

SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PERILAKU UPAYA
PENCEGAHAN SKABIES PADA SANTRIWATI KELAS 1 SMP
DI PONDOK PESANTREN QIYAMUL MANAR I SIDAYU GRESIK**

PENELITIAN PRA-EKSPERIMENTAL



**Oleh:
DIANA RISKI
010710405 B**

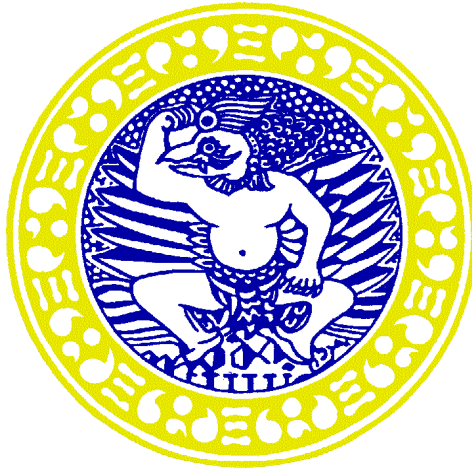
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2011**

SEKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PERILAKU UPAYA
PENCEGAHAN SKABIES PADA SANTRIWATI KELAS 1 SMP
DI PONDOK PESANTREN QIYAMUL MANAR I SIDAYU GRESIK**

PENELITIAN PRA-EKSPERIMENTAL

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



**Oleh:
DIANA RISKA
010710405 B**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2011**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah
hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain
untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan
di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 13 Juli 2011

Yang Menyatakan,

DIANA RISK A

NIM 010710405 B

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 13 Juli 2011

Oleh
Pembimbing I

Abu Bakar, S. Kep. Ns., M. Kep
NIP. 198004272009121002

Pembimbing II

Ira Suarilah, S. Kp
NIP. 139040673

Mengetahui,
a.n. Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 19790424200604200

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI SEKRIPI

Telah diuji

Pada tanggal 14 Juli 2011

PANITIA PENGUJI

Ketua : Abu Bakar, S. Kep. Ns., M. Kep

Anggota :

1. Setho Hadisuyatmana, S.Kep. Ns

2. Ira Suarilah, S. Kp

Mengetahui,

a.n. Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep.

NIP. 19790424200604200

Motto

*Keberhasilan harus disertai
dengan semangat yang
bersungguh-sungguh dan tekad
yang kuat*

UCAPAN TRIMA KASIH

Puji syukur kehadirat ALLAH SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi “**Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perilaku Upaya Pencegahan Skabies Pada Santriwati Kelas 1 SMP Di Pondok Pesantren Qiyamul Manar Gresik**”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan studi dan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada program studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Penyusunan skripsi ini tidak akan berhasil sedemikian rupa tanpa adanya bantuan yang telah penulis terima, baik berupa petunjuk, bimbingan, nasehat maupun fasilitas lain yang penulis gunakan dalam usaha penyusunan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu tepatlah pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberi motivasi dalam Menyelesaikan skripsi ini.
2. Ibu Mira Triharini, S.Kp., M.Kep selaku Wakil Dekan 1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga telah Surabaya yang telah memberi motivasi dalam Menyelesaikan skripsi ini.
3. Pak Abu Bakar, S. Kep. Ns., M. Kep selaku pembimbing I yang telah membimbing, pengarahan dan petunjuk serta dukungan pada penelitian dalam skripsi ini.

4. Pengelola Pondok Pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik yang telah mendukung dan memberikan fasilitas selama penelitian.
5. Ibu Ira Suarilah, S. Kp selaku pembimbing II yang telah membimbing, pengarahan dan petunjuk serta dukungan pada penelitian dalam skripsi ini.
6. Keluargaku, terutama Abah, Ummi, mbah dan Keluarga kecil Masku yang telah memberikan dukungan dalam menempuh pendidikan.
7. Seluruh Keluarga 1 Kost di kedung sroko 109, teman-teman 1 angkatan 2007 yang telah memberikan semangat sehingga skripsi ini bisa diselesaikan.
8. Seluruh staf perpustakaan Fakultas Keperwatan Universitas Airlangga, perpustakaan Dr.soetomo. Terima kasih semua fasilitasnya terutama referensinya yang telah peneliti butuhkan.
9. Senap staf dan seluruh responden penelitian di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Gresik. Terima atas fasilitas, waktu, partisipasi dan kerjasamanya selama ini.

Semoga ALLAH SWT membalas segala kebaikan yang telah mereka berikan kepada saya. Penulis menyadari bahwa di dunia ini tidak ada yang sempurna sebab kesempurnaan hanya milik ALLAH SWT sehingga penulis sadar bahwa dalam pembuatan skripsi masih banyak kekurangan, untuk itu masukan-masukan yang berupa kritik dan saran yang membangun dari semua pihak sangatlah penulis harapkan untuk kesempurnaan dalam penulisan skripsi ini.

Surabaya, 07 Juli 2011

Penulis,

ABSTRACT

THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION ON BEHAVIOR IMPLEMENTATION AS AN EFFORT TO PREVENT SCABIES ON GRADE MIDDLE SCHOOL IN ISLAMIC BOARDING SCHOOL QIYAMUL MANAR 1 GRESIK

Pra Experimental Study

By : Diana Riska

Scabies is a contagious skin diseases caused by *sarcoptes scabiei var, huminis*. At the Qiyamul Manar 1 islamic boarding school, lots of students affted by scabies. One of scabies triggers is lack hygiene knowledge. The purpose of this experiment is to explain the influence of health education on hygienic behavior, as an effort to prevent scabies in Qiyamul Manar 1 islamic boarding school at Sidayu Gresik.

The experimental using pra experiment design. Population that used in this experiment is the first grade middle school and sampling tecnique that used for this experiment is purposive sampling with 44 respondents. The data was analyzed with wilcoxon signed rang tes and level of significance $\alpha \leq 0,05$.

The result from shows that there is a significant influence of health education on hygienic knowledge ($p= 0,00$), hygienic behavior ($p= 0,00$) and hygienic implementation ($p= 0,00$), it indicates that thereis a significant influence of health education onhygienic behavior to the knowledge, attitude and action to prevent scabies.

This experiment explain that there is a significant influence of the health education on hygienic behavior to hygienic knowledge, behavior and action to prevent scabies on first grade middle school islamic at Qiyamul Manar 1 boarding school Sidayu Gresik. Students one adviced to always maintain personal hygiene and the environment and seek informaion according to scabies diseases in order to increase their knowledge on preventing scabies.

Kye words : scabies , health education,knowledge, behavior, implementation

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--------------------------------|---------|
| Halaman Judul..... | i |
| Surat Pernyataan..... | ii |
| Lembar Persetujuan | iii |
| Penetapan Panitia Penguji..... | iv |
| Motto..... | v |
| Ucapan Terima Kasih..... | vi |
| <i>Abstract</i> | viii |
| Daftar Isi | ix |
| Daftar Tabel | xii |
| Daftar Gambar | xiii |
| Daftar Lampiran | xiv |
| Daftar Singkatan..... | xv |

BAB 1 PENDAHULUAN

| | |
|------------------------------|---|
| 1.1 Latar belakang..... | |
| 1.2 Rumusan Masalah | |
| 1.3 Tujuan Penelitian | |
| 1.3.1 Tujuan Umum | |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 4 |
| 1.4 Manfaat penelitian | 5 |
| 1.4.1 Manfaat Teoritis | 5 |
| 1.4.2 Manfaat Praktis | 5 |

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

| | |
|---|----|
| 2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan | 6 |
| 2.1.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan..... | 6 |
| 2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan..... | 7 |
| 2.1.3 Metode Pembelajaran Dalam Pend.Kes..... | 8 |
| 2.1.4 Alat Bantu Dan Media Pend.Kesh..... | 10 |

| | | |
|-------|---|----|
| 2.2 | Konsep Dasar Perilaku | 13 |
| 2.2.1 | Pengertian Perilaku..... | 13 |
| 2.2.2 | Domain Perilaku..... | 14 |
| 2.2.3 | Proses Adopsi Perilaku..... | 19 |
| 2.2.4 | Faktor Utama Mempengaruhi Perilaku..... | 20 |
| 2.2.5 | Bentuk Perubahan Perilaku | 21 |
| 2.2.6 | Strategi Perubahan Perilaku..... | 22 |
| 2.3 | Konsep Remaja..... | 23 |
| 2.3.1 | Pengertian Remaja..... | 23 |
| 2.3.2 | Ciri-ciri Remaja..... | 23 |
| 2.3.3 | Faktor Yang Mempengaruhi Pengusaan Tugas-tugas Perkembangan..... | 25 |
| 2.3.4 | Masa Puber Pada Remaja Putri..... | 25 |
| 2.3.5 | Bahaya Pada Masa Puber..... | 27 |
| 2.4 | Konsep Skabies | 28 |
| 2.4.1 | Definisi Skabies | 28 |
| 2.4.2 | Epidemiologi..... | 29 |
| 2.4.3 | Etiologi..... | 29 |
| 2.4.4 | Patogenesis..... | 31 |
| 2.4.5 | Cara Penularan..... | 31 |
| 2.4.6 | Gejala Klinis..... | 32 |
| 2.4.7 | Diagnosis..... | 33 |
| 2.4.8 | Terapi..... | 34 |
| 2.4.9 | Pencegahan | 35 |

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

| | | |
|-----|---------------------------|----|
| 3.1 | Kerangka Konseptual | 38 |
| 3.2 | Hipotesis Penelitian..... | 39 |

BAB 4 METODE PENELITIAN

| | | |
|-----|------------------------|----|
| 4.1 | Desain Penelitian..... | 40 |
| 4.2 | Kerangka Kerja..... | |

| | | |
|-------|---------------------------------------|----|
| 4.3 | Desain..... | 41 |
| 4.3.1 | Populasi..... | 43 |
| 4.3.2 | Sample..... | 43 |
| 4.3.3 | Sampling..... | 43 |
| 4.4 | Identifikasi Variabel..... | 44 |
| 4.4.1 | Variabel Independen | 45 |
| 4.4.2 | Variabel Dependen..... | 45 |
| 4.5 | Definisi Operasional..... | 45 |
| 4.6 | Pengumpulan dan Pengelolaan Data..... | 45 |
| 4.6.1 | Instrumen penelitian | 47 |
| 4.6.2 | Lokasi Penelitian..... | 47 |
| 4.6.3 | Waktu Penelitian..... | 48 |
| 4.6.4 | Prosedur Pengumpulan Data..... | 48 |
| 4.6.5 | Analisa Data..... | 50 |
| 4.6.6 | Analisis Statistik..... | 50 |
| 4.7 | Etika Penelitian..... | 50 |
| 4.8 | Keterbatasan..... | 51 |

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

| | | |
|-------|--|----|
| 5.1 | Hasil Penelitian..... | 53 |
| 5.1.1 | Gambaran Umum Lokasi Penelitian..... | 53 |
| 5.1.2 | Data Umum..... | 54 |
| 5.1.3 | Data Khusus..... | 55 |
| 5.2 | Pembahasan..... | 58 |
| 5.2.1 | Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Pengetahuan upaya pencegahan Skabies..... | 58 |
| 5.2.2 | Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Sikap upaya pencegahan Skabies..... | 58 |
| 5.2.3 | Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Tindakan upaya pencegahan Skabies..... | 62 |
| 5.2.4 | Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap upaya Perilaku pencegahan Skabies | 64 |

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN

| | |
|-----------------------------|-----------|
| 6.1 Kesimpulan..... | 65 |
| 6.2 Saran..... | 66 |
| DAFTAR PUSTAKA | 67 |

DAFTAR TABEL

| | | Halaman |
|-----------|---|---------|
| Tabel 4.5 | Definisi operasional penelitian pengaruh pendidikan kesehatan tentang perilaku hidup bersih terhadap mencegah skabies pada santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Gresik..... | 46 |
| Tabel 5.1 | Tingkat pengetahuan santriwati kelas 1 SMP sebelum dan sesudah di lakukan pendidikan kesehatan di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik tanggal 10 Juni s/d 16 Juni 2011..... | 55 |
| Tabel 5.2 | Tingkat sikap santriwati kelas 1 SMP sebelum dan sesudah di lakukan pendidikan kesehatan di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik tanggal 10 Juni s/d 16 Juni 2011..... | 56 |
| Tabel 5.3 | Tingkat tindakan santriwati kelas 1 SMP sebelum dan sesudah di lakukan pendidikan kesehatan di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik tanggal 10 Juni s/d 16 Juni 2011..... | 57 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|--|---------|
| Gambar 2.1 <i>Sarcoptes Scabiei</i> | 30 |
| Gambar 2.2 Skabies yang menyerang tangan | 33 |
| Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Pengaruh Pendidikan kesehatan terhadap perilaku upaya pencegahan skabies pada santriwati di pondok Qiyamul Manar 1 Gresik | 38 |
| Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perilaku upaya pencegahan skabies pada santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Gresik . | 42 |
| Gambar 5.1 Distribusi responden menurut umur santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik tanggal 10 Juni s/d 16 Juli 2010..... | 54 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | | Halaman |
|-------------|---|---------|
| Lampiran 1 | Lembar Permohonan Pengambilan Data Penelitian | 69 |
| Lampiran 2 | Lembar Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian..... | 70 |
| Lampiran 3 | Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian | 71 |
| Lampiran 4 | Lembar Persetujuan Menjadi Responden | 72 |
| Lampiran 5 | Lembar Kuesioner | 73 |
| Lampiran 6 | Lembar SAP..... | 78 |
| Lampiran 7 | Materi Penelitian..... | 81 |
| Lampiran 8 | Liflet..... | 85 |
| Lampiran 9 | Tabulasi Data Demografi..... | 87 |
| Lampiran 10 | Analisis Statistik/SPSS..... | 96 |
| Lampiran 11 | Foto Dokumentasi Penelitian..... | 101 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|-----|---------------------------|
| AVA | Audio Visual Aids |
| PMI | Palang Merah Indonesia |
| SAP | Satuan Acara Pembelajaran |
| SMP | Sekolah Menengah Pertama |
| UKS | Unit Kesehatan Sekolah |
| VCD | Video Compact Disk |
| WHO | World Health Organization |

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Mansjoer (2000) skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap *sarcoptes scabiei var. hominis* dan produksinya pada tubuh, penyakit skabies sering disebut kutu badan atau tungau yang berukuran sangat kecil dan hanya bisa dilihat dengan mikroskop atau bersifat mikroskopis. Di lingkungan pondok pesantren Qiyamul Manar Sidayu Gresik banyak santriwati yang terkena skabies, salah satu pemicu terkena skabies adalah kurangnya pengetahuan tentang perilaku hidup bersih dalam upaya pencegahan skabies disebabkan oleh banyak faktor, diantaranya, karena kurangnya kesadaran dalam menjaga kebersihan diri maupun lingkungan di pondok pesantren seperti penyediaan air yang kotor, tidak tersediannya pembuangan sampah. Pendidikan kesehatan menurut WHO yang dikutip Notoatmodjo (2003) yang bertujuan mengubah perilaku individu atau masyarakat dibidang kesehatan. Pendidikan kesehatan tentang pencegahan penyakit skabies pada santri di pondok pesantren Qiyamul Manar Sidayu Gresik masih sangat kurang, sehingga berpengaruh pada perilaku santriwati yang mengabaikan kebersihan diri dan lingkungan (pernyataan pengurus pondok). Namun sampai saat ini pengaruh pendidikan kesehatan tentang skabies terhadap upaya pencegahan skabies di pondok pesantren Qiyamul Manar Sidayu Gresik belum dapat dijelaskan.

