



**KEBUTUHAN (*NEED*) TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN PADA
PENDERITA PENYAKIT *SCABIES* DI LEMBAGA
PEMASYARAKATAN (LAPAS)
KELAS IIA JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Mahfudzo
NIM. 142110101126**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**KEBUTUHAN (*NEED*) TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN PADA
PENDERITA PENYAKIT *SCABIES* DI LEMBAGA
PEMASYARAKATAN (LAPAS)
KELAS IIA JEMBER**

SKRIPSI

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

Oleh

Mahfudzo
NIM 142110101126

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, segala puji dan syukur atas karunia dan nikmat yang telah diberikan Allah SWT. Terima kasih atas segala kemudahan dan kelancaran yang telah Engkau berikan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini saya persembahkan kepada:

1. Kedua orang tua saya, Ibu Nurul Ainiah dan Bapak Zarqoni yang telah memberikan segenap kasih sayang, tanggung jawab dan pengorbanannya dengan tulus ikhlas tanpa mengenal lelah, terimakasih atas cinta, kasih sayang, dan doa yang selalu mengalir serta dorongan dan semangat yang selalu mengajarkan anaknya untuk hidup mandiri.
2. Kakak dan Adik saya tercinta, Zumrotul Fikriyah dan Fatihatus Sa'adah yang selalu memberikan doa dan semangat yang selalu kurindukan.
3. Guru-guru saya dari Taman Kanak-kanak (TK) sampai Perguruan Tinggi yang tak kenal kata lelah dalam memberikanku ilmu, nasehat, pengalaman, bimbingan, marahan dan kasih sayangnya hingga saya bisa sampai pada titik untuk memulai kehidupan yang sesungguhnya.
4. Almamater saya Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang sudah menempa saya dalam segala aspek mulai dari pembelajaran sampai pada hubungan kemasyarakatan.

MOTTO

¹ ... Sesungguhnya Allah Tidak Mengubah Keadaan Suatu Kaum Sebelum Mereka Mengubah Keadaan Mereka Sendiri.”

(Terjemahan QS. Ar-Ra'd, 11)

²“Sesungguhnya Allah telah menurunkan penyakit dan obatnya, demikian pula Allah menjadikan bagi setiap penyakit ada obatnya. Maka berobatlah kalian dan janganlah berobat dengan yang haram.”

(HR. Abu Dawud dari Abud Darda' radhiallahu 'anhu)

³“Jangan hanya sibuk menghitung hari, tapi buatlah hari-hari itu menjadi bermakna.”

(Muhammad Ali)

¹ Departemen Agama RI. 2007. *Al-Qur'an dan Terjemahannya Special For Woman*. Bandung: Syamil Quran.

² <http://arifcahya.blogspot.com/2011/01/hadist-tentang-kesehatan.html>

³ <http://www.mantannapi.com/2016/05/100-kata-mutiara-bijak-motto-hidup.html>

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mahfudzo

NIM : 142110101126

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: *Kebutuhan (Need) terhadap Pelayanan Kesehatan pada Penderita Penyakit Scabies di Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 27 September 2018

Yang menyatakan,

Mahfudzo
NIM. 142110101126

SKRIPSI

**KEBUTUHAN (*NEED*) TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN PADA
PENDERITA PENYAKIT *SCABIES* DI LEMBAGA
PEMASYARAKATAN (LAPAS)
KELAS IIA JEMBER**

Oleh :
Mahfudzo
1421101011126

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Christyana Sandra,S.KM.,M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Ellyke,S.KM.,M.KL

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Kebutuhan (Need) terhadap Pelayanan Kesehatan pada Penderita Penyakit Scabies di Lembaga Pemasyarakatan Kelas IIA Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis
Tanggal : 06 September 2018
Tempat : Ruang 1

Pembimbing		Tanda Tangan
DPU	: Christyana Sandra, S.KM., M.Kes. NIP. 19820416 201012 2 003	(.....)
DPA	: Ellyke, S.KM., M.KL. NIP. 198104292006042002	(.....)
Penguji		
Ketua	: Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. NIP. 198207232010121003	(.....)
Sekretaris	: Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes. NIP. 197904112005011002	(.....)
Anggota	: Bambang Hariyanto, S.H. NIP. 197804032003121001	(.....)

Mengesahkan
Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 19800516 200312 2 002

RINGKASAN

Kebutuhan (*Need*) Terhadap Pelayanan Kesehatan Pada Penderita Penyakit *Scabies* Di Lembaga Pemasyarakatan Kelas IIA Jember; Mahfudzo; 142110101126; 2018; 75 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember.

Pelayanan kesehatan merupakan produk yang dihasilkan produsen dalam bentuk barang atau jasa, pelaksanaannya harus menyeluruh tanpa memandang status dan kedudukan bagi seluruh masyarakat Indonesia tidak terkecuali bagi narapidana yang mengalami hukuman di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) dengan cara penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan oleh pemerintah pada Lingkungan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia. Lapas memiliki berbagai permasalahan, salah satunya yaitu jumlah penyakit yang rentan tinggi diakibatkan kondisi Lapas yang kurang layak. Tingginya kejadian penyakit di Lapas selain disebabkan karena kondisi Lapas yang kelebihan kapasitas juga disebabkan karena pelayanan kesehatan yang diberikan belum maksimal dengan penyediaan obat dan sarana prasarana yang terbatas. Penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan penyakit *scabies* berdasarkan persepsi individu pada status kebutuhan pelayanan, kebutuhan relatif, jenis pelayanan, dan pelayanan terkordinasi dimana berdasarkan observasi awal yang dilakukan pada 3 Lapas yang bertempat di Lumajang, Banyuwangi, dan Jember didapatkan hasil bahwa Lapas Kelas IIA Jember mengalami peningkatan pada jumlah penyakit tahun 2016 ke 2017 dengan jumlah rata-rata kejadian dari 241 ke 424 sampai akhir bulan September 2017. Penyakit *scabies* menjadi penyakit tertinggi di Lapas Jember mulai tahun 2015 sampai 2018 dengan jumlah penderita sebanyak 227 orang tahun 2015, 64 orang tahun 2016, 197 orang tahun 2017, dan 236 orang tahun 2018 sampai Mei 2018.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Berdasarkan waktu penelitian, penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional* yang bertujuan untuk menggambarkan kebutuhan (*need*) terhadap pelayanan kesehatan pada penderita penyakit *scabies* di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) Kelas IIA Jember. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, dan study dokumentasi dengan analisis data secara deskriptif. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan berdasarkan persepsi individu yang terdiri dari status kebutuhan pelayanan, kebutuhan relatif, jenis pelayanan, dan pelayanan terkordinasi.

Hasil dari penelitian kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan penyakit *scabies* berdasarkan persepsi individu di Lembaga Pemasyarakatan Kelas IIA Jember tergolong tinggi dengan persentase 83,6% yang dilihat berdasarkan komponen penyusunnya yaitu status kebutuhan pelayanan dengan mayoritas butuh dengan persentase 80,6% dilihat dari penyebab sampai dampak yang dirasakan. Berdasarkan kebutuhan relatif Sebagian besar responden membutuhkan kebutuhan relatif berupa penyuluhan langsung dan tidak langsung, konseling, dan

perawatan dengan persentase 79,1%. Berdasarkan jenis pelayanan, jenis pelayanan kesehatan terkait penyakit *scabies* tidak sesuai harapan dengan persentase 53,7% karena sebagian responden tidak pernah mendapatkan konseling mengenai penanganan penyakit *scabies*, minimnya penyuluhan langsung terkait pencegahan penyakit *scabies*, belum pernah diberikan penyuluhan tidak langsung melalui media perantara baik cetak maupun elektronik, dan pengobatan yang diberikan kadang tidak efektif. Berdasarkan pelayanan terkordinasi yang dilakukan di poliklinik Lapas Jember sudah sesuai harapan dengan persentase 74,6% karena saat melakukan pelayanan tenaga kesehatan bersikap tanggap, ramah, tanggap, dan dengan perhatian.

Saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian adalah Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Jember harus meningkatkan upaya *promotif* dan *preventif* terkait pencegahan penyakit *scabies*, melakukan kerjasama dengan instansi kesehatan atau Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dengan konsentrasi promotor kesehatan untuk melakukan upaya *promotif* dan *preventif*, menyediakan layanan konseling untuk penanganan penyakit *scabies*, mengadakan penyuluhan dengan metode tidak langsung melalui media cetak maupun elektronik dalam menyampaikan pesan. Media cetak seperti poster, spanduk, *leaflet*, dan stiker lebih disarankan untuk digunakan karena relatif lebih murah, dan memperhitungkan kebutuhan obat bagi penderita *scabies* dengan menggunakan metode konsumsi atau metode morbiditas sehingga jumlahnya sesuai dengan banyaknya orang yang membutuhkan. Saran yang diberikan bagi peneliti selanjutnya adalah melakukan penelitian selanjutnya mengenai Analisa Kebutuhan Obat untuk penderita penyakit *scabies* di poliklinik Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Jember serta mengenai peramalan dan strategi pengendalian kejadian penyakit *scabies* di Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Jember jika penyakit *scabies* tetap menempati penyakit urutan pertama sampai tahun 2018.

SUMMARY

The Need on Health Service towards Scabies Disease Sufferer at Jember Class IIA Detention Center (Prison); Mahfudzo; 142110101126; 2018; 75 pages; Department of Administration and Health Policy, Faculty of Public Health, Jember University.

The health service is product which resulted by producer in term of goods or services, its implementation should covered comprehensively without appraising social status and function for all Indonesian society, without an exception also for the prisoner who remand in detention centre (prison) by means of providing them health services as a result of government under the Ministry of Law and Human Rights. Prison has a various problems, one of those is a high amount of disease which caused by unsuitable condition within the prison. The high amount of disease within the prison affected by the over capacity prison and also because of under standard health services with limited facility infrastructure and medicine supply. This study was conducted to describe the need of health services According to the first observation which implemented on 3 detention centers at Lumajang, Banyuwangi and Jember, that Class IIA prison at Jember having an improvement on disease cases at 2016 to 2017 with average amount from 241 to 242 cases up to the end of September 2017. The Scabies disease was the highest case at Jember prison since 2015 until 2018 with 227 cases on 2015, 197 cases on 2017 and 236 cases on 2018 up to May 2018.

The type of study was an descriptive study with cross sectional approach. Study which purposing on describing the need on health services towards scabies disease sufferer at Jember Class AII detention centre (prison). The collecting data technique which utilized was interview, observation and documentation studies with descriptive data analysis. The variable which being studied is the need of health services according to the individual perception which comprise service need status, relative need, form of services and coordinated services.

The result of the study should that the need of health services on scabies disease according to the individual perception at Jember Class IIA detention centre classified into a high rank case with 83,6% percentage in accordance to its component arrangement that is need services status and with need majority of 80,6% in percentage in accordance from the cause to the impact which experienced. According to the relative need, the majority of respondent required a relative need in form of direct and in-direct instruction, counselling, and treatment with 79,1% in percentage. According to the form of services, the health service related to scabies disease didn't suitable with the expectation by 53,7% in percentage because some of the respondent are never received counselling about scabies disease treatment, the minimum direct instruction about scabies disease prevention, never received an in-direct instruction through media either publication or electronic, and ineffective medical treatment. According to the coordinated services which committed at Jember prison's clinic, it has been compatible with the expectation with 74%,6% in percentage because while doing

their medical treatment, the prison's health employees behaving responsive, friendly and fully attention.

The most possible advices which could given according to the result of this study is the Jember Class IIA detention center should increasing its promotive and preventive efforts related with scabies prevention disease, committing cooperation with the health institution or non-govermental organization which concentrate on health promotion to expand its promotive and preventive efforts, providing a counselling services to handle the scabies disease, providing an instruction either with direct or indirect method through publication media or electronic. The publication media such as posters, banner, leaflet and sticker are more preferable to utilized because its minimum cost relatively and considering medical need for the scabies disease sufferer by using consumption method or morbidity method so its quantity could be compatible with amount of peoples who need it. The advices for the next studyer is to analyse the medical need analysis for scabies disease at Jember Class IIA prison's clinic also forecasting and controlling strategy of scabies disease at Jember Class IIA detention center if scabies disease are still on placing on top position until 2018.

PRAKATA

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa telah melimpahkan hidayah dan inayahnya sehingga skripsi dengan judul *Kebutuhan (Need) Terhadap Pelayanan Kesehatan Pada Penderita Penyakit Scabies di Lembaga Pemasarakatan (Lapas) Kelas IIA Jember* dapat terselesaikan. Penyusunan skripsi ini merupakan salah satu tahap untuk menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan terkait gambaran status kebutuhan pelayanan, kebutuhan relatif, jenis pelayanan, dan pelayanan terkordinasi yang dilakukan di Lembaga Pemasarakatan Kelas II A Jember, sehingga nantinya dapat menjadi bahan pertimbangan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam upaya mengendalikan penyakit *scabies* di lembaga pemasarakatan.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Christyana Sandra, S.KM.,M.Kes dan Ibu Ellyke, S.KM.,M.KL selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini. Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes selaku Ketua Bagian Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dan Ketua Penguji,
3. Bapak Sarju Wibowo, Bc.IP.SH.MH selaku Kepala Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Jember yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian;
4. Bapak Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes selaku Sekertaris Penguji;
5. Bapak Bambang Hariyanto, S.H selaku Penguji Anggota;
6. Ibu Rahayu Sri Pujiati, S.KM, M.Kes selaku dosen pembimbing akademik;
7. Guru-guru saya mulai Taman Kanak-kanan (TK) sampai Perguruan Tinggi atas segala ilmu, nasehat, pengalaman, bimbingan dan pengajaran yang telah diberikan hingga saya bisa sampai pada gerbang awal memasuki dunia kerja;

8. Ibu Nurul Ainiyah, Bapak Zarqoni, Kakek Syafa'at, Nenek Faidah dan Mulasihah, dan saudara perempuan saya Zumrotul Fikriyah dan Fatihatus Sa'adah terimakasih atas setiap doa, ilmu, cinta, kasih sayang, kesabaran, kebahagiaan, serta pengorbanan yang telah diberikan hingga detik ini;
9. Sahabat-sahabatku terkasih dan tersayang Ummi Khoirul Hafidzah, Rizka Huwaidah, Izzania Oktaviani, Rizaldy Yudistira, Nanda Iskandar U, Taufiqur Rahman, Ulfa Wulandari, Ika Fitri S, Zahrotul Fully A, Faza Qonitatul'an, Wiwin Barokatul, Fitria Khusnul, Riya Alvianita, Ika Lutfiana R, Maflukhi Bintan, Rifana Ifada, Yuniar, Kiki Amaliyah, Nia Putri Nilamsari, Nophelia Herela, Hasritatun Rizkiyah, Iin Listiana, Eva Diana, Shofia Latifah, Risma Novia, Mya Sakti O, Mas Amaliyah, Evi Dwi Atika, Agung Dwi Hermanto yang telah banyak membantu dan memberikan semangat, nasehat, masukan, arahan, kasih sayang dan kebahagiaan selama proses penyusunan skripsi;
10. Teman-teman BEM 2014, Teman-teman AKK 2017, Teman-teman PBL 2017, Teman-teman Arkesma 2014, Teman-teman angkatan 2014, dan mahasiswa FKM yang telah memberikan bantuan, dukungan dan semangat;
11. Almamaterku tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember sebagai tempat saya mengemban ilmu dan menempa diri untuk mempersiapkan masuk dalam dunia kerja;
12. Serta semua pihak yang terlibat dalam proses penyempurnaan proposal ini yang tidak dapat disebutkan satu-persatu.

Skripsi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan. Oleh karena itu, kami dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, 27 September 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
SKRIPSI	i
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
SKRIPSI	vi
PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR SINGKATAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Lembaga Pemasarakatan	8
2.1.1 Pengertian Lembaga Pemasarakatan	8
2.1.2 Hak dan Kewajiban Narapidana Dan Anak Didik Pemasarakatan	9
2.1.3 Pelayanan Kesehatan Di Lembaga Pemasarakatan.....	11
2.1.4 Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Di Lembaga Pemasarakatan	15
2.2 Pengertian Sehat	18

2.3 Pelayanan Kesehatan	18
2.4 Kebutuhan (Need) Terhadap Pelayanan Kesehatan	19
2.4.1 Predisposisi (<i>Predisposing</i>).....	20
2.4.2 Pemungkin (<i>Enabling</i>)	20
2.4.3 Kebutuhan (<i>Need</i>)	21
2.5 Need Assesment	21
2.5.1 Pengertian <i>Need Assesment</i>	21
2.5.2 Pentingnya <i>Need Assesment</i>	22
2.5.3 Cara Melakukan <i>Need Assesment</i>	22
2.6 Skabies	30
2.6.1 Gambaran Umum	30
2.6.2 Pengertian Skabies	31
2.6.3 Etiologi	31
2.6.4 Morfologi dan Daur Hidup.....	32
2.6.5 Patogenesis	32
2.6.6 Diagnosis	33
2.6.7 Pengobatan	35
2.6.8 Epidemiologi	35
2.7 Kerangka Teori	37
2.8 Kerangka Konsep	38
BAB 3. METODE PENELITIAN	39
3.1 Jenis Penelitian	39
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	39
3.3 Populasi, Sampel Penelitian dan Teknik Pengambilan Sampel	39
3.3.1 Populasi Penelitian	39
3.3.2 Sampel dan Besar Sampel Penelitian	40
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	41
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	41
3.4.1 Variabel Penelitian	41
3.4.2 Definisi Operasional.....	41
3.5 Data dan Sumber Data	43
3.5.1 Data Primer	43
3.5.2 Data Sekunder	44

