



**HUBUNGAN ANTARA PERILAKU SEHAT DENGAN
ANGKA KEJADIAN PEDIKULOSIS KAPITIS PADA
SANTRIWATI PONDOK PESANTREN
DARUL 'ULUM JOMBANG**

Asal :	Hadiah	Kelas
SKRIPSI	Pembelian 26 FEB 2008	616.54
Penyusun :		WJ
Penyusunan :	SFS	h

diajukan guna memenuhi tugas akhir dan memenuhi syarat-syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Pendidikan Dokter (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh:

FITRIANA WIJAYATI
NIM. 032010101072

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2007



**HUBUNGAN ANTARA PERILAKU SEHAT DENGAN
ANGKA KEJADIAN PEDIKULOSIS KAPITIS PADA
SANTRIWATI PONDOK PESANTREN
DARUL 'ULUM JOMBANG**

SKRIPSI

diajukan guna memenuhi tugas akhir dan memenuhi syarat-syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Pendidikan Dokter (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh:

FITRIANA WIJAYATI
NIM. 032010101072

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2007

PERSEMBAHAN

Atas rahmat dan karunia Allah SWT, Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
2. Ayahanda H.M. Supomo dan Ibunda Hj.Y.Listyaningtyas tercinta, yang telah mendoakan, memberi semangat, mengajari dan mencurahkan kasih sayang serta segala pengorbanan selama ini;
3. Ibu Dawimah, pakde Djo, kakakku Murwani Santoso, mas Eko, dan keponakanku tersayang Nico Bagaskoro Utomo dan Aditya Rahmanu Utomo yang telah mendoakan, memberi kasih sayang, dan memberikan segenap dukungan dalam segala hal;
4. Keluarga bapak Sutaji, bapak Sugeng, dan dr.Hargono atas kasih sayang, bimbingan, dorongan, dan doa;
5. Guru-guruku sejak TK sampai Perguruan Tinggi yang kuhormati, yang telah memberikan ilmu dan memberikan bimbingan dengan penuh kesabaran.

MOTTO

“Tiap perbuatan baik adalah sedekah dan orang yang menunjukkan kebaikan sama dengan orang yang berbuat kebaikan dan Allah mengasihi orang yang suka menolong saudaranya”

(HR Baihaqi)

“Barang siapa makin bertambah ilmunya dan tidak bertambah hidayahnya, maka ia akan jauh dari Allah “

(Al-Hadits, Bidayatul Hidayah)

“Sebaik-baiknya manusia itu adalah yang terbaik budi pekertinya dan yang paling bermanfaat bagi manusia “

(Al-Hadits)

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : FITRIANA WIJAYATI

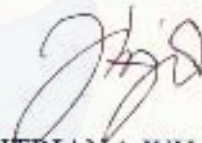
NIM : 032010101072

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul: "**HUBUNGAN ANTARA PERILAKU SEHAT DENGAN ANGKA KEJADIAN PEDIKULOSIS KAPITIS PADA SANTRIWATI PONDOK PESANTREN DARUL 'ULUM JOMBANG'**" adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 12 Desember 2007

Yang menyatakan,



FITRIANA WIJAYATI

NIM. 032010101072

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA PERILAKU SEHAT DENGAN
ANGKA KEJADIAN PEDIKULOSIS KAPITIS PADA
SANTRIWATI PONDOK PESANTREN
DARUL 'ULUM JOMBANG**

Oleh

Pitriana Wijayati

NIM 032010101072



Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Prof. dr. Bambang Suhariyanto, Sp. KK (K)

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Yudha Nurdian, M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Hubungan Antara Perilaku Sehat Dengan Angka Kejadian Pedikulosis Kapitis Pada Santriwati Pondok Pesantren Muzamzamah* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Jember

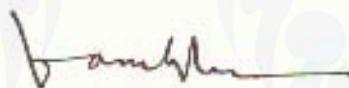
hari : Rabu

tanggal: 12 Desember 2007

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

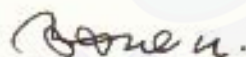
Tim Penguji

Ketua,



Prof. dr. Bambang Suhariyanto, Sp. KK (K)
NIP. 131 282 556

Anggota I



dr. Yudha Nurdian, M.Kes
NIP. 132 231 409

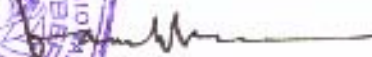
Anggota II



dr. Yunita Armiyanti, M.Kes
NIP. 132 296 982

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Jember



Prof. dr. Bambang Suhariyanto, Sp. KK (K)
NIP. 131 282 556

RINGKASAN

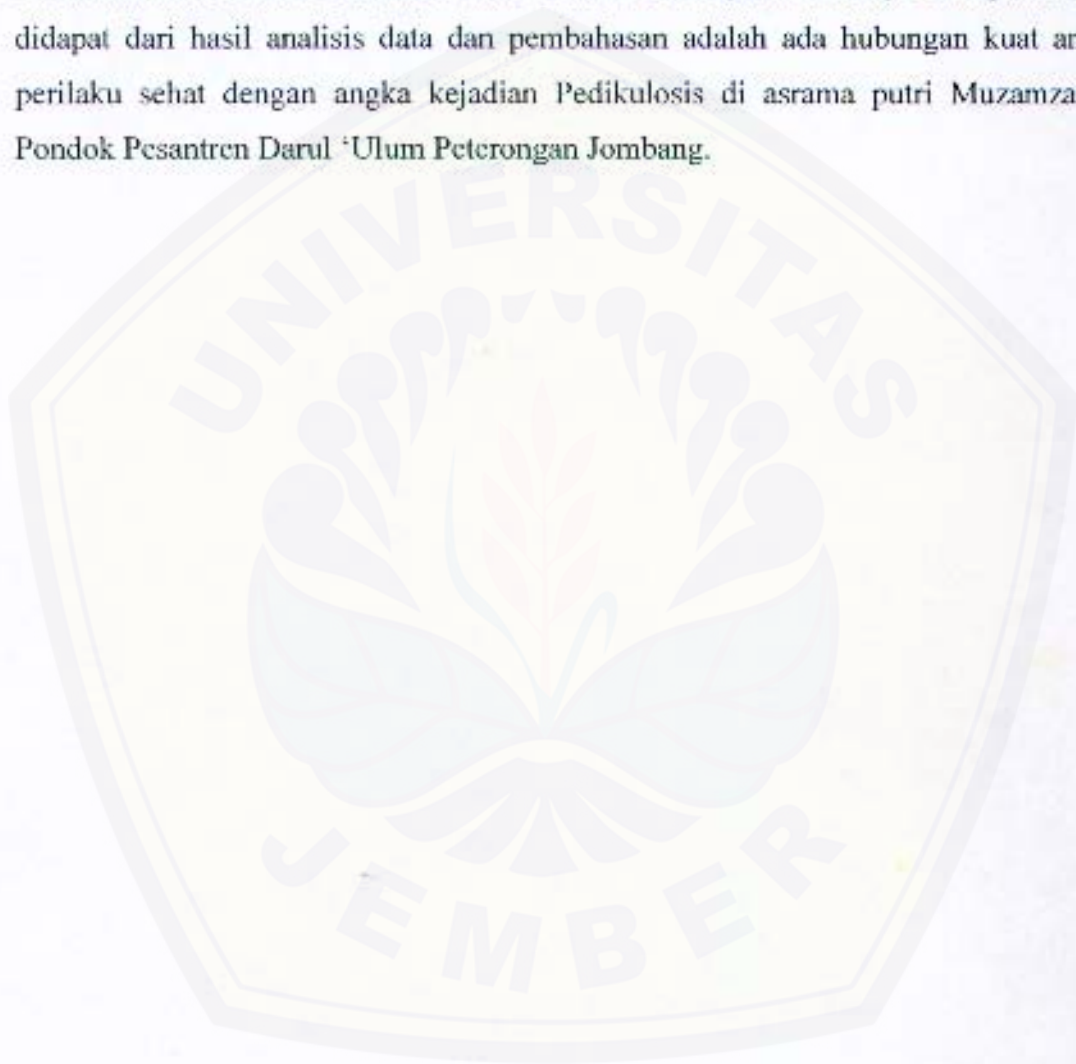
Hubungan Antara Perilaku Sehat Dengan Angka Kejadian Pedikulosis Kapitis Pada Santriwati Pondok Pesantren Muzamzamah: Fitriana Wijayati, 032010101072; 2007; 60 hlm; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Prevalensi penyakit kulit di pondok pesantren pada umumnya masih tinggi terutama pada anak –anak usia sekolah, salah satu penyakit yang paling banyak diderita pedikulosis kapitis. Usaha pencegahan, pemberantasan dan pengobatan masih jarang dilakukan oleh berbagai pihak sehingga mengakibatkan angka kejadian pedikulosis kapitis masih tinggi. Kejadian ini sebagian besar karena tertular dan reinfeksi, karena banyak masyarakat terutama anak-anak usia sekolah yang masih berperilaku kurang sehat. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara perilaku sehat dengan angka kejadian Pedikulosis di asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul ‘Ulum Peterongan Jombang.