Skabies masih sering di jumpai di Indonesia dan tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat (Sudirman, 2006). Menurut Mulyono (2006) prevalensi skabies di negara berkembang dilaporkan sebanyak 6-27% dari populasi umum dan insidens tertinggi pada anak usia sekolah dan remaja. Prevalensi penyakit scabies di Indonesia sebesar 4,60-12,95%, jakarta mencapai 78,70% pada tahun 2008. Penularan skabies terjadi lebih mudah karena faktor lingkungan dan perilaku yang tidak bersih. Data awal sementara yang diambil peneliti pada tanggal 15 April 2011 di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik, jumlah kasus yang terkena skabies pada tahun 2010 sebanyak 30 santriwati meningkat pesat di tahun 2011 menjadi 45 santriwati. Dari total 250 santriwati sebanyak 27 dari 45 santriwati yang terkena skabies mengaku bahwa dirinya terkena skabies akibat tertular dari teman yang didukung oleh kurang sadarnya perilaku hidup bersih pada diri sendiri dan lingkungan.

Skabies merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *Saroptes scabiei* betina yang sudah dibuahi atau bentuk larva, Dikenal pula sebagai *Saroptes scabiei var. animalis* yang kadang-kadang dapat menulari manusia, terutama yang memiliki binatang peliharaan anjing. dengan cara penularannya kontak secara langsung (kulit dengan kulit), misalnya berjabat tangan, tidur bersama, dan hubungan seksual, kontak secara tidak langsung (melalui benda), misalnya pakaian, handuk, bantal dipakai bergantian (mansjoer, 2000). Menurut Benneth (1997) dalam Nurma (2009) Kebersihan perseorangan dan lingkungan erat kaitannya dengan penyakit menular skabies, apalagi banyak orang yang tinggal secara bersama-sama disatu tempat yang relatif sempit. Tingkat kesadaran yang dimiliki oleh banyak kalangan masyarakat masih cukup

rendah, derajat keterlibatan penduduk dalam melayani kebutuhan akan kesehatan yang masih kurang, kurangnya pemantauan kesehatan oleh pemerintah. Penyakit kulit skabies menular dengan cepat pada suatu komunitas yang tinggal bersama sehingga dalam pengobatannya harus dilakukan secara serentak dan menyeluruh pada semua orang dan lingkungan pada komunitas yang terserang skabies, karena apabila dilakukan pengobatan secara individual maka akan mudah tertular kembali penyakit skabies (Handoko, R, 2001)

Keberhasilan penderita dalam mencegah penularan penyakit skabies pada orang lain sangat ditentukan oleh kepatuhan dan keteraturan dalam menjaga kebersihan diri. Oleh karena itu selama pengobatan dan perawatan diperlukan tingkat perilaku yang baik dari penderita. Perilaku penderita skabies dalam upaya mencegah prognosis yang lebih buruk dipengaruhi oleh sikap dan pengetahuannya tentang penyakit ini. Pengetahuan dan perilaku penderita yang buruk akan menyebabkan kegagalan dalam tindakan penanggulangan penyakit scabies (Notoatmodjo, 2008). Mengingat penyakit menular skabies yang sangat penting kita sebagai perawat profesional diharapkan mempunyai tanggung jawab untuk memberikan pendidikan kesehatan dalam upaya pencegahan penularan penyakit scabies di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik agar tidak semakin meningkat dan tersebar luas. Perawat sebagai bagian dari pemberi pelayanan kesehatan yang profesional mempunyai tanggung jawab dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, serta tindakan atau praktik santri tentang pencegahan skabies. Terkait peran perawat komunitas sebagai edukator, upaya meningkatkan perilaku hidup sehat pada santri diperlukan perhatian lebih dari orang tua, petugas

kesehatan, santri dengan memberikan kontribusi dalam peningkatan derajat kesehatan santri demi terwujudnya generasi muda, aktif, inovatif dan produktif.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaiman pengaruh pendidikan kesehatan terhadap upaya pencegahan skabies di Pondok Pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum penelitian adalah menjelaskan pengaruh pendidikan kesehatan terhadap upaya pencegah skabies di Pondok Pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan santriwati tentang upaya pencegahan skabies sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan di Pondok Pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik.
2. Mengidentifikasi sikap santriwati tentang upaya pencegahan skabies sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan di Pondok Pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik.
3. Mengidentifikasi tindakan santriwati tentang upaya pencegahan skabies sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan di Pondok Pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik.
4. Menganalisis pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap perilaku santriwati tentang upaya pencegahan skabies sesudah dilakukan

pendidikan kesehatan di Pondok Pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran terhadap kelompok yang hidup dipondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dalam upaya pencegahan penyakit skabies.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Pondok Pesantren

Dapat digunakan sebagai upaya pengendalian perubahan perilaku untuk memperhatikan kebersihan diri, kebersihan lingkungan sekitar dan mampu menanamkan sikap positif dalam kebersihan diri dengan melakukan upaya-upaya mencegah penularan penyakit scabies.

2. Santriwati Pondok Pesantren

Sebagai salah satu pedoman untuk menanamkan perilaku hidup bersih masing-masing individu dipondok pesantren dalam rangka untuk mencegah timbulnya penyakit skabies dan cara pencegahan supaya tidak menular ke santri yang lain.

3. Perawat Komunitas

Menjadi sumber informasi dan bahan pertimbangan untuk penelitian tentang kejadian skabies selanjutnya dalam pengembangan ilmu keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai konsep pendidikan kesehatan, konsep perilaku, konsep remaja, dan konsep skabies,

2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.1.1 Pengertian pendidikan kesehatan

Pendidikan dalam arti secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Kesehatan adalah keadaan sejahtera badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Notoatmodjo, 2003).

Pendidikan kesehatan merupakan suatu upaya atau kegiatan untuk mencapai perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan, dalam artian lebih luas pendidikan kesehatan adalah berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, kemana seharusnya mencari pengobatan bila sakit (Notoatmodjo, 2003).

“Health promotion is programs are desingn to bring about “change” within people, organization, communities, and their environmet”, mendefinisikan promosi kesehatan program-program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan, baik dalam masyarakat sendiri, maupun dalam organisasi dan

lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya, politik dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2003).

Dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran yang didalamnya perawat berperan sebagai pendidik. Dengan demikian perawat harus mampu menjalankan perannya dalam memberikan pendidikan kesehatan baik di institusi seperti puskesmas, klinik, rumah sakit maupun terhadap keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat.

Pada kesimpulannya pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan perilaku secara terencana pada diri individu, kelompok atau masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam pencapaian tujuan hidup sehat. Dengan demikian pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran.

2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Secara umum, tujuan pendidikan kesehatan menurut WHO yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat dibidang kesehatan yang dapat diperinci lebih lanjut sebagai berikut :

1. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai dimasyarakat.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Secara operasional, tujuan pendidikan kesehatan diperinci oleh Wong (1974) yang dikutip Herawani (2001) sebagai berikut :

1. Agar penderita (masyarakat) memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatannya (dirinya), keselamatan lingkungan dan masyarakatnya.
2. Agar seseorang melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah ketergantungan melalui rehabilitasi cacat yang disebabkan oleh penyakit.
3. Agar seseorang memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan sistem dan cara memanfaatkannya dengan efisien dan efektif.
4. Agar seseorang mempelajari apa yang dapat dilakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada sistem pelayanan kesehatan yang formal.

2.1.3 Metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan

Metode pendidikan kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk menyampaikan pesan pada sasaran pendidikan kesehatan, yaitu individu, kelompok, keluarga dan masyarakat. Metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan dapat berupa metode pendidikan individual, kelompok dan massa (Notoatmodjo, 2003).

1. Metode Pendidikan Individual

Digunakan untuk membina perilaku individual yang mulai tertarik pada perubahan perilaku sebagai proses inovasi. Bentuk metode ini antara lain:

a) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

Dengan cara ini, kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya.

b) Wawancara (*interview*)

Cara ini merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan, wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah ia tertarik atau tidak terhadap perubahan, untuk mengetahui apakah tindakan yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2. Metode Pendidikan Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran.

a. Kelompok Besar

Apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok ini adalah: ceramah dan seminar. Metoda ceramah baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Sedangkan metode seminar cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas.

b. Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan kurang dari 15 orang. Metode yang cocok untuk kelompok ini yaitu: Diskusi Kelompok, Curah Pendapat (*Brain Storming*), Bola Salju (*Snow Balling*), Kelompok Kecil-kecil (*Bruzz Group*), Memainkan Peranan (*Role Play*), Permainan Simulasi (*Simulation Game*)

3. Metode Pendidikan Massa

Metode pendidikan massa untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik. Sasaran pendidikan ini bersifat umum dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya. Beberapa contoh metode ini adalah:

- a. Ceramah umum (*public speaking*)
- b. Pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio
- c. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio
- d. Tulisan-tulisan di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/konsultasi tentang kesehatan
- e. *Bill Board*, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster dan sebagainya.

2.1.4 Alat Bantu dan Media Pendidikan Kesehatan

1. Alat bantu pendidikan kesehatan

1. Pengertian

Menurut Notoatmodjo, (2003) alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Alat peraga pada dasarnya dapat membantu sasaran didik untuk menerima pelajaran dengan menggunakan panca inderanya (Herawani, 2001).

2. Macam-macam alat bantu pendidikan

Herawani, (2001) membagi macam-macam alat bantu pendidikan kesehatan sebagai berikut :

a. Alat bantu pandang

Alat bantu pandang berguna untuk merangsang indera penglihatan pada waktu terjadi proses pembelajaran, misalnya : slide, film, gambar, peta dan bagan.

b. Alat bantu dengar

Alat bantu dengar adalah alat yang dapat menstimulasi indera pendengaran pada waktu proses pembelajaran, misalnya : piringan hitam, radio dan pita suara.

c. Alat bantu pandang dengar

Alat bantu pandang dengar adalah alat bantu pendidikan kesehatan yang lebih dikenal dengan nama “*Audio Visual Aids* “ (AVA) yang dapat membantu stimulasi indera penglihatan dan pendengaran pada waktu proses pembelajaran, misalnya : televisi, VCD, dan kaset video.

d. Alat bantu berdasarkan pembuatannya.

1. Alat bantu elektronik yang rumit, contohnya : film, terawangan film yang memerlukan alat elektronik.

2. Alat bantu sederhana, contohnya : *leaflet*, model buku bergambar, papan tulis, *flip chart*, poster dan spanduk.

Dari uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa dalam proses pendidikan kesehatan terjadi penyampaian pesan dari petugas

kesehatan/perawat sebagai komunikator kepada sasaran didik, yaitu individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai komunikan.

2. Media pendidikan kesehatan

Media pendidikan kesehatan adalah alat bantu pendidikan yang merupakan alat untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan fungsinya sebagai media penyaluran pesan-pesan kesehatan, Notoatmodjo (2003) membagi media ini menjadi 3 yaitu :

a. Media cetak

Media cetak sebagai alat-alat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain :

1. *Booklet*, adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
2. *Leaflet*, adalah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi.
3. *Flyer* (selebaran), adalah seperti leaflet, tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
4. *Flip chart* (lembar balik), adalah media penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik.
5. Rubrik adalah tulisan pada surat kabar atau majalah membahas suatu masalah kesehatan atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.

6. Poster, adalah bentuk media cetak berisi pesan-pesan/informasi kesehatan yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum atau di kendaraan umum.
 7. Foto, adalah media yang mengungkapkan informasi kesehatan.
- b. Media elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan informasi kesehatan yang terbagi antara lain :

- 1) Televisi, 2) Radio, 3) Video, 4) Slide dan 5) Film strip

c. Media papan (*Bill board*)

Papan (*bill board*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai dan diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi).

2.2 Konsep Dasar Perilaku

2.2.1 Pengertian Perilaku

Perilaku manusia pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2007).

2.2.2 Domain perilaku

Menurut Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan seperti dikutip Notoatmodjo membagi perilaku itu menjadi 3 domain (ranah/kawasan) yaitu: 1) kognitif (*cognitif domain*), 2) affektif (*affective domain*), 3) psikomotor (*psikomotor domain*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yaitu:

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007).

Ada enam tingkatan tingkat pengetahuan dalam domain kognitif:

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Contoh: dapat menyebutkan gejala-gejala penyakit kanker serviks

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan makanan yang bergizi.

3. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya).

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja, misalnya dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun, merencanakan, meringkaskan, menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket (kuesioner) yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek

penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut diatas (Notoatmodjo, 2007).

2. Sikap (*attitude*)

Sikap adalah bentuk evaluasi atau perasaan seseorang terhadap suatu obyek yaitu perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada obyek tersebut (Azwar, 2008). Menurut Notoatmodjo (2003), Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek.

Struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu (Azwar, 2008):

1. Komponen kognitif (*cognitive*) merupakan kepercayaan seorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap. Kepercayaan datang dari apa yang telah kita lihat atau apa yang telah kita ketahui. Sekali kepercayaan itu telah terbentuk, maka ia akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai apa yang dapat diharapkan dari obyek tertentu.
2. Komponen afektif (*affective*) merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subyektif seseorang terhadap suatu obyek sikap. Secara umum komponen disamakan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Pada umumnya reaksi emosional yang merupakan komponen afeksi ini dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai suatu yang benar dan berlaku bagi obyek tersebut.
3. Komponen konatif (*conative*) merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan obyek sikap yang

dihadapinya, kaitan ini didasari oleh asumsi kepercayaan dan perasaan yang mempengaruhi perilaku.