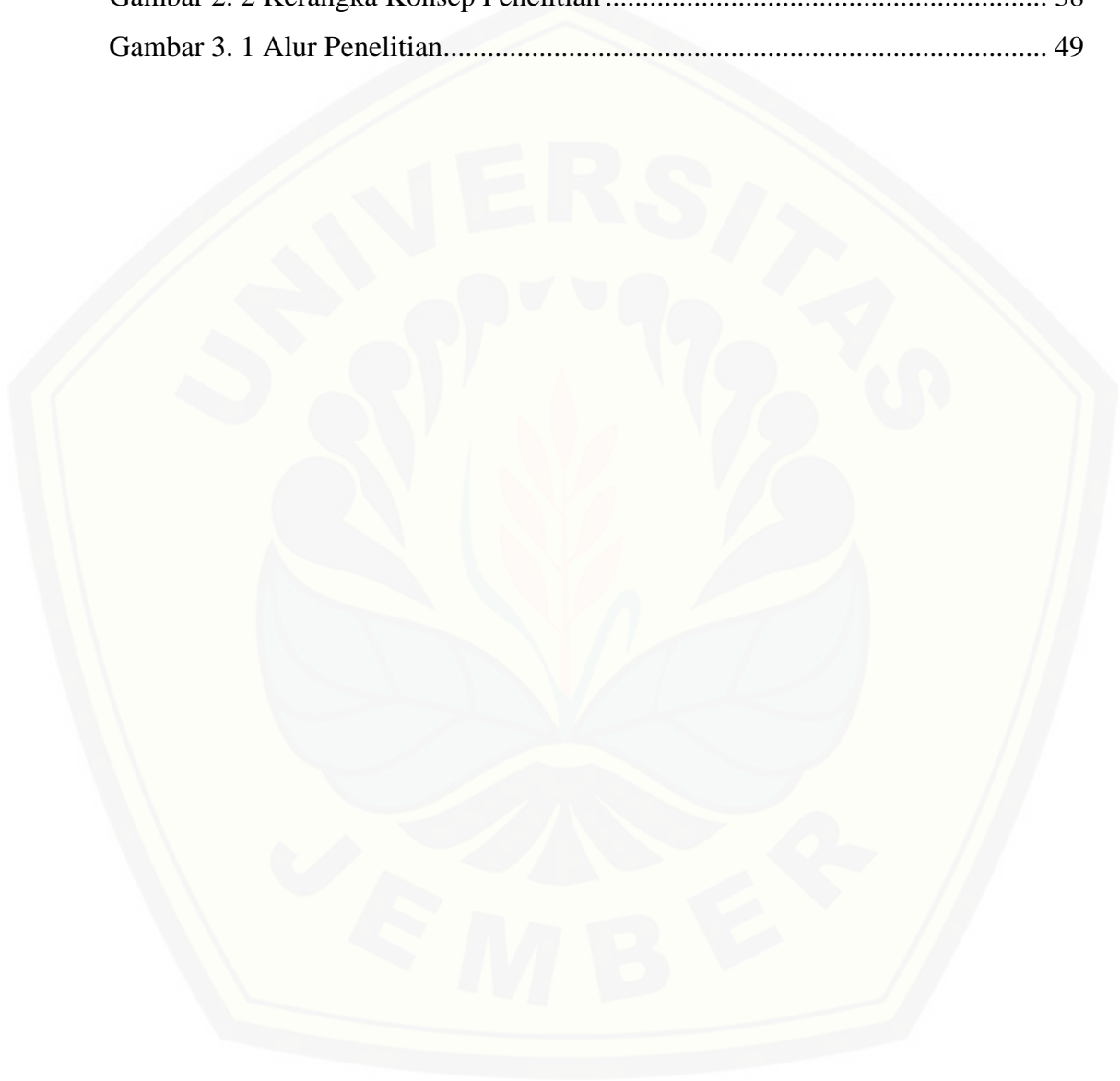
3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data	44
3.6.1 Teknik Perolehan Data	44
3.6.2 Instrumen Perolehan Data	45
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data	45
3.7.1 Teknik Penyajian Data	45
3.7.2 Analisis Data	46
3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen	47
3.9 Alur Penelitian	49
BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	50
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	66
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN	76

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. 1 Data Kejadian Penyakit di Lapas Kelas IIA Jember.....	4
Tabel 3. 1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	42
Tabel 4. 1 Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan	52
Tabel 4. 2 Distribusi Persepsi Individu terhadap Kebutuhan Pelayanan	54
Tabel 4. 3 Distribusi Status Kebutuhan Pelayanan	54
Tabel 4. 4 Distribusi Kebutuhan Relatif	55
Tabel 4. 5 Distribusi Jenis Pelayanan	56
Tabel 4. 6 Distribusi Pelayanan Terkoordinasi	56

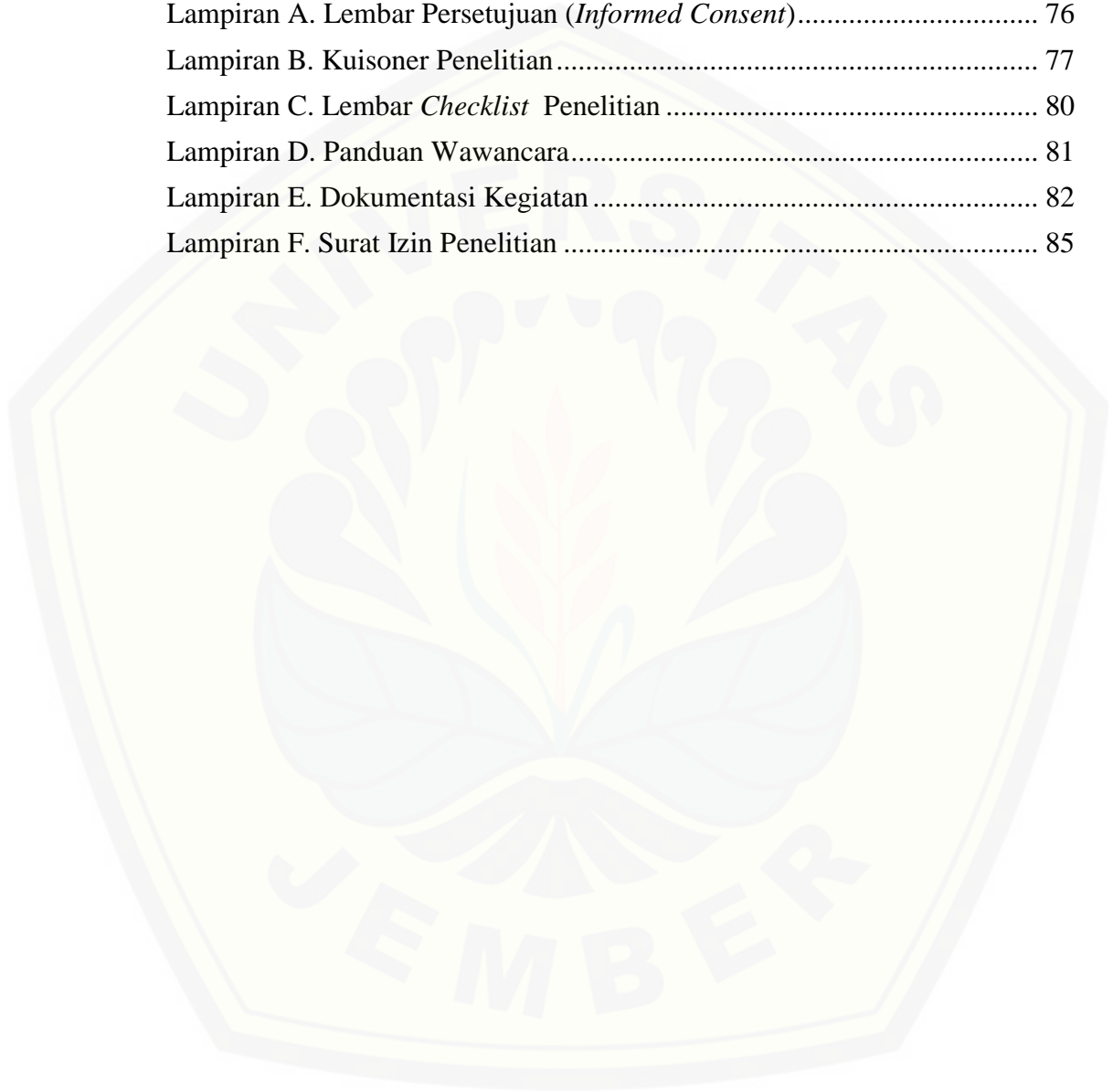
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2. 1 Kerangka Teori Penelitian.....	37
Gambar 2. 2 Kerangka Konsep Penelitian	38
Gambar 3. 1 Alur Penelitian.....	49



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	76
Lampiran B. Kuisioner Penelitian.....	77
Lampiran C. Lembar <i>Checklist</i> Penelitian.....	80
Lampiran D. Panduan Wawancara.....	81
Lampiran E. Dokumentasi Kegiatan.....	82
Lampiran F. Surat Izin Penelitian.....	85



DAFTAR SINGKATAN

AKK	:	Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
CCCNA	:	<i>Client Centred Community Needs Assessment</i>
FKM	:	Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
HAM	:	Hak Asasi Manusia
IDI	:	Ikatan Dokter Indonesia
Kemenkumham	:	Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia
LAPAS	:	Lembaga Pemasyarakatan
LSM	:	Lembaga Swadaya Masyarakat
NGO	:	<i>Non Government Organisation</i>
Permenkumham	:	Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia
PHBS	:	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PUSKESMAS	:	Pusat Kesehatan Masyarakat
RSUD	:	Rumah Sakit Umum Daerah
RUTAN	:	Rumah Tahanan
S1	:	Strata Satu
TK	:	Taman Kanak-kanak
TUPOKSI	:	Tugas Pokok dan Fungsi
UPT	:	Unit Pelayanan Teknis
WHO	:	<i>World Health Organisation</i>

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu aspek terpenting dalam tatanan sosial kemasyarakatan yang menjadi kebutuhan pokok seluruh masyarakat agar tidak terjadi kesakitan baik secara fisik, mental, sosial, dan terhindar dari kecacatan (Suyono dan Budiman, 2010:1). Pencapaian derajat kesehatan masyarakat dapat dilakukan dengan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dengan disediakan fasilitas pelayanan kesehatan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat sebagai sarana penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Kegiatan peningkatan derajat kesehatan masyarakat harus dilakukan secara non diskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia, 2011:4).

Pelayanan kesehatan merupakan produk yang dihasilkan oleh suatu produsen baik provider maupun institusi kesehatan dalam bentuk barang atau jasa (Retnaningsih, 2013:29). Pelaksanaannya harus dilakukan secara menyeluruh tanpa memandang status dan kedudukan bagi seluruh masyarakat Indonesia tak terkecuali bagi mereka yang sedang mengalami hukuman di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) dan Rumah Tahanan (Rutan) dengan cara penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan oleh pemerintah di seluruh wilayah mulai dari unit pusat sampai ke Unit Pelaksana Teknis (UPT) pada Lingkungan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia (Kemenkumham) (Tando, 2013:150 dan Kemenkumham, 2011:5).

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1999 menyebutkan lembaga yang berada dibawah naungan Kemneterian Hukum dan Hak Asasi Manusia harus melaksanakan pelayanan kesehatan. Salah satunya yaitu Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) yang merupakan tempat pegawai negeri sipil bidang pemasyarakatan melakukan pembinaan dan pemberdayaan kepada narapidana dan anak didik pemasyarakatan khususnya pada pemberian pelayanan kesehatan yang terdiri dari upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Pelayanan kesehatan tersebut dapat terpenuhi dengan penyediaan poliklinik dan fasilitasnya sekaligus dokter dan tenaga kesehatan lainnya dengan tujuan mengontrol kondisi kesehatan warga binaan yang mengalami kesakitan baik penyakit menular maupun tidak menular yang membahayakan sehingga bisa dilakukan pemeriksaan dan perawatan secara intensif.

Narapidana dan tahanan yang merupakan warga binaan pemasyarakatan sangat rentan terhadap serangan berbagai macam penyakit karena kehidupan di Lapas yang kurang layak (Wirawan *et al*, 2011:60). Data profil kesehatan Indonesia tahun 2011 menyebutkan penyakit kulit dan jaringan subkutan lainnya menempati urutan ke 3 pada 10 besar penyakit pasien rawat jalan di rumah sakit. Data Kementerian Hukum dan HAM RI Kantor Wilayah Sumatera Utara Lapas Anak Medan tahun 2013 menyebutkan penyakit yang terbanyak ditemukan diantaranya adalah penyakit kulit, demam, ISPA, anemia, dan sakit gigi. Hasil laporan data kesehatan tahun 2006 dan 2007 yang diterima Direktorat Jenderal Pemasyarakatan menunjukkan bahwa penyakit kulit menempati urutan pertama dari 10 besar penyakit di Lapas dan Rutan seluruh Indonesia. Berdasarkan laporan Lapas, LPKA, Rutan dan Cabang Rutan sampai bulan Juni 2016 penyakit kulit menempati urutan ketiga dari sepuluh penyakit terbanyak yang diderita (Kemenkumham, 2016). Penelitian lain mengenai data angka kesakitan di Lembaga Pemasyarakatan Kelas IIA Ambarawa tahun 2014 menunjukkan 3 penyakit yang sering terjadi di Lapas yaitu *scabies* dengan persentase 59,2%, ISPA 39,4% dan hipertensi 7% (Humananda *et al*, 2014:3).

Wirya dan Permatas (2017:11) menyatakan tingginya kejadian penyakit di Lapas diakibatkan lebihnya kapasitas warga binaan, pelayanan kesehatan belum terstandart, tidak terdapat pelayanan kesehatan dan penundaan pemberian layanan kesehatan. Penelitian lain yang dilakukan oleh Humananda *et al.*, (2014:3) menyatakan tingginya penghuni Lapas menyebabkan kelebihan kapasitas yang berdampak pada buruknya kondisi kesehatan warga binaan, memburuknya suasana psikologis warga binaan, mudah terjadi konflik antar penghuni, pembinaan tidak berjalan sesuai ketentuan dan terjadi pemborosan anggaran. Penelitian lain yang dilakukan oleh Kouotou *et al.*, (2014:40) pada penjara

Kamerun di Afrika Sub-Sahara menyatakan kondisi penjara yang kelebihan kapasitas, adanya pergaulan bebas, kebersihan yang buruk, kualitas hidup yang rendah dan rendahnya pelayanan kesehatan menyebabkan terjadinya peningkatan penyakit menular antara penghuni. Menurut Mareta (2016:180) menyatakan kebutuhan yang dirasakan terhadap pelayanan kesehatan merupakan penjumlahan dari kebutuhan fisiologis dan psikologis individu terhadap suatu pelayanan kesehatan yang timbul bila individu menginginkan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan data studi pendahuluan yang menjelaskan permasalahan kesehatan yang terjadi di Lembaga Pemasyarakatan, maka peneliti melakukan observasi awal pada 3 Lembaga Pemasyarakatan untuk mengetahui tingkat urgensi penyelesaian masalah pada tempat yang dipilih dengan membandingkan keadaan pada 3 lapas yang bertempat di Kabupaten Lumajang, Jember, dan Banyuwangi. Dari ke-3 Lembaga Pemasyarakatan tersebut, Lapas Kelas IIB Lumajang tidak dipilih sebagai tempat penelitian karena hambatan perizinan. Sedangkan untuk Lapas Banyuwangi berdasarkan data Laporan Bulanan jumlah hunian menunjukkan peningkatan hunian dari tahun 2015 sampai 2017 dengan rata-rata jumlah 712 orang tahun 2015, 752 orang tahun 2016 dan 836 orang tahun 2017. Namun hal ini tidak diikuti dengan peningkatan jumlah kejadian penyakit pada tahun 2016 ke 2017 yang mengalami penurunan dari rata-rata jumlah kejadian 705 orang menjadi 634 orang. Selain itu jika dilihat dari tenaga kesehatan Lapas Banyuwangi sudah memiliki 3 tenaga kesehatan di dalam polikliniknya.

Data Laporan Bulanan Lapas Kelas IIA Jember menyebutkan Jumlah penghuni Lapas Kelas IIA Jember juga mengalami peningkatan dari tahun 2015 sampai 2017 dengan rata-rata jumlah penghuni 538 orang tahun 2015, 591 orang tahun 2016 dan 764 orang tahun 2017. Tingginya jumlah penghuni Lapas yang terus meningkat juga diikuti dengan peningkatan kejadian penyakit dari tahun 2016 ke 2017 dengan jumlah rata-rata kejadian dari 241 ke 424 sampai akhir bulan September 2017. Peningkatan jumlah penghuni lapas yang terjadi tidak sebanding dengan jumlah tenaga kesehatan yang hanya berjumlah 1 orang sampai Februari 2018 dan pada Maret 2018 sudah ada penambahan 1 tenaga kesehatan

namun masih dalam kondisi penyesuaian. Berdasarkan hasil observasi awal yang dilakukan, maka peneliti memilih Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Jember untuk dijadikan tempat penelitian karena tingginya penyakit *scabies* dan jumlah penghuni meningkat.

Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Jember merupakan salah satu Lapas yang melakukan pelayanan kesehatan secara mandiri dengan penyediaan poliklinik dan juga bekerjasama dengan Pusat Kesehatan Masyarakat Patrang (Puskesmas Patrang), Rumah Sakit Paru Jember, dan Ikatan Dokter Indonesia (IDI). Dalam pelaksanaannya, pelayanan kesehatan yang diberikan ternyata belum terstandar karena terdapat ketidaksesuaian jumlah tenaga kesehatan dengan jumlah 2 orang, berprofesi dokter gigi dan perawat yang harus melayani kesehatan kurang lebih 830 warga binaan per tanggal 10 April 2018 dan belum ada dokter umum untuk melakukan pelayanan kesehatan. Selain itu ketidaklengkapan fasilitas seperti belum adanya ruang untuk rawat inap juga menjadikan pelayanan kesehatan yang ada pada lapas ini belum terstandar. Belum terstandarnya pelayanan yang diberikan diduga menyebabkan peningkatan kejadian penyakit dari tahun 2016 ke tahun 2017. Data kejadian penyakit di Lapas Kelas IIA Jember menunjukkan penyakit *scabies* memiliki nilai penyakit tertinggi mulai tahun 2015 sampai dengan tahun 2017 dengan jumlah rata-rata 227 kejadian tahun 2015, 64 kejadian tahun 2016 dan 197 kejadian tahun 2017 dengan peningkatan kasus dari tahun 2016 ke tahun 2017 yang disajikan dalam tabel 1.1 berikut:

Tabel 1. 1 Data Kejadian Penyakit di Lapas Kelas IIA Jember

No	Penyakit	Tahun 2015	Tahun 2016	Tahun 2017	Keterangan
1.	Scabies	227	64	197	Tertinggi 1
2.	Ispha	24	5	18	
3.	Diare	29	23	106	Tertinggi 3
4.	Tipes	11	7	25	
5.	Asma	14	-	-	
6.	Darah Tinggi	10	-	-	
7.	Gigi	4	10	11	
8.	Tb	1	4	2	
9.	Lainnya	70	52	56	Tertinggi 2

Peningkatan kejadian penyakit dari tahun 2016 ke tahun 2017 dan 2018 ini menjadi masalah yang harus diatasi khususnya pada penyakit *scabies* yang tetap

menempati urutan pertama kasus penyakit tertinggi di Lapas. Beberapa penelitian menjelaskan banyaknya penyakit *scabies* dilapas disebabkan oleh beberapa hal, salah satunya yaitu hunian padat yang tidak diimbangi dengan pelayanan kesehatan terstandart Wirya dan Permatas (2017:11). Kamar tidur di Lapas Kelas IIA Jember terdiri dari 4 blok dengan ketentuan Blok A untuk tahanan, Blok B dan C untuk narapidana dan Blok D untuk wanita. Peneliti dalam penelitian ini memfokuskan pada Blok B dan C yang terdiri dari narapidana, karena untuk Blok A yang terdiri dari tahanan mereka masih memiliki status terdakwa atau tersangka, sedangkan untuk Blok D yaitu wanita tidak diteliti karena jumlahnya sedikit dan lebih dominan yang laki laki. Blok B dan C dipilih sebagai tempat untuk penelitian karena blok B merupakan blok yang paling padat dibandingkan dengan blok A, selain itu blok ini diisi oleh narapidana yang statusnya sah menjadi tanggung jawab Lapas.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan petugas kesehatan di Lapas Kelas IIA Jember menyatakan kejadian penyakit *scabies* yang tinggi diakibatkan adanya pelayanan kesehatan yang kurang layak dan diikuti dengan kurangnya Sumber Daya Manusia sebagai tenaga kesehatan. Hal ini menjadi perhatian khusus karena keadaan poliklinik di Lapas Jember belum terstandar sesuai Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Nomor M.Hh.02.Um.06.04 Tahun 2011. Pelayanan kesehatan yang kurang maksimal di Lapas Kelas IIA Jember mendorong tingginya kejadian penyakit *scabies*, selain itu akibat penempatan warga binaan yang sakit dan tidak sakit kurang diperhatikan karena padatnya hunian mendorong tingginya kejadian penyakit di Lapas khususnya pada penyakit *scabies* yang menjadi penyakit tertinggi di lapas dari tahun 2015-2017. Sehingga peneliti tertarik untuk meneliti Kebutuhan (*Need*) Terhadap Pelayanan Kesehatan Pada Penderita Penyakit *Scabies* di Lembaga Pemsarakatan (Lapas) Kelas IIA Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Gambaran Kebutuhan (*Need*) terhadap Pelayanan Kesehatan pada Penderita Penyakit *Scabies* di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) kelas IIA Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan Kebutuhan (*Need*) terhadap Pelayanan Kesehatan pada Penderita Penyakit *Scabies* di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) kelas IIA Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi persepsi individu terhadap pelayanan kesehatan pada penderita penyakit *scabies* di Lapas kelas IIA Jember.
- b. Menggambarkan variabel status kebutuhan pelayanan terhadap pelayanan kesehatan pada penderita penyakit *scabies* di Lapas kelas IIA Jember.
- c. Menggambarkan variabel kebutuhan relatif terhadap pelayanan kesehatan pada penderita penyakit *scabies* di Lapas kelas IIA Jember.
- d. Menggambarkan variabel jenis pelayanan yang diperlukan pada pelayanan kesehatan pada penderita penyakit *scabies* di Lapas kelas IIA Jember.
- e. Menggambarkan variabel Pelayanan terkordinasi pada pelayanan kesehatan pada penderita penyakit *scabies* di Lapas kelas IIA Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Memberikan tambahan ilmu pengetahuan khususnya pada bidang ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK) mengenai gambaran kebutuhan (*need*) terhadap pelayanan kesehatan di Lembaga Pemasyarakatan.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Manfaat penelitian ini bagi peneliti adalah dapat menambah pengetahuan dan kemampuan peneliti mengenai gambaran kebutuhan (*need*) terhadap pelayanan kesehatan dengan penyakit *scabies* di Lembaga Pemasarakatan (Lapas).

b. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya pada warga binaan pemsarakatan dengan mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dari fasilitas pelayanan kesehatan yaitu poliklinik yang ada di Lapas.

c. Bagi Instansi Kesehatan dan Petugas Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu referensi kajian untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pada poliklinik yang ada di Lapas.

d. Bagi Pendidikan Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu referensi kajian atau *study* pustaka tambahan untuk penelitian selanjutnya berkaitan dengan gambaran kebutuhan (*need*) terhadap pelayanan kesehatan pada penderita penyakit *scabies* di Lembaga Pemasarakatan (Lapas).

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Lembaga Pemasyarakatan

2.1.1 Pengertian Lembaga Pemasyarakatan

Pemasyarakatan merupakan kegiatan untuk melakukan pembinaan warga binaan pemasyarakatan berdasarkan sistem, kelembagaan dan cara pembinaan yang merupakan bagian akhir dari sistem pemidanaan dalam tata peradilan pidana (Asmarawati, 2015: 195). Kegiatan pembinaan tersebut dilaksanakan oleh sebuah lembaga yang bernama lembaga pemasyarakatan. Eksistensi lembaga pemasyarakatan diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 1995 tentang pemasyarakatan yang menjelaskan Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) adalah tempat dimana dilaksanakan pembinaan narapidana dan anak didik pemasyarakatan oleh petugas pemasyarakatan yang merupakan pegawai negeri sipil yang melaksanakan tugas dibidang pemasyarakatan (Asmarawati, 2013: 162).

Lembaga Pemasyarakatan merupakan lembaga yang dahulu dikenal dengan rumah penjara yang merupakan tempat orang-orang yang telah dijatuhi pidana dengan pidana-pidana tertentu oleh hakim, lembaga pemasyarakatan bukan tempat semata-mata untuk memidana orang, melainkan juga sebagai tempat untuk membina atau mendidik orang-orang terpidana agar setelah menjalankan pidana mempunyai kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan kehidupan di luar lembaga pemasyarakatan sebagai warga negara yang baik dan taat pada hukum (Asmarawati, 2013: 24). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 1995 menyatakan Lembaga pemasyarakatan merupakan lembaga yang menjalankan sistem pemasyarakatan sebagai suatu tatanan mengenai arah dan batas serta cara pembinaan Warga Binaan Pemasyarakatan berdasarkan Pancasila yang dilaksanakan secara terpadu antara pembina, yang dibina, dan masyarakat untuk meningkatkan kualitas Warga Binaan Pemasyarakatan agar menyadari kesalahan, memperbaiki diri, dan tidak mengulangi tindak kesalahan yang pernah dilakukan, kembali pada lingkungan masyarakat, berperan aktif dalam

pembangunan, dan dapat hidup secara wajar sebagai warga yang baik dan bertanggung jawab.

2.1.2 Hak dan Kewajiban Narapidana Dan Anak Didik Pemasarakatan

Hak merupakan tuntutan yang dimiliki seseorang terhadap suatu hal baik barang atau jasa dengan dasar keadilan, moralitas dan atau legalitas untuk mengatur kehidupan sesuai keputusan yang telah dibuat berdasarkan konsep benar dan salah serta baik dan buruk yang dipengaruhi beberapa faktor seperti hubungan sosial, orang tua, kebudayaan dan informasi (Suhaemi, 2004: 24). Hak dan kewajiban adalah hubungan timbal balik dalam kehidupan sosial sehari-hari. Hak pasti berhubungan dengan individu yaitu pasien, sedangkan petugas kesehatan mempunyai kewajiban terhadap pasien. Sehingga hak adalah sesuatu yang diterima oleh pasien sedangkan kewajiban adalah sesuatu yang dapat diberikan oleh petugas kesehatan. Namun hak dan kewajiban ini bisa dimiliki oleh semua manusia baik pasien, petugas kesehatan dan profesi lainnya (Farelya dan Nurrobikha, 2015: 14).

Hak dan kewajiban harus terpenuhi bagi seluruh masyarakat Indonesia khususnya bagi warga binaan pemsarakatan yang tinggal di lembaga pemsarakatan, berikut merupakan hak dan kewajiban narapidanan dan anak didik pemsarakatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1995 Tentang Pemsarakatan dan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1999 Tentang Syarat dan Tata Cara Pelaksanaan Hak Warga Binaan Pemsarakatan antara lain:

a. Hak Warga Binaan pemsarakatan

- 1) Melakukan ibadah sesuai dengan agama atau kepercayaannya
Ibadah dapat dilaksanakan didalam Lapas maupun diluar Lapas sesuai program pembinaan yang ada di Lapas.
- 2) Mendapat perawatan, baik perawatan rohani maupun jasmani
Perawatan rohani dapat diberikan melalui bimbingan rohani dan pendidikan budi pekerti oleh petugas yang telah ditetapkan kepala Lapas, dalam

pelaksanaannya maka kepala Lapas melakukan kerjasama dengan instansi terkait, badan kemasyarakatan atau perorangan. Perawatan jasmani yang berhak didapatkan warga binaan pemasyarakatan adalah kesempatan melakukan olah raga dan rekreasi, mendapatkan perlengkapan pakaian dan mendapatkan perlengkapan tidur dan mandi.

3) Mendapatkan pendidikan dan pengajaran

Pendidikan dan pengajaran dilaksanakan didalam Lapas sesuai kurikulum yang berlaku pada lembaga pendidikan yang sederajat, apabila warga binaan pemasyarakatan membutuhkan pendidikan dan pengajaran lebih lanjut yang tidak tersedia didalam Lapas maka dapat dilaksanakan diluar lapas. Dalam melaksanakan pendidikan dan pengajaran kepala Lapas dapat bekerjasama dengan instansi pemerintah yang lingkup tugasnya meliputi bidang pendidikan dan kebudayaan dan atau badan-badan kemasyarakatan yang bergerak dibidang pendidikan dan pengajaran.

4) Mendapatkan pelayanan kesehatan dan makanan yang layak

Warga binaan pemasyarakatan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak meliputi upaya *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan *rehabilitatif* dengan disediakannya poliklinik beserta fasilitasnya dan sekurang-kurangnya seorang dokter dan seorang tenaga kesehatan lainnya.

5) Menyampaikan keluhan

Keluhan yang dapat disampaikan adalah keluhan atas perlakuan petugas atau sesama penghuni terhadap dirinya yang benar-benar dirasa mengganggu hak asasi atau hak-hak warga binaan pemasyarakatan yang disampaikan secara lisan atau tulisan dengan tetap memperhatikan tata tertib Lapas.

6) Mendapatkan bahan bacaan dan mengikuti siaran media massa lainnya yang tidak dilarang

Bahan bacaan dan media masa yang disediakan dalam Lapas berupa media cetak dan media elektronik yang menunjang program pembinaan kepribadian dan kemandirian warga binaan dan tidak bertentangan dengan ketentuan peraturan perundangan yang berlaku.

7) Mendapatkan upah atau premi atas pekerjaan yang dilakukan

- 8) Menerima kunjungan keluarga, penasihat hukum, atau orang tertentu lainnya;
- 9) Mendapatkan pengurangan masa pidana (remisi);
- 10) Mendapatkan kesempatan berasimilasi termasuk cuti mengunjungi keluarga;
- 11) Mendapatkan pembebasan bersyarat;
- 12) Mendapatkan cuti menjelang bebas; dan
- 13) Mendapatkan hak-hak lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2.1.3 Pelayanan Kesehatan Di Lembaga Pemasyarakatan

Pelayanan kesehatan merupakan setiap bentuk pelayanan atau program kesehatan baik *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan *rehabilitatif* yang ditujukan pada pegawai dan keluarganya serta warga binaan pemasyarakatan dan dilaksanakan baik secara perseorangan maupun secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang merata bagi warga binaan pemasyarakatan di lingkungan Kementerian Hukum Dan Ham maka diperlukan tenaga kesehatan yang merata. Pelayanan kesehatan yang diberikan dalam Lembaga Pemasyarakatan meliputi pelayanan kesehatan *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan *rehabilitatif* yang dijelaskan sebagai berikut:

a. Pelayanan kesehatan *promotif*

Pelayanan kesehatan *promotif* adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.

Bentuk kegiatan ini meliputi penyuluhan dengan berbagai metode yang dapat digunakan. Berdasarkan Peraturan Menteri Hukum dan HAM tahun 2011 tentang pedoman pelayanan kesehatan di lingkungan Kementerian Hukum dan HAM, metode yang dapat digunakan adalah penyuluhan metode ceramah dan pelatihan.

b. Pelayanan kesehatan *preventif*

Pelayanan kesehatan *preventif* adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit. Bentuk kegiatan yang harus dilakukan berdasarkan peraturan ini meliputi:

- 1) *Screening* awal terdiri dari Pemeriksaan fisik, Laboratorium, Rontgen (sesuai indikasi);
- 2) Pemeriksaan fisik berkala dan berkesinambungan.

Menurut *Islamic Republic of Afghanistan Ministry of Public Health*, 2015 strategi yang digunakan untuk pelayanan kesehatan pada penyakit *scabies* salah satunya adalah surveilans epidemiologi dengan kegiatan yang dilakukan yaitu:

- 1) Pemeriksaan medis awal terhadap tahanan baru

Setiap narapidana baru harus diperiksa di titik kedatangan penjara. File medis/rekam medis harus diisi dan diajukan untuk masing-masing narapidana. narapidana yang dicurigai atau dikonfirmasi penyakit yang sangat menular (seperti TB atau *scabies*) harus diisolasi secara medis selama waktu mereka dirawat.

- 2) Kunjungan reguler ke sel untuk deteksi kasus aktif

c. Pelayanan kesehatan *kuratif*

Pelayanan kesehatan *kuratif* adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditunjukkan untuk penyembuhan penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.

Teknis pelayanan yang dilakukan harus melakukan pengobatan sesuai standart pelayanan medik dengan jenis pelayanan unit gawat darurat, unit rawat inap, dan unit rawat jalan pada penatalaksanaan 10 penyakit terbanyak di Lapas yaitu ISPA, penyakit kulit, tuberculosis, HIV/AIDS, gastritis, hipertensi, rematik, typhoid, malaria, dan diabetes mellitus.

d. Pelayanan kesehatan *rehabilitatif*

Pelayanan kesehatan *rehabilitatif* adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk

dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuan. Jenis kegiatan yang harus dilakukan difokuskan untuk mental dan fisik dengan pelaksana dokter umum, dokter spesialis, psikologi, dan fisiotherapi.

Pelayanan kesehatan ditujukan kepada pegawai dan keluarganya serta warga binaan pemasyarakatan di lingkungan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia. Agar pelayanan kesehatan terwujud secara optimal, dalam pelaksanaannya diperlukan keterpaduan sistem pelayanan kesehatan yang meliputi:

a. Sumber Daya Manusia di Bidang Kesehatan

Kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dilakukan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki. Oleh karena itu, perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan perlu mendapat perhatian dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Untuk mendapatkan pemerataan pelayanan kesehatan, perlu diatur penempatan tenaga kesehatan.

b. Unit Pelayanan Kesehatan

Kegiatan pelayanan kesehatan di lingkungan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia dilaksanakan di unit pelayanan kesehatan. Walaupun terdapat Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang membantu pelayanan kesehatan terutama di Rutan/Lapas yang berada di daerah, tetapi kemandirian pelayanan kesehatan di unit pelayanan kesehatan tetap diperlukan khususnya bagi warga binaan pemasyarakatan dalam lingkungan tertutup dan dengan birokrasi yang mengikutinya.

c. Upaya Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya sehingga diperlukan kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

d. Sistem Rujukan

Pelayanan kesehatan di lingkungan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia terutama di Rutan/Lapas ada kalanya memerlukan sistem rujukan. Sistem rujukan dilakukan dalam hal pengiriman dan penerimaan pasien ke tempat rujukan. Sistem rujukan membutuhkan kerja sama yang resmi antara pihak Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia dengan pihak lain seperti PT. ASKES. Puskesmas wilayah kerja, dinas kesehatan, pemerintah daerah setempat dan rumah sakit. Oleh karena itu perlu dibangun kerjasama yang resmi dengan pihak-pihak yang terkait dengan upaya pelayanan kesehatan untuk mempermudah pelaksanaan sistem rujukan pasien.

e. Obat-obatan dan Peralatan Kesehatan

Obat-obatan dan peralatan kesehatan yang memadai sangat diperlukan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Di Rutan/Lapas, perputaran warga binaan pemasyarakatan dari satu unit pelaksana teknis ke unit pelaksana teknis yang lain dan banyaknya jenis penyakit memerlukan perencanaan yang matang dalam menentukan kebutuhan obat dan peralatan kesehatan serta pengadaannya.

f. Pendanaan Kesehatan

Meningkatnya jumlah warga binaan pemasyarakatan dan perputaran keluar masuk Rutan/Lapas memerlukan pertimbangan tersendiri dalam pembiayaan kesehatan di Rutan/Lapas. Selain itu, pegawai Rutan/Lapas sebagai petugas di lapangan mempunyai risiko pekerjaan yang tinggi juga memerlukan penanganan dan pendanaan tersendiri.

Peningkatan penyakit berdampak langsung pada tingginya angka kesakitan di Rutan/Lapas sebagai dampak peningkatan kriminalitas dan pelanggaran hukum. Meningkatnya berbagai macam penyakit tersebut selain membutuhkan penanganan kesehatan jangka panjang juga membutuhkan biaya pelayanan kesehatan yang cukup besar pula.

g. Pencatatan Pelaporan

Pencatatan pelaporan diperlukan untuk tersedianya data dan informasi kesehatan. Dukungan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dalam pengembangan sistem informasi kesehatan terpadu dan menyeluruh sangat

diperlukan untuk peningkatan pelayanan kesehatan yang maju dan berkesinambungan. Sistem informasi yang diperlukan antara lain sistem informasi kesehatan terpadu pegawai, warga binaan pemasyarakatan. Sistem surveilans penyakit menular terutama di Rutan/Lapas, sistem jaringan penelitian dan pengembangan kesehatan di lingkungan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia.

2.1.4 Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Di Lembaga Pemasyarakatan

a. Sumber Daya Manusia Di Bidang Kesehatan

1) Pengertian

Sumber daya manusia di bidang kesehatan adalah potensi tenaga kesehatan yang dapat dikembangkan atau dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

2) Tujuan

Tujuan sumber daya manusia di bidang kesehatan adalah tersedianya tenaga kesehatan yang bermutu secara mencukupi, terdistribusi secara adil serta hermanfaat dalam meningkatkan derajat kesehatan pegawai dan keluarganya serta warga binaan pemasyarakatan yang setinggi-tingginya di lingkungan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia.

