sehat dengan kejadian skabies pada santri di Ponpes Salafiyah.
- s. Tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dan lama mondok dengan kejadian skabies pada santri di Ponpes Salafiyah.

5.2 Saran

Adapun saran yang dapat diberikan dari hasil penelitian ini adalah:

1. Puskesmas
 - a. Bagi tenaga kesehatan Puskesmas Mayang perlu adanya kerjasama dengan pengurus pondok pesantren untuk memberikan informasi kesehatan kepada santri baik yang terdapat di ponpes khalafi maupun ponpes salafiyah.

- b. Menciptakan kader kesehatan pada santri untuk membantu tindakan pencegahan sehingga penanganan awal terhadap penyakit-penyakit khususnya skabies yang timbul di lingkungan ponpes.
2. Pondok Pesantren
 - a. Pembuatan atau pengaktifan kembali poskestren yang terdapat di lingkungan pondok pesantren.
 - b. Pembuatan atau pemasangan poster tata cara hidup sehat yang diletakan pada kamar mandi dan asrama-asrama santri.
3. Kementerian Agama Kabupaten Jember

Bagi Kemenag Jember memasukan materi kesehatan perorangan pada kurikulum pelajaran di ponpes.
4. Peneliti
 - a. Perlu dilakukan penelitian lebih mendalam mengenai hubungan keberadaan poskestren dengan kejadian skabies di pondok pesantren.
 - b. Perlu dilakukan penelitian lebih mendalam mengenai hubungan tingkat sanitasi lingkungan dengan kejadian skabies di pondok pesantren khalafi dan salafiyah.

DAFTAR PUSTAKA

- Afraniza, Y. 2011. "Hubungan antara Praktik Kebersihan Diri dan Angka Kejadian Skabies di Pesantren Kyai Gading Kabupaten Demak". Skripsi. Semarang: Universitas Diponegoro
- Akmal, S. C., Semiarty, R., Gayatri. 2013. Hubungan Personal Hygiene dengan Kejadian Skabies di Pondok Pendidikan Islam Darul Ulum, Palarik Air Pacah, Kecamatan Koto Tangah Padang tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2(3): 162-167
- Aminah, P. *et al.* 2015. Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian Skabies. *Jurnal Majority*. 3(2): 54-59.
- Amstrong, J. Tanpa Tahun. Penilaian Hygiene Sanitasi Pondok Pesantren. [Serial Online] <https://id.scribd.com/doc/241183207/Penilaian-Hygiene-Sanitasi-Pondok-Pesantren> [14 Januari 2016]
- Azizah, U. 2012. "Hubungan Antara Pengetahuan Santri Tentang PHBS dan Peran Ustadz dalam Mencegah Penyakit Skabies dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies". Skripsi. Universitas Jember: Jember
- Badri, M. 2007. Hygiene Perseorangan Santri Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar Ponorogo. *Media Litbang Kesehatan*. 27(2):20-27
- Bakar, M. Y. A. 2007. Konsep Pemikiran Pendidikan K.H Zarkasyi dan Implementasinya Pada Pondok Pesantren Alumni". Disertasi. Yogyakarta: UIN Sunan Kalijaga.
- Badan Pusat Statistik. 2014. *Kabupaten Jember Dalam Angka 2014*. Jember: Badan Pusat Statistik Jember
- Badan Pusat Statistik. 2015. *Kecamatan Mayang Dalam Angka 2015*. Jember: Badan Pusat Statistik Jember
- Brown, H. W. 1979. *Dasar Parasitologi Klinis*. Edisi ketiga. PT.Gramedia: Jakarta
- Bruinessen, Martin Van. 1994. NU: Tradisi Relasi-Relasi Kuasa Pencarian Wacana Baru. Yogyakarta: LKIS. [Serial Online] https://scholar.google.co.id/scholar?q=NU%3A+Tradisi+Relasi-Relasi+Kuasa+Pencarian+Wacana+Baru&btnG=&hl=id&as_sdt=0%2C5 [14 Januari 2016]