Penelitian ini merupakan penelitian survey dengan pendekatan studi *cross sectional* yang dilaksanakan pada bulan September 2007. Sampel penelitian adalah santriwati tingkat SLTP asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul ‘Ulum Jombang. Variabel bebas pada penelitian ini adalah perilaku kesehatan santriwati asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul ‘Ulum Jombang yang diketahui melalui kuosioner higiene pribadi dan higiene lingkungan. Variabel gantung yang digunakan oleh peneliti adalah pengaruh angka kejadian pedikulosis kapitis santriwati asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul ‘Ulum Jombang yang diketahui melalui penyisiran rambut responden dengan serit untuk menemukan kutu kepala. Pengolahan data menggunakan *Statistical Package for the Social Science (SPSS 12)*.

Hasil yang diperoleh dari penelitian yang dilakukan di bulan september 2007 pada santriwati tingkat SLTP asrama putri Muzamzamah sebanyak 50 responden dari total keseluruhan populasi 165 santriwati. Dimana dari hasil yang didapatkan dari 50 responden setelah diperiksa seluruhnya sedang menderita pedikulosis kapitis aktif

(100%), dan tidak ada santriwati yang tidak menderita pedikulosis kapitis (0%). Hasil analisis dengan menggunakan tes *Chi Square* menunjukkan $p < 0,05$ yang berarti ada hubungan antara perilaku sehat dengan angka kejadian Pedikulosis di asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum Peterongan Jombang. Kesimpulan yang didapat dari hasil analisis data dan pembahasan adalah ada hubungan kuat antara perilaku sehat dengan angka kejadian Pedikulosis di asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum Peterongan Jombang.



PRAKATA

Puji syukur alhamdulillah penulis panjatkan Kehadirat ALLAH SWT atas semua hidayah, rahmat, nikmat, dan karunia-Nya, sehingga penulis diberikan kemudahan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin menghaturkan terima kasih dan penghormatan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Rektor Universitas Jember;
2. Prof. dr. Bambang Suhariyanto, Sp. KK (K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember; dan selaku Dosen Pembimbing Pertama sekaligus Ketua Tim Penguji yang telah meluangkan waktu di sela-sela kesibukan guna memberikan ilmu, bimbingan dan motivasi demi terselesaikannya karya tulis ilmiah ini. Serta tidak lupa terima kasih atas semua kesabaran yang tiada pernah habisnya;
3. dr. Yudha Nurdian, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Kedua sekaligus Dosen Penguji Anggota I yang telah memberikan pengarahan, bimbingan, saran dan pertanyaan-pertanyaan yang dapat memacu penulis untuk terus belajar;
4. dr. Yunita Armiyanti, M.Kes selaku Dosen Penguji Anggota II, terima kasih yang sebesar-besarnya atas semua saran-saran dan pertanyaan-pertanyaan yang membangun selama ujian;
5. Pengurus asrama putri Muzamzamah PONPES Darul 'ulum Hj Qonita As'ad, terima kasih atas waktu dan kesediaanya memberikan ijin untuk penelitian.
6. Ayah H.M. Supomo, Ibu Hj Y. Listyaningtyas, seluruh penghuni rumah (Kakakku aniek, mas eko, keponakanku niko dan inoe) atas segala kepercayaan, rasa sayang dan dukungan yang tak pernah sirna.
7. Ibu Dawimah, pak dhe Djo, Mbak Han, Mbak Endang, Mas Amoel, dan Alif serta Dafa atas kasih sayang, dukungan, dan doa.

8. Pak Helmi dan Mbak Heni, terima kasih sudah membantu dalam "mengejar" Daftar Pustaka. Mbak Kiki dan Pak Noto, maaf sudah merepotkan "surat menyurat" untuk seminar dan sidang;
9. Para sampel penelitianku : adik-adikku santriwati Muzamzamah tingkat SLTP atas waktu, tenaga dan perhatiannya karena tanpa kalian penelitianku tidak akan berhasil.
10. Operator penelitianku : Ratih Hijrie atas waktu, tenaga dan sarannya selama penelitian di jombang.
11. Mas Agus " Techno" atas bimbingan dan sarannya mengenai analisa data.
12. Teman, sahabat, saudaraku yang selalu ada dan memberikan keceriaan, mengerti kesedihan, membangun kedewasaan, dan menghiburku: Devi,Alif,Ida,Yati,Tuti,Cha-Cha,Yoga,Hisyam,Amel,Reni,Mety,Nobita,Helvy, Liza,Uthe'dan evi.
13. Dicky dan Ida yang selalu sibuk membantu skripsiku sampai malam hari.
14. Keluarga keduaku di jember yang selalu memberi dukungan,kasih sayang dan perhatian Tante Lis,Om Hargono,Ochi,iksan,dan sahabat serta saudaraku sarie
15. Adikku Dian yang selalu menemaniku dalam susah dan senang .
16. Keluarga pak Sutaji dan pak Sugeng yang selalu memberikan dukungan dan nasehat .
17. Para senior dan teman-teman seangkatan 2003 serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tak dapat disebutkan satu per satu, terima kasih atas perhatian, kritik dan sarannya.

Akhirnya dengan segala kerendahan hati penulis memohon maaf atas segala kekurangan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun agar dapat menyempurnakan karya tulis ilmiah ini. Semoga karya tulis ini dapat bermanfaat.