Komponen pokok sikap dalam bagian lain Allport (1945) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok.

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

Seperti halnya pengetahuan, sikap juga terdiri dari berbagai macam tingkatan (Notoadmodjo, 2007) yaitu:

1. Menerima (*receiving*), yaitu subyek mau memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek). Misalnya sikap ibu pada tahap ini dapat dilihat dari kesediaan dan perhatiannya terhadap pendidikan kesehatan yang diberikan.
2. Merespon (*responding*), yaitu subyek memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan sebagai suatu indikasi dari sikap, karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang menerima ide tersebut.
3. Menghargai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Pada tahap ini ibu mau mengajak temannya untuk melakukan tindakan pencegahan kanker serviks.

4. Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya: seorang ibu tetap berperilaku hidup sehat meskipun banyak tantangan dari lingkungan luar.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Pengukuran sikap secara tidak langsung dapat diukur dari pertanyaan-pertanyaan tidak langsung. Sikap juga dapat diukur secara langsung dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang stimulus atau obyek yang bersangkutan. Pertanyaan secara langsung juga dapat dilakukan dengan cara memberikan pendapat dengan menggunakan kata “setuju” atau “tidak setuju” terhadap pernyataan-pernyataan menggunakan skala *lickert* (Notoatmodjo, 2007).

3. Tindakan atau Praktik (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Sikap ibu yang positif terhadap pemeriksaan dini harus mendapat konfirmasi dari suaminya dan ada fasilitas pemeriksaan yang mudah dicapai. Di samping faktor fasilitas, juga diberikan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain, misalnya dari suami, orang tua dan anak. Tindakan ini mempunyai beberapa tingkatan (Notoatmodjo, 2007):

1. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah praktik tingkat pertama. Misalnya, seorang ibu dapat memilih makanan yang bergizi tinggi bagi anak balitanya.

2. Respons terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat dua. Misalnya, seorang ibu dapat memasak sayur dengan benar, mulai dari cara mencuci dan memotongnya, lama memasak, dan sebagainya.

3. Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga. Misalnya, seorang ibu sudah mengimunisasikan bayinya pada umur tertentu, tanpa menunggu perintah atau ajakan orang lain.

4. Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Misalnya, ibu dapat memilih dan memasak makanan yang bergizi tinggi berdasarkan bahan-bahan yang murah dan sederhana.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung, yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2007).

2.2.3 Proses adopsi perilaku

Dari penelitian dan pengalaman terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2007)

mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni:

1. Kesadaran (*Awareness*)

Dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek).

2. Tertarik (*Interest*)

Dimana orang mulai tertarik pada stimulus. Disini sikap subjek sudah mulai timbul.

3. Evaluasi (*Evaluation*)

Menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.

4. Mencoba (*Trial*)

Dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru.

5. Menerima (*Adoption*)

Dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2.2.4 Faktor utama yang mempengaruhi perilaku

Menurut Lawrence Green (1980) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu:

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor ini terutama yang positif mempermudah terwujudnya perilaku. Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan

kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi.

2. Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. Faktor ini pada hakekatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan.

3. Faktor penguat (*reinforcing factor*)

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas kesehatan dan juga undang-undang peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

2.2.5 Bentuk-bentuk perubahan perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Di bawah ini diuraikan bentuk-bentuk perubahan perilaku menurut WHO, perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi tiga (Notoatmodjo, 2007):

1. Perubahan alamiah

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan.

2. Perubahan terencana (*planned change*)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subyek.

3. Kesiediaan untuk berubah (*readiness to change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya), dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah yang berbeda-beda. Setiap orang di dalam suatu masyarakat mempunyai kesiediaan untuk berubah yang berbeda-beda, meskipun kondisinya sama.

2.2.6 Strategi perubahan perilaku

Di dalam program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkret dan positif. Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga (Notoatmodjo, 2007):

1. Menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan.

2. Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut.

Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu.

3. Diskusi partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua yang dalam memberikan informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya. Dengan demikian pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku mereka diperoleh secara baik dan lebih mendalam, sehingga perilaku yang mereka peroleh akan lebih baik juga, bahkan merupakan referensi perilaku orang lain.

2.3 Konsep Remaja

2.3.1 Pengertian remaja

Istilah remaja atau *adolescene* berasal dari bahasa latin *adolescere* yang berarti sebagai tumbuh dewasa. Istilah *adolescere* yang digunakan sampai sekarang ini mempunyai arti luas mencakup kematangan mental, emosional, sosial dan fisik (Hurlock, 1997).

2.3.2 Ciri-ciri remaja

Menurut Hurlock (1997), ciri-ciri remaja adalah;

1. Masa remaja sebagai priode penting. Perkembangan fisik yang cepat dan penting disertai cepatnya perkembangan mental, terutama pada masa awal remaja.
2. Masa remaja sebagai masa peralihan. Remaja dalam status ini tidak dalam berada dalam batas yang jelas dan terdapat keraguan peran. Pada masa ini perilaku remaja sering disalahartikan, tidak bisa seperti anak-anak dan belum cukup umur untuk berperilaku dewasa.

3. Masa remaja sebagai periode perubahan. Tingkatan perubahan dalam sikap dan perilaku selama masa remaja sejajar dengan tingkat perubahan fisik. Selama masa awal remaja, ketikan perubahan fisik terjadi pesat, perubahan perilaku dan sikap juga berlangsung pesat, begitupun sebaliknya.
4. Masa remaja sebagai usia yang bermasalah. Remaja merasa mandiri untuk menyelesaikan masalahnya sendiri tanpa meminta bantuan guru ataupun orangtuanya, tetapi seringkali tidak berakhir dengan baik. Setiap periode mempunyai masalahnya sendiri, tapi ketika remaja menjadi semakin sulit teratasi.
5. Masa remaja sebagai masa mencari identitas. Pada tahun-tahun awal masa remaja, penyesuaian diri dengan kelompok masih tetap penting , tapi lambat laun mereka mulai mendambakan identitas diri dan tidak puas lagi menjadi sama dengan teman-teman dalam segala hal, seperti sebelumnya.
6. Masa remaja sebagai usia yang menimbulkan ketakutan. Banyak orang dewasa memiliki stereotipe buruk terhadap remaja dan tanpa sadar remaja tumbuh sesuai dengan stereotipe ini sehingga mengakibatkan sulitnya komunikasi.
7. Masa remaja sebagai masa yang tidak realistik. Remaja cenderung memandang kehidupan melalui kaca berwarna merah jambu. Ia melihat dirinya sendiri dan orang lain sebagaimana adanya, terelebih dalam hal cita-cita.
8. Masa remaja sebagai ambang masa dewasa. Remaja gelisah dengan semakin mendekatnya usia kematangan yang sah, seringkali mereka menunjukkan perilaku negatif untuk memberi kesan bahwa mereka sudah hampir dewasa.

2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi penguasaan tugas-tugas perkembangan

1. Yang menghalangi

- 1) Tingkatan perkembangan yang mundur.
- 2) Tidak ada kesempatan untuk mempelajari tugas-tugas perkembangan atau tidak ada bimbingan untuk dapat menguasainya.
- 3) Tidak ada motivasi.
- 4) Kesehatan yang buruk.
- 5) Cacat tubuh.
- 6) Tingkat kecerdasan yang rendah.

2. Yang membantu

- 1) Tingkat perkembangan yang normal atau yang diakselerasikan.
- 2) Kesempatan-kesempatan untuk mempelajari tugas-tugas dalam perkembangan dan bimbingan untuk menguasainya.
- 3) Motivasi.
- 4) Kesehatan yang baik dan tidak ada cacat tubuh.
- 5) Tingkat kecerdasan yang tinggi.
- 6) Kreativitas.

(Hurlock, 1997)

2.3.4 Masa puber pada remaja putri

Pubertas berasal dari bahasa latin yang berarti "usia kedewasaan". Kata ini lebih menunjuk pada perubahan fisik dari pada perubahan perilaku yang terjadi pada saat individu secara seksual menjadi matang dan mampu memberikan keturunan. Usia pada masa puber di Amerika saat ini rata 50% anak perempuan

menjadi matang usia 12,5 sampai 4,5 tahun. Ciri-ciri seks ada 2 primer dan sekunder, ciri seks primer adalah kematangan alat-alat. Sedangkan ciri-ciri seks sekunder menurut Hurlock (1997) adalah:

1. Pinggul

Pinggul menjadi bertambah besar dan bulat sebagai akibat membesarnya tulang pinggul dan berkembangnya lemak bawah kulit.

2. Payudara

Segera setelah pinggul membesar, payudara juga berkembang membesar. Puting susu membesar dan menonjol, dan dengan adanya perkembangannya kelenjar susu, payudara menjadi lebih besar dan bulat.

3. Rambut

Rambut kemaluaan tumbuh setelah pinggul dan payudara mulai berkembang. Bulu ketiak dan bulu pada kulit wajah mulai tampak setelah haid. Semua rambut kecuali rambut wajah mula-mula lurus dan terang warnanya, kemudian menjadi lebih subur, lebih kasar, lebih gelap dan agak kriting.

4. Kulit

Kulit menjadi lebih kasar, tebal, agak pucat dan lubang pori-pori bertambah kasar.

5. Kelenjar

Kelenjar lemak dan kelenjar keringat jadi lebih aktif. Sumbatan kelenjar lemak menyebabkan jerawat. Kelenjar keringat di ketiak mengeluarkan banyak keringat dan baunya membusuk sebelum dan selama masa haid.

6. Otot

Otot semakin besar dan semakin kuat, terutama pada pertengahan dan menjelang akhir masa puber, sehingga memberikan bentuk pada bahu, lengan dan tungkai kaki.

7. Suara

Suara menjadi lebih penuh dan lebih merdu. Suara serak dan pecah jarang pada anak perempuan. Selain perubahan-perubahan yang terjadi pada fisik, remaja putri juga mengalami perubahan pada sikap dan perilaku, yaitu;

- 1) Ingin menyendiri
- 2) Bosan
- 3) Inkoordinasi
- 4) Antagonisme sosial
- 5) Emosi yang meninggi
- 6) Hilangnya kepercayaan diri
- 7) Terlalu sederhana

2.3.5 Bahaya pada masa puber

1. Bahaya fisik

Bahaya fisik utama masa puber disebabkan oleh kesalahan fungsi kelenjar endokrin yang mengendalikan pertumbuhan pesat dan perubahan seksual yang terjadi pada periode ini.

2. Bahaya psikologis

- 1) Konsep diri yang kurang baik.
- 2) Prestasi rendah.

- 3) Kurangnya persiapan untuk menghadapi masa puber.
 - 4) Menerima tubuh yang berubah.
 - 5) Menerima peran seks yang didukung secara sosial.
 - 6) Menyimpangan dalam pematangan seksual.
- (Hurlock, 1997).

2.4 Konsep skabies

2.4.1 Definisi skabies

Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap *sarcoptes scabiei* var. *hominis* dan produksinya pada tubuh. Penyakit Skabies sering disebut kutu badan atau tungau yang berukuran sangat kecil dan hanya bisa dilihat dengan mikroskop atau bersifat mikroskopis. Penyebab dari skabies adalah tungau (mange) dari *ordo Acarina*, yaitu *Sarcoptes scabiei* var. *canis* pada anjing, dan *Sarcoptes scabiei* var. *felis* pada kucing. Sedangkan, penyebab skabies pada manusia adalah *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Antara *Sarcoptes scabiei* satu dengan yang lain memiliki struktur yang identik tetapi secara fisiologis berbeda. Oleh karena itu, *Sarcoptes scabiei* dapat berpidah dan hidup pada induk semang yang lain meskipun dengan susah payah. Sehingga skabies tergolong penyakit *zoonosis*, karena dapat menular dari manusia ke hewan atau sebaliknya.

Skabies menyebabkan rasa gatal pada bagian kulit seperti sela-sela jari, siku, selangkangan. Penyakit skabies identik dengan penyakit anak pondok. penyebabnya adalah kondisi kebersihan yang kurang terjaga, sanitasi yang buruk

asupan kurang gizi, dan kondisi ruangan terlalu lembab, sempit dan kurang mendapat sinar matahari secara langsung. (Mansjoer, 2000).

2.4.2 Epidemiologi.

Skabies di negara berkembang dilaporkan sebanyak 6-27% populasi umum dan insidens tertinggi pada anak usia sekolah dan remaja (Mulyono, 2008). Tingkat kejadian skabies menurut jenis kelamin perempuan dan wanita mempunyai frekuensi yang sama (Siregar, jilid 2). Faktor penunjang penyakit skabies antara lain adalah sosial ekonomi rendah, hygiene buruk, sering berganti pasangan seksual, kesalahan diagnosis, dan perkembangan demografis serta ekologi (Mansjoer, 2000). Penyakit skabies dapat terjadi pada satu keluarga, tetangga yang berdekatan, bahkan dapat terjadi di seluruh kampung (Sungkar, 2006).

2.4.3 Etiologi

Sarcoptes scabiei termasuk filum Arthropoda, kelas Arachnida, ordo Acarina, superfamili Sarcoptes. Pada manusia disebut *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, sedangkan *varietas* pada mamalia lain dapat menginfeksi manusia, tetapi tidak dapat hidup lama. Secara morfologi merupakan tungau kecil, berbentuk oval, punggungnya cembung dan bagian perutnya rata.

Tungau ini transient, berwarna putih kotor, dan tidak bermata. Tungau betina panjangnya 300-450 mikron, sedangkan tungau jantan lebih kecil, kurang lebih setengahnya yakni 200 – 240 mikron x 150 – 200 mikron. Bentuk dewasa mempunyai 4 pasang kaki dan bergerak dengan kecepatan 2,5 cm permenit di permukaan kulit. *Sarcoptes scabiei* betina setelah dibuahi mencari lokasi yang tepat di permukaan kulit untuk kemudian membentuk terowongan, dengan

kecepatan 0,5 mm – 5 mm per hari. Terowongan pada kulit dapat sampai ke perbatasan stratum korneum dan stratum granulosum. Di dalam terowongan ini tungau betina akan tinggal selama hidupnya yaitu kurang lebih 30 hari dan bertelur sebanyak 2-3 butir telur sehari.