3) Unsur Utama

Sistem sumber daya manusia kesehatan terdiri dari 4 (empat) unsur yakni :

- a) Perencanaan tenaga kesehatan baik jenis, jumlah maupun kualifikasi di unit pelayanan kesehatan;
- b) Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sesuai dengan jenis, jumlah dan kualifikasi yang direncanakan;
- c) Pemerataan tenaga kesehatan di unit pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya dan

d) Perijinan tenaga kesehatan.

4) Bentuk Pelaksanaan

a) Perencanaan Tenaga Kesehatan

Jumlah tenaga kesehatan yang dibutuhkan di unit pelayanan kesehatan (disesuaikan dengan kondisi layanan dan kapasitas hunian):

- (1) Dokter : Minimal 1 orang
- (2) Dokter gigi : Minimal 1 orang
- (3) Perawat : Minimal 2 orang
- (4) Bidan : Minimal 1 orang (khusus yang memiliki WBP/Tahanan wanita)
- (5) Asisten Apoteker : Minimal 1 orang
- (6) Analis laboratorium : Minimal 1 orang
- (7) Ahli gizi : Minimal 1 orang
- (8) Psikolog : Minimal 1 orang
- (9) Sanitarian : Minimal 1 orang
- (10) Petugas administrasi : Minimal 2 orang
(pencatatan dan pelaporan)

b) Pendidikan dan pelatihan disesuaikan dengan kebutuhan pada unit pelayanan:

- (1) Pendidikan: jenjang pendidikan spesialis untuk pengembangan pendidikan.
- (2) Pelatihan: VCT dan laboratorium penunjang pemeriksaan HIV untuk Rutan/Lapas, seminar kesehatan, dan lain-lain.

c) Pemerataan tenaga kesehatan di unit pelayanan kesehatan

- (1) UPT tanpa unit pelayanan kesehatan, untuk dilakukan perencanaan pengadaan tenaga kesehatan;
- (2) Bila belum ada unit pelayanan kesehatan, dapat bekerja sama dengan Puskesmas di wilayah kerjanya;
- (3) Kerja sama dilakukan antara kepala unit pelaksana teknis dengan kepala Puskesmas setempat dengan diketahui Kantor Wilayah Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia;

(4) Untuk UPT dengan unit pelayanan kesehatan, kebutuhan tenaga kesehatan disesuaikan dengan kondisi UPT tersebut dan dalam pengembangannya minimal seperti tersebut diatas.

b. Unit Pelayanan Kesehatan

1) Pengertian

Unit pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik promotif, preventif kuratif maupun rehabilitatif baik yang dilakukan oleh pemerintah maupun pemerintah daerah.

2) Tujuan

Tujuan pengadaan unit pelayanan kesehatan adalah tersedianya unit pelayanan kesehatan dengan sarana dan prasarana yang memadai dan terdistribusi secara adil serta bermanfaat dalam pelayanan kesehatan pegawai dan keluarganya serta warga binaan pemasyarakatan di lingkungan kerja Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia.

3) Unsur Utama

Unsur utama terdiri dari:

- a) Perencana unit pelayanan kesehatan mandiri di lingkungan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia;
- b) Sarana dan prasarana yang memadai;
- c) Alat medis dan nonmedis minimal untuk pelayanan kesehatan.

4) Bentuk Pelaksanaan:

a) Perencanaan unit pelayanan kesehatan:

Unit pelayanan kesehatan pada UPT melayani kesehatan Pegawai dan keluarganya serta warga binaan pemasyarakatan. Unit pelayanan kesehatan yang dimaksud adalah unit pelayanan kesehatan tingkat pertama, jumlah dan pemenuhan kebutuhannya disesuaikan dengan kondisi di lingkungan kerja. Keputusan pembentukan unit pelayanan kesehatan ditentukan pemangku kebijakan dengan mempertimbangkan:

- (1) Luas wilayah;
- (2) Kebutuhan;

- (3) Jumlah yang dilayani;
- (4) Pola penyakit;
- (5) Pemanfaatannya dan Kemampuan.

2.2 Pengertian Sehat

Menurut WHO (2006: 1) yang dikatakan sehat adalah suatu keadaan yang lengkap meliputi kesejahteraan fisik, mental dan sosial, bukan semata-mata bebas dari penyakit dan cacat atau kelemahan. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan menjelaskan kesehatan merupakan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Sehat adalah kondisi normal seseorang yang berhubungan dengan hukum alam yang mengatur tubuh, jiwa dan lingkungan berupa udara segar, sinar matahari, diet seimbang, bekerja, istirahat, tidur, santai, kebersihan serta pikiran, kebiasaan dan gaya hidup yang baik sebagai hak kehidupan yang harus dipenuhi (Chandra, 2009:5).

2.3 Pelayanan Kesehatan

2.3.1 Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan *public good* yang merupakan alat pemuas kebutuhan manusia yang pada umumnya penyediannya dilakukan oleh pemerintah dengan pertimbangan bahwa barang dan jasa tersebut dibutuhkan oleh orang banyak misalnya Puskesmas, Rumah Sakit, Apotek, Jembatan, Jalan Raya, Kamar Mandi umum dan sebagainya. Pelayanan kesehatan menghasilkan produk dalam bentuk jasa dengan pemberian tindakan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh satu pihak yang bersifat *tangible* (tidak berwujud) dan tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu (Lubis, 2009:13).

Layanan kesehatan merupakan suatu produk barang atau jasa yang dihasilkan oleh suatu produsen berupa provider ataupun institusi kesehatan

dengan karakteristik unik yang tidak dimiliki oleh barang ekonomi lainnya seperti pemenuhan Hak Asasi Manusia (HAM), *uncertainty*, *consumer ignorance*, eksternalitas, padat karya & padat modal, *mix output*, barang konsumsi/investasi dan restriksi kompetisi (Retnaningsih, 2013:29-34).

2.4 Kebutuhan (*Need*) Terhadap Pelayanan Kesehatan

Kebutuhan (*need*) terhadap pelayanan kesehatan merupakan fungsi dari kesehatan yang bersifat subjektif dan terwujud dari masalah-masalah kesehatan yang tercermin dari gambaran pola penyakit. Penentuan perkembangan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan dapat mengacu pada perkembangan pola penyakit, rendahnya pemanfaatan fasilitas kesehatan, dan lain sebagainya. Kita sering kali melupakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh kebutuhan berdasarkan faktor persepsi (*perceived need*) atau konsep masyarakat tentang sakit (Notoatmodjo, 2012:119).

Kebutuhan (*need*) merupakan sesuatu dinamis yang cenderung terus tumbuh guna memperoleh rasa puas dalam menggunakan layanan kesehatan. *Need* kesehatan masyarakat semakin bertambah seiring dengan masalah kesehatan yang dihadapi, namun hal ini tidak diimbangi dengan kondisi pelayanan saat ini yang terbatas sehingga masyarakat hanya dapat memanfaatkan pelayanan yang ada. Sehingga hal ini tidak sesuai dengan *need* masyarakat yang tidak hanya untuk upaya kuratif tapi juga promotif dan preventif (Supriyanto, 2002). Kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dapat diketahui dengan melakukan penilaian kebutuhan (*Need Assessment*).

Menurut Rush (2013:399) Penilaian kebutuhan adalah kategori pertama dalam evaluasi program. Idealnya, penilaian ini dilakukan sebelum program atau jaringan program direncanakan dan diimplementasikan. Namun, penilaian kebutuhan juga dapat digunakan untuk menjawab pertanyaan tentang bagaimana program yang sudah ada atau jaringan komunitas program harus dirancang ulang untuk memenuhi kebutuhan yang tidak terpenuhi. Penilaian kebutuhan adalah upaya formal dan sistematis untuk menentukan dan membahas, kesenjangan

antara "apa" dan "apa yang seharusnya". Hal ini melibatkan pendokumentasian untuk melihat perbedaan antara hasil saat ini dan hasil yang diinginkan sehingga bila terjadi ketidaksesuaian dapat dilakukan perencanaan dan intervensi program untuk menutup kesenjangan tersebut. Tahap pertama biasanya melakukan perbandingan keadaan yang ada dengan keadaan standar atau "ideal", misalnya, membandingkan kapasitas perawatan saat ini dengan perkiraan kapasitas yang dibutuhkan. Situasi standar atau ideal mungkin didasarkan terutama pada kebutuhan yang dirasakan atau keinginan yang dianjurkan oleh anggota masyarakat umum atau profesional.

Menurut Andersen *et al.*, (1980) dalam Retnaningsih (2013:77) faktor yang menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

2.4.1 Predisposisi (*Predisposing*)

Faktor ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda, hal ini disebabkan adanya ciri-ciri individu yang dapat diukur dari:

- a. Karakteristik masyarakat (umur, jenis kelamin, suku, dan lama tinggal);
- b. Pekerjaan;
- c. Pendidikan;
- d. Pengetahuan tentang kesehatan
- e. Sikap dan manfaat terhadap kesehatan

2.4.2 Pemungkin (*Enabling*)

Faktor ini digunakan untuk melihat kondisi yang membuat seseorang mampu melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan yang terbagi sebagai berikut:

- a. Sumber daya keluarga, seperti penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi keluarga, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

- b. Sumber daya masyarakat, seperti jumlah sarana pelayanan kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan dan lokasi pemukiman.

2.4.3 Kebutuhan (*Need*)

Faktor ini merupakan komponen yang langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Secara operasional kebutuhan dikelompokkan dalam dua kelompok yang terdiri dari kebutuhan berdasarkan persepsi pasien (*perceived need*) dan kebutuhan berdasar kriteria medis (*evaluated need*) yang dijelaskan sebagai berikut:

- a. Persepsi Individu (*Perceived Need*)

Kebutuhan ini diukur berdasarkan persepsi konsumen, khususnya tentang status kesehatan berdasarkan pendapat secara umum, keluhan sakit, rasa ketakutan akan penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita.

- b. Penilaian Klinik (*Evaluated Need*)

Kebutuhan berdasarkan kriteria medis diukur berdasarkan penilaian beratnya penyakit oleh profesional medis seperti dokter yang merawatnya yang tercermin dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter.

2.5 Need Assesment

2.5.1 Pengertian *Need Assesment*

Menurut WHO (2000) *Need Assesment* merupakan alat yang digunakan untuk perencanaan maupun evaluasi program. Dalam penilaian kebutuhan yang dievaluasi adalah:

- a. Kapasitas pelayanan perawatan dimasyarakat dalam kaitannya dengan prevalensi dan gangguan yang dirasakan.
- b. Kombinasi pelayanan yang tepat untuk menanggapi kebutuhan terkait gangguan yang dirasakan.

- c. Kordinasi pelayanan untuk memfasilitasi dalam sistem perawatan, kelancaran transaksi merupakan komponen spesifik dan harus ditindaklanjuti dengan tepat.

2.5.2 Pentingnya *Need Assesment*

Selama dua dekade terakhir, peran penilaian kebutuhan dalam perencanaan layanan dan sistem terhadap gangguan yang dirasakan memiliki pengaruh yang sangat penting. Beberapa faktor yang telah berkontribusi terhadap perkembangan ini adalah:

- a. Perkembangan layanan baru yang mungkin dibutuhkan untuk mengatasi gangguan yang dirasakan dan kondisi layanan yang ada saat ini apakah sudah terkordinasi, efektif, dan efisien.
- b. Peningkatan keragaman komunitas terhadap intervensi yang tersedia. Sehingga dibutuhkan pencocokan pengobatan dengan gangguan yang dirasakan untuk membantu pengambilan keputusan jenis pengobatan yang dibutuhkan.
- c. Meningkatnya pengguna layanan untuk mencari pengobatan
- d. Pelayanan preventif untuk mengatasi gangguan yang dirasakan dan peningkatan keseimbangan pengobata dengan intervensi dini dan pembuatan program berorientasi pencegahan.

2.5.3 Cara Melakukan *Need Assesment*

Pendekatan untuk penilaian kebutuhan dijelaskan dengan menunjukkan bagaimana penilaian kebutuhan bisa digunakan untuk menjawab empat pertanyaan paling sering ditanyakan dalam suatu penilaian kebutuhan proyek. Detail lebih lanjut tentang banyak dari pendekatan ini dapat ditemukan di ulasan terbaru. (DeWit and Rush, 1996) menyatakan empat komponen yang sering dibahas adalah:

- a. Status Kebutuhan Pelayanan

Terdapat dua pendekatan yang dapat menjawab pertanyaan ini dengan berbagai strategi yang berbeda dan dengan keuntungan dan kerugian dari masing-masing pendekatan. Pendekatan yang dipilih tergantung pada keahlian peneliti serta kondisi, waktu, dan sumberdaya yang tersedia. Berikut dua pendekatan yang dapat digunakan untuk menjawab pertanyaan ini adalah:

1) Mortalitas Berdasarkan Model Prevalensi

Metode ini dapat digunakan dengan mudah jika data yang dibutuhkan tersedia dengan lengkap, metode ini dapat digunakan dengan rumus:

$$A = P \times \left(\frac{O}{K} \right)$$

Keterangan:

A = Total orang yang mengalami gangguan pada suatu Wilayah atau komunitas.

P = Proporsi kematian atas gangguan yang dirasakan.

O = Jumlah total kematian yang dilaporkan untuk tahun tertentu pada Wilayah atau komunitas akibat gangguan yang dirasakan.

K = Angka kematian tahunan dari gangguan yang dirasakan/10.000 orang.

Keuntungan yang didapatkan dengan menggunakan pendekatan ini adalah kesederhanaan formula yang digunakan ketika data statistik yang diperlukan telah diperoleh. Sedangkan keterbatasan pendekatan ini adalah sebagai berikut:

- a) Ketidakakuratan data statistik yang disebabkan kesalahan klasifikasi.
- b) Ketidakstabilan perkiraan prevalensi kematian untuk populasi kecil.
- c) Utilitas pencegahan dan intervensi awal terbatas karena perkiraan didasarkan pada konsekuensi yang paling berat

2) Survey Populasi Umum

Pendekatan yang digunakan dalam survei populasi umum dengan mengambil sampel acak pada Wilayah atau komunitas dan ditanyakan kepada mereka mengenai gangguan yang dirasakan serta membutuhkan perawatan.

Setiap pertanyaan yang diajukan dan kriteria yang digunakan untuk melihat apakah responden membutuhkan perawatan atas gangguan yang dirasakan penting untuk diperhatikan. Pertanyaan dapat dimulai dengan hal yang menyebabkan gangguan itu terjadi sampai pada dampak yang dirasakan sehingga dapat diketahui kebutuhan perawatan.

Berdasarkan hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh beberapa peneliti menyebutkan bahwa faktor lingkungan fisik dan perilaku yang tidak sehat menjadi faktor penyebab terjadinya penyakit *scabies* yang dijelaskan sebagai berikut:

1) Lingkungan Fisik

Menurut Desmawati *et al.*, (2015:629) Lingkungan fisik yang berhubungan dengan sanitasi lingkungan dapat mempengaruhi kejadian penyakit *scabies*. Sanitasi lingkungan yang dimaksud mencakup kebersihan tempat tinggal dengan cara membersihkan jendela atau perabotan, menyapu dan mengepel lantai, mencuci peralatan makan, membersihkan kamar, serta membuang sampah. Sanitasi lingkungan perlu dijaga kebersihannya mulai dari halaman, saluran pembuangan air dan sumber air bersih yang di gunakan harus memenuhi standar tidak berwarna, tidak berbau dan tidak berasa (Sutrisno dan Suciastuti, 2010: 20).

Sanitasi lingkungan yang buruk dapat mempengaruhi kejadian *scabies*. Kejadian *scabies* dapat meningkat lagi apabila didukung oleh hunian yang padat. Berdasarkan Sistem Database Pemasarakatan tahun 2018 kapasitas hunian untuk Lapas Kelas IIA Jember sebesar 390 orang, namun pada kenyataannya jumlah hunian sampai Maret 2018 sebesar 811 orang. Hal ini dipertimbangkan sebagai ancaman kesehatan dikarenakan ruangan yang padat dapat menyebabkan sirkulasi udara yang kurang baik dan pencahayaan kamar terhadap matahari berkurang. Kelembapan kamar yang tinggi akan mempercepat perbiakan tungau (Monsel & Chosidow, 2012 dalam Desmawati,2015:629). Setiap warga binaan pemsarakatan paling tidak didalam kamarnya dapat berbaring untuk tidur, bergerak dengan bebas

didalam sel dan mempunyai ruang untuk barang-barang pribadinya (Ramidha,2011:37).

2) Perilaku

Menurut Tan *et al.*, (2017:3) Perilaku pencegahan penyakit *scabies* dapat dilakukan dengan mandi teratur, mengganti dan mencuci pakaian, handuk dan spreï dengan teratur dan bisa direndam dengan air panas dan disetrika yang dijelaskan sebagai berikut:

a) Mandi teratur

Mandi merupakan kegiatan menghilangkan bau, kotoran, merangsang peredaran darah dan memberikan kesegaran pada tubuh. Sebaiknya mandi dilakukan dua kali sehari agar tubuh sehat, bersih dan segar bugar. Urutan mandi yang benar dapat dilakukan dengan membasahi dan membersihkan seluruh bagian tubuh dengan sabun milik sendiri kemudian dibilas dengan air bersih sampai bersih (Sajida,2012:24)

b) Mengganti dan mencuci pakaian, handuk dan spreï

Pakaian banyak digunakan tubuh untuk menyerap keringat, lemak dan kotoran yang dikeluarkan tubuh. Pakaian yang dikenakan satu hari penuh dapat mengandung keringat, debu dan kotoran lainnya yang dapat menimbulkan bau tidak enak dan mengganggu, sehingga mengganti pakaian bersih harus dilakukan setiap harinya. Saat tidur sebaiknya kenakan pakaian khusus untuk tidur dan bukan pakaian kotor yang sudah dikenakan satu hari penuh. Untuk kaos kaki, kaos yang telah dipakai 2 kali harus dibersihkan. Handuk, selimut, spreï, dan sarung bantal juga harus diusahakan selalu dalam keadaan bersih dan dicuci setiap 2 minggu sekali sedangkan kasur dan bantal harus sering dijemur (Sajida, 2012:24-25).

b. Kebutuhan relatif untuk pelayanan

Kebutuhan relatif untuk pelayanan dapat dilihat dengan penggabungan informasi mengenai masalah yang terkait dengan sifat dan prevalensi gangguan yang dirasakan. Masalah yang dimaksud mengenai hal yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan meliputi *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan

rehabilitatif yang berkaitan dengan gangguan yang dirasakan juga dapat digunakan untuk melihat kebutuhan relatif. Selain itu data statistik yang tersedia mengenai ketersediaan pelayanan kesehatan juga dapat digunakan untuk melihat kebutuhan relatif untuk pelayanan kesehatan.