Jember, Desember 2007

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA	x
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Pedikulosis kapitis	5
2.1.1 Definisi	5
2.1.2 Klasifikasi	5
2.1.3 Epidemiologi	6

2.1.4 Morfologi	7
2.1.5 Siklus Hidup <i>Pediculus humanus var. capitis</i>	10
2.1.6 Gejala Klinis	13
2.1.7 Transmisi Penularan	13
2.1.8 Diagnosis	14
2.1.9 Diagnosis Banding	15
2.1.10 Pengobatan	15
2.2 Santriwati dan Pondok Pesantren	17
2.3 Perilaku Sehat	18
2.3.1 Batasan Perilaku	18
2.3.2 Perilaku Sehat	19
2.4 Kerangka Konseptual Penelitian	22
2.5 Hipotesis Penelitian	23
BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN	24
3.1 Jenis Penelitian	24
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	24
3.3 Variabel Penelitian	24
3.3.1 Variabel Bebas	24
3.3.2 Variabel Tergantung	24
3.4 Penentuan Populasi dan Sampel Penelitian	25
3.4.1 Populasi Penelitian	25
3.4.2 Sampel Penelitian	25
3.4.2.1 Kriteria Sampel Penelitian	25
3.4.2.2 Besar Sampel	25
3.5 Definisi Operasional Variabel	25
3.6 Data dan Sumber data	26
3.7 Desain Penelitian atau Rancangan Penelitian	27
3.8 Teknik dan Alat Perolehan Data	28
3.8.1 Alat dan Bahan Penelitian	28

3.8.2 Metode Penelitian	28
3.9 Teknik Penyajian dan Analisa Data	29
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	32
4.1 Hasil Penelitian.....	32
4.1.1 Data Angka Kejadian Pedikulosis Kapitis Santriwati.....	32
4.1.2 Distribusi Hygiene Pribadi	33
4.1.3 Distribusi Hygiene Lingkungan	39
4.2 Analisis Data	44
4.2.1 Mengetahui Hubungan Antara Perilaku Sehat dengan Angka Kejadian Pedikulosis Kapitis Pada Santriwati dengan Menggunakan " <i>Chi Square Test</i> "	44
4.2.2 Mengetahui Kekuatan Hubungan antar variabel dengan Uji Koefisien Kontingensi	45
4.3 Pembahasan	46
4.3.1 Angka Kejadian Pedikulosis Kapitis Santriwati Asrama Putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum ...	46
4.3.2 Perilaku Sehat Pada Santriwati Pondok Pesantren Darul 'Ulum	49
4.3.3 Hubungan Antara Perilaku Sehat terhadap Angka Kejadian Pedikulosis Kapitis	51
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	52
5.1 Kesimpulan	53
5.2 Saran	53
DAFTAR PUSTAKA	55
LAMPIRAN	59

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 <i>Pediculus humanus</i> var. <i>capitis</i>	6
2.2 Telur <i>Pediculus humanus</i> var. <i>Capitis</i>	8
2.3 Telur <i>Pediculus humanus</i> var. <i>Capitis</i>	8
2.4 <i>Pediculus humanus</i> var. <i>capitis</i> Betina	9
2.5 <i>Pediculus humanus</i> var. <i>capitis</i> Jantan	9
2.6 Telur <i>Pediculus humanus</i> var. <i>Capitis</i> menempel pada rambut	10
2.7 Siklus Hidup <i>Pediculus humanus</i> var. <i>capitis</i>	13
4.1 Grafik Prevalensi Pedikulosis Kapitis Santriwati	33
4.2 Grafik Distribusi Hygiene Pribadi	34
4.3 Grafik Distribusi Hygiene Lingkungan	40

DAFTAR TABEL

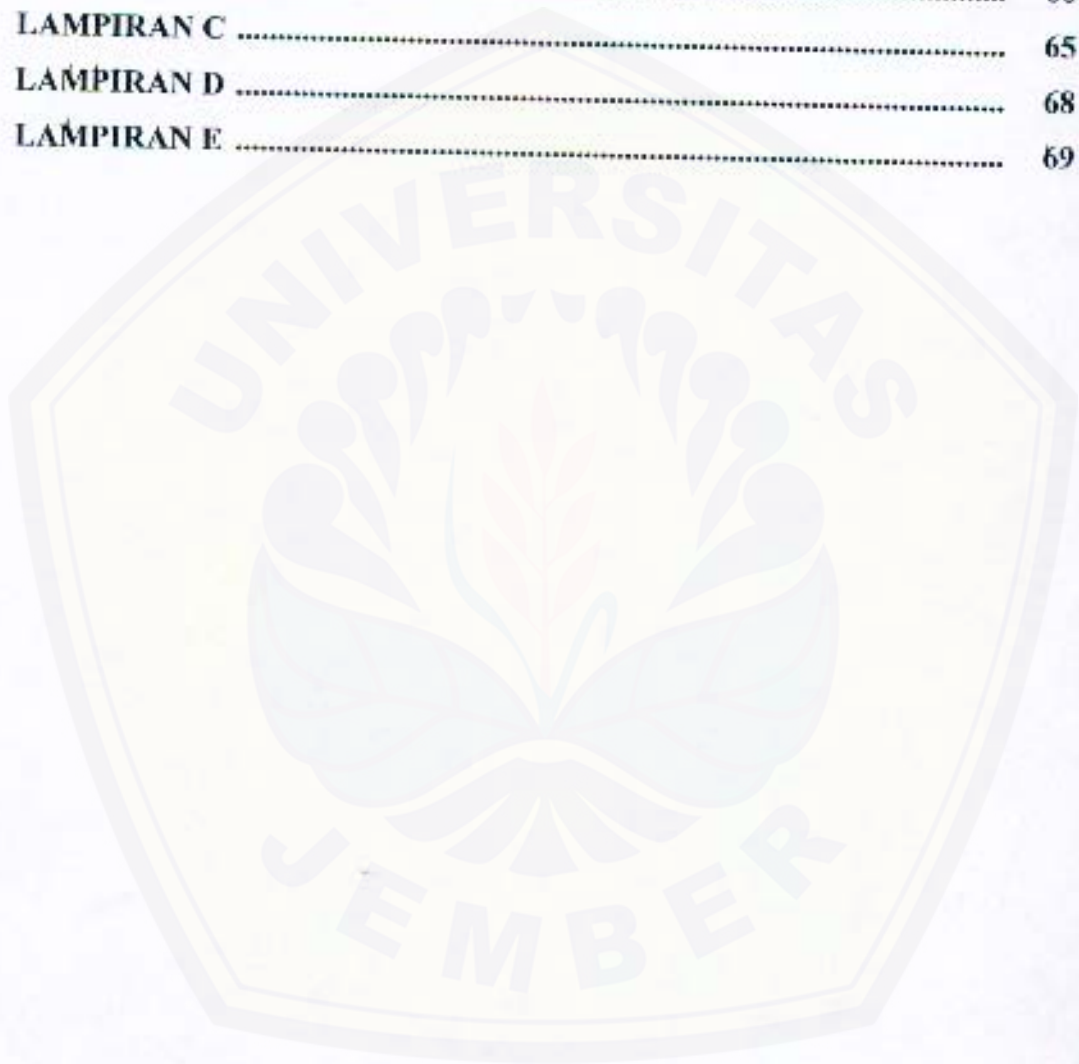
	Halaman
2.1 Fakta-Fakta <i>Pediculus humanus var. capitis</i>	12
2.2 Beberapa Obat Pedikulosis Kapitis.....	18
4.1 Data Prevalensi Pedikulosis Kapitis Santriwati	32
4.2 Distribusi Hygiene Pribadi	33
4.3 Distribusi Hygiene Pribadi Perilaku Mencuci Rambut	34
4.4 Distribusi Hygiene Pribadi Perilaku Berganti Jilbab	35
4.5 Distribusi Hygiene Pribadi Perilaku Jumlah Jilbab	35
4.6 Distribusi Hygiene Pribadi Perilaku Mencuci Jilbab	36
4.7 Distribusi Hygiene Pribadi Perilaku Meminjam Jilbab Teman	36
4.8 Distribusi Hygiene Pribadi Perilaku Mencuci Handuk	37
4.8 Distribusi Hygiene Pribadi Perilaku Meminjam Handuk	37
4.9 Distribusi Hygiene Pribadi Perilaku Memiliki Handuk Pribadi	38
4.10 Distribusi Hygiene Pribadi Perilaku Memiliki Sisir Rambut	38
4.11 Distribusi Hygiene Pribadi Perilaku Mencuci Sisir Rambut	38
4.12 Distribusi Hygiene Pribadi Perilaku Meminjam Sisir Rambut	39
4.13 Distribusi Hygiene Lingkungan	39
4.14 Distribusi Hygiene Lingkungan Tidur Berkelompok	40
4.15 Distribusi Hygiene Lingkungan Perlengkapan Tidur Digunakan Bersama	41
4.16 Distribusi Hygiene Lingkungan Membersihkan Kamar Tidur	41
4.17 Distribusi Hygiene Lingkungan Frekuensi Membersihkan Kamar Tidur	42
4.18 Distribusi Hygiene Lingkungan Memiliki Perlengkapan Tidur	42
4.19 Distribusi Hygiene Lingkungan Memibersihkan Perlengkapan Tidur	43
4.20 Distribusi Hygiene Lingkungan Jumlah Penghuni Kamar Tidur	43