Gambar 2.1 *Sarcoptes scabiei* (Yankes PMI, 2011)

Telur akan menetas setelah 3-4 hari menjadi larva yang akan keluar ke permukaan kulit untuk kemudian masuk kulit lagi dengan menggali terowongan biasanya sekitar folikel rambut untuk melindungi dirinya dan mendapat makanan.

Setelah beberapa hari, menjadi bentuk dewasa melalui bentuk nimfa. Waktu yang diperlukan dari telur hingga bentuk dewasa sekitar 10-14 hari. Tungau jantan mempunyai masa hidup yang lebih pendek dari pada tungau betina, dan mempunyai peran yang kecil pada patogenesis penyakit. Biasanya hanya hidup di permukaan kulit dan akan mati setelah membuahi tungau betina. *Sarcoptes scabiei* betina dapat hidup diluar pada suhu kamar selama lebih kurang 7 – 14 hari. Yang diserang adalah bagian kulit yang tipis dan lembab, contohnya lipatan kulit pada orang dewasa. Pada bayi, karena seluruh kulitnya masih tipis, maka seluruh badan dapat terserang (Mulyono, 2008)

2.4.4 Patogenesis

Kelainan kulit dapat disebabkan tidak hanya oleh tungau skabies, tetapi juga oleh penderita sendiri akibat garukan. Dan karena bersalaman atau bergandengan sehingga terjadi kontak kulit yang kuat, menyebabkan kulit timbul pada pergelangan tangan. Gatal yang terjadi disebabkan oleh sensitisasi terhadap sekret dan ekskret tungau yang memerlukan waktu kira-kira sebulan setelah infestasi. Pada saat itu kelainan kulit menyerupai dermatitis dengan ditemukannya papul, vesikel, urtika dan lain-lain. Dengan garukan dapat timbul erosi, ekskoriasi, krusta dan infeksi sekunder. Kelainan kulit dan gatal yang terjadi dapat lebih luas dari lokasi tungau (Mansjoer, 2000).

2.4.5 Cara penularan.

Penyakit ini sangat mudah menular, karena itu bila salah satu anggota keluarga terkena, maka biasanya anggota keluarga lain akan ikut tertular juga. Penyakit ini sangat erat kaitannya dengan kebersihan perseorangan dan lingkungan. Apabila tingkat kesadaran yang dimiliki oleh banyak kalangan masyarakat masih cukup rendah, derajat keterlibatan penduduk dalam melayani kebutuhan akan kesehatan yang masih kurang, kurangnya pemantauan kesehatan oleh pemerintah, faktor lingkungan terutama masalah penyediaan air bersih, serta kegagalan pelaksanaan kesehatan lingkungan yang telah ada (Yankes PMI, 2011).

Penyakit skabies bisa tertular dengan kontak langsung (kulit dengan kulit), misalnya berjabat tangan, tidur bersama, dan hubungan seksual. Bisa juga karena kontak tak langsung (melalui benda), misalnya pakaian, handuk, spre, bantal, dll. penularan biasanya oleh *Sarcoptes scabiei* betina yang sudah di buahi atau bentuk larva. Dikenal pula *Sarcoptes scabiei* var *animalis* yang kadang-kadang

dapat menulari manusia, terutama yang memiliki binatang pemeliharaan seperti anjing (Mansjoer, 2000). Perpindahan parasit dapat terjadi secara kontak langsung melalui gesekan kulit dan dapat juga terjadi pada waktu melakukan hubungan seksual. Perpindahan dari pakaian dalam dan seprei terjadi jika barang-barang tadi terkontaminasi oleh penderita yang belum diobati (Mansjoer, 2000).

2.4.6 Gejala klinis.

Menurut *Mansjoer (2000)* ada 4 tanda (gejala utama) pada penyakit skabies yaitu:

1. *Pruritus nokturna*, artinya gatal pada malam hari yang disebabkan karena aktivitas tungau ini lebih tinggi pada suhu yang lebih lembab dan panas.
2. Penyakit ini menyerang manusia secara berkelompok, 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*).
3. 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 ini ditemukan *papul* atau *vesikel*. Jika timbul infeksi sekunder ruam kulitnya menjadi polimorf (*pustule*, *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*

mammae (wanita), *umbilicus*, bokong, *genitalia eksterna* (pria) dan perut bagian bawah. Pada bayi dapat menyerang telapak tangan dan telapak kaki.

4. Menemukan tungau, merupakan hal yang paling diagnostic. Dapat ditemukan satu atau lebih stadium hidup tungau ini.

Lokasi tersering adalah pada sela-sela jari tangan, bagian fleksor pergelangan tangan, siku bagian dalam, lipat ketiak bagian depan, perut bagian bawah, pantat, paha bagian dalam, daerah *mammae*/payudara, genital, dan pinggang. Pada pria khas ditemukan pada penis sedangkan pada wanita di *aerola mammae*. Pada bayi bisa dijumpai pada daerah kepala, muka, leher, kaki dan telapaknya (Sungkar, S, 1995).



Gambar 2. 2 *Skabies yang menyerang tangan* (Yankes PMI, 2011)

2.4.7 Diagnosis

Menurut (Harahap.M, 2000) diagnosis skabies ditegakkan atas dasar:

1. Ada terowongan yang sedikit meninggi, berbentuk garis lurus atau berkelok-kelok, panjangnya beberapa millimeter sampai 1 cm dan pada ujungnya tampak *vesikula*, *papula* atau *pustula*.

2. Tempat predileksi yang khas adalah sela jari, pergelangan tangan bagian volar, siku, lipatan ketiak bagian depan, *areola mammae*, sekitar *umbilicus*, *abdomen* bagian bawah, *genitalia eksterna* pria. Pada orang dewasa jarang terdapat di muka dan kepala, kecuali pada penderita *imunosupresif*, sedangkan pada bayi, lesi dapat terjadi di seluruh permukaan kulit.
3. Penyembuhan cepat setelah pemberian obat anti skabies topical yang efektif.
4. Adanya gatal hebat pada malam hari. Bila lebih dari satu anggota keluarga menderita gatal, harus dicurigai adanya skabies. Gatal pada malam hari disebabkan oleh temperature tubuh menjadi lebih tinggi sehingga aktivitas kutu meningkat.

2.4.8 Terapi.

Semua keluarga yang berkontak dengan penderita harus diobati termasuk pasangan seksnya. Beberapa macam obat yang dapat dipakai dalam pengobatan skabies yaitu:

1. Permetrin.

Dengan kadar 5% dalam krim, kurang toksik di bandingkan gameksan, efektivitasnya sama, aplikasi hanya sekali dan dihapus setelah setelah 10 jam. Bila belum sembuh diulang setelah seminggu. Tidak di anjurkan bayi di bawah umur 2 bulan (Djuanda, 2001).

2. Malation.

Malation 0,5 % dengan dasar air digunakan selama 24 jam. Pemberian berikutnya diberikan beberapa hari kemudian (Harahap, 2000).

3. Emulsi Benzil-benzoas (20-25 %).

Efektif terhadap semua stadium, diberikan setiap malam selama tiga hari. Sering terjadi iritasi dan kadang-kadang makin gatal setelah dipakai (Handoko, 2001).

4. Sulfur.

Dalam bentuk parafin lunak, sulfur 10 % secara umum aman dan efektif digunakan. Dalam konsentrasi 2,5 % dapat digunakan pada bayi. Obat ini digunakan pada malam hari selama 3 malam (Harahap, M, 2000).

5. Monosulfiran.

Tersedia dalam bentuk lotion 25 %, yang sebelum digunakan harus ditambah 2–3 bagian dari air dan digunakan selama 2–3 hari (Hamzah, 2007).

6. Gama Benzena Heksa Klorida (gameksan).

Kadarnya 1 % dalam krim atau losio, termasuk obat pilihan karena efektif terhadap semua stadium, mudah digunakan dan jarang terjadi iritasi. Tidak dianjurkan pada anak di bawah 6 tahun dan wanita hamil karena toksik terhadap susunan saraf pusat. Pemberian cukup sekali, kecuali jika masih ada gejala ulangi seminggu kemudian (Djuanda, 2001)

7. Krotamiton 10 % dalam krim atau losio, merupakan obat pilihan. Mempunyai 2 efek sebagai antiskabies dan antigatal (Djuanda, 1999).

2.4.9 Pencegahan

Untuk mencegah penyebaran skabies, anak-anak yang menderita skabies sebaiknya dilarang untuk ke sekolah atau bermain dengan temannya yang sehat. Agar selalu menjaga kebersihan ruangan, sofa dan tempat tidur apalagi sempat dipakai oleh penderita skabies. Sprei dan pakaian penderita skabies harus dicuci

dan dikeringkan di bawah sinar matahari dalam beberapa hari untuk membunuh kutu skabies

Penyakit kulit skabies menular dengan cepat pada suatu komunitas yang tinggal bersama sehingga dalam pengobatannya harus dilakukan secara serentak dan menyeluruh pada semua orang dan lingkungan pada komunitas yang terserang skabies, karena apabila dilakukan pengobatan secara individual maka akan mudah tertular kembali penyakit skabies (Handoko, R, 2001).

Menurut (Yankes PMI,20011) pencegahan skabies dapat dilakukan dengan berbagai cara:

1. Mencuci bersih, bahkan sebagian ahli menganjurkan dengan cara direbus, handuk, seprai maupun baju penderita skabies, kemudian menjemurnya hingga kering.
2. Menghindari pemakaian baju, handuk, seprai secara bersama-sama.
3. Mengobati seluruh anggota keluarga, atau masyarakat yang terinfeksi untuk memutuskan rantai penularan.

Untuk mencegah kembali dihindangi dan untuk mencegah tungau menyebar ke orang lain, ambil langkah-langkah ini:

2. Bersihkan semua pakaian dan kain. Gunakan air panas, air sabun untuk mencuci semua pakaian, handuk dan selimut yang Anda gunakan setidaknya dua hari sebelum perawatan. Keringkan dengan panas tinggi. Dry-clean item Anda yang tidak dapat dicuci di rumah.
3. Buat tungau kelaparan. Pertimbangkan menempatkan perabotan Anda yang tidak dapat dicuci di kantong plastik tertutup dan meninggalkannya di tempat jauh dari ruang anda, misalnya di dalam garasi Anda, selama beberapa minggu. Tungau mati jika mereka tidak makan selama seminggu.

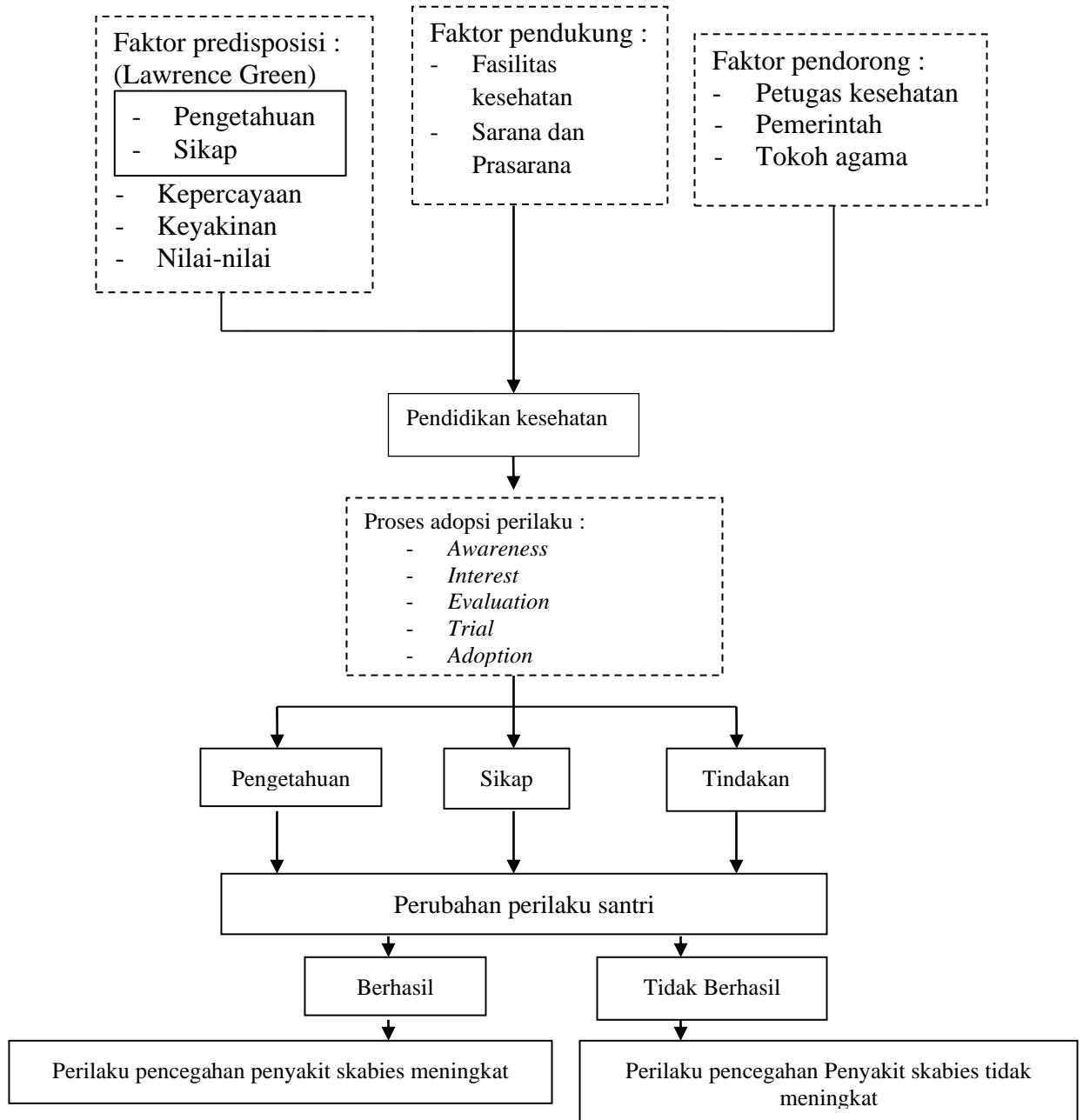
4. Menghindari pemakaian baju, handuk, seprai secara bersama-sama.