1) Ketersediaan pelayanan kesehatan

Ketersediaan sistem layanan kesehatan dapat diukur dari volume atau jumlah dan distribusi penyedia layanan kesehatan. Volume dapat dilihat dari jumlah tenaga kesehatan yang ada di wilayah atau organisasi tersebut antara lain:

- a) Jumlah dokter
- b) Jumlah dokter gigi
- c) Jumlah tenaga kesehatan lainnya

Tenaga kesehatan sebagai salah satu komponen utama pemberi pelayanan kesehatan terhadap warga binaan pemasyarakatan di lingkungan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia mempunyai peranan penting dalam mutu pelayanan kesehatan yang diberikan. Pelayanan kesehatan yang diberikan tenaga kesehatan meliputi pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Tujuan pemenuhan tenaga kesehatan yang seimbang agar tersedia tenaga kesehatan yang bermutu secara mencukupi, terdistribusi secara adil serta bermanfaat dalam meningkatkan derajat kesehatan pegawai dan keluarganya serta warga binaan pemasyarakatan yang setinggi tingginya di lingkungan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia (Kemenkumham, 2011:5-10).

Selain dari jumlah tenaga kesehatan, volume dapat dilihat dari fasilitas layanan kesehatan yang ada di wilayah atau organisasi tersebut. Berdasarkan Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia no M.HH.02.UM.06.04 tahun 2011 fasilitas yang harus terpenuhi untuk unit pelayanan kesehatan di lingkungan kerja Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia yang berhubungan dengan penyakit *scabies* diantaranya yaitu:

- 1) Sarana dan prasarana
 - a) Ruang pelayanan umum

- b) Ruang obat
- c) Ruang tunggu dan administrasi
- 2) Bahan dan obat oral
 - a) Sarung tangan
 - b) Scabimite
 - c) Potong kuku
- c. Jenis pelayanan
 - 1) Penilaian Kebutuhan Komunitas Berpusat pada Klien

Penilaian Kebutuhan Komunitas yang berpusat pada Klien atau *Client Centred Community Needs Assessment* (CCCNA) adalah prosedur pengumpulan data prospektif untuk menilai kebutuhan layanan bagi klien atau pasien. Penilaian ini telah diterapkan pada kesehatan mental (Cox et al., 1979) dan layanan perawatan (DiVillaer, 1990 & 1996). Penilaian ini sangat mudah diselesaikan dan memiliki keuntungan tambahan dalam menilai sudut pandang konsumen mengenai pelayanan. Empat asumsi penting yang mendasari pendekatan ini adalah:

- a) Identifikasi kebutuhan masyarakat atas dasar penilaian klinis dari sampel representatif pada individu yang membutuhkan.
- b) Kebutuhan harus dinyatakan sebagai intervensi khusus seperti konseling mengenai gangguan yang dirasakan dan pelatihan/peningkatan pengetahuan untuk menjaga pola hidup sehat yang dapat dibentuk dimasyarakat.
- c) Informasi demografi dan klinis yang relevan pada kumpulan orang yang membutuhkan
- d) Adanya jaminan bahwa masyarakat yang membutuhkan intervensi benar-benar memanfaatkan dengan baik.

Penilaian dengan metode ini digunakan untuk mendapatkan informasi dasar klien/pasien seperti jenis kelamin, usia, perilaku, dan informasi tentang intervensi ideal yang dibutuhkan klien/pasien. Intervensi yang terdaftar kemudian dikodekan sebagai berikut:

- a) Intervensi tidak ada di masyarakat

- b) Intervensi ada tetapi tidak tersedia (khusus klien tertentu) atau tidak dapat diakses
- c) Intervensi ada dan tersedia serta dapat diakses oleh klien/pasien
- d) Intervensi ada dan tersedia serta dapat diakses oleh klien/pasien namun klien/pasien tidak mau memanfaatkannya.

Ketika informasi mengenai status intervensi yang diperlukan terakumulasi, maka profil mengenai kebutuhan layanan akan dapat dilihat. Keuntungan utama dari strategi penilaian kebutuhan adalah adanya penggabungan informasi langsung mengenai orang yang membutuhkan serta persepsi klien/pasien mengenai kesesuaian pilihan layanan untuk memenuhi kebutuhan mereka akan pelayanan. Namun penilaian kebutuhan pelayanan dengan metode CCCNA memiliki keterbatasan sebagai berikut:

- a) Kebutuhan orang yang melakukan pengobatan tidak mencerminkan semua orang yang mengalami gangguan pada wilayah/komunitas.
- b) Kurangnya kriteria umum untuk melihat kesesuaian intervensi dan pengobatan yang ideal.
- c) Tergantung pada jumlah orang yang terlibat, waktu, dan sumberdaya.

2) Pendekatan *Continum Of Care*

Pendekatan ini mudah untuk diselesaikan dan tidak membutuhkan analisis yang rumit. Dalam pendekatan ini, jenis gangguan yang dirasakan harus disesuaikan dengan layanan yang idealnya harus disediakan pada Wilayah/komunitas. Dasar pemikiran yang mendasari *Continum Of Care* adalah bahwa kebutuhan pengobatan pada populasi yang mengalami gangguan memiliki tingkat variasi yang tinggi dan membutuhkan jenis layanan yang berbeda. Penilaian pengobatan yang komprehensif dan sesuai digunakan untuk melihat keefektifan setiap jenis layanan dari sistem perawatan yang dapat terdiri dari:

- a) Identifikasi kasus
- b) Penilaian komprehensif
- c) Manajemen kasus
- d) Manajemen penarikan

- e) Intervensi singkat
- f) Konseling
- g) Pengobatan setiap harinya
- h) Pengobatan jangka pendek dan panjang
- i) Tempat tinggal
- j) Perawatan berkelanjutan
- k) Interaksi

Berdasarkan daftar yang telah dibuat dan dibutuhkan, periksalah layanan yang ada pada Wilayah atau komunitas dan tentukan apakah layanan tersebut tersedia dan atau dapat diakses dengan penjelasan sebagai berikut:

a) Tersedia

Layanan tersedia apabila adanya partisipasi pada pelayanan yang dibatasi dengan kriteria administrasi seperti peraturan kunjungan layanan dan layanan diberikan kepada siapa.

b) Dapat diakses

Layanan dapat diakses apabila dapat dimanfaatkan oleh klien/pasien dengan mudah seperti transportasi yang tersedia, jam pelayanan dan penyediaan layanan).

3) Pendekatan Normatif

Penilaian kebutuhan dengan pendekatan normatif didasarkan pada permintaan yang memproyeksikan kebutuhan masa depan dengan pertimbangan permintaan masa lalu. Dalam model ini terdapat dua fokus yang dilihat yaitu kebutuhan dan permintaan. Kedua faktor ini memiliki hubungan yang bervariasi berdasarkan ukuran populasi yang berbeda. Dalam perencanaan perkiraan kebutuhan dan permintaan terhadap klien dan pengobatan disajikan dalam serangkaian tabel menurut populasi.

Keuntungan yang didapatkan dengan menggunakan pendekatan ini adalah Kemudahan penggunaan kompilasi informasi yang dibutuhkan dan dapat memperkirakan perencanaan untuk membantu penerapan hasil dalam pengambilan keputusan.

- d. Pelayanan terkoordinasi untuk peningkatan fungsi keseluruhan sistem

Pendekatan ini dapat memberikan informasi mengenai evaluasi proses dalam sistem pelayanan perawatan terhadap gangguan yang dirasakan. Sehingga proses diskusi singkat tentang evaluasi sistem koordinasi perlu dilakukan. Sistem yang diterapkan biasanya dinilai menggunakan laporan dan peringkat dari direktur atau manajer perencanaan dan pengiriman pelayanan dengan penilaian pada:

- 1) Sejauh mana staf mengetahui program masing-masing
- 2) Frekuensi interaksi dilihat pada sejauh mana staf kunci membahas masalah terkait pekerjaan dengan bawahannya
- 3) Frekuensi referensi silang dilihat pada seberapa sering atau banyak klien/pasien yang dirujuk dari berbagai pelayanan
- 4) Pertukaran informasi
- 5) Perpindahan staf

Pendekatan penilaian kebutuhan telah banyak dilakukan di beberapa negara seperti Spanyol dan Afrika Selatan. Pendekatan penilaian kebutuhan di Spanyol bergantung pada database komputerisasi yang sudah ada, sedangkan pendekatan penilaian kebutuhan di Afrika Selatan menggunakan wawancara dan grup fokus. Terlepas dari perbedaan yang ada, kedua evaluasi itu tepat karena mereka memperhitungkan kebutuhan dan sumber daya yang ada.

2.6 Skabies

2.6.1 Gambaran Umum

Menurut WHO (2014: 73) ada 3 hal yang harus diperhatikan untuk penanganan penyakit menular yang dijelaskan sebagai berikut:

- a. Penyakit menular merupakan masalah penting di dalam penjara yang berinteraksi secara dinamis dengan masalah lain seperti penyakit mental, kecanduan atau tunawisma.
- b. Faktor kontekstual seperti kepadatan berlebih, akses terbatas terhadap air atau keterlambatan diagnosis berkontribusi pada tingkat penularan yang lebih tinggi pada penyakit menular.

- c. Setiap layanan kesehatan perawatan di penjara harus memiliki program vaksinasi komprehensif untuk narapidana dan staf penjara.

Strategi penanganan penyakit menular yang efektif harus dilakukan dengan kolaborasi yang erat antara staf perawatan kesehatan dan staf kustodian (bukan tenaga medis). Negara Eropa memiliki kebutuhan kesehatan yang kompleks yang dihasilkan dari campuran penyakit mental dan fisik, pengangguran, kecanduan, dan tunawisma. Salah satu penyakit menular yang paling penting selain *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Tuberculosis* (TB) adalah *scabies*. Dalam banyak kasus, diagnosis penyakit *scabies* tidak terlalu sulit. Pengobatan yang efisien bisa dilakukan jika ada kerja sama yang erat antara petugas medis dan petugas kustodian (bukan petugas medis). Hal yang perlu diperhatikan untuk melakukan pengobatan yang efisien adalah diagnosis dan pengobatan topikal dari kasus, akses ke kamar mandi, serta melakukan desinfeksi sprei, tempat tidur, handuk, pakaian dan peralatan lain yang memungkinkan perbiakan tungau *sarcoptes scabiei*.

2.6.2 Pengertian Skabies

Scabies adalah penyakit kulit menular yang disebabkan oleh tungau *Sarcoptes scabiei var. Hominis*. Kutu *Sarcoptes scabiei* bukanlah serangga dari golongan insekta melainkan tungau dari familia Sarcoptidae. Kutu ini ditularkan dengan hubungan kontak langsung pada kulit termasuk ketika berhubungan seks (Natadisastra dan Agoes, 2009:291).

2.6.3 Etiologi

Scabies atau penyakit kulit adalah penyakit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap *Sarcoptes scabiei varietas homonis* dan produknya (Sutanto *et al*, 2008: 297). Siklus hidup yang dialami tungau ini adalah setelah kopulasi (perkawinan) di atas kulit maka tungau jantan akan mati dan kadang-kadang masih dapat hidup beberapa hari dalam terowongan yang digali oleh

tungau betina. Tungau betina dapat bertahan hidup selama 1 sampai 2 bulan. Tungau betina yang telah dibuahi menggali terowongan dalam stratum korneum dengan kecepatan 2-3 milimeter sehari sambil meletakkan telurnya 2 atau 4 butir sehari sampai mencapai 40-50 telur. Selama itu tungau betina tidak meninggalkan terowongan. Setelah 3-4 hari, larva berkaki enam akan muncul dari telur dan keluar dari terowongan dengan memotong atapnya. Larva kemudian menggali terowongan pendek (*moulting pockets*) tempat mereka berubah menjadi nimfa. Setelah itu nimfa berkembang menjadi tungau jantan dan betina dewasa. Seluruh siklus hidup mulai dari telur sampai bentuk dewasa antara 8-12 hari (Tan *et al*, 2017:1). Tungau skabies lebih memilih area tertentu untuk membuat terowongan dan menghindari area yang memiliki banyak *folikel pilosebaceus*. Biasanya pada satu individu terdapat 5-15 tungau kecuali Norwegian scabies yang dapat mendiami individu dengan lebih dari sejuta tungau.

2.6.4 Morfologi dan Daur Hidup

Sarcoptes scabiei adalah tungau yang termasuk famili sarcoptidae, ordo acari, kelas arachnida. Badannya berbentuk oval dan gepeng. Jenis betina berukuran 300x350 mikron sedangkan yang jantan berukuran 150x200 mikron. stadium dewasa mempunyai 4 pasang kaki. Setelah melakukan kopulasi *sarcoptes scabiei* jantan mati, tetapi kadang-kadang dapat bertahan hidup beberapa hari. Tungau betina membuat terowongan di stratum korneum kulit. Setelah kopulasi, dua hari kemudian tungau betina bertelur 2-3 butir/ hari dalam terowongan. Telur menetas menjadi larva dalam waktu 3-5 hari dan larva menjadi nimfa dalam waktu 3-4 hari. Nimfa berubah menjadi dewasa dalam waktu 3-5 hari.

2.6.5 Patogenesis

Lesi primer *scabies* berupa terowongan yang berisi tungau, telur dan hasil metabolisme. Pada saat menggali terowongan tungau mengeluarkan sekret yang dapat melisiskan stratum korneum. Sekret dan ekskret menyebabkan sensitisasi

sehingga menimbulkan pruritus dan lesi sekunder. Lesi sekunder berupa papul, vesikel, pustul dan kadang dapat terjadi lesi tersier berupa ekskoriiasi, eksematosis dan pioderma sehingga tungau hanya terdapat pada lesi primer.

Tungau hidup di dalam terowongan di tempat predileksi yaitu jari tangan, pergelangan tangan bagian ventral, siku bagian luar, lipatan ketiak depan, umbilikus, gluteus, ekstremitas, genitalia eksterna pada laki-laki dan areola mammae pada perempuan. Pada bayi dapat menyerang telapak tangan dan telapak kaki, pada tempat predileksi dapat ditemukan terowongan berwarna putih abu-abu dengan panjang yang bervariasi rata-rata 1mm, berbentuk lurus atau berkelok-kelok. Terowongan ditemukan bila belum terdapat infeksi sekunder. Di ujung terowongan dapat ditemukan vesikel atau papul kecil, terowongan umumnya ditemukan pada penderita kulit putih dan sangat jarang ditemukan pada penderita di Indonesia karena umumnya penderita datang pada stadium lanjut sehingga sudah terjadi infeksi sekunder.

2.6.6 Diagnosis

a. Gambaran Klinis

Menurut WHO (2006) Terdapat 4 tanda utama atau *cardinal sign* pada infestasi *scabies* diantaranya yaitu *pruritus nocturna*, mengenai sekelompok orang, adanya terowongan dan ditemukan *Sarcoptes scabiei*. Kelangsungan hidup *Sarcoptes scabiei* sangat bergantung kepada kemampuannya meletakkan telur, larva, dan nimfa di dalam *stratum korneum*, oleh karena itu parasit sangat menyukai bagian kulit yang memiliki *stratum korneum* relatif lebih longgar dan tipis.

Lesi berupa eritema, krusta, ekskoriiasi papul, dan nodul yang sering ditemukan di daerah sela-sela jari, aspek volar pergelangan tangan dan lateral telapak tangan, siku, aksilar, skrotum, penis, labia, dan areola wanita. Jika ada infeksi sekunder ruam kulitnya menjadi polimorf (pustul, ekskoriiasi, dan lain-lain). Erupsi eritematous dapat tersebar di badan sebagai reaksi hipersensitivitas terhadap antigen tungau. Lesi patognomonik adalah terowongan tipis dan kecil

seperti benang, linear kurang lebih 1 hingga 10 mm, berwarna putih abu-abu dan pada ujung terowongan ditemukan papul atau vesikel yang merupakan hasil pergerakan tungau di dalam *stratum korneum*. Terowongan terlihat jelas di sela-sela jari, pergelangan tangan, dan daerah siku (Tan, 2017:2).

b. Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis *scabies* mudah ditegakkan jika gejala klinis spesifik. Penderita sering datang dengan lesi bervariasi. Pada umumnya diagnosis klinis ditegakkan jika ditemukan dua dari empat cardinal signs, yaitu: pruritus nocturna, mengenai sekelompok orang, menemukan terowongan atau ditemukan *Sarcoptes Scabei*. Diagnosis dapat dipastikan bila ditemukan *sarcoptes scabiei* yang didapatkan dengan cara mencongkel atau mengeluarkan tungau dari kulit, kerokan kulit atau biopsi. Diagnosis diferensial *scabies* adalah prurigo yang mempunyai predileksi yang sama. Tungau sulit ditemukan pada pemeriksaan laboratorium karena tungau yang menginfestasi penderita sedikit. Selain itu garukan dapat mengeluarkan tungau secara mekanik dan jika terjadi infeksi sekunder maka pus yang terbentuk dapat membunuh tungau karena pus bersifat akarisida. Berikut beberapa cara untuk menemukan tungau diantaranya yaitu:

- 1) Kerokan kulit
- 2) Mengambil tungau dengan jarum
- 3) Tes tinta pada terowongan (*burrow ink test*)
- 4) Membuat biopsi irisan (*epidermal shave biopsy*)
- 5) Biopsi irisan dengan pewarnaan HE.

Agar pemeriksaan laboratorium memberikan hasil yang baik maka faktor-faktor yang harus diperhatikan adalah:

- 1) Papul yang baik untuk dikerok adalah papul yang baru dibentuk
- 2) Pemeriksaan jangan dilakukan pada ekskoriasi dan lesi dengan infeksi sekunder
- 3) Kerokan kulit harus superfisial dan tidak boleh berdarah
- 4) Jangan mengerok dari satu lesi tetapi dari beberapa lesi. Tungau paling sering ditemukan pada sela jari tangan sehingga perhatian terutama diberikan pada daerah itu.

- 5) Sebelum mengerok teteskan minyak mineral pada skalpel dan pada lesi yang akan dikerok.