4.21 Distribusi Higiene Lingkungan Memiliki Gantungan Baju Pribadi.....	44
4.22 "Chi Square Test"	45
4.23 Symmetric Measures	45



DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN A	59
LAMPIRAN B	60
LAMPIRAN C	65
LAMPIRAN D	68
LAMPIRAN E	69





BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pedikulosis ialah infeksi kulit/rambut pada manusia yang disebabkan oleh *Pediculus* (termasuk famili *Pediculidae*). Selain menyerang manusia, penyakit ini juga menyerang binatang, oleh karena itu dibedakan *Pediculus humanus* dengan *Pediculus animalis*. *Pediculus* ini merupakan parasit obligat, artinya harus menghisap darah manusia untuk dapat bertahan hidup. Pedikulosis kapitis ialah infeksi kulit dan rambut kepala yang disebabkan oleh *Pediculus humanus* var. *capitis* (Handoko, 2005).

Pediculus humanus var. *capitis* (pada umumnya lebih dikenal dengan sebutan kutu kepala) sudah menyebar dari satu orang ke orang yang lain sejak sejarah peradaban manusia dimulai hingga saat ini (Texas Departement of Health, 2001). Kutu kepala dan telurnya telah ditemukan pada mumi manusia. Kutu kepala juga disebutkan pada tulisan-tulisan kuno, termasuk pada kitab injil. Tidak semua masyarakat mengasosiasikan parasit ini sebagai hal yang negatif, sebagai contoh masyarakat Aztec mengumpulkan kutu kepala mereka dalam tas dan mengirimkannya kepada raja mereka sebagai rasa hormat, dan wanita muda di Siberia Utara melemparkan kutu kepala mereka kepada lelaki sebagai tanda cintanya (Meinking, 1999).

Sekarang ini banyak masyarakat yang menyadari bahwa kutu kepala mengganggu. Mereka menghabiskan banyak uang untuk mengobati dan mengontrol kutu kepala. Dengan mengesampingkan usaha dari para orang tua, tenaga kesehatan, dan tenaga sekolah, infestasi kutu kepala merupakan masalah yang persisten dan semakin berkembang dengan meningkatnya resistensi terhadap kebanyakan produk pedikulisida yang umum digunakan (Meinking, 1999).

Pedikulosis kapitis biasanya paling banyak ditemukan pada anak-anak, terutama pada anak wanita. Dapat juga ditemukan pada orang dewasa, sering pada yang berambut panjang, dengan higiene yang jelek. Tidak mengenal kelas sosial. Biasanya ditularkan melalui persinggungan, personal kontak, dan melalui topi, tutup kepala, sikat rambut, dan sisir (Canizares, 1993).

Pondok pesantren merupakan tempat tinggal para santri yang belajar agama Islam sekaligus diasramakan ditempat itu. Karakteristik pondok pesantren adalah hidup bersama dalam satu kamar dan menerapkan pola hidup sederhana (Ghozali, 2003). Hal ini berpengaruh terhadap angka kejadian pedikulosis karena populasinya yang padat di dalam satu kamar dan perilaku yang tidak sehat terutama pada santri wanita.

Asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum yang bertempat di Rejoso Peterongan Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang Jawa Timur adalah asrama putri yang berada di lingkungan Pondok Pesantren Darul 'Ulum dengan jumlah santri kurang lebih sekitar 500 santri putri. Penghuni asrama sebagian besar adalah anak-anak usia sekolah (SLTP dan SLTA). Mereka tinggal bersama-sama di dalam satu kamar. Di dalam kamar itu mereka menjalankan aktivitas sehari-hari, tinggal, tidur, makan, dan belajar. Keadaan kamar-kamar asrama biasanya sederhana, rata-rata tiap kamar diisi oleh 20-25 santriwati. Hal ini meningkatkan frekuensi kontak satu sama lain dan dapat menimbulkan berbagai macam penyakit yang penularannya melalui kepadatan yang tinggi dan perilaku yang tidak sehat, salah satu penyakitnya adalah Pedikulosis kapitis atau yang lebih dikenal dengan kutu kepala. Tidak sehatnya perilaku santriwati didukung oleh mitos yang menyatakan bahwa setiap santri yang baru masuk pondok pesantren dan belum terkena kutu kepala maka kesantriannya tidak barokah, yang menimbulkan enggannya para santriwati untuk mencegah dan mengobati kutu kepala.

Hal tersebut di atas yang melatarbelakangi penulis untuk mengadakan penelitian tentang Pedikulosis kapitis di asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum Jombang mengenai perilaku kesehatan dan angka kejadian Pedikulosis pada santriwati asrama tersebut. Pada akhirnya penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai hubungan perilaku sehat dengan angka kejadian Pedikulosis pada santriwati asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas dapat dirumuskan permasalahannya sebagai berikut; apakah terdapat hubungan antara perilaku sehat dengan angka kejadian Pedikulosis kapitis di asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum Jombang Jawa Timur.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