Mengobati seluruh anggota keluarga, atau masyarakat yang terinfeksi untuk memutuskan rantai penularan.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan: = Diukur = Tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap perilaku upaya pencegahan skabies pada santriwati kelas 1 SMP di pondok Qiyumul Manar I Sidayu Gresik. (Modifikasi dari *Teori Lawrence Green* (Notoatmodjo, 2007)).

Uraian Kerangka Konseptual

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan beberapa faktor sesuai dikemukakan oleh *Teori Lawrence Green* yaitu faktor predisposisi terdiri dari pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, faktor pendukung terdiri dari fasilitas kesehatan, sarana prasarana, faktor pendorong terdiri dari petugas kesehatan, pemerintahan, tokoh agama yang dapat mempengaruhi proses pendidikan kesehatan. Menurut penelitian *roger* proses perubahan perilaku terdiri dari *awareness, interest, evaluation, trial, adoption*. Pada santri dipondok pesantren Qiyamul Manar perlu mengetahui cara pencegahan penyakit skabies dengan benar, dan informasi yang benar diharapkan terjadi proses perubahan perilaku dalam pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan adanya perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan akan membawa perubahan dalam upaya pencegahan penyakit skabies pada santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar Sidayu Gresik.

3.2 Hipotesis penelitian

Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dalam upaya pencegahan skabies pada santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar I Sidayu Gresik.

Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap sikap dalam upaya pencegahan skabies pada santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar I Sidayu Gresik.

Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tindakan dalam upaya pencegahan skabies pada santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar I Sidayu Gresik.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara untuk menjawab suatu permasalahan dengan menggunakan metode ilmiah. Pada bab ini akan membahas mengenai desain penelitian, kerangka kerja, desain sampling, identifikasi variabel dan definisi operasional, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan dan pengumpulan data, cara analisa data, etika penelitian, keterbatasan.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, yang memungkinkan pemaksimalan kontrol beberapa faktor yang bisa mempengaruhi akurasi suatu hasil. Istilah desain penelitian digunakan dalam dua hal; pertama, desain penelitian merupakan suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data; dan kedua, desain penelitian digunakan untuk mengidentifikasikan struktur dimana penelitian dilaksanakan (Nursalam, 2003)

Berdasarkan ruang lingkup permasalahan dan tujuan penelitian maka peneliti menggunakan desain penelitian "*Pra- Experiment*" dengan rancangan *Pra - Pasca Test* dalam suatu kelompok, di mana subyek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian di observasi lagi setelah intervensi (Nursalam, 2003).

| Subyek | Pra | Perlakuan | Pasca test |
|--------|--------|-----------|------------|
| K | O | I | OI |
| | Time I | Time 2 | Time 3 |

Keterangan :

K : Subyek (santriwati pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Gresik).

O : Observasi pengetahuan dan sikap, tentang perilaku hidup sehat sebelum dilakukan pendidikan kesehatan.

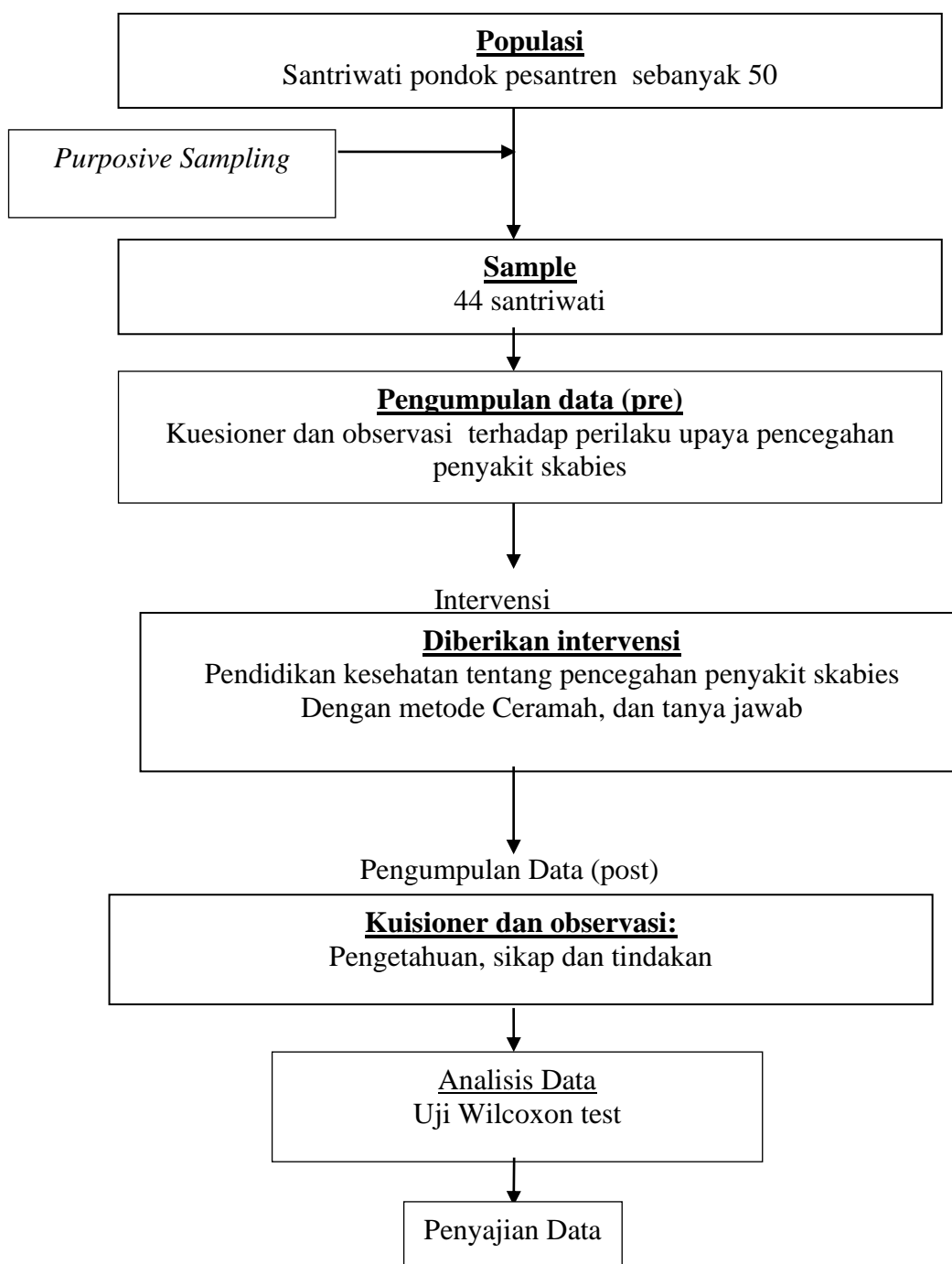
I : Intervensi pemberian pendidikan kesehatan tentang perilaku hidup sehat

OI : Observasi pertama perubahan perilaku setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang perilaku hidup sehat.

4.2 Kerangka Kerja (*Frame Work*)

Kerangka kerja adalah kerangka hubungan antara konsep yang ingin diteliti atau diamati melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo,1993).

Kerangka kerja merupakan suatu alur penelitian sehingga dapat diketahui secara jelas gambaran tentang proses dan jalannya penelitian. Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 4.2 Kerangka Kerja penelitian pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perilaku upaya pencegahan skabies pada santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Gresik.

4.3 Desain Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari variabel yang menyangkut masalah yang diteliti. Variabel tersebut bisa berupa orang, kejadian, perilaku, atau sesuatu lain yang akan dilakukan penelitian (Nursalam, 2003). Populasi dalam penelitian ini adalah sebanyak 50 santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dapat digunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008). Sampel pada penelitian ini adalah sesuai dengan kriteria inklusi. Dalam menentukan besar sampel yang akan diteliti peneliti menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi.

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus sebagai pedoman didalam menentukan kriteria inklusi (Nursalam, 2008). Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- Santriwati kelas 1 SMP

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2008).

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

1. Sedang sakit

Menurut Nursalam (2008), penentuan besar sampel dapat dihitung dengan menggunakan rumus:

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

$$n = \frac{50}{1 + 50 (0.05)^2}$$

$$n = \frac{50}{1 + 0.125}$$

$$= 44$$

Jadi besar sampel dalam penelitian ini adalah 44 santriwati.

Keterangan:

n = Besar sampel

N= Besar Populasi

d = Tingkat signifikansi (P)

4.3.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini, pendekatan sampling yang akan digunakan adalah, *Purposive Sampling*, yaitu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel yang diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki penelitian (tujuan atau masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya.

4.4 Identifikasi Variabel

4.4.1 Variabel Independen (Bebas)

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel independen (Nursalam, 2003). Variabel independen pada penelitian ini adalah Pendidikan Kesehatan tentang perilaku hidup bersih dengan metode ceramah.

4.4.2 Variabel Dependen (Tergantung)

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2003). Pada penelitian ini variabel dependen adalah perilaku pada santriwati pondok pesantren Qiyamul manar 1 Gresik yang terdiri dari dua domain yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan.

4.5 Definisi operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Nursalam, 2003).

Tabel 4.5 Definisi Oprasional penelitian pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perilaku upaya pencegahan skabies pada satriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Gresik.

| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala Data | Skor |
|---|--|--|-----------|------------|--|
| Variabel Independen: Pendidikan Kesehatan. | Penyampaian informasi mengenai penyakit skabies dan pencegahannya dengan menggunakan metode ceramah dan tanya jawab. | Memberikan informasi tentang Penyakit skabies: 1. Definisi skabies 2. Penyebab skabies 3. Gejala skabies 4. Cara penularan skabies 5. Perilaku hidup bersih <ul style="list-style-type: none"> • Tersedia air bersih. • Tidak bergantian baju dan handuk • Sering menjemur kasur • Sesering mungkin berganti baju | SAP | | |
| Dependen: Perilaku 1. Pengetahuan santriwati tentang skabies dan upaya pencegahan penyakit skabies | Kemampuan santriwati kelas 1 SMP untuk mengenal dan memahami perilaku pencegahan skabies | Pengetahuan santri tentang: 1. Definisi penyakit skabies 2. penyebab skabies. 3. Cara penularan (infeksi) penyakit skabies pada manusia. 4. Gejala penyakit skabies. 5. Pengobatan penyakit skabies. 6. Cara pencegahan penyakit scabies. | Kuesioner | Ordinal | Jawaban : Benar = 1 Salah 0 Kategori skor : Baik : 8-10 Cukup : 5-7 Kurang : 1-4 |

| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala Data | Skor |
|-------------|--|---|-----------|------------|--|
| 2. Sikap | Hasil penilaian terhadap kesiapan santriwati dalam melakukan suatu kegiatan yang berkaitan dengan cara pencegahan penyakit skabies | 1. Sikap santri dalam melakukan perilaku hidup bersih. 2. Sikap santriwati dalam menjaga kebersihan lingkungan. 3. Sikap santriwati dalam mencegah penularan penyakit skabies | Kuesioner | Ordinal | Pernyataan positif : SS = 4 S = 3 TS = 2 STS = 1 Pernyataan negatif : SS = 1 S = 2 TS = 3 STS = 4 Kategori skor : Positif : 1-20 Negatif : 21-40 |
| 3. Tindakan | Praktik atau pelaksanaan perilaku hidup bersih dengan baik dan benar dalam upaya pencegahan skabies yang diketahui oleh responden | Pengamatan terhadap tindakan dalam pencegahan penyakit skabies | observasi | ordinal | Ya = 1 Tidak = 0 Kategori skor Baik jika = 76 –100% Cukup = 56 –75% Kurang = < 55% |

4.6 Pengumpulan dan Pengelolaan Data

4.6.1 Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan peneliti untuk pengumpulan data (Arikunto, 2007). Kuesioner yang dibuat terdiri dari 25 pertanyaan dalam bentuk pertanyaan tertutup untuk mengetahui pengetahuan dan sikap. Kuesioner untuk pengetahuan terdiri dari pertanyaan *multiple choice* sebanyak 10 pertanyaan yang bila dijawab dengan benar maka skor 1 dan bila salah skor 0. Kuesioner untuk sikap menggunakan *likert scale* berupa pertanyaan positif sebanyak 5 soal pada nomer 1,3,5,7,9 dan pertanyaan negatif sebanyak 5

soal pada nomer 2,4,6,8,10. Pada pertanyaan positif bila jawaban sangat setuju (SS) skor 4, dan seterusnya seperti terdapat di definisi operasional. Sedangkan untuk pernyataan negatif bila menjawab sangat setuju (SS) skor 0 dan seterusnya. Lembar observasi tindakan 5 item dilakukan berupa observasi jawaban “ya” nilainya 1 mempunyai makna dilakukan oleh responden dan jawaban “tidak” dinilai 0 mempunyai makna tidak dilakukan oleh responden dengan kategori baik bila nilai 76 – 100%, cukup bila nilai 56 – 75%, dan kurang bila nilai < 55%.

4.6.2 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Pondok Pesantren Qiyamul Manar 1 Gresik, dengan pertimbangan belum pernah dilakukan pendidikan kesehatan dan angka kejadian yang tinggi, yaitu 75% dari jumlah santriwati kelas 1.

4.6.3 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan 10 Juni 2011 s/d 16 Juni 2011 di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Gresik. Dengan mengumpulkan sampel sesuai dengan kriteria inklusi pada santriwati di Pondok Pesantren Qiyamul Manar 1 Gresik.

4.6.4 Prosedur Pengumpulan Data

Peneliti ini dilakukan dengan membuat surat ijin dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Kepala pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Gresik, untuk pengumpulan data awal penelitian. Langkah pertama pengumpulan data adalah menyeleksi calon responden dengan berpedoman pada kriteria inklusi.

Setelah mendapat responden yang dikehendaki, maka langkah selanjutnya peneliti memberikan *informed consent* kepada responden sebagai tanda persetujuan untuk diikut sertakan dalam penelitian. Setelah mendapatkan persetujuan, peneliti terlebih dahulu menjelaskan tujuan, manfaat tentang penelitian yang akan dilakukan. Kemudian, peneliti memberikan *pretest* dengan kuesioner tentang penyakit scabies dan pencegahannya, Sambil menunggu responden mengisi kuesioner peneliti mengobservasi kamar, dan lingkungan setempat mengenai tindakan santriwati tentang perilaku hidup bersih, setelah pengisian kuesioner selesai, kuesioner diambil lagi oleh peneliti, kemudian peneliti kembali untuk melakukan penyuluhan kesehatan tentang penyakit skabies, pencegahan skabies, dan perilaku hidup bersih, responden diberikan *leaflet* dan pendidikan kesehatan tentang penyakit skabies, pencegahannya skabies. Peneliti memulai ceramah selama 60 menit dengan berpedoman pada SAP, pertama membahas tentang materi pencegahan skabies dan perilaku hidup bersih, sedangkan yang kedua untuk diskusi tanya jawab juga mereview dan evaluasi. Kemudian satu minggu setelah pendidikan kesehatan dilakukan peneliti memberikan kuesioner post test untuk tingkat pengetahuan dan sikap dan peneliti kembali melakukan observasi tindakan santriwati tentang perilaku hidup bersih. Media yang di gunakan dalam penelitian ini berupa *leaflet* dan *flip chart*. Penelitian di lakukan di dalam salah satu ruangan mengaji santriwati, pada jam 7.30 WIB waktu semua pelajaran telah selesai.