- Busyairi, M. 2010. “Perubahan Bentuk Satuan Pendidikan Pondok Pesantren dalam, Mempertahankan Eksistensi (Studi Multi Kasus pada Pondok Pesantren Tebuireng Jombang, Pondok Pesantren Gading Malang, dan Pondok Pesantren Sidogiri Pasuruan)”. Disertasi. Malang: Universitas Negeri Malang. [Serial Online] <http://karya-ilmiah.um.ac.id/index.php/disertasi/article/view/7810> [14 Januari 2016]
- CDC. 2010. Parasites - Scabies. Global Health- Division of Parasitic Disease and Malaria. [Serial Online] <http://www.cdc.gov/parasites/scabies/> [14 Januari 2016]
- Chosidow, O. 2006. *Scabies. The New England Journal of Medicine*. 354(16)
- Departemen Kesehatan. 2006. *Keputusan Menteri Kesehatan No.1429 Tentang Sanitasi Lingkungan Lembaga Pendidikan*. Jakarta: Departemen Kesehatan
- Desmawati, Dewi A. P, Hasanah, O. 2015. Hubungan Personal Hygiene Dan Sanitasi Lingkungan Dengan Kejadian Skabies Di Pondok Pesantren Al-Kautsar Pekanbaru. *JOM*. 2(1): 629-637
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2014. *Jumlah Kasus Skabies pada Setiap Kecamatan di Kabupaten Jember*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Djuanda, A. 2002. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi kelima, cetakan kedua. Jakarta : FKUI
- Golant, A.K & Levitt, J.O. 2012. Scabies: A Review of Diagnosis and Management Based on Mite Biology. *American Academy of Pediatrics*. 33(1): e48-99.
- Haeri, U., Kartini, I. P. A., Agustian. Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Skabies Di Pondok Pesantren Darul Huffadh Di Wilayah Kerja Puskesmas Kajuara Kab. Bone. 2(4). Makassar: STIKES Nani Hasanuddin.
- Hafner, C. 2009. Scabies. *Der Hautarzt*. 60(2):145-161 [Serial Online]. <http://link.springer.com/article/10.1007/s00105-009-1708-2> [14 Januari 2016].
- Haningsih, S. 2008. Peran Strategis Pesantren, Madrasah, dan Sekolah Islam di Indonesia. *El Tarbawi Jurnal Pendidikan Islam*. 1(1):27-39
- Harahap, M. 2000. *Ilmu Penyakit Kulit*. Hiprokrates: Jakarta. Hal: 104-115
- Heukelbach, J., Walton, S. F., Feldmeier, H. 2005. Ectoparasitic Infestations. *SpingerLink*. 7(5): 373-380

- Hidayat, D. A. J. 2012. Perbedaan Penyesuaian Diri Santri di Pondok Pesantren Tradisional dan Modern. *Talenta Psikologi*. Vol 1. No 2.
- Isnaeni, F. 2015, Agar Tak Terinfeksi Jamur, Segera Ganti Pakaian Usai Olahraga. [Serial Online]: <http://health.detik.com/read/2015/04/01/200102/2876372/775/agar-tak-terinfeksi-jamur-segera-ganti-pakaian-usai-olahraga> [14 Januari 2016]
- Johnstone, P & Strong. M. 2007. Scabies. *Clinical Evidence*. 8(1707): 1-17
- Kementerian Agama Kabupaten Jember. 2015. *Jumlah dan Alamat Pondok Pesantren di Kabupaten Jember*. Jember: Kementerian Agama Kabupaten Jember
- Khobir, A. 2010. Pengaruh Pendidikan Thaharah Terhadap Sikap Hidup Sehat Santri Pondok Pesantren di Pekalongan. *Jurnal Penelitian*. 7(1):1-9 [Serial Online] <http://e-journal.stain-pekalongan.ac.id/index.php/Penelitian/article/view/211> [16 Februari 2016]
- Kinanti, A. A. 2015. Berapa Kali Mandi Sebaiknya Dilakukan Setiap Hari Agar Kulit Sehat?. [Serial Online] <http://health.detik.com/read/2015/02/06/090319/2825283/766/berapa-kali-mandi-sebaiknya-dilakukan-setiap-hari-agar-kulit-sehat> [16 Februari 2016]
- Leppard, B, Naburi, A. E, 2000. The Use of Ivermectin in Controlling an Outbreak of Scabies in a Prison. *British Journal of Dermatology*. Vol. 143: 520-523
- Ma'rufi, I., Keman S., Notobroto., H. B. 2005. Faktor Sanitasi Lingkungan yang Berperan Terhadap Prevalensi Penyakit Skabies. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*. 2(1): 11-18
- Ma'rufi, I., Istiaji, E., Witcahyo, E. 2012. Hubungan Perilaku Sehat Santri dengan Kejadian Scabies di Pondok Pesantren Kabupaten Lamongan. *Jurnal IKESMA*. 8(2): 119-129
- Marbun, G. 2008. "Perbedaan Coping Stress pada Pria dan Wanita dalam Pernikahan". Skripsi. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Mellanby, K. 1941. The Transmission of Scabies. *British Medical Journal*. 2(4211): 405-406
- Nazir, M. 2009. *Metode Penelitian*. Jakarta Selatan : Ghalia Indonesia
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta