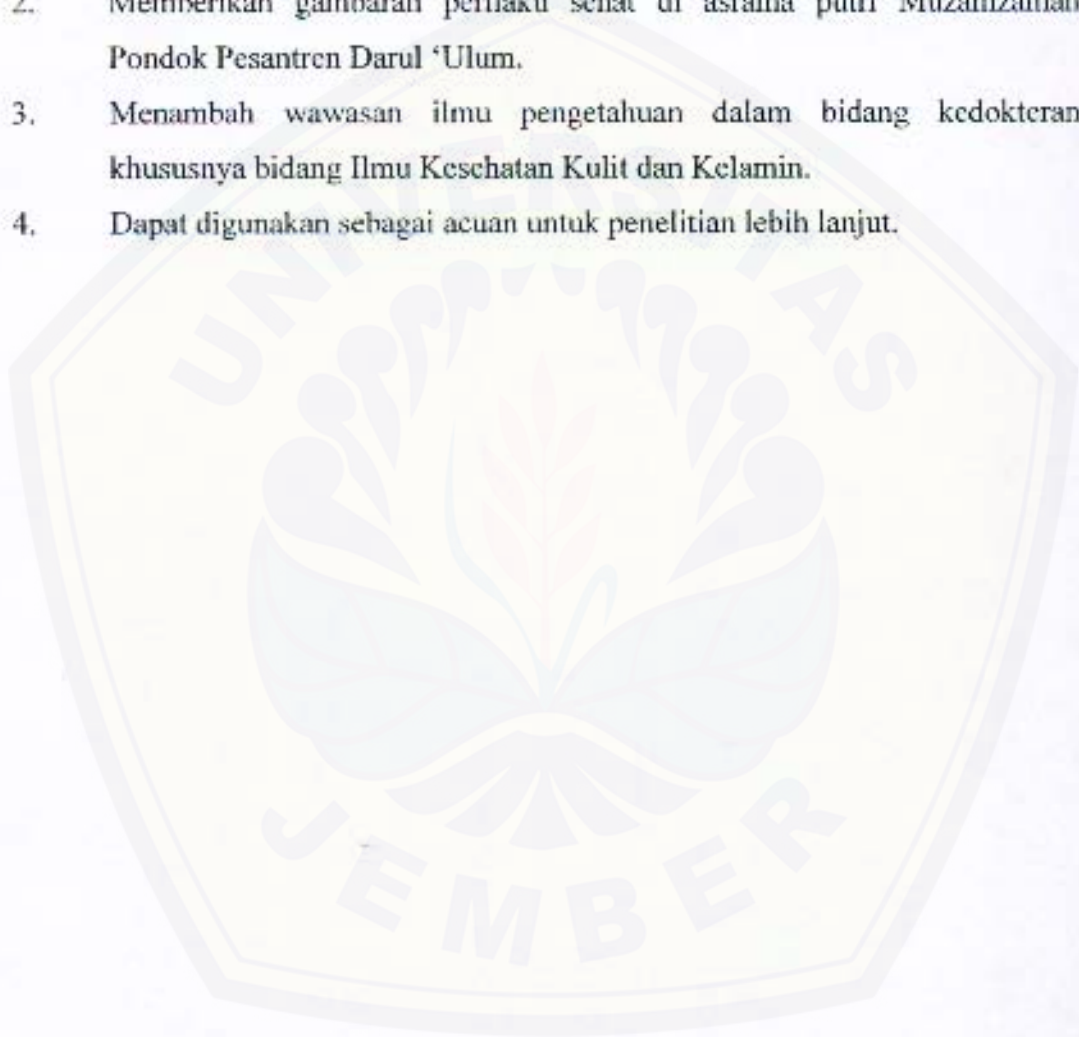
Mengetahui hubungan antara perilaku sehat dengan angka kejadian Pedikulosis di asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum Peterongan Jombang.

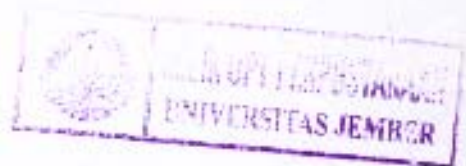
1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menentukan kemaknaan hubungan antara perilaku sehat dengan Pedikulosis kapitis di asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum
- b. Menentukan angka kejadian Pedikulosis kapitis di asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum.
- c. Menentukan perilaku sehat santriwati di asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Memberikan informasi dan masukan tentang penyakit pedikulosis kapitis pada santriwati bagi pengasuh dan pengurus asrama putri Muzamzamah dan masyarakat pada umumnya.
2. Memberikan gambaran perilaku sehat di asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum.
3. Menambah wawasan ilmu pengetahuan dalam bidang kedokteran khususnya bidang Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin.
4. Dapat digunakan sebagai acuan untuk penelitian lebih lanjut.





BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pedikulosis Kapitis

2.1.1 Definisi

Pedikulosis merupakan penyakit pada kulit yang disebabkan oleh adanya infestasi kutu (*Pediculus*). Tiga varietas yang menyerang manusia dinamakan dinamakan sesuai dengan daerah dimana ketiga varietas tersebut biasa hidup. *Pediculus humanus* var. *capitis* (*head louse*/kutu kepala), *P. humanus* var. *corporis* (*body louse*/kutu badan), dan *P. phthirus pubis* (*pubic louse*/crab louse). Pedikulosis kapitis merupakan infeksi kulit dan rambut kepala yang disebabkan oleh *Pediculus humanus* var. *capitis* (Handoko, 2002; Gandahusada, 2003).

2.1.2 Klasifikasi

Pediculus humanus var. *capitis* (lihat gambar 2.1) memiliki taksonomi sebagai berikut (Texas Departement of Health, 2001; Idcham *et al*, 2004):

- a. Filum : Arthropoda
- b. Kelas : Hexapoda
- c. Ordo : Anoplura
- d. Famili : Pediculidae
- e. Genus : *Pediculus*
- f. Spesies : *Pediculus humanus* var. *capitis*



Sumber : Prianto *et al.*, Tahun 2003, hal. 163.

Gambar 2.1 *Pediculus humanus var. capitis*

2.1.3 Epidemiologi

Pada dasarnya setiap orang dapat terkena penyakit kutu kepala tetapi beberapa kelompok orang lebih mudah terkena dari pada yang lain. Kelompok yang paling banyak terkena kutu kepala adalah anak-anak pada umur 3-11 tahun. Tingginya insiden kutu kepala pada kelompok ini relatif. Hal ini dipengaruhi oleh kemungkinan adanya kontak kepala dengan kepala dan kontak tubuh selama bermain dan berbagi obyek dimana kutu kepala dapat menempel, misalnya sisir, sikat kepala, topi, helm, headphone dan tutup kepala lainnya (Mcinking, 1999).

Kebanyakan penelitian menunjukkan bahwa infestasi pada umumnya lebih banyak pada anak wanita dibandingkan dengan anak lelaki, tetapi penelitian lain menunjukkan tidak adanya hubungan antara infestasi dan jenis kelamin. Pada kebanyakan budaya, anak wanita mempunyai rambut yang lebih panjang dari pada anak lelaki, hal ini mungkin berhubungan dengan perbedaan jenis kelamin. Pada beberapa studi, para peneliti di Israel menemukan bahwa anak dengan rambut yang panjang dan sedang lebih sering terkena kutu kepala dibandingkan dengan anak yang rambutnya pendek, kebanyakan anak wanita juga lebih sering berbagi sikat rambut, sisir dan aksesori rambut dibandingkan anak lelaki. Kutu kepala dapat menginfeksi semua level sosial, sebagian besar kelompok rasial, dan etnik. Kutu kepala dapat

ditemukan pada kulit putih, bangsa Asia, Hispanik dan Indian Amerika Utara, Serikat dan Selatan (Meinking, 1999).