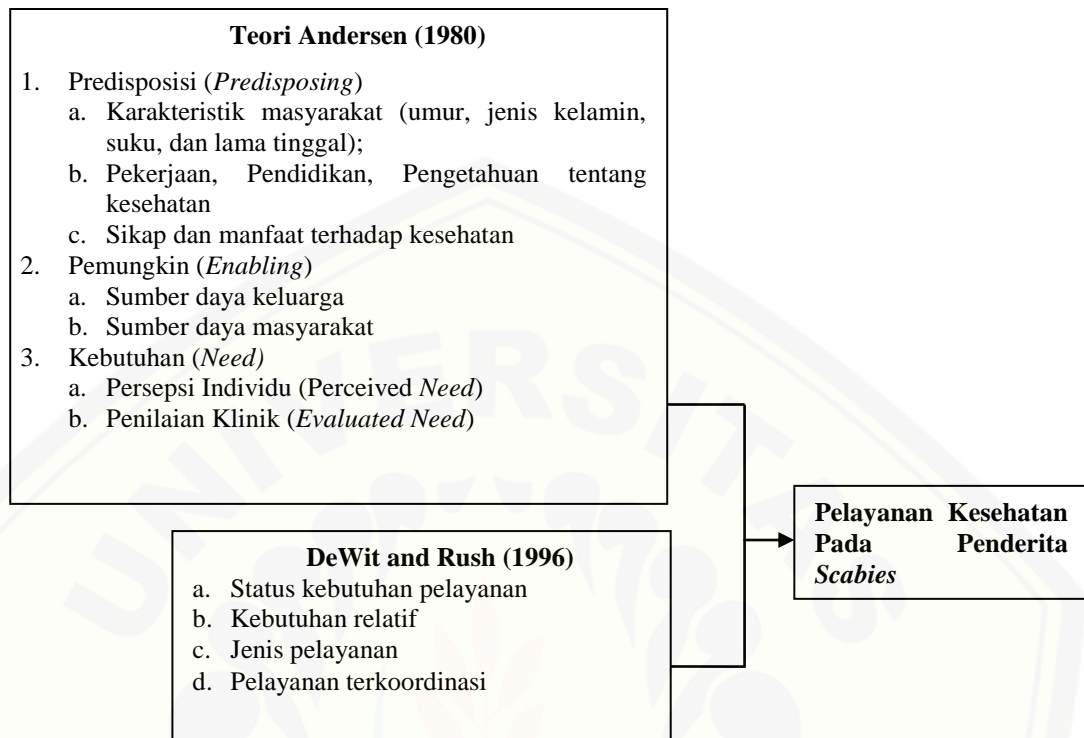
2.6.7 Pengobatan

Preparat sulfur presipitatum 5-10% efektif terhadap stadium larva, nimfa dan dewasa tetapi tidak dapat membunuh telur. Karena itu pengobatan minimal selama 3 hari agar larva yang menetas dari telurnya dapat pula dimatikan oleh obat tersebut. Gama benzen heksaklorida efektif untuk semua stadium tetapi tidak dapat digunakan untuk anak di bawah 6 tahun karena neurotoksik, permetrin dalam bentuk krim 5% efektif untuk semua stadium dan relatif aman untuk digunakan pada anak-anak. Obat lain yang efektif untuk semua stadium adalah benzilbenzoat 20-25% dan krotamiton tetapi obat ini relatif mahal. Agar pengobatan berhasil baik, faktor yang harus diperhatikan adalah jelaskan cara pemakaian obat pada pasien bahwa krim harus dioleskan bukan hanya pada lesi tetapi ke seluruh tubuh mulai dari leher hingga ke jari kaki selama 12 jam. Perhatian harus diberikan pada area intertriginosa termasuk lipatan intergluteal, ibu jari kaki dan subungual. Bila krim terhapus sebelum waktunya maka krim harus dioleskan lagi. Selain itu, obati orang yang kontak dengan penderita dan pada lesi dengan infeksi sekunder berikan antibiotik. Pakaian, seprei, dan sarung bantal harus dicuci dan disetrika dengan baik. Kasur, bantal, guling harus dijemur paling sedikit 2 kali seminggu, ventilasi rumah diperbaiki agar cahaya matahari dapat masuk.

2.6.8 Epidemiologi

Scabies biasanya menghinggapi pasien dengan hygiene yang buruk, miskin dan hidup dalam lingkungan yang padat dan kumuh. *Scabies* merupakan penyakit endemik pada banyak masyarakat. Penyakit ini dapat mengenai semua ras dan golongan di seluruh dunia. Penyakit ini dapat dijumpai pada anak dan orang dewasa muda, tetapi dapat mengenai semua umur. Insidens sama pada pria dan wanita. Insiden *scabies* di negara berkembang menunjukkan fluktuasi yang sampai saat ini belum dapat dijelaskan, interval antara akhir dari suatu epidemik dan permulaan epidemik berikutnya kurang lebih 10-5 tahun (Harahap, 2000: 110). Dugaan setiap siklus 30 tahun terjadi epidemik *scabies*. Banyak faktor yang menunjang perkembangan penyakit ini, antara lain sosial ekonomi yang rendah, hygiene yang buruk, hubungan seksual yang sifatnya promiskuitas, kesalahan diagnosis, dan perkembangan dermatografik serta ekologi menambahkan derajat sensitisasi individual termasuk ke dalam faktor-faktor yang menunjang perkembangan penyakit *scabies*.

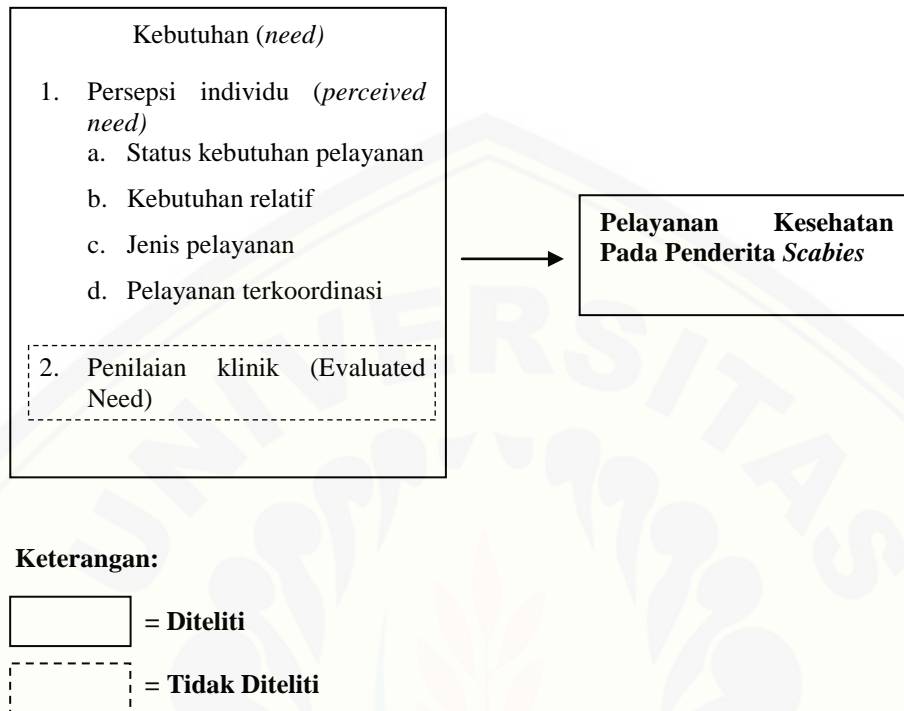
2.7 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Modifikasi Teori Andersen (1980) dan Teori DeWit and Rush (1996)

2.8 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan gambar 2.2 peneliti menggunakan teori kebutuhan (*need*) terhadap pelayanan kesehatan dalam penelitian. Kebutuhan (*need*) terhadap pelayanan kesehatan terdiri persepsi individu dan penilaian klinik. Kebutuhan berdasarkan persepsi individu diukur berdasarkan persepsi konsumen secara umum mengenai keluhan sakit dan kebutuhan penilaian klinik diukur berdasarkan kriteria medis. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini hanya berdasarkan persepsi individu karena penilaian klinik sudah dilakukan oleh tenaga kesehatan di Lapas Kelas IIA Jember. Variabel yang diteliti dalam persepsi individu meliputi status kebutuhan pelayanan, kebutuhan relatif, jenis pelayanan, dan pelayanan terkordinasi yang diambil dari teori DeWit and Rush 1996 tentang *Need Assesment*.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Berdasarkan waktu penelitian, penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional*. Penelitian deskriptif menurut Yusuf (2014:62) adalah penelitian yang dimaksudkan untuk mendeskripsikan secara sistematis dan akurat suatu situasi atau area populasi tertentu yang bersifat faktual sehingga penelitian deskriptif bertujuan untuk mendeskripsikan seperangkat peristiwa atau kondisi saat ini. Menurut Budiarto (2003:28) penelitian deskriptif merupakan penelitian dengan pendekatan *cross sectional* yang dilakukan secara murni untuk mengadakan deskripsi tanpa dilakukan analisis yang mendalam.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Lembaga Pemasarakatan (Lapas) Kelas IIA Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari-Agustus 2018. Kegiatan ini dimulai dengan penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian sampai penyusunan laporan.

3.3 Populasi, Sampel Penelitian dan Teknik Pengambilan Sampel

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014:80). Populasi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Narapidana di Lapas Kelas IIA Jember yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut:

- 1) Narapidana yang sakit *scabies*
- 2) Narapidana yang sudah menetap di Lapas minimal 3 bulan.
- 3) Narapidana yang waktu keluarnya dari Lapas minimal kurang dari 3 bulan.
- 4) Narapidana yang dapat menjawab pertanyaan dari peneliti.

3.3.2 Sampel dan Besar Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian dari populasi yang menjadi subjek penelitian yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap mewakili populasi (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:90). Besar sampel dalam penelitian ini berdasarkan rumus yang dikembangkan oleh Lemeshow (1997:54) yaitu:

$$n = \frac{N z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{(N-1)d^2 + z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}$$

$$n = \frac{236 \times (1,96)^2 \times 0,59 \times 0,41}{(236 - 1)0,1^2 + (1,96)^2 \times 0,59 \times 0,41}$$

$$n = 66,878 \approx 67$$

Keterangan:

- Nilai Proporsi sebesar 59% berdasarkan penelitian terdahulu dari
- p = jumlah warga binaan Lapas Kelas IIA Ambarawa
(Humananda *et al.*, 2014:3); sehingga q = (1-p), q = 1- 0.59 = 0.41
- $z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = Nilai z pada kurva normal untuk $\alpha = 0,05 = 1,96$
- N = Besar populasi narapidana sakit *scabies* (N = 236 jiwa)
- n = Besarnya sampel
- d = *Degree of precision* = 10%

Berdasarkan perhitungan tersebut, sampel untuk narapidana berjumlah 67 orang dengan tingkat kesalahan 10%, sedangkan untuk sampel tenaga kesehatan dengan jumlah 1 orang tenaga kesehatan dijadikan sampel juga dalam penelitian ini.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan metode *simple random sampling*. *Simple random sampling* adalah teknik sederhana yang digunakan untuk menentukan jumlah sampel pada populasi yang dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi yang homogen (Sugiyono, 2015:82).

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel menurut Sastroasmoro dan Ismael (2014:507) merupakan karakteristik subjek penelitian yang berubah dari satu subjek ke subjek lainnya. Variabel penelitian didefinisikan sebagai suatu atribut atau nilai dari orang, objek, atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014:38). Adapun variabel dalam penelitian ini adalah kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan berdasarkan persepsi individu yang meliputi status kebutuhan pelayanan, kebutuhan relatif, jenis pelayanan, dan pelayanan terkordinasi.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional menurut Nazir (2009:126) adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan, ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut. Definisi operasional bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau mengamatan terhadap variabel-variabel yang akan diteliti serta mengembangkan instrumen. Definisi operasional yang diberikan kepada variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

Tabel 3. 1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengambilan Data	Kategori	Skala Data
	Kebutuhan Pelayanan Kesehatan				
a.	Persepsi Individu (<i>perceived need</i>)	Proses berfikir narapidana penderita <i>scabies</i> dalam pengambilan keputusan berdasarkan kondisi kesehatan dan pengalaman yang pernah dialami.	kuisisioner	Terdapat 32 pertanyaan dengan ketentuan Ya = 1 Tidak = 0 Nilai maksimum = 32 Nilai minimum = 0 Rentan = 32 Panjang kelas = rentan/banyak kelas = $32/2 = 16$ Kebutuhan rendah = 1-15 Kebutuhan tinggi = 16-32	Nominal
	Status kebutuhan pelayanan	Narapidana penderita <i>scabies</i> yang disurvei mengenai hal yang menyebabkan sakit <i>scabies</i> , dampak yang dirasakan sampai pada kebutuhan yang dirasakan.	Kuisisioner	Terdapat 19 pertanyaan dengan ketentuan Ya = 1 Tidak = 0 Nilai maksimum = 20 Nilai minimum = 0 Rentan = 20 Panjang kelas = rentan/banyak kelas = $20/2 = 10$ Tidak Butuh Pelayanan = 1-9 Butuh Pelayanan = 10-20	Nominal
	Kebutuhan relatif	Kebutuhan yang dirasakan narapidana penderita <i>scabies</i> yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan <i>promotif, preventif dan kuratif</i> serta ketersediaan pelayanan yang disediakan di lapas yang mengacu pada Peraturan Menteri Hukum Dan HAM RI Nomor M.Hh.02.Um.06.04	Kuisisioner Dan Checklist	Terdapat 3 pertanyaan dengan ketentuan Ya = 1 Tidak = 0 Nilai maksimum = 3 Nilai minimum = 0 Rentan = 3 Panjang kelas = rentan/banyak kelas = $3/2 = 1,5$ Relatif = 2-3 Tidak relatif = 0-1	

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengambilan Data	Kategori	Skala Data
		Tahun 2011			
	Jenis pelayanan	Kebutuhan narapidana penderita <i>scabies</i> pada intervensi/pelayanan ideal yang harus mereka peroleh.	Kuisisioner	Terdapat 4 pertanyaan dengan ketentuan Ya = 1 Tidak = 0 Nilai maksimum = 6 Nilai minimum = 0 Rentan = 6 Panjang kelas = rentan/banyak kelas = $6/2 = 3,5$ Tidak sesuai harapan = 1-3 Sesuai harapan = 4-7	
	Pelayanan terkordinasi	Persepsi narapidana penderita <i>scabies</i> mengenai pemberi pelayanan dan pelayanan yang diberikan.	Kuisisioner	Terdapat 5 pertanyaan dengan ketentuan Ya = 1 Tidak = 0 Nilai maksimum = 5 Nilai minimum = 0 Rentan = 5 Panjang kelas = rentan/banyak kelas = $5/2 = 2.5$ Tidak sesuai harapan = 1-2 Sesuai harapan = 3-5	

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah data yang didapatkan, dikumpulkan, diolah serta diterbitkan secara langsung oleh organisasi atau peneliti yang menggunakannya baik melalui angket, wawancara, jajak pendapat, dan lain-lain (Kuswadi dan Mutiara, 2004:172). Data primer dalam penelitian ini meliputi deskripsi penyakit *scabies*, kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan yang dilihat berdasarkan persepsi individu meliputi status kebutuhan pelayanan, kebutuhan relatif, jenis pelayanan dan kapasitas yang diperlukan, dan pelayanan terkordinasi dan kebutuhan untuk peningkatan fungsi keseluruhan sistem. Data primer tersebut dikumpulkan melalui pengisian kuisisioner oleh responden dan lembar *checklist* yang diisi peneliti.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang tidak dibuat atau diterbitkan oleh peneliti melainkan diperoleh dengan cara membaca, mempelajari, dan memahami media lain yang bersumber dari literatur, buku-buku, serta dokumen perusahaan (Sugiyono, 2014:137). Data sekunder dalam penelitian ini meliputi laporan bulanan Lapas Kelas IIA Jember tahun 2016 sampai 2017 dengan data kejadian penyakit, jumlah tenaga kesehatan dan warga binaan pemsyarakatan serta fasilitas yang tersedia. Data kejadian penyakit *scabies* dan jumlah warga binaan pemsyarakatan digunakan untuk menentukan sampel penelitian dan diperoleh dari Lapas Kelas IIA Jember.

3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data

3.6.1 Teknik Perolehan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara, observasi dan study dokumentasi. Wawancara menurut Nazir (2009:193) adalah proses interaksi atau komunikasi secara langsung antara pewawancara dengan responden. Data yang dikumpulkan dapat bersifat sebagai berikut:

- a. Fakta, misalnya umur, pendidikan, pekerjaan, penyakit yang diderita dan lain-lain;
- b. Sikap, misalnya sikap terhadap penyuluhan kesehatan;
- c. Pendapat, misalnya pendapat mengenai pelayanan kesehatan yang diberikan tenaga kesehatan;
- d. Keinginan, misalnya jenis pelayanan kesehatan yang diinginkan;
- e. Pengalaman, misalnya pengalaman saat terjadi penyakit yang melanda daerah sekitar mereka.

Teknik pengumpulan dengan wawancara mendasarkan diri pada laporan tentang diri sendiri atau *self report*, atau setidaknya pengetahuan dan atau keyakinan pribadi (Sugiyono, 2014: 138). Setiap responden yang menjadi subjek penelitian diberi *informed consent* sebagai bentuk persetujuan.

Selain menggunakan teknik wawancara, teknik yang digunakan adalah observasi. Observasi adalah suatu proses yang kompleks, suatu proses yang tersusun dari berbagai proses biologis dan psikologis melalui pengamatan dan ingatan (Hadi, 1986 dalam Sugiyono, 2015: 145). Teknik lain yang digunakan adalah studi dokumentasi yang merupakan teknik pengumpulan data yang bersal dari catatan (Sunaryo *et al*, 2015: 214).

3.6.2 Instrumen Perolehan Data

Pada prinsipnya meneliti adalah melakukan pengukuran terhadap fenomena sosial maupun alam, pengukuran terhadap fenomena dapat dilakukan dengan bantuan alat ukur berupa instrumen. Instrumen menurut Arikunto (2006:135) adalah alat bantu bagi peneliti dalam pengumpulan data. Instrumen perolehan data yang digunakan pada penelitian ini adalah menggunakan lembar kuisioner dan lembar *checklist*. Menurut Notoatmodjo (2012:152) kuisioner sebagai alat pengumpul data digunakan untuk memperoleh data yang sesuai dengan tujuan penelitian dan pertanyaan yang terdapat dalam kuisioner cukup terperinci. Sedangkan lembar *checklist* merupakan salah satu alat yang pengumpul data yang digunakan pada observasi (Lapau, 2013: 88).