- Notoatmodjo, S. 2011. *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Rineka Cipta: Jakarta
- Nugraheni, D.N., Maliya, A. 2008. “Pengaruh Sikap Tentang Kebersihan Diri Terhadap Timbulnya Skabies (Gudik) Pada Santriwati di Pondok Pesantren Al-Muayyad Surakarta”. Skripsi. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Purnomo, M. 2015. Menyikat Gigi yang Benar dan Baik di Waktu yang Tepat Pula. [Serial Online] http://www.kompasiana.com/www.melinaleelo.com/menyikat-gigi-yang-benar-dan-baik-di-waktu-yang-tepat-pula_54f3799b745513992b6c7744 [16 Februari 2016]
- Putra, K. W. N. 2014. Treatment Of Secondary Infection Scabies On 8 Years Old Girl With Family Medicine Approach. *Jurnal Medula Unila*. 3(1): 56-63
- Qomar, M. 2002. Pesantren: dari Transformasi Metodologi Menuju Demokratisasi Institusi. Erlangga: Jakarta. [Serial Online] https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=u6ouXge9JcC&oi=fnd&pg=PR7&dq=pondok+pesantren&ots=2ph-FuHYkC&sig=TrKP_0pnDDyV0Ieg7BUWyAXQMaQ&redir_esc=y#v=onepage&q=pondok%20pesantren&f=false [16 Februari 2016]
- Raples. Tanpa Tahun. Hubungan Personal Hygiene Dengan Penyakit Kulit di SDN 38 Kuala Alam Kecamatan Ratu Agung Kota Bengkulu. Bengkulu: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dahesan. [Serial Online] <v1.stikesdehasen.ac.id/downlot.php?file=02%20Raples.pdf> [16 Februari 2016]
- Ratnasari, A.F, Sungkar , S. 2014. Prevalensi Skabies dan Faktor-Faktor yang Berhubungan di Pesantren X, Jakarta Timur. *eJurnal Kedokteran Indonesia*. 2(1): 251-256 [Serial Online] <https://journal.ui.ac.id/index.php/eJKI/article/view/3177/3401> [14 Januari 2016].
- Rohmawati, R.N. 2010. “Hubungan Antara Faktor Pengetahuan dan Perilaku dengan Kejadian Skabie di Pondok Pesantren Al-Muayyad Surakarta”. Skripsi. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Roodsari, M. R, *et al.*, 2006. Prevalence of Scabies and pediculosis in Ghezal Hesar Prison, Iran. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*. Vol. 16: 201-204
- Saad. 2008. “Pengaruh Faktor Higiene Perorangan Terhadap Kejadian Skabies di Pesantren An-Najach Magelang”. Skripsi. Semarang: Universitas Diponegoro.

- Sanusi, U. 2012. Pendidikan Kemandirian di Pondok Pesantren. *Jurnal Pendidikan Agama Islam-Ta'lim*. 10(2):123-139.
- Savin, J.A. Scabies in Edinburgh from 1815 to 2000. *Journal of The Royal Society of Medicine*. Vol. 98: 124-129
- Simanjuntak, L. N. 2012. “Gambaran Pemenuhan Kebutuhan Dasar Personal Hygiene pada Anak-anak Jalanan Usia 6-12 Tahun di Kecamatan Medan Helvetia Daerah Kampung Lalang Medan”. Skripsi. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Steer, A.C. *et al.* 2009. High Burden of Impetigo and Scabies in a Tropical Country. *PLoS Neglected Tropical Disease*. 3(6): 1-7
- Stoppler, M. C & Sheil Jr, W. C. 2015. Scabies. [Serial Online] <http://www.medicinenet.com/scabies/article.htm> [16 Februari 2016]
- Sudirman. T. 2006. Scabies: Masalah Diagnosis dan Pengobatan. *Majalah Kesehatan Damianus*. 5(3): 177-190
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Pendidikan Kualitatif, Kuantitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Walton, S. F & Currie B. J. 2007. Problems in diagnosing scabies, a global disease in human and animal populations. *Clinical Microbiology Reviews*. 20(2): 268-277
- WHO. 2005. *Epidemiology and Management of Common Skin Diseases in Children in Developing Countries*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. Tanpa Tahun. Scabies. [Serial Online] [http://www.who.int/lymphatic filariasis/epidemiology/scabies/en/](http://www.who.int/lymphatic_filariasis/epidemiology/scabies/en/) [14 Januari 2016]
- WHO. 2015. Sanitation. [Serial Online] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs392/en/> [14 Januari 2016]
- Wijaya, Y. P. M. 2011. “Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Skabies Pada Santri di Ponpes Al-Makmur Tungkar Kabupaten Kota”. Skripsi. Padang: Universitas Andalas
- Zakiah, L., Faturachman. 2004. Kepercayaan Santri pada Kiai. *Buletin Psikologi Tahun 12*, No. 1: 33-43.