Penyakit ini terutama menyerang anak-anak muda, dan dapat meluas dalam lingkungan hidup yang padat misalnya di asrama dan panti asuhan. Tambahan pula dalam kondisi higiene yang tidak baik, misalnya jarang membersihkan rambut atau rambut yang relatif susah dibersihkan. Cara penularannya biasanya melalui perantara benda misalnya sisir, bantal, kasur, dan topi (Burgess, 2001).

2.1.4 Morfologi

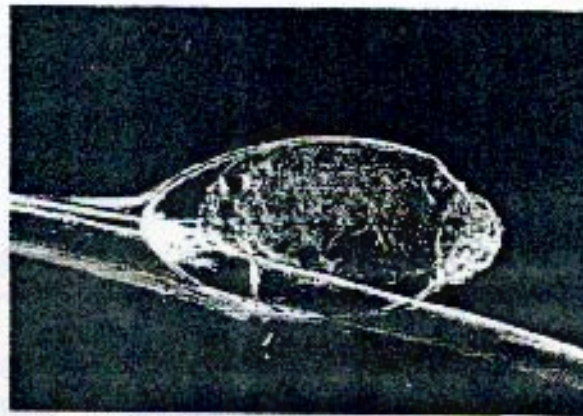
Kutu kepala merupakan penghisap darah, serangga yang tidak bersayap, dengan eksoskeleton yang keras. Seperti semua serangga, kutu kepala mempunyai tiga pasang kaki. Setiap kaki berakhir pada sebuah cakar untuk mencengkeram helai rambut. Sepasang antena terletak di depan mata yang memungkinkan kutu untuk mendeteksi bau, temperatur dan informasi lain yang belum diketahui (Meinking, 1999).

Tubuhnya pipih, dorsoventra, bersegmen pada caput (kepala) sepasang, mata terletak di sebelah lateral antena. Pada thorax (dada) dan abdomen (perut) terdapat lubang-lubang untuk pernafasan disebut spirakel (Ideham dan Pusarawati, 2004).

Warna kutu kepala biasanya beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya. Karena itu kutu yang ditemukan pada kulit dan rambut individu yang gelap lebih gelap warnanya dibandingkan dengan kutu yang ditemukan pada orang dengan warna rambut dan kulit yang lebih terang. Selain itu eksoskeleton dari kutu juga berubah menjadi lebih gelap dengan meningkatnya temperatur dan sinar matahari (Meinking, 1999).

Nits (lihat gambar 2.2), adalah sebutan bagi telur kutu kepala. Telur ini susah untuk dilihat dan sering disalah tafsirkan dengan ketombe. *Nits* dihasilkan oleh kutu kepala dewasa betina dan dilekatkan pada dasar helai rambut (lihat gambar 2.3). Ukurannya sekitar 0,3 x 0,8 mm, berbentuk oval dan biasanya berwarna kuning

sampai putih. *Nits* butuh waktu sekitar seminggu untuk menetas (rangnya antara 6 sampai 9 hari) (Centers for Disease Control and Prevention, 2006).



© <http://www.headlice.org/>

Sumber : Headlice organization Tahun 2007

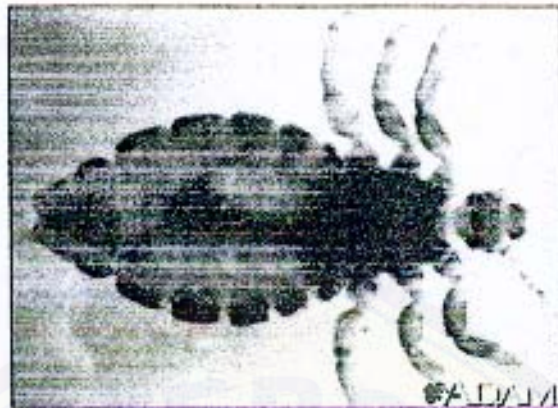
Gambar 2.2 Telur *Pediculus humanus var. capitis*



Sumber : Centers for Disease Control and Prevention Tahun 2006.

Gambar 2.3 Telur *Pediculus humanus var. capitis*

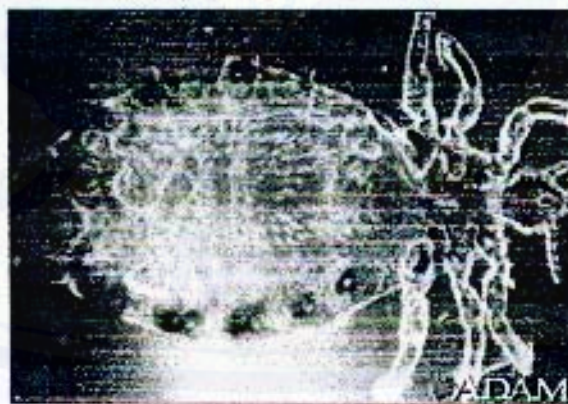
Kutu rambut dewasa umumnya memiliki panjang sekitar 2-3 mm. Kutu betina (lihat gambar 2.4), biasanya lebih panjang dan besar dibanding yang jantan. Kutu betina mempunyai perut yang lebih membulat dan mempunyai gonopoda. Gonopoda merupakan struktur yang membantu kutu betina untuk memanjat helai rambut sambil menempelkan telur (Meinking, 1999).



Sumber : Centers for Disease Control and Prevention Tahun 2003.

Gambar. 2.4 *Pediculus humanus* var. *capitis* Betina

Kutu jantan (lihat gambar 2.5), mempunyai warna cokelat pada bagian belakangnya. Bagian anal dan organ seksual terletak pada bagian belakang kutu. Pengaturan ini memungkinkan kutu jantan untuk memanjat diatas kutu betina dengan tujuan untuk kopulasi (Meinking, 1999).



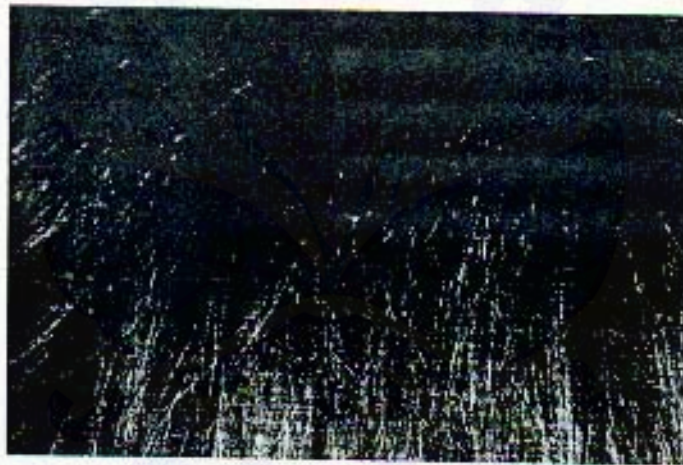
Sumber : Centers for Disease Control and Prevention Tahun 2003.

Gambar. 2.5 *Pediculus humanus* var. *capitis* Jantan

2.1.5 Siklus Hidup *Pediculus humanus var. capitis*

Untuk keterangan siklus hidup *Pediculus humanus var. capitis*, lihat gambar 2.6. Dua puluh empat jam setelah kopulasi, kutu kepala betina meletakkan telur-telurnya (pada umumnya disebut dengan *nits*) pada kondisi yang optimum. Seekor kutu betina yang sehat dapat bertelur sekitar 3-4 telur perhari kurang lebih 140 butir telur selama masa hidupnya yang sekitar 30 hari. Telurnya ditutupi bahan fiksasi yang melekatkan telur pada helai rambut (Burgess, 1999).