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian merupakan bagian dalam proses penelitian yang bertujuan agar hasil dapat diinformasikan (Hidayat, 2010:175). Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar laporan dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan. Cara penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai teks, tabel, dan grafik (Notoatmodjo, 2012:188). Dalam penelitian ini, data yang diperoleh dari hasil wawancara disajikan dalam bentuk teks dan tabel frekuensi. Penyajian data dalam bentuk angka yang disusun secara teratur dalam baris dan kolom. Penyajian dalam bentuk tabel banyak digunakan pada penulisan laporan agar orang lebih mudah memperoleh gambaran rinci tentang hasil penelitian yang

dilakukan (Budiarto, 2003:89). Untuk mempermudah analisis maka sebelum data disajikan akan dilakukan beberapa hal sebagai berikut:

a. Pemeriksaan data (*editing*)

Proses *editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data atau formulir kuesioner yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

b. Pengkodean (*coding*)

Pengkodean atau *coding* merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori (Hidayat, 2010:95).

c. Pemberian Skor (*scoring*)

Kegiatan ini dilakukan untuk memberikan skor atau nilai jawaban dengan nilai tertinggi sampai nilai terendah dari kuesioner yang diajukan kepada responden.

d. Tabulasi (*tabulating*)

Tabulasi adalah memasukkan data pada tabel-tabel tertentu, mengatur angka-angka, dan menghitungnya (Bungin, 2006:168). Data yang diperoleh dimasukkan ke dalam tabel sesuai dengan variabel dan tujuan penelitian (Notoatmodjo, 2012:176).

3.7.2 Analisis Data

Analisis data merupakan kegiatan setelah data dari seluruh responden atau sumber data dikumpulkan dengan kegiatan berupa mengelompokkan data berdasarkan variabel dan jenis responden, mentabulasi data berdasarkan variabel dari seluruh responden, menyajikan data tiap variabel yang diteliti, melakukan perhitungan untuk menjawab rumusan masalah dan melakukan perhitungan untuk menguji hipotesis yang telah diajarkan (Sugiyono, 2015: 147). Namun untuk penelitian yang tidak merumuskan hipotesis maka langkah terakhir tidak dilakukan.

Teknik analisis data dalam penelitian ini menggunakan statistik, Analisis data dalam penelitian ini meliputi analisis univariat.

a. Analisis univariat

Analisis univariat digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing variabel (Notoatmodjo, 2012:182). Variabel yang telah dijabarkan secara deskriptif selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel frekuensi.

3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

3.8.1 Uji Validitas

Validitas mempunyai arti sejauh mana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Dalam mengetahui validitas suatu instrumen (kuesioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu variabel (pertanyaan) dikatakan valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya (Hastono, 2016:60). Uji validitas dilakukan pada narapidana yang sakit *scabies* disalah satu Lembaga Pemasarakatan yang memiliki karakteristik sama dengan Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Jember. Teknik korelasi yang dapat digunakan dalam uji validitas instrumen pada penelitian ini yaitu korelasi *Pearson Product Moment*, berikut keputusan uji dalam penggunaan korelasi *Pearson Product Moment* (Hastono, 2016:61) :

- a. Bila $r \text{ hitung} > r \text{ tabel}$ dapat diartikan bahwa variabel yang diuji valid.
- b. Bila $r \text{ hitung} \leq r \text{ tabel}$ dapat diartikan bahwa variabel yang diuji tidak valid.

3.8.2 Uji Reliabilitas

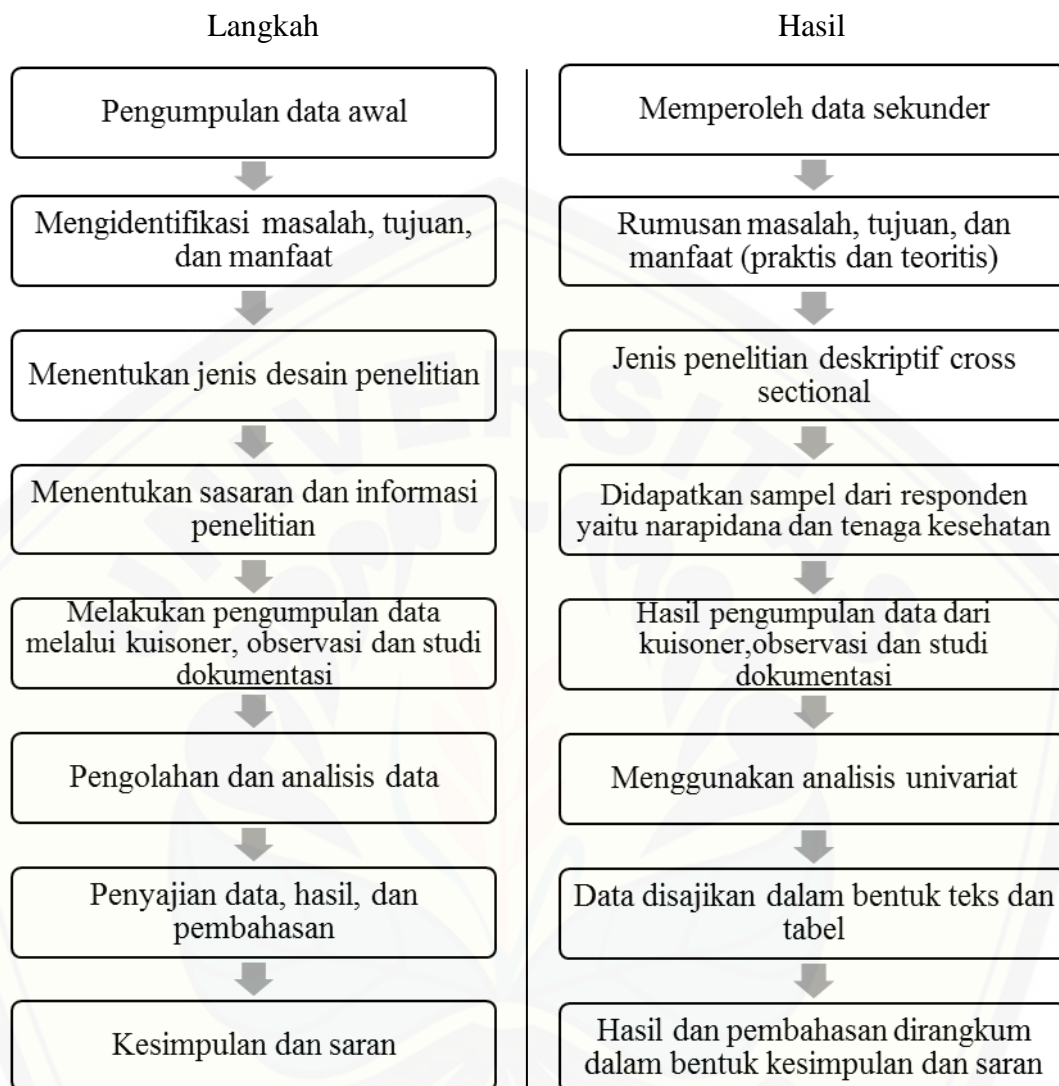
Reliabilitas merupakan suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama. Pertanyaan dikatakan reliabel jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Pada penelitian ini pengukuran reliabilitas dilakukan dengan cara *one shot* atau diukur sekali saja. Di sini pengukurannya dilakukan sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lainnya. Pada umumnya

pengukuran dilakukan dengan beberapa pertanyaan. Pengujian reliabilitas dimulai dengan menguji validitas terlebih dahulu. Jadi, jika pertanyaan tidak valid, maka pertanyaan tersebut dibuang. Pertanyaan-pertanyaan yang sudah valid kemudian secara bersama-sama diukur reliabilitasnya dengan cara melakukan uji *Crombach Alpha*. Berikut keputusan uji menggunakan *Crombach Alpha* (Hastono, 2016:61-62) :

- a. Bila *Crombach Alpha* $\geq 0,6$ dapat diartikan bahwa variabel yang diuji reliabel.
- b. Bila *Crombach Alpha* $< 0,6$ dapat diartikan bahwa variabel yang diuji tidak reliabel.

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner yang digunakan pada penelitian ini dilaksanakan di Lembaga Pemasarakatan Kelas IIB Banyuwangi. Lembaga Pemasarakatan ini memiliki karakteristik yang sama dengan tempat penelitian dalam penelitian ini.

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan dari penelitian mengenai kebutuhan (*need*) terhadap pelayanan kesehatan pada penderita penyakit *scabies* di Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Jember dengan studi kuantitatif pada narapidana penderita *scabies* di Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Kabupaten Jember diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

- a. Persepsi individu terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan penyakit *scabies* tergolong tinggi dengan persentase 83,6%, tingginya kebutuhan ini disebabkan karena kapasitas hunian yang padat, perilaku yang tidak sehat, dan minimnya upaya *promotif* dan *preventif* yang dilakukan sehingga responden merasa membutuhkan penyuluhan, konseling, dan perawatan.
- b. Status kebutuhan pelayanan kesehatan pada penderita *scabies* menunjukkan mayoritas responden membutuhkan pelayanan kesehatan dengan persentase 80,6%, kondisi ini dipengaruhi oleh kapasitas hunian yang padat dan perilaku yang tidak sehat. Karena status kebutuhan pelayanan kesehatan dapat diketahui dengan melihat penyebab gangguan (penyakit) terjadi sampai dampak yang dirasakan.
- c. Kebutuhan relatif pada penderita *scabies* menunjukkan mayoritas responden memerlukan kebutuhan relatif dengan persentase 79.1%, kebutuhan relatif yang dibutuhkan berupa penyuluhan, konseling, dan perawatan yang tergolong pelayanan kesehatan primer. Sehingga penyakit *scabies* di Lapas bisa teratasi atau berkurang. Selain itu berdasarkan hasil observasi, untuk sarana dan prasarana yang harus tersedia guna menunjang pelayanan kesehatan pada penderita *scabies* sudah terpenuhi. Namun untuk peralatan sarung tangan dan obat *scabimite* tidak selalu tersedia di Lapas karena penyediaan obat ini terbatas.
- d. Jenis pelayanan kesehatan terkait penyakit *scabies* yang harus didapatkan penderita *scabies* di Lapas Jember tidak sesuai harapan dengan persentase 53.7%, kondisi ini disebabkan karena sebagian responden tidak pernah

mendapatkan konseling mengenai penanganan penyakit *scabies*, minimnya penyuluhan langsung terkait pencegahan penyakit *scabies*, dan belum pernah diberikan penyuluhan tidak langsung melalui media perantara baik cetak maupun elektronik. Jenis pelayanan yang idealnya harus mereka dapatkan adalah konseling, penyuluhan baik langsung maupun tidak langsung mengenai pencegahan penyakit *scabies* dan layanan pengobatan.

- e. Pelayanan terkordinasi yang diberikan terkait penyakit *scabies* di Lembaga Pemasarakat sudah sesuai harapan dengan persentase 74,6%, kondisi ini disebabkan karena pada saat melakukan pelayanan tenaga kesehatan bersikap tanggap, ramah, tanggap, dan dengan perhatian. Sehingga responden merasa puas dengan pelayanan yang diberikan.

5.2 Saran

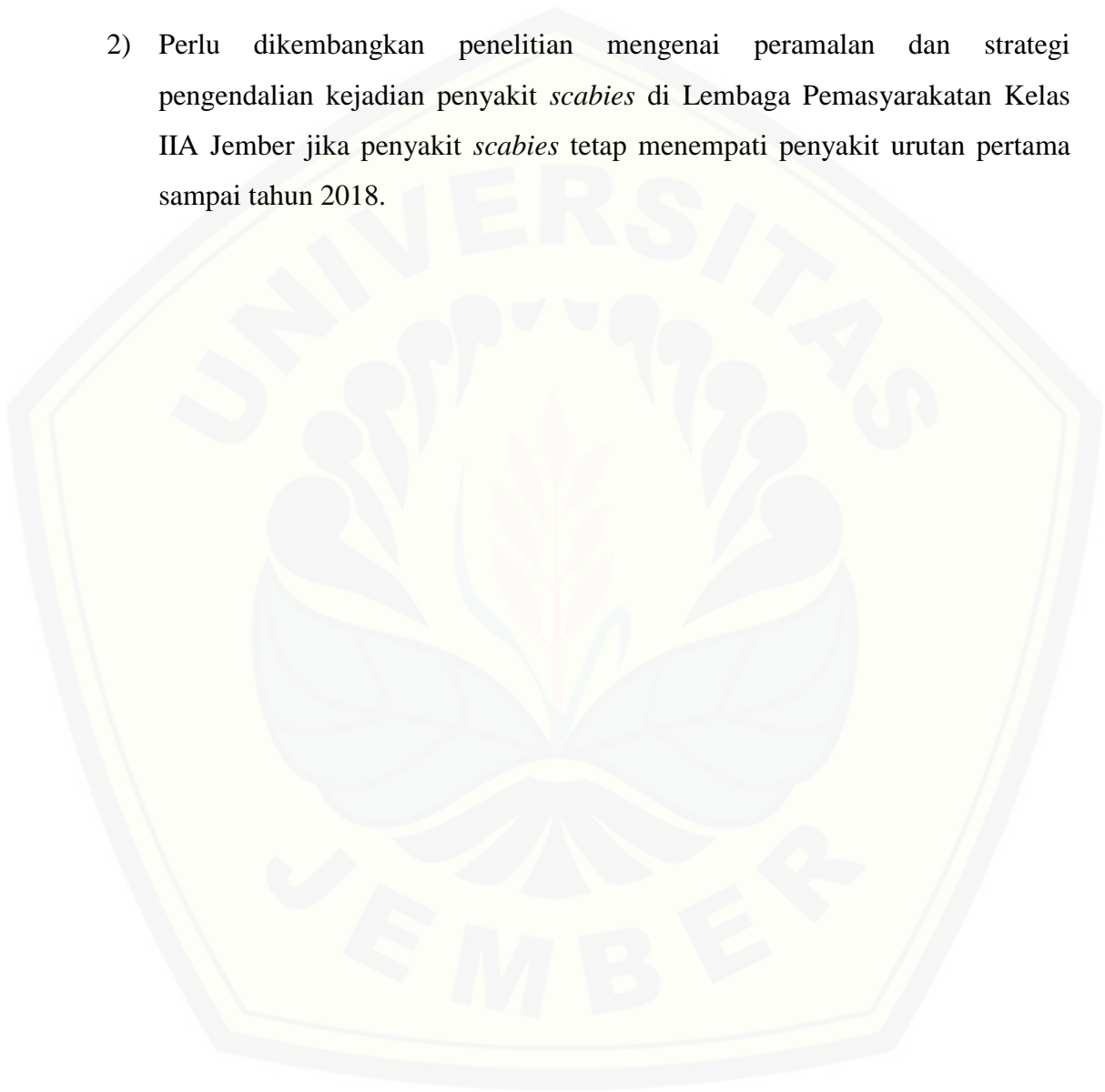
- a. Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Jember

Diharapkan Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Jember dapat meningkatkan upaya pengendalian penyakit *scabies* dengan memperhatikan kebutuhan penderita *scabies* terhadap pelayanan kesehatan baik *promotif*, *preventif*, dan *kuratif*. Adapun hal-hal yang masih perlu ditingkatkan kembali adalah:

- 1) Meningkatkan upaya *promotif* dan *preventif* terkait pencegahan penyakit *scabies* yang dilakukan secara rutin dan berkelanjutan.
- 2) Melakukan kerjasama dengan instansi kesehatan atau Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dengan konsentrasi promotor kesehatan untuk melakukan upaya *promotif* dan *preventif*.
- 3) Menyediakan layanan konseling untuk penanganan penyakit *scabies*
- 4) Mengadakan penyuluhan metode tidak langsung melalui media cetak maupun elektronik dalam menyampaikan pesan. Media cetak seperti poster, spanduk, *leaflet*, dan stiker lebih disarankan untuk digunakan karena relatif lebih murah.
- 5) Memperhitungkan kebutuhan obat bagi penderita *scabies* dengan menggunakan metode konsumsi atau metode morbiditas sehingga jumlahnya sesuai dengan banyaknya orang yang membutuhkan.

b. Penelitian Selanjutnya

- 1) Perlu dilakukan penelitian selanjutnya mengenai Analisa Kebutuhan Obat untuk penderita penyakit *scabies* di poliklinik Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Jember.
- 2) Perlu dikembangkan penelitian mengenai peramalan dan strategi pengendalian kejadian penyakit *scabies* di Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Jember jika penyakit *scabies* tetap menempati penyakit urutan pertama sampai tahun 2018.



DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah, S. 2015. *Perkembangan Peserta Didik dan Bimbingan Belajar*. Yogyakarta: Deepublish.
- Asmarawati, T. 2013. *Hukum Dan Psikiatri*. Yogyakarta: Deepublish.
- Asmarawati, T. 2015. *Pidana Dan Pemidanaan Dalam Sistem Hukum Di Indonesia*. Yogyakarta: Deepublish.
- Budiarta, P. R. Gregourian., C. K. F. Mandagi, dan A. A. T. Tucunan. 2016. Hubungan Perilaku Tenaga Kesehatan Dengan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Mopuya Kecamatan Dumoga Utara Kabupaten Bolaang Mongondow. *Jurnal Ilmiah Farmasi*. Volume 5 (1).
- Budiarto, E. 2003. *Metode Penelitian Kedokteran Sebuah Pengantar*. Jakarta: EGC.
- Chandra, B. 2009. *Ilmu Kedokteran Pencegahan & Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Depari, E. G. Suyanto, dan D. Afandi. 2009. Gambaran Kualitas Pelayanan Kesehatan Poliklinik Lembaga Pemasarakatan Klas IIA Pekanbaru. *Jurnal*.
- Departemen Hukum Dan Ham Republik Indonesia. 2008. *Strategi Penanggulangan Tuberkulosis Pada Lembaga Pemasarakatan Dan Rumah Tahanan Negara Di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pemasarakatan.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Pedoman Pengelolaan Promosi Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Desmawati., A. P. Dewi, dan O. Hasanah. 2015. Hubungan personal Hygiene Dan Sanitasi Lingkungan Dengan Kejadian Scabies Di Pondok Pesantren Al-Kautsar Pekan Baru. *Jurnal Online Mahasiswa*. Volume 2 (1): 629.
- Ditjen Pas. 2018. Sistem Database Pemasarakatan. [serial online] <http://smslap.ditjenpas.go.id/public/sdp/current> [26 April 2018].