4.6.5 Analisa Data

Analisa data merupakan suatu proses atau analisa yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan dengan tujuan supaya *trends* dan *relationship* bisa ditelusuri (Nursalam dan Siti Pariani, 2001).

Dari hasil pengisian kuesioner dilakukan analisis deskriptif dengan menggunakan tabel distribusi yang dikonfirmasi dalam bentuk prosentase dan narasi, analisis statistik yang diolah dengan menggunakan komputer.

4.6.6 Analisis statistik

Setelah dilakukan skoring dan kemudian perbandingan nilai antara pra dan post , selanjutnya diuji statistik dengan *Wilcoxon Signed Rank Test* dimana untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan tentang perilaku hidup sehat terhadap perilaku pencegahan penyakit skabies pada siswa dengan tingkat kemaknaan $p \leq 0,05$ artinya bila uji statistic menunjukkan nilai $p \leq 0,05$ H1 di tolak yang berarti ada pengaruh atau H1 diterima yang berarti ada pengaruh, tetapi bila $p \geq 0,05$ H1 di terima yang artinya tidak ada pengaruh atau H1 ditolak yang artinya juga tidak ada pengaruh.

4.7 Etik Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, sebelumnya peneliti mengajukan surat permohonan untuk mendapatkan rekomendasi dari Dekan Fakultas keperawatan Universitas Airlangga dan ijin dari pondok pesantren pesantren Qiyamul Manar 1 Gresik. Setelah mendapat persetujuan barulah peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi :

1. *Informed Consent*

Digunakan untuk menghindari suatu hal yang tidak diinginkan, maka yang menjadi responden adalah yang bersedia diteliti, dan telah menandatangani surat persetujuan. Dalam hal ini peneliti akan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta tidak akan memaksa dan menghormati hak-haknya.

2. *Anonimity*

Kerahasiaan terhadap responden menjadi prioritas dengan cara tanpa nama, cukup dengan menggunakan nomor kode masing-masing lembar tersebut.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden, oleh peneliti hanya kelompok data tertentu saja yang akan di laporkan sebagai hasil riset.

4.8 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Nursalam, 2008). Peneliti menyadari bahwa kelemahan atau hambatan yang dihadapi antara lain:

1. Sampel yang digunakan hanya pada santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik berjenis kelamin perempuan. Jumlah sampel dalam penelitian ini termasuk jumlah minimal sehingga masih perlu dikembangkan untuk kelas 2 dan 3 dengan jumlah sampel yang lebih banyak.
2. Pemilihan waktu yang kurang tepat karena penelitian dilakukan pada malam hari sehingga menyebabkan penelitian hasilnya kurang maksimal, akan

lebih baik penelitian dilakukan pada siang hari agar memperoleh hasil yang lebih sempurna dan memuaskan.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menyajikan hasil penelitian dan pembahasan yang diperoleh sejak tanggal 10 juni 2011 – 16 juni 2011, dari data pengaruh pendidikan kesehatan tentang perilaku hidup bersih terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan mencegah scabies pada santri kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik. Penyajian hasil penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, data umum, dan data khusus. Data umum data demografi responden meliputi umur dan kegiatan yang diikuti di sekolah. Data khusus tentang pengetahuan, sikap dan tindakan responden sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan tentang perilaku hidup bersih. Data kemudian diuji statistik menggunakan *Wilcoxon Sign Rank Test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$ berarti H_1 diterima dan itu berarti adanya pengaruh yang bermakna variabel independen terhadap variabel dependen.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Lokasi pelaksanaan penelitian di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 di Jl. Kh.Ahmad Fadil Sidayu Gresik. Di pondok pesantren ini belum pernah diadakan pendidikan kesehatan tentang penyakit skabies. Di pondok pesantren Qiyamul Manar ini terdapat sebuah UKS sebagai sarana berobat untuk santri yang sakit. UKS berada di bawah naungan puskesmas wilayah sidayu. UKS pondok pesantren Qiyamul Manar ini mempunyai kegiatan rutin adalah memberikan pengobatan dasar pada santri yang sakit.

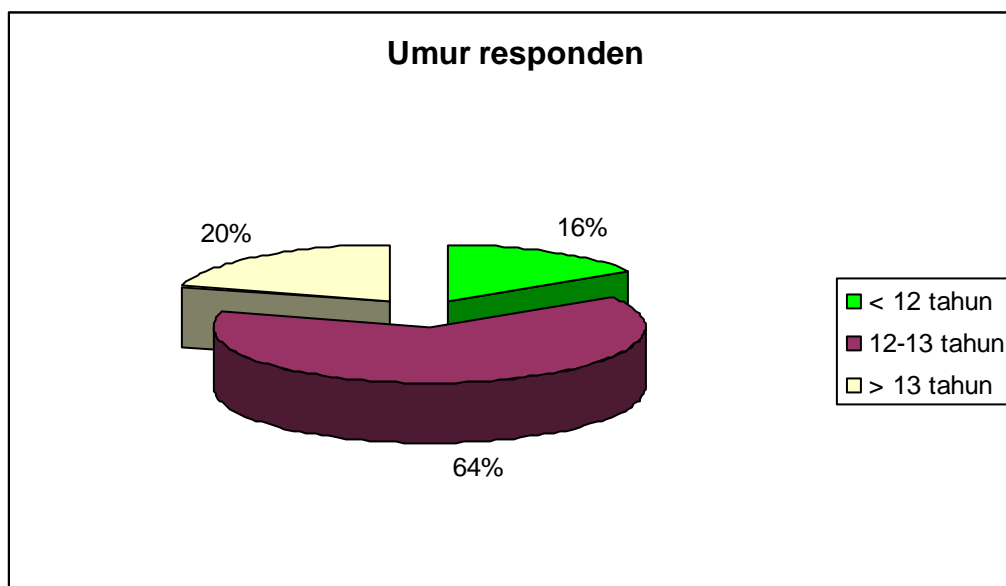
Para santriwati menerima pendidikan formal, pendidikan agama yang berupa mengaji rutin setiap selesai sholat shubuh dan selasai sholat mangrib dan ekstrakurikuler yang dilakukan pada siang hari sesuai dengan jadwal. Di pondok pesantren tersebut santri dan santriwati tinggal terpisah. Kebiasaan para santriwati yang kurang baik adalah bergantian handuk atau alat-alat pribadi lainnya dan kurangnya menjaga kebersihan diri misalkan mandi hanya 1 kali sehari dan tidak menjaga kebersihan lingkungan misalkan membuang sampah tidak pada tempatnya.

5.1.2 Data umum

Data umum menguraikan data demografi karakteristik responden meliputi:

(1) Umur dan (2) Kegiatan yang diikuti di sekolah.

1. Karakteristik responden menurut umur



Gambar 5.1 Distribusi responden menurut umur santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik tanggal 10 Juni s/d 16 Juli 2010

Berdasarkan gambar 5.1 dapat di ketahui bahwa sebagian besar responden berusia 12-13 tahun yaitu sebanyak 64 % (28 responden).

5.1.3 Data khusus

Data khusus berisi tentang pengetahuan, sikap dan tindakan responden sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan tentang perilaku hidup bersih. Kuesioner tersebut diberikan sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan terhadap perilaku upaya pencegahan skabies pada santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik untuk mengetahui perbedaan di antara sebelum dan sedah dilakukan pendidikan kesehatan.

1. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan dalam upaya pencegahan skabies pada santriwati.

Tabel 5.1 Tingkat pengetahuan santriwati kelas 1 SMP sebelum dan sesudah di lakukan pendidikan kesehatan di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik tanggal 10 Juni s/d 16 Juni 2011.

| No | Kriteria | Pre Test | | Post Test | |
|---------------------------|----------|----------|------------|-----------|------------|
| | | Jumlah | Presentase | Jumlah | Presentase |
| 1 | Baik | 2 | 4,5% | 36 | 81,8% |
| 2 | Cukup | 22 | 50% | 8 | 18,2% |
| 3 | Kurang | 20 | 45,5% | 0 | 0% |
| Mean | | 1,59 | | 2,82 | |
| SD | | 0,58 | | 0,39 | |
| Wilcoxon Signed Rank Test | | P = 0,00 | | | |

Berdasarkan tabel 5.1 diatas menjelaskan perbandingan bahwa pengetahuan santriwati sebelum dilakukan pendidikan kesehatan sebagian besar santriwati mempunyai tingkat pengetahuan berada dalam kriteria kurang 45,5%. Sedangkan setelah diberikan pendidikan kesehatan, sebagian besar santriwati mempunyai tingkat pengetahuan berada pada kriteria baik yaitu 82%. Hasil data ini menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* ditemukan adanya perubahan tingkat pengetahuan pada santri sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan nilai $p=0.00 \leq 0.05$ artinya H1 diterima. Hal ini berarti bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan pencegahan skabies.

2. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan sikap dalam upaya pencegahan skabies pada santriwati.

Tabel 5.2 Tingkat sikap santriwati kelas 1 SMP sebelum dan sesudah di lakukan pendidikan kesehatan di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik tanggal 10 Juni s/d 16 Juni 2011.

| No | Kriteria | Pre Test | | Post Test | |
|---------------------------|----------|----------|------------|-----------|------------|
| | | Jumlah | Presentase | Jumlah | Presentase |
| 1 | Baik | 0 | 0% | 39 | 88,6% |
| 2 | Cukup | 41 | 93,2% | 5 | 11,4% |
| 3 | Kurang | 3 | 6,8% | 0 | 0% |
| Mean | | 1,93 | | 2,89 | |
| SD | | 0,25 | | 0,32 | |
| Wilcoxon Signed Rank Test | | P = 0,00 | | | |

Berdasarkan tabel 5.2 diatas menjelaskan perbandingan bahwa sikap santriwati sebelum dilakukan pendidikan kesehatan tidak ada yang menunjukan sikap baik yaitu 0% .

Sedangkan setelah diberikan pendidikan kesehatan terdapat peningkatan sikap yaitu sebagian besar santriwati berada pada kriteria baik yaitu sebanyak 89%. Hasil data ini menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* ditemukan adanya perubahan sikap pada santriwati sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan nilai $p=0.00 \leq 0.05$ artinya H_1 diterima. Hal ini berarti bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap sikap pencegahan skabies.

3. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan tindakan dalam upaya pencegahan skabies pada santriwati.

Tabel 5.3 Tingkat tindakan santriwati kelas 1 SMP sebelum dan sesudah di lakukan pendidikan kesehatan di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik tanggal 10 Juni s/d 16 Juni 2011.

| No | Kriteria | Pre Test | | Post Test | |
|---------------------------|----------|----------|------------|-----------|------------|
| | | Jumlah | Presentase | Jumlah | Presentase |
| 1 | Baik | 2 | 4,5% | 40 | 90,9% |
| 2 | Cukup | 27 | 61,4% | 4 | 9,1% |
| 3 | Kurang | 15 | 34,1% | 0 | 0% |
| Mean | | 1,7 | | 2,91 | |
| SD | | 0,55 | | 0,29 | |
| Wilcoxon Signed Rank Test | | P = 0,00 | | | |

Berdasarkan tabel 5.3 diatas menjelaskan perbandingan tindakan bahwa santriwati sebelum dilakukan pendidikan kesehatan sebagian besar santriwati berada dalam kriteria kurang sebanyak 34%. Sedangkan setelah diberikan pendidikan kesehatan menunjukan tindakan yaitu sebagian besar santriwati berada pada kriteria baik yaitu 91%. Hasil data ini menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* ditemukan adanya perubahan sikap pada santriwati sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan nilai $p=0.00 \leq 0.05$ artinya H_1 diterima. Hal ini berarti bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tindakan pencegahan skabies.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Pengetahuan Upaya pencegahan Skabies.

Berdasarkan hasil dari data penelitian pada santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 sebelum diberikan pendidikan kesehatan berada pada kategori yang kurang 45%, hal ini dapat terlihat dari aspek pencegahan dan penularan penyakit skabies karena banyak responden yang kurang pengetahuan saat menjawab kuesioner tentang pencegahan dan penularan penyakit skabies. Setelah santriwati diberikan pendidikan kesehatan pengetahuan santiwati berada pada kategori baik yaitu 82%, hal ini dapat terlihat dari aspek pencegahan dan penularan penyakit skabies yang hampir seluruh responden dalam menjawab kuesioner sudah mengetahui tentang cara pencegahan dan penularan penyakit skabies.

Salah satu yang dapat meningkatkan pengetahuan individu dalam perilaku pencegahan suatu penyakit tertentu perlu adanya pendidikan kesehatan, berdasarkan hasil

penelitian diketahui bahwa pengetahuan responden setelah dilakukan pendidikan kesehatan menunjukan hasil yang meningkat, menurut Herawati (2001) dengan demikian pendidikan kesehatan merupakan usaha atau kegiatan untuk membantu individu, keluarga, dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap maupun keterampilan untuk mencapai hidup sehat secara optimal. Pernyataan tersebut didukung oleh WHO yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) bahwa pengetahuan yang peroleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain menentukan seseorang untuk berperilaku tertentu.

Selain hal tersebut di atas, pengetahuan santriwati yang meningkat secara signifikan dapat juga dipengaruhi oleh 64% responden yang sebagian besar berusia 12-13 tahun, dapat diketahui bahwa anak remaja berusia 12 – 13 berfikir dengan cara yang lebih logis dan idealistik sehingga memudahkan santriwati aktif menerima informasi luar. Menurut teori kognitif *piaget* bahwa anak berusia 11 – 15 memainkan peran aktif di dalam menyusun pengetahuannya mengenai realitas dan anak tidak pasif dalam menerima informasi.