Letak telur pada rambut bergantung pada iklim dan temperatur, karena telur kutu diinkubasi oleh panas tubuh manusia, kebanyakan telur terdapat dekat pangkal rambut. Jarak telur dengan pangkal rambut dapat dipakai sebagai acuan apakah pada telur kutu terdapat embrio atau tidak (Meinking, 1999).



Sumber : J Am Acad Dermatol Tahun 2004

Gambar. 2.6 Telur *Pediculus humanus var. Capitis* menempel pada rambut.

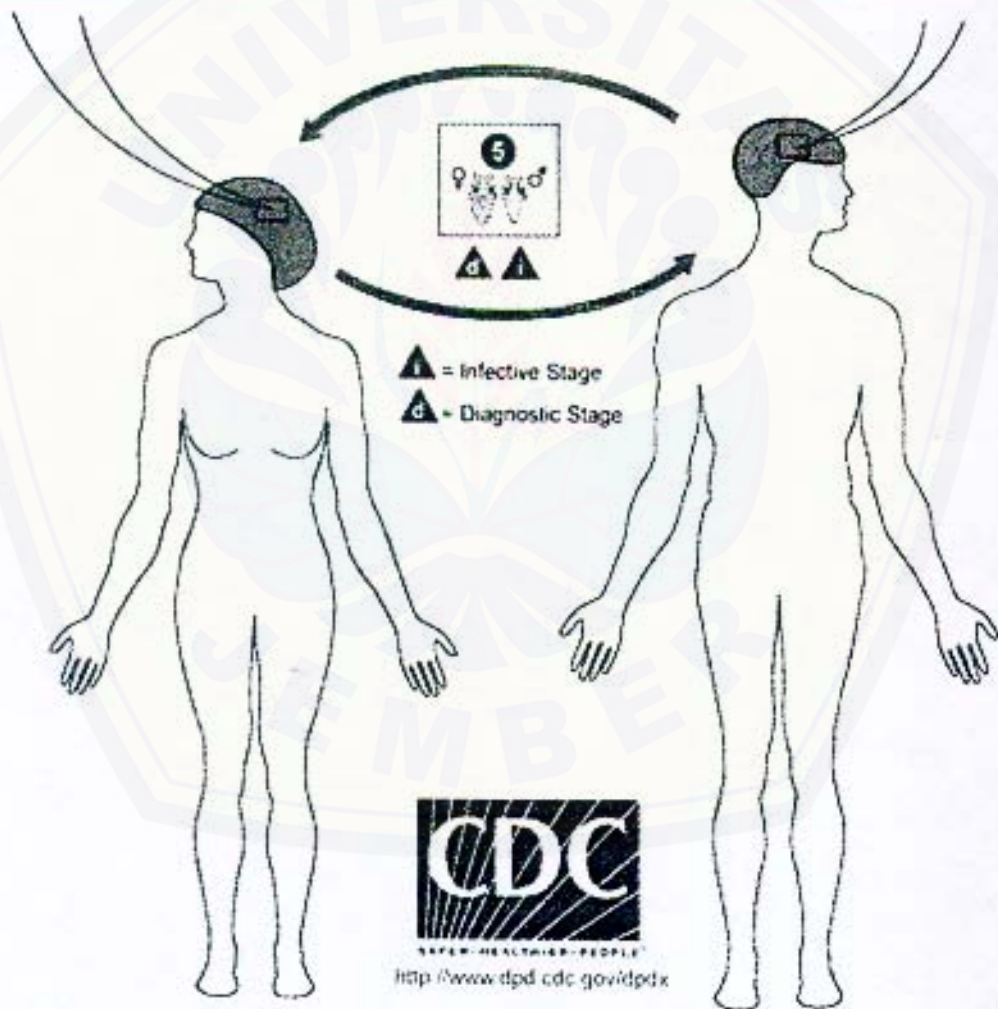
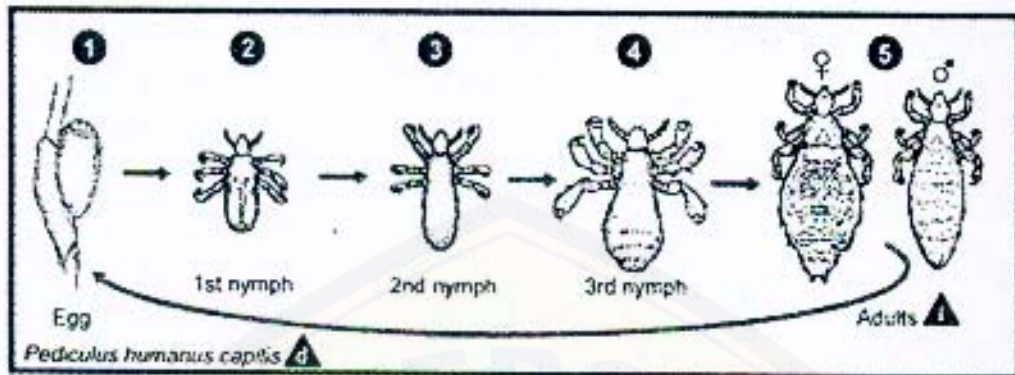
Pada umumnya telur kutu berwarna mendekati transparan ketika pertama kali diletakkan dan tampak semakin pucat seiring dengan perkembangan embrio. Telur kutu berubah warna menjadi gelap jika embrio mati dan dehidrasi. Kutu betina menempelkan setiap telur mereka pada helai rambut beberapa milimeter dari pangkal rambut dimana suasananya hangat dan nyaman. Setelah menetas selongsong telur yang kosong (*nit*) tetap menempel pada rambut dan berubah warna menjadi putih. Setelah 7-10 hari periode masa inkubasi, bayi kutu yang biasanya disebut nimfa menggunakan bagian mulutnya untuk memotong sebuah lubang pada operkulum telur. Nimfa kemudian keluar dari telur melalui lubang pada operkulum tersebut. Nimfa yang baru menetas hampir sama bentuknya dengan kutu dewasa tetapi lebih kecil dan belum bisa bereproduksi. Nimfa yang baru menetas kemudian segera menghisap darah segar manusia. Nimfa melalui tiga tahap perkembangan (atau stadium instar). Setiap stadium instar berlangsung sekitar 3-4 hari dan berakhir saat berganti rangka. Jenis kelamin tidak dapat dibedakan sampai pergantian rangka yang terakhir yang berlangsung mulai 9-12 hari setelah menetas. Pada saat ini kutu kepala sudah dewasa dan matang. Kutu betina dewasa harus menghisap darah sebelum kopulasi (Burgess, 2001).

Tidak seperti ektoparasit lain yang dapat bertahan dari kelaparan dan temperatur yang ekstrim, kutu kepala dan telurnya hanya dapat bertahan pada keadaan yang suasana lingkungan yang normal. Mulai dari pertama menghisap darah sampai mati kutu harus menghisap setiap 4-6 jam dan dapat mati jika tidak menghisap darah untuk beberapa saat saja. Total konsumsi darah kutu kepala kira-kira tidak lebih dari 0,001 ml perhari setiap satu ekor. Kutu juga memerlukan suhu sekitar 87° F (30,6° C) sampai 95° F (35° C) untuk dapat bertahan hidup dan suhu yang berkepanjangan dibawah 65° F (18° C) atau diatas 97° F (38° C) berakibat fatal bagi telur (Meinking, 1999).