Farelya, G dan Nurrobikha. 2015. Etikolegal Dalam Pelayanan Kebidanan. Yogyakarta: Deepublish. [serial onlie]
<https://books.google.co.id/books?id=LVsqCwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Farelya+dan+Nurrobikha,+2015&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwiZt66dwOHZAhUMLI8KHS9SBV0Q6AEIKjAA#v=onepage&q=Farelya%20dan%20Nurrobikha%2C%202015&f=false> [10 Maret 2018].

Harahap, M. 2000. *Ilmu Penyakit Kulit*. Jakarta: Hipokrates.

Hastono, S. P. 2016. *Analisis Data Pada Bidang Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.

Humananda, N. A. D., P. Pranowowati, dan Y. Siswanto. 2014. Analisis permasalahan Kesehatan Pada Narapidana Di Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Ambarawa. *Artikel penelitian*.

Iskandar, Sholeh. 2016. Pelayanan Kesehatan Dalam Meningkatkan Kepuasan Masyarakat Di Rumah Sakit Panglima Sebaya Kabupaten Paser. *eJournal Ilmu Pemerintahan*. Volume 4 (2): 783.

Islamic Republic Of Afghanistan Ministry Of Public Health. 2015. *Prisons Health Services Strategy*. Kabul, Afghanistan: Ministry Of Public Health.

Kementerian Hukum dan Ham Republik Indonesia. 2016. Standar Pelayanan Dasar Perawatan Kesehatan Di Lapas, Rutan, Bapas, LPKA Dan LPAS. Jakarta: Direktorat Jendral Pemasarakatan.

Khoiron., R. S. Pujiati, dan A. D. Mulyaningrum. 2014. *Dasar Kesehatan Lingkungan*. Jember: Jember University Press.

Kouotou, E.A., Sieleunou I, Defo D, Nansseu N, A. Apasew, M. Somo, dan Z. Kanyi. 2014. Skin Diseases Among Sub-Saharan African Prisoners: The Cameroonian Profile. *International Journal Of Clinical Dermatology & Research*. Volume 2 (7):40.

Lapau, Buchari. 2013. *Metode Penelitian Kesehatan Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis, dan Desertasi*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.

Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Jember. 2015. *Laporan Bulanan Kejadian Penyakit*. Jember: Lapas Jember.

_____. 2016. *Laporan Bulanan Kejadian Penyakit*. Jember: Lapas Jember.

_____. 2017. *Laporan Bulanan Kejadian Penyakit*. Jember: Lapas Jember.

Lemeshow, S. 1997. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University.

Lubis, A. F. 2009. *Ekonomi Kesehatan*. Medan: USU Press.

Mansyur *et al.* 2007. Pendekatan Kedokteran Keluarga Pada Penatalaksanaan Skabies Anak Usia Pra Sekolah. *Maj Kedokt Indon*. Volume 57 (2).

Mareta, Rindha. 2016. Analisis Kebutuhan (*Need*) Masyarakat Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Mulyorejo Kota Surabaya. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*. Volume (VII): 180.

Mardiah, N. 2010. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Imunisasi Dasar Di Provinsi Kalimantan Barat, Analisis Data Risesdas Dan Susenas Tahun 2007. *Tesis*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Indonesia. [serial online] <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20307702-T%2031373-Faktor-faktor-full%20text.pdf> [23 Desember 2017].

Maulana, H. D. J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.

Natadisastra, D dan A. Ridad. 2009. *Parasitologi Kedokteran Ditinjau Dari Organ Tubuh Yang Diserang*. Jakarta: EGC.

Notoatmodjo, S. 2012. *Metode penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

- Peraturan Menteri Hukum Dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor M.Hh.02.Um.06.04 Tahun 2011. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Di Lingkungan Kementerian Hukum Dan Hak Asasi Manusia*. 8 April 2011. Patrialis Akbar.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1999. *Syarat Dan Tata Cara Pelaksanaan Hak Warga Binaan Pemasyarakatan*. 19 Mei 1999. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 69.
- Prayogi, K dan B, Kurniawan. 2016. Pengaruh Personal Hygiene dalam Pencegahan Penyakit Scabies. *Jurnal Majority*. Volume 5 (5): 142.
- Ramadani, P. W. 2017. Pelayanan Terhadap Narapidana Di Rumah Tahanan (Rutan) Teluk Kuantan Kabupaten Kuantan Singingi. *JOP Fisip*. Volume 4 (2): 8.
- Ramidha, R. S. 2011. Evaluasi Sanitasi lingkungan Institusi Lembaga Pemasyarakatan Kelas I Kota Madiun. *Skripsi*. Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. [serial online] <http://repository.unair.ac.id/22919/1/gdlhub-gdl-s1-2011-ramidharat-17129-fkm551-e.pdf> [16 Maret 2018].
- Retnaningsih, E. 2013. *Akses Layanan Kesehatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Rush, Brian. 2003. The Evaluation Of Treatment Services And System For Substance Use Disorders. *Artigos Originais*. Volume 25 (3).
- Sajida, A. 2012. Hubungan Personal Hygiene Dan Sanitasi Lingkungan Dengan Keluhan Penyakit Kulit Di Kelurahan Denai Kecamatan Medan Denai Kota Medan Tahun 2012. *Skripsi*. Sumatera Utara: Fakultas Kesehatan Masyarakat Univesitas Sumatera Utara. [serial online] <http://balitbang.pemkomedan.go.id/tinymcepuk/gambar/file/Aggsa%20Sajida.pdf> [11 Maret 2018].
- Sastroasmoro, S. dan S. Ismael. 2014. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-5*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sembel, D. T. 2015. *Toksikologi Lingkungan Dampak Pencemaran Dari Berbagai Bahan Kimia Dalam Kehidupan Sehari-hari*. Yogyakarta: ANDI OFFSET.

Suhaemi, M. E. 2004. *Etika Keperawatan Aplikasi Pada Praktik*. Jakarta: EGC. [serial online].

<https://books.google.co.id/books?id=uYaKXqAGL0YC&pg=PP6&dq=suhaemi+2004&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwibt5rDvuHZAhVLM48KHYt3Cb8Q6AEIKDAA#v=snippet&q=hak%20adalah&f=false> [10 Maret 2018].

Sunaryo *et al.* 2015. *Asuhan keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Andi Offset.

Supriyanto. 2002. *Strategi Pemasaran Jasa Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: FKM UNAIR.

Sutanto *et al.* 2008. *Parasitologi Kedokteran*. Edisi Keempat. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Sutrisno, C. T dan E. Suciastuti. 2010. *Teknologi Penyediaan Air Bersih*. Jakarta. PT Rineka Cipta.

Suyono dan Budiman. 2010. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Dalam Konteks Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: EGC.

Tan, S. T., J. Angelina, dan Krisnataligan. 2017. Scabies Terapi Berdasarkan Siklus Hidup. *Majalah Cermin Dunia Kedokteran*. Volume 44 (7): 3.

Tando, N. M. 2013. *Organisasi Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit In Media.

Republik Indonesia, 1995. Undang-Undang No 12 Tahun 1995 Tentang Pemasarakatan. Jakarta: Kementerian Hukum dan HAM.

_____, 2009. Undang-Undang No 32 Tahun 2009 Tentang Perlindungan Dan Pengelolaan Lingkungan Hidup. Jakarta: Kemneterian Hukum dan HAM.

_____, 2009. Undang-Undang No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan . Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Wahyuningsih, A dan Yulianti. 2015. Perilaku Pemeliharaan Kesehatan dan Perilaku Kesehatan Lingkungan Berhubungan Dengan Kejadian ISPA Pada Balita. *Jurnal Penelitian Keperawatan*. Volume 1 (2): 106.

WHO. 2000. *Workbook 3 Need Assessment*. Tersedia: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66584/WHO_MSD_MSB_00.2d.pdf;jsessionid=75423427EC4F41340EB73208663945F9?sequence=4 [15 Mei 2018]. Switzerland: World Health Organization.

_____. 2006. *Constitution Of The World Health Organization*. Tersedia: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [23 Juli 2018]. New York: World Health Organization.

_____. 2006. *Working Together For Health*. Tersedia: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf [15 Mei 2018]. Switzerland: World Health Organization.

_____. 2014. *Prisons And Health*. Tersedia: https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_depotes_a_la_Commission/P-590.pdf [20 Juli 2018]. Europe: World Health Organization.

Wirya, A dan P. Astried. 2017. *Kematian Tahanan, Kegagalan Pemidanaan*. Jakarta: Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat.

Wirawan, A., U. Nurullita, dan R. Astuti. 2011. Hubungan Higiene Perorangan Dengan Sanitasi Lapas Terhadap Kejadian Penyakit Herpes Di Lapas Wanita Kelas IIA Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*. Volume 7 (1):60.

Yusuf, M. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan Penelitian gabungan*. Jakarta: Kencana.



LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Usia :

Bersedia untuk melakukan wawancara dan dijadikan subjek dalam penelitian yang berjudul **“AKSES PELAYANAN KESEHATAN DAN KEJADIAN PENYAKIT SCABIES DI LAPAS KELAS IIA JEMBER”**.

Prosedur ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada responden. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk berpartisipasi sebagai subjek dalam penelitian ini.

Jember,.....2018

Responden

(.....)

Lampiran B. Kuisoner Penelitian

LEMBAR KUISONER PENELITIAN

**AKSES PELAYANAN KESEHATAN DAN KEJADIAN PENYAKIT SCABIES
DI LEMBAGA PEMASYARAKATAN
(LAPAS) KELAS IIA JEMBER**

Kode Responden:

Nama Responden :
 Alamat :
 Tanggal Pengambilan Data :
 No. Hp :

A. Karakteristik Responden		
A1	Umur Tahun
A2	Jenis Kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan
A3	Pendidikan	1. Perguruan tinggi 2. SMA/Sederajat 3. SMP/Sederajat 4. SD/Sederajat 5. Tidak sekolah

B. Kebutuhan Pelayanan Kesehatan		
Persepsi individu		
(Status Kebutuhan Pelayanan)		
A1	Apakah saudara tidur dengan jarak tidak berdekatan dengan hunian lainnya?	1. Ya 2. Tidak
A2	Apakah saudara bisa bergerak dengan bebas didalam kamar sel?	1. Ya 2. Tidak
A3	Apakah saudara sering melakukan kontak langsung/sentuhan fisik dengan teman hunian lainnya?	1. Ya 2. Tidak
A4	Apakah saudara mempunyai ruang/tempat untuk menyimpan barang pribadi dan tidak bercampur dengan penghuni sel lain?	1. Ya 2. Tidak
A5	Berapa kali saudara mandi dalam 1 hari ? (>2 kali = Ya) (<2 kali = Tidak)	3. Ya 4. Tidak
A6	Apakah saudara menggunakan sabun mandi saat mandi?	1. Ya 2. Tidak

A7	Apakah saat mandi saudara menggunakan sabun milik sendiri	1. Ya 2. Tidak
A8	Apakah saudara mengganti baju saudara setelah seharian penuh digunakan?	1. Ya 2. Tidak
A9	Apakah setelah mandi saudara menggunakan handuk milik sendiri?	1. Ya 2. Tidak
A10	Apakah saudara mencuci handuk setiap 2 minggu sekali?	1. Ya 2. Tidak
A11	Apakah saudara mencuci handuk/pakaian dengan detergen?	1. Ya 2. Tidak
A12	Apakah saudara membilas handuk/pakaian yang telah dicuci dengan air mengalir?	1. Ya 2. Tidak
A13	Apakah saudara menjemur handuk/pakaian yang telah dicuci dibawah sinar matahari?	1. Ya 2. Tidak
A14	Apakah saudara menggunakan bantal, guling dan selimut milik sendiri dan tidak bergantian dengan hunian lain?	1. Ya 2. Tidak
A15	Apakah saudara membersihkan bantal, guling dan selimut setiap satu minggu sekali	1. Ya 2. Tidak
A16	Apakah saudara teratur mengobati kulit yang terkena scabies?	1. Ya 2. Tidak
A17	Apakah saudara merasa terganggu dalam melakukan aktifitas sehari-hari karena penyakit scabies ini?	1. Ya 2. Tidak
A18	Apakah anda merasakan susah tidur dimalam hari?	1. Ya 2. Tidak
A19	Apakah saudara tidak bisa melakukan aktifitas sehari-hari karena penyakit scabies ini?	1. Ya 2. Tidak
(Kebutuhan Relatif)		
B1	Apakah saudara membutuhkan penyuluhan mengenai pencegahan penyakit scabies?	1. Ya 2. Tidak
B2	Apakah saudara membutuhkan pelayanan konseling untuk pencegahan penyakit scabies?	1. Ya 2. Tidak
B3	Apakah saudara membutuhkan perawatan untuk pengobatan penyakit scabies ini?	1. Ya 2. Tidak
(Jenis Pelayanan dan Kapasitas yang diperlukan)		
C1	Apakah saudara pernah melakukan konseling mengenai penanganan penyakit scabies?	1. Ya 2. Tidak
C2	Apakah saudara pernah mendapatkan penyuluhan mengenai pencegahan penyakit scabies?	1. Ya 2. Tidak
C3	Apakah tersedia layanan pengobatan untuk penyakit scabies setiap harinya?	1. Ya 2. Tidak

C4	Apakah obat yang dibutuhkan untuk pengobatan selalu tersedia?	1. Ya 2. Tidak
(Pelayanan terkordinasi dan kebutuhan untuk peningkatan fungsi keseluruhan sistem)		
D1	Apakah tenaga kesehatan tanggap dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk pengobatan <i>scabies</i> ?	1. Ya 2. Tidak
D2	Apakah tenaga kesehatan ramah dalam memberikan pelayanan kesehatan?	1. Ya 2. Tidak
D3	Apakah tenaga kesehatan memberikan perhatian pada saat melakukan pelayanan kepada saudara?	1. Ya 2. Tidak
D4	Apakah saudara memeriksakan kondisi penyakit anda secara teratur di poliklinik Lapas?	1. Ya 2. Tidak
D5	Apakah saudara merasa puas dengan pelayanan yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan?	1. Ya 2. Tidak

Lampiran C. Lembar *Checklist* Penelitian

LEMBAR CHECKLIST PENELITIAN

AKSES PELAYANAN KESEHATAN DAN KEJADIAN PENYAKIT *SCABIES*
DI LEMBAGA PEMASYARAKATAN
(LAPAS) KELAS IIA JEMBER

C. Ketersediaan Pelayanan Kesehatn			
Kebutuhan Ruangan			
D1	Jumlah tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan di poliklinik lapas jember		
D2	Ruang pelayanan umum?	Ada	Tidak Ada
D3	Ruang obat?		
D4	Ruang isolasi penyakit menular?		
D5	Ruang tunggu dan administrasi?		
Bahan Obat dan Obat Oral			
D6	Sarung tangan?	Ada	Tidak Ada
D7	Obat <i>scbimite</i> ?		
D8	Pemotong kuku?		
Prasarana			
D9	Instalasi air?	Ada	Tidak Ada
D10	Instalasi tata udara?		
D11	Sistem informasi dan komunikasi		
D12	Instalasi pembuangan limbah kesehatan		
D13	ambulans		

Lampiran D. Panduan Wawancara

PANDUAN WAWANCARA TENAGA KESEHATAN

**AKSES PELAYANAN KESEHATAN DAN KEJADIAN PENYAKIT *SCABIES*
DI LEMBAGA PEMASYARAKATAN
(LAPAS) KELAS IIA JEMBER**

Kode Responden:

Nama Responden :
Alamat :
Tanggal Pengambilan Data :
No. Hp :

1. Berapa jam waktu pelayanan dilakukan?
2. Setiap hari ada berapa pasien *scabies* yang datang?
3. Apakah saudara dapat melayani semua pasien *scabies* di Lapas?
4. Pelayanan apa saja yang diberikan kepada pasien *scabies*?
5. Apakah anda pernah melakukan penyuluhan untuk pencegahan penyakit *scabies*?
6. Jika pernah, setiap berapa kali?
7. Fasilitas apa saja yang dibutuhkan untuk pelayanan penyakit *scabie*
8. Obat apa yang digunakan untuk mengobati *scabies di Lapas*?
9. Setiap berapa kali pengadaan obat dilakukan?
10. Apakah obat yang disediakan sudah sebanding dengan jumlah pasien *scabies* yang banyak?
11. Apakah Lapas mempunyai program khusus untuk mengurangi atau menyelesaikan masalah *scabies* di Lapas?
12. Jika iya, apa program ini sudah tercapai apa belum?
13. Jika belum tercapai apa kendalanya?
14. Bagaimana struktur atau pembagian tugas di poliklinik Lapas?

Lampiran E. Dokumentasi Kegiatan



Wawancara dengan responden hari ke-1



Wawancara dengan responden hari ke-2



Wawancara dengan petugas kesehatan



Scabies di paha pada responden



Scabies di kaki pada responden



Kamar mandi di dalam kamar



Kondisi kamar di Lapas



Poliklinik Lapas Jember



Persediaan obat di poliklinik Lapas Jember

Lampiran F. Surat Izin Penelitian



KEMENTERIAN HUKUM DAN HAM REPUBLIK INDONESIA
KANTOR WILAYAH JAWA TIMUR
LEMBAGA PEMASYARAKATAN KELAS II A JEMBER
Jl. PB. Sudirman No.13 Jember, Telp. (0331) 487244, Fax (0331) 487850
Email : lapas_jember@yahoo.com

SURAT KETERANGAN
Nomor : W15.PAS.PAS.6.HM.05.04 - 43

Yang bertanda tangan di bawah ini, kami Kepala Sub. Bagian Tata Usaha menerangkan dengan sesungguhnya, bahwa :

Nama : Mahfudzo
NIM : 142110101126
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas : Universitas Negeri Jember

Telah selesai melaksanakan penelitian untuk penyusunan skripsi dengan judul “ Kebutuhan (Need) Terhadap Pelayanan Kesehatan pada Penderita Penyakit Scabies di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) Kelas II A Jember ” mulai tanggal 21 s/d 24 Mei 2018 dengan hasil baik.

Demikian surat keterangan ini di buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 31 Juli 2018
Kepala
Sub. Bagian Tata Usaha


Drs. SUSILO
NIP.19610919-198103 1001