Pengetahuan santriwati dalam upaya pencegahan skabies yang meningkat secara signifikan menunjukkan bahwa kegiatan pendidikan kesehatan dapat dikatakan berhasil, dapat dilihat dari aspek pencegahan dan penularan yang sudah mengalami peningkatan. Selain itu adanya dukungan dari pengurus pondok pesantren juga mempermudah peneliti dalam mengkondisikan responden agar menjaga ketertiban saat pelaksanaan pendidikan kesehatan tersebut.

5.2.2 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Sikap Upaya Pencegahan Skabies.

Berdasarkan hasil data penelitian menunjukkan sikap santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren pondok pesantren Qiyamul Manar 1 sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar berada pada kategori kurang sebanyak 93%, dapat dilihat bahwa responden kurang mengerti tentang mandi yang bersih, berpakaian yang bersih dan tidak memperhatikan kebersihan lingkungan sekitar. Setelah diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar santriwati mengalami peningkatan perubahan sikap yang ke arah yang baik sebanyak 89%.

Salah satu yang dapat meningkatkan sikap individu dalam perilaku pencegahan suatu penyakit tertentu perlu adanya pendidikan kesehatan sebagai jembatan untuk menerima stimulus yang telah diberikan, berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sikap responden setelah dilakukan pendidikan kesehatan menunjukkan peningkatan, sesuai yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003), Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Seperti halnya pengetahuan, sikap juga terdiri dari berbagai macam tingkatan (Notoadmodjo, 2007) yaitu: (1) Menerima (*receiving*), yaitu subyek mau memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek). Misalnya sikap santri pada tahap ini dapat dilihat dari kesediaan dan perhatiannya terhadap pendidikan kesehatan yang diberikan. (2) Merespon (*responding*), yaitu subyek memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan sebagai suatu indikasi dari sikap, karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang menerima ide tersebut. (3) Menghargai (*valuing*),

mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. (4) Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Selain hal tersebut di atas, sikap santriwati yang meningkat secara signifikan dapat juga dipengaruhi sebanyak 64% responden yang sebagian besar berusia 12-13 tahun, dapat diketahui bahwa remaja pada umur 12-13 berfikir dengan cara yang lebih logis dan idealistik sehingga memudahkan santriwati aktif menerima informasi luar. Menurut teori piaget yang di kemukakan oleh *Hetherington dan parke (1975)* walaupun proses berfikir dan konsepsi anak mengenai realitas telah dimodifikasi oleh pengalamannya dengan dunia sekitarnya, namun anak juga berperan aktif dalam menginterpretasikan yang dia peroleh dari pengalaman, serta mengadaptasikan pada pengetahuan dan konsepsi mengenai dunia yang telah dia punyai.

Sikap santriwati yang berubah kearah kriteria baik secara signifikan menunjukkan bahwa kegiatan pendidikan kesehatan dapat dikatakan berhasil. Dapat dilihat bahwa pemahaman responden tentang kebersihan diri, terutama dalam hal mandi, berpakaian yang bersih, dan membersihkan kamar telah menaglami peningkatan. Hal ini terjadi karena dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan dapat dilakukan dengan tertib sehingga responden mudah menerima informasi yang diberikan. Selain itu adanya dukungan dari pengurus pondok pesantren juga mempermudah peneliti dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan dan mengkondisikan responden agar menjaga ketertiban saat pelaksanaan pendidikan kesehatan tersebut.

5.2.3 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Tindakan Upaya Pencegahan Skabies.

Berdasarkan hasil data penelitian dapat dilihat tindakan santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren pondok pesantren Qiyamul Manar 1 sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar berada pada kategori kurang 34%, dapat dilihat bahwa responden kurang mengerti tentang mandi yang bersih, berpakaian yang bersih dan tidak memperhatikan kebersihan lingkungan. Setelah diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar santriwati mengalami peningkatan perubahan tindakan yang bermakna ke arah baik sebanyak 91%.

Salah satu yang dapat meningkatkan tindakan individu dalam perilaku pencegahan suatu penyakit tertentu perlu adanya pendidikan kesehatan, berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa tindakan responden setelah dilakukan pendidikan kesehatan menunjukkan peningkatan, menurut Notoatmojo (2003) praktik merupakan domain perilaku yang ketiga setelah pengetahuan dan sikap. Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain, yaitu antara lain adanya fasilitas sarana dan prasarana. Setelah seseorang diberikan stimulus kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Apabila menerima perilaku baru (tindakan baru) melalui proses yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif, maka perilaku tersebut bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru atau berperilaku baru di

dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni: 1) *awareness* (kesadaran). Yaitu orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus atau terlebih dahulu; 2) *interest*, yakni orang mulai tertarik pada stimulus; 3) *evaluation*, menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap lebih baik lagi; 4) *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru; 5) *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikap terhadap stimulus.

Selain hal tersebut di atas, tindakan santriwati yang meningkat secara signifikan dapat juga dipengaruhi oleh 64% responden yang sebagian besar berusia 12-13 tahun, dapat diketahui bahwa remaja pada umur 12-13 berfikir dengan cara yang lebih logis dan idealistik sehingga memudahkan santriwati aktif menerima informasi luar. Tahapan perkembangan kognitif piaget yang terakhir yaitu formal operational pada anak remaja usia 11 – 15 berfikir dengan cara yang lebih abstrak, logis dan idealistik (Diadaptasi dari Santrock 1998).

Tindakan santriwati yang berubah kearah kriteria baik secara signifikan menunjukkan bahwa kegiatan pendidikan kesehatan dapat dikatakan berhasil. Dapat dilihat bahwa pemahaman responden tentang kebersihan diri, terutama dalam hal mandi, tidak bergantian handuk, berpakaian yang bersih, dan membersihkan kamar telah mengalami peningkatan. Hal ini terjadi karena dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan dapat dilakukan dengan tertib sehingga responden mudah menerima informasi yang diberikan. Selain itu adanya dukungan dari pengurus pondok pesantren juga mempermudah peneliti dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan dan mengkondisikan responden agar menjaga ketertiban saat pelaksanaan pendidikan kesehatan tersebut.

5.2.4 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Upaya Perilaku Pencegahan Skabies.

Dari data hasil penelitian, dapat diketahui bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang perilaku hidup bersih terhadap perilaku mencegah skabies pada santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik. Pendidikan kesehatan terbukti mampu meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan dalam upaya mencegah skabies pada santriwati, karena pendidikan kesehatan mampu mengubah perilaku santriwati dibidang kesehatan termasuk masalah kebersihan diri atau perilaku hidup bersih masing-masing individu.

Salah satu yang dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan individu dalam upaya perilaku pencegahan suatu penyakit tertentu perlu adanya pendidikan kesehatan, berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pendidikan kesehatan dapat merubah peningkatan perilaku dalam upaya pencegahan skabies, menurut WHO yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat dibidang kesehatan yang dapat diperinci lebih lanjut sebagai berikut : (1) Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai dimasyarakat, (2) Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat, (3) Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas kesimpulan dan saran dari hasil penelitian pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perilaku pencegahan skabies pada santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik.

6.1 Kesimpulan

1. Pengetahuan santriwati kelas 1 SMP dalam mencegah skabies di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Greaik, mengalami proses perubahan perilaku (pengetahuan) yang sangat baik setelah diberikan pendidikan kesehatan sehingga santriwati dapat menerapkan perilaku upaya pencegahan skabies secara mandiri.
2. Sikap santriwati kelas 1 SMP dalam mencegah skabies di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Greaik, mengalami proses perubahan perilaku (sikap) yang sangat baik setelah diberikan pendidikan kesehatan sehingga santriwati dapat menerapkan perilaku upaya pencegahan skabies secara mandiri.
3. Tindakan santriwati kelas 1 SMP dalam mencegah skabies di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Greaik, mengalami proses perubahan perilaku (tindakan) yang sangat baik setelah diberikan pendidikan kesehatan

sehingga santriwati dapat menerapkan perilaku upaya pencegahan skabies secara mandiri

4. Pendidikan kesehatan dapat merubah tingkat perilaku santriwati kelas 1 SMP di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik kearah yang sangat baik dalam pencegahan skabies..

6.2 Saran

1. Pengelola pondok diharapkan adanya UKS sebagai sarana untuk pengobatan santriwati dipondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik.
2. Perawat komunitas sebagai edukator diharapkan dapat mencegah penyebaran skabies di pondok pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik.
3. Bagi peneliti selanjutnya perlu melakukan penelitian lebih lanjut tentang penyebaran skabies atau tentang dampak body image penderita skabies.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S, 2004, *Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktik (edisi revisi VI)*, Rineka Cipta, Jakarta
- Desmita, 2006, *Psikologi Perkembangan*, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung, Hal 46 - 47
- Djuanda, A, 1999, *Ilmu penyakit kulit dan kelamin*, FK UII, Yogyakarta, FK UII, Hal 122-143
- Djuanda, A, 2001, *Ilmu penyakit kulit dan kelamin Edisi ke tiga*, Jakarta, FKUI, Hal 96-99
- Dinas Kesehatan RI, 2000, *Peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat*, Diakses dari <http://www.promosikesehatan.com/?act=program&id=12&sid+9>, Tanggal 18 April 2011, Jam 11.57 WIB
- Departemen Kesehatan RI, 2007, *Perilaku hidup bersih dan sehat*, Diakses dari <http://www.depkes.go.id/downloads/phbs.pdf>. Tanggal 18 April 2011, Jam 12.10 WIB
- Handoko, R, 2001, *Skabies*, Diakses dari <http://medlinux.com/2007/12/skabies.html>, Tanggal 13 April 2011, Jam 15.15 WIB
- Handoko, R, 2007, *Skabies*, Diakses dari <http://medlinux.com/2007/12/skabies.html>, Tanggal 13 April 2011, Jam 15.05 WIB
- Harahap, M, 2000, *Skabies*, Diakses dari <http://www.smallcrab.com/kulit/703-penyakit-skabies-pada-manusia>, Tanggal 21 Mei 2011, Jam 12.25 WIB
- Harryanto. (2004). *Cara cegah penyakit skabies penyakit kulit mengerikan*, Diakses dari <http://www.suaramedia.com/gaya-hidup/kesehatan/22421-cara-cegah-skabies-penyakit-kulit-mengerikan.html>, Tanggal 21 Mei 2011, Jam 12.40 WIB
- Herawani, 2001, *Pendidikan kesehatan dalam keperawatan*, EGC, Jakarta
- Hurlock, Elizabeth B, 2007, *Psikologi perkembangan suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan*, Erlangga, Jakarta, hal 183-240
- Nurman, 2009, *Pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan pemukiman*. London: Bailliere Tisdall, P
- Mansjoer, A, dkk, 2000, *Kapita selekta kedokteran*, ED : 3 jilid : 2, Media Aesculapius FKUI, Jakarta

- Mulyono, 2008, *Skabies*, Diakses dari <http://doktermulyono.wordpress.com/2008/01/03/skabies.html>, Tanggal 13 april 2011. jam 15.45 WIB
- Notoatmodjo, S, 2003, *Pendidikan dan perilaku kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, S, 2005, *Promosi kesehatan teori dan aplikasinya*, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, S, 2007, *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta
- Nursalam dan Siti Pariani, 2001, *Pendekatan praktis metodologi riset keperawatan*, CV Sagung Seto, Jakarta
- Nursalam, 2008, *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta
- Nursalam, 2008, *Pedoman penyusunan proposal dan skripsi*. Surabaya, fakultas keperawatan, Universitas Airlangga
- Ratupuriayu, 2011, *Skabies yankes pmi di balai pengobatan*, Jakarta, Diakses dari [//ratupuriayu.files.wordpress.com](http://ratupuriayu.files.wordpress.com), Jakarta, Tanggal 30 Januari 2011
- Ratupuriayu, 2011, *Gambar skabies, yankes pmi di balai pengobatan*, Diakses dari <http://ratupuriayu.files.wordpress.com>, Jakarta, Tanggal 30 Januari 2011
- Sudirman, 2006, *Penyakit menular skabies*, Diakses dari <http://journalmedical.wordpress.com>, Tanggal 15 April 2011, Jam 18.45 WIB
- Sugiyono, 2009, *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan r&d*, Bandung, Alfabeta
- Sungkar, S, 1995, *Skabies*. Jakarta, Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia
- Siregar, 2004, *Atlas berwarna saripati penyakit kulit*, ED : 2 Jilid : 2, Jakarta
- Tarwoto, W, 2004, *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Diana Riska

Nim : 0101710405 B

Adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Perilaku Hidup Bersih Terhadap Perilaku Mencegah Skabies Pada Santriwati Kelas 1 SMP Di Pondok Pesantren Qiyamul Manar I Sidayu Gresik”**. Penelitian ini dilaksanakan dalam rangka menyelesaikan pendidikan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Tujuan penelitian ini adalah untuk memberikan Pendidikan Kesehatan Tentang Perilaku Hidup Bersih Terhadap Pencegahan Penyakit Skabies.

Untuk itu saya mengharapkan kesediaan bapak/ibu untuk berkenan menjadikan anak didiknya sebagai subyek penelitian. Identitas dan informasi yang berkaitan dengan anda dan anak akan dirahasiakan oleh peneliti.

Atas perhatian dan partisipasi bapak/ibu, saya ucapkan banyak terima kasih.

Surabaya,

Hormat saya

Diana Riska

Lampiran 4**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

“ Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Perilaku Hidup Bersih Terhadap Perilaku Mencegah Skabies Pada Santriwati Kelas 1 SMP Di Pondok Pesantren Qiyamul Manar I Sidayu Gresik ” yang akan dilaksanakan oleh saudari Diana Riska.

Saya telah mengetahui maksud serta tujuan dari penelitian ini sesuai dengan penjelasan dari peneliti yang sudah disampaikan kepada saya.

Demikian secara sadar dan sukarela serta tidak ada unsur paksaan dari siapapun saya membuat surat pernyataan ini

Surabaya,

Responden

()

Lampiran 5**FORMAT PENGUMPULAN DATA**

Pengaruh pendidikan kesehatan tentang perilaku hidup sehat terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan dalam upaya pencegahan skabies.

Tanggal :

Waktu/Jam :

No Kode :

Petunjuk :

1. Mohon diisi pada diisi pada kolom yang sudah disediakan dengan memberi tanda (√)
2. Mohon tidak memberi tanda apapun pada “kode” sebelah kanan.

Mohon diteliti ulang agar jangan sampai ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.

1. Data Demografi

1. Umur responden :

() < 12 tahun

() 11- 12 tahun

() > 12 tahun

| |
|------|
| KODE |
|------|

| |
|--|
| |
|--|

LEMBAR KUESIONER**JUDUL ” PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG PERILAKU HIDUP BERSIH PENGETAHUAN SIKAP DAN TINDAKAN DALAM UPAYA PENCEGAHAN PENYAKIT SKABIES PADA SANTRI KELAS 1 SMP DI PONDOK QIYAMUL MANAR 1 SIDAYU GRESIK”**

No.Responden:

Petunjuk : Pilihlah salah satu jawaban pada pertanyaan dibawah ini dengan melingkari () jawaban yang anda anggap betul/ sesuai.

I. Pengetahuan

1. Skabies (Gudik) adalah?
 - A. Penyakit kulit yang di sebabkan oleh tungau (Kutu) *Sarcoptes scabiei*
 - B. Penyakit yang menyerang mata
 - C. Nyamuk
 - D. Keturunan
2. Penyebabkan skabies (Gudik) adalah?
 - A. Kebersihan kurang terjaga
 - B. Mandi teratur
 - C. Lingkungan yang bersih
 - D.Kebersihan yang terjaga
3. Gejala penyakit skabies (Gudik) adalah?
 - A. Gatal pada malam hari.
 - B. Sakit kepala
 - C. Demam tinggi
 - D. Nyeri pada kaki
4. Bagian tubuh mana yang sering diserang pada penyakit skabies (Gudik)?
 - A. Kulit
 - B. Kuku
 - C. Telinga
 - D. Rambut

5. Bagaimana cara penularan penyakit skabies ?
 - A. Bergantian handuk, baju
 - B. Sekolah bersama
 - C. Makan bersama
 - D. Tidak bergantian sabun mandi
6. Di bawah ini yang termasuk media untuk penularan skabies (Gudik)?
 - A. Handuk, seprei dan pakaian
 - B. Alat makan
 - C. Sisir rambut
 - D. Buku
7. Di bawah ini yang termasuk pengobatan skabies (Gudik) adalah?
 - A. Sulfur (Belerang)
 - B. Obat gosok
 - C. Balsem
 - D. Minyak tawon
8. Di bawah ini yang termasuk cara pencegahan skabies (Gudik) adalah?
 - A. Menjaga kebersihan diri dan lingkungan sekitarnya
 - B. Tidur yang cukup
 - C. Sering berolah raga
 - D. Memperbanyak makan
9. Di bawah ini yang bukan cara pencegahan skabies (Gudik) adalah?
 - A. Bergantian memakai baju
 - B. Menguras bak mandi 1kali seminggu
 - C. Mandi 2kali sehari
 - D. Mengganti spreii 1kali seminggu
10. Untuk menghindari penyebaran penyakit skabies di masyarakat harus di lakukan sebagai berikut?
 - A. Dilakukan pemeriksaan dan pengobatan pada seluruh masyarakat yang terkena skabies
 - B. Berobat apabila penyakitnya sudah parah

C. Diperiksakan kedukun

D. Diberi obat gosok

II. Sikap

Petunjuk:

Isilah pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda (\surd) pada kolom disebelah kanan sesuai dengan pilihan yang paling saudara anggap benar.

Keterangan:

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

| No | Pernyataan | SS | S | TS | STS | Kode |
|-----|---|----|---|----|-----|------|
| 1. | Jika saya merasa gatal-gatal saya segera mengobatinya atau memeriksakannya | | | | | |
| 2. | Saya segera berobat kedokter apabila penyakit saya sudah parah | | | | | |
| 3. | Saya yakin mandi minimal 2x sehari dapat mencegah penyakit | | | | | |
| 4. | Bila saya mandi cukup menggunakan air bersih karena sudah menghilangkan kotoran tubuh yang menyebabkan penyakit kulit | | | | | |
| 5. | Jika saya mandi menggunakan handuk sendiri | | | | | |
| 6. | Saya yakin mengganti baju 1x sehari tidak akan menimbulkan penyakit | | | | | |
| 7. | Saya yakin mengganti spreng minimal 1x seminggu tidak akan menimbulkan penyakit | | | | | |
| 8. | Saya yakin dengan menguras bak mandi 1x sebulan sudah cukup bersih | | | | | |
| 9. | Saya akan membersihkan jamban minimal 1x seminggu | | | | | |
| 10. | Saya yakin membuang sampah tidak pada tempatnya tidak akan menimbulkan penyakit | | | | | |

111. Tindakan

Berilah tanda (√) salah satu jawaban

Keterangan :

Dilakukan = Ya

Tidak dilakukan = Tidak

| No | Pernyataan | Ya | Tidak | Kode |
|----|--|----|-------|------|
| 1. | Selalu menguras bak mandi setiap 1 minggu sekali | | | |
| 2. | Selalu membuang sampah pada tempatnya | | | |
| 3. | Selalu menjemur handuknya sendiri pada tempatnya sehabis mandi | | | |
| 4. | Selalu membersihkan dan merapikan kamar setiap hari | | | |
| 5. | Di sekitar kamar tidak ada tumpukan baju kotor | | | |

Lampiran 6**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN**

- Topik : Perilaku hidup bersih dalam mencegah skabies dengan Metode Ceramah dan Tanya Jawab.
- Sasaran : Santriwati kelas 1 Smp Pondok Pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik.
- Waktu : 60 menit
- Tempat : Ruang Aula Mengaji Santriwati di Pondok Pesantren Qiyamul Manar 1 Sidayu Gresik

A. Tujuan Pembelajaran**1. Tujuan Umum**

Setelah di berikan pendidikan kesehatan tentang perilaku hidup bersih di harapkan perilaku dalam upaya mencegah skabies meningkat.

2. Tujuan Khusus

1. Santriwati dapat mengetahui definisi skabies.
2. Santriwati dapat mengetahui penyebab skabies.
3. Santriwati dapat mengetahui cara penularan skabies.
4. Santriwati dapat mengetahui cara pencegahan skabies
5. Santriwati dapat mengetahui gejala skabies.
6. Santriwati dapat mengetahui perilaku hidup bersih dalam upaya mencegah skabies.

B. Materi

1. Definisi penyakit skabies.
2. Penyebab penyakit skabies.
3. Cara penularan penyakit skabies.
4. Cara pencegahan penyakit skabies.
5. Gejala penyakit skabies.
6. Perilaku hidup bersih dalam upaya mencegah skabies.

I. KEGIATAN PEMBELAJARAN

| NO | Tahap dan Waktu | Kegiatan Pendidikan/Pengajar | Kegiatan Peserta Didik |
|----|---------------------------|---|--|
| 1. | Pendahuluan 10 menit | Pembukaan : 1. Mengucapkan salam 2. Menyebutkan topik yang akan dibahas 3. Menjelaskan tujuan 4. Mengingatkan kontrak waktu pembelajaran | Mendengarkan dan menjawab salah Mendengarkan Mendengarkan Memperhatikan |
| 2. | Kegiatan inti 35 menit | Pelaksanaan : Menyampaikan pendidikan kesehatan tentang perilaku hidup bersih kepada santriwati dalam upaya pencegahan penyakit skabies. | Memperhatikan |
| 3. | Penutup 15 menit | Evaluasi : 1. Memberikan kesempatan untuk bertanya kepada santriwati 2. Merangkum materi materi pembelajaran bersama semua santriwati dengan tanyak jawab yang singkat Terminasi : 1. Mengucapkan terimakasih 2. Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan salam | Aktif dalam bertanya dan memperhatikan penjelasan Memperhatiakn Menjawab salam |

II. METODE

Ceramah dan tanya jawab

III. MEDIA

Leaflet

Flip chat

IV. KRITERIA EVALUASI

a. Kriteria Struktur

1. Santriwati hadir di tempat yang telah ditentukan
2. Pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dilakukan sebelum dan saat kegiatan.

b. Kriteria Proses

1. Santriwati antusias terhadap materi pendidikan kesehatan yang disampaikan
2. Santriwati aktif dalam proses tanya jawab

c. Kriteria Hasil

1. Santriwati menyebutkan definisi, penyebab, cara penularan, gejala, dan pengobatan penyakit scabies.
2. Santriwati menyebutkan perilaku hidup sehat dalam upaya pencegahan scabies.

MATERI PERILAKU HIDUP BERSIH DALAM UPAYA PENCEGAHAN PENYAKIT SKABIES

1. Definisi Skabies

Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap *sarcoptes scabiei var. hominis* dan produksinya pada tubuh. Penyakit Skabies sering disebut kutu badan atau tungau yang berukuran sangat kecil dan hanya bisa dilihat dengan mikroskop atau bersifat mikroskopis. Penyebab dari skabies adalah tungau (mange) dari *ordo Acarina*, yaitu *Sarcoptes scabiei var. canis* pada anjing, dan *Sarcoptes scabiei var. felis* pada kucing. Sedangkan, penyebab skabies pada manusia adalah *Sarcoptes scabiei var. hominis*. Antara *Sarcoptes scabiei* satu dengan yang lain memiliki struktur yang identik tetapi secara fisiologis berbeda. Oleh karena itu, *Sarcoptes scabiei* dapat berpidah dan hidup pada induk semang yang lain meskipun dengan susah payah. Sehingga skabies tergolong penyakit *zoonosis*, karena dapat menular dari manusia ke hewan atau sebaliknya

2. Penyebab Skabies

Penyebab penyakit skabies adalah *Sarcoptes scabiei* termasuk filum *Arthropoda*, kelas *Arachnida*, *ordo Acarina*, superfamili *Sarcoptes*. Pada manusia disebut *Sarcoptes scabiei var. hominis*. Kecuali itu terdapat *S. scabiei* yang lainnya pada kambing dan babi. Secara morfologik merupakan tungau kecil, berbentuk oval, punggungnya cembung dan bagian perutnya rata. Tungau ini transient, berwarna putih kotor, dan tidak bermata.

Kelainan kulit pada penderita skabies dapat disebabkan tidak hanya oleh tungau skabies, tetapi juga oleh penderita sendiri akibat garukan dan bersalaman atau bergandengan sehingga terjadi kontak kulit yang kuat, menyebabkan kulit timbul pada pergelangan tangan (Mansjoer, 2000).

3. Gejala Skabies

Gejala skabies yang sering menyertai adalah :

1. Gatal yang hebat terutama pada malam hari sebelum tidur
2. Adanya tanda : papula (bintil), pustula (bintil bernanah), ekskoriiasi (bekas garukan), bekas-bekas lesi yang berwarna hitam
3. Dengan bantuan lup (kaca pembesar), bisa dilihat adanya kunikulus atau lorong di atas papula (vesikel atau plenthing/pustula) dan ditemukan tungau pada kulit.

4. Cara Penularan Skabies

Kontak Langsung (kulit dengan kulit), misalnya berjabat tangan, tidur bersama dan hubungan seksual.

Kontak tak langsung (melalui benda), misalnya pakaian, handuk, spreii, bantal, dll.penularan biasanya oleh sarcoptes scabei betina yang sudah di buahi atau bentuk larva.Dikenal pula Sarcoptes scabei var animalis yang kadang-kadang dapat menulari manusia, terutama yang memiliki binatang pemeliharaan seperti anjing (Mansjoer, 2000)

Penyakit ini sangat mudah menular, karena itu bila salah satu anggota keluarga terkena, maka biasanya anggota keluarga lain akan ikut tertular juga. Penyakit ini sangat erat kaitannya dengan kebersihan perseorangan dan lingkungan. Apabila tingkat kesadaran yang dimiliki oleh banyak kalangan

masyarakat masih cukup rendah, derajat keterlibatan penduduk dalam melayani kebutuhan akan kesehatan yang masih kurang, kurangnya pemantauan kesehatan oleh pemerintah, faktor lingkungan terutama masalah penyediaan air bersih, serta kegagalan pelaksanaan kesehatan lingkungan yang telah ada (Yankes PMI, 2011).

5. Perilaku hidup sehat dalam Upaya Pencegahan Skabies

Penyakit ini, jika tidak dicegah dan diobati, akan mengenai seluruh tubuh. Biasanya dapat terjadi pada orang-orang dengan retardasi mental, kelemahan fisik, gangguan imun, dan gangguan jiwa seperti psikosis. Skabies yang mengenai seluruh tubuh ini dikenal dengan nama Norwegian Skabies. Pada skabies jenis ini akan tampak pula luka-luka yang tertutup oleh krusta (seperti cairan yang mengering di atas luka), kelainan pada kuku, dan adanya sisik di seluruh kulit.

Dalam pencegahan penyakit skabies, selayaknya orang menjaga kebersihan diri dan lingkungan sekitarnya. Mandi, menggunakan pakaian, bantal, tempat tidur, dan seprai secara bersamaan dengan seorang penderita hendaknya dihindari. Melakukan penjemuran kasur dan bantal secara rutin sangat membantu mencegah tertular orang dari penyakit ini. Kontak secara langsung melalui kulit untuk sementara jangan dilakukan sampai penderita sembuh.

Penyakit kulit skabies menular dengan cepat pada suatu komunitas yang tinggal bersama sehingga dalam pengobatannya harus dilakukan secara serentak dan menyeluruh pada semua orang dan lingkungan pada komunitas yang terserang skabies, karena apabila dilakukan pengobatan secara individual maka akan mudah tertular kembali penyakit skabies (Handoko, R, 2001).

Menurut (Yankes PMI,20011) pencegahan skabies dapat dilakukan dengan berbagai cara:

1. Mencuci bersih, bahkan sebagian ahli menganjurkan dengan cara direbus, handuk, seprai maupun baju penderita skabies, kemudian menjemurnya hingga kering.
2. Menghindari pemakaian baju, handuk, seprai secara bersama-sama.
3. Mengobati seluruh anggota keluarga, atau masyarakat yang terinfeksi untuk memutuskan rantai penularan.

6. Indikator perilaku hidup bersih dalam upaya pencegahan penyakit skabies

1. Kebersihan diri
2. Tersedianya air bersih
3. Tersedianya jamban dan kebersihannya
4. Tersedianya penampungan air bersih
- 5 Kebersihan lingkungan sekitar
6. Keaktifan pengurus pondok pesantren.

FOTO DOKUMENTASI PENELITIAN DI PONDOK PESANTREN QIYAMUL MANAR SIDAYU GRESIK