Tabel 2.1 Fakta-Fakta *Pediculus humanus var. capitis*

Ukuran betina 2,4-3,3 mm	Stadium nimfa I 3-4 hari	Waktu kutu betina dewasa sampai gravid	Total <i>output</i> telur 110-140 telur
Ukuran jantan 2,1-2,6 mm	Stadium nimfa II 3-4 hari	Telur sampai dewasa 17-25 hari	Waktu hidup saat di luar host 6-24 hari
Ukuran telur 0,8 mm	Stadium nimfa III 3-4 hari	Masa hidup kutu betina 23-30 hari	Kecepatan gerak 6-30 cm/menit
Periode inkubasi telur 7-10 hari		Masa hidup kutu jantan 23-30 hari	Habitat kepala manusia

Sumber : Meinking, 1999.



Sumber : Centers for Disease Control and Prevention Tahun 2003.

Gambar. 2.7 Siklus Hidup *Pediculus humanus var. capitis*

2.1.6 Gejala Klinis

Walaupun gigitan kutu tidak terasa sakit, air ludah kutu mengandung vasodilator dan antikoagulan yang menyebabkan reaksi alergi pada kebanyakan individu. Vasodilator menyebabkan pelebaran dari pembuluh-pembuluh darah, sedangkan antikoagulan menghambat pembekuan darah sehingga menyebabkan tanda merah dan rasa gatal pada daerah gigitan. Variasi reaksi dari host tergantung pada sensitivitas masing-masing host dan banyaknya paparan. Infeksi awal dapat terjadi tanpa gejala atau dengan gejala selama 4-6 minggu. Infeksi selanjutnya dapat menyebabkan rasa gatal dalam 24-48 jam. Untuk itu infeksi awal sering asimtomatis dan rasa gatal biasanya mengindikasikan infestasi yang telah berlangsung selama beberapa minggu (Meinking, 1999).

Rasa gatal, terutama pada daerah oksiput dan temporal dapat meluas ke seluruh kepala. Akibat garukan, terjadi erosi, ekskoriasi dan infeksi sekunder (pus, krusta). Bila infeksi sekunder berat, rambut akan bergumpal karena banyaknya pus, krusta (plica pelonika) dan disertai pembesaran kelenjar getah bening regional (oksiput dan retroaurikular) pada keadaan tersebut kepala memberikan bau yang busuk (Handoko, 2005).

Infestasi penyakit yang terjadi selama bertahun-tahun akan menyebabkan penampakan kulit yang lebih gelap warnanya dan lebih tipis ketebalannya. Kedua hal tersebut merupakan suatu kondisi yang disebut *vagabond's disease*. Pada kasus infeksi kutu kepala yang tidak diobati rambut akan lengket satu sama lain akibat eksudat dan masa yang menimbulkan bau busuk. Kondisi ini dikenal dengan sebutan *plica polonica* (Schmidt & Roberts, 2005).

2.1.7 Transmisi Penularan

Karena kutu kepala mempunyai host yang sangat spesifik, kutu kepala yang menginfeksi manusia tidak dapat ditularkan dari atau pada binatang peliharaan atau binatang lain. Kutu kepala ditularkan dari orang ke orang yang, baik langsung maupun tidak langsung. Transmisi langsung dapat terjadi pada saat anak-anak

bermain atau aktivitas lain dimana terjadi kontak fisik antar individu satu sama lain (Meinking, 1999).

Transmisi tidak langsung dapat terjadi melalui kontak dengan benda yang membawa kutu kepala. Kutu kepala dapat ditemukan pada banyak benda diantaranya pada sikat rambut, sisir, jepit rambut, pita, scarf, penutup kepala yang lainnya, baju, dan handuk. Walaupun kutu kepala tidak dapat bertahan hidup lama pada benda-benda di atas, kutu kepala dapat berpindah secara cepat dari benda-benda tersebut kepada *host* yang lain (Meinking, 1999; *Texas Department of Health*, 2001).

2.1.8 Diagnosis

Pada infeksi aktif kutu kepala dapat ditemukan nimfa atau kutu dewasa (panjang 1-2 mm), dan telur oval keabu-abuan sampai putih (sekitar 0,8 mm x 3 mm) yang melekat pada helai rambut didekat pangkal rambut. Telur-telur ini sulit terlepas dari rambut, jika terdapat obyek seperti telur yang mudah lepas kemungkinan adalah ketombe, kulit kering, atau partikel asing (*Texas Department of Health*, 2001).

Telur kutu kepala yang terletak kurang lebih $\frac{1}{4}$ inci (1cm) biasanya infertil dan kebanyakan tidak akan menetas. Terkecuali ditemukan nimfa, kutu dewasa, atau ditemukan telur-telur yang terletak kurang $\frac{1}{4}$ inci dari pangkal rambut. Bila hanya terdapat telur tidak dapat dikatakan sebagai infeksi aktif kutu kepala. Nimfa dan kutu kepala dewasa dapat sulit untuk ditemukan secara visual karena:

- a. Kutu kepala biasanya menghindari ke daerah yang lebih gelap jika terkena cahaya.
- b. Kutu kepala dapat memanjat dengan cepat diantara helai rambut (*Texas Department of Health*, 2001).

Diagnosis pada infeksi tingkat rendah dapat dilakukan hanya dengan menggunakan teknik deteksi dengan penyisiran yang menggunakan sisir yang didesain untuk mengangkat nimfa yang paling kecil sampai kutu dewasa (Burgess, 2001).

Walaupun nimfa dan kutu mungkin sulit untuk dilihat namun tanda kemerahan, luka garukan, pus, krusta, termasuk pioderma mungkin ditemukan pada individu yang terinfeksi. Gejala ini harus dibedakan dengan dermatitis kontak/dermatitis seboroika, gigitan serangga, eksema, psoriasis dan piedra yang semuanya dapat memberikan diagnosis positif palsu untuk pedikulosis kapitis (Meinking, 1999).

2.1.9 Diagnosis Banding

Beberapa diagnosis banding untuk pedikulosis diantaranya adalah tinea kapitis, pioderma (impetigo krustaosa), dermatitis seboroika, gigitan serangga, psoriasis, piedra dan perawatan berulang dengan pedikulisida sendiri yang dapat menyebabkan iritasi pada kulit rambut (Meinking, 1999; Handoko, 2005).

2.1.10 Pengobatan

Pengobatan bertujuan untuk memusnahkan semua kutu dan telur serta mengobati infeksi sekunder. Menurut kepustakaan pengobatan yang terbaik ialah secara topikal dengan Malathion 0,5 % atau 1 % dalam bentuk *lotion* atau *spray*. Caranya : malam sebelum tidur rambut dicuci dengan sabun kemudian dipakai *lotion malathion* lalu kepala ditutup dengan kain. Keesokan harinya rambut dicuci lagi dengan sisir yang halus dan rapat (serit). Pengobatan ini dapat diulang lagi seminggu kemudian, jika masih terdapat kutu atau telur. Obat tersebut sukar didapat. Di Indonesia obat yang mudah didapat dan cukup efektif ialah krim Gama Benzen Heksaklorida (Gamekson = Gamexone) 1 %. Cara pemakaiannya : setelah dioleskan lalu didiamkan 12 jam, kemudian dicuci dan disisir dengan serit agar semua kutu dan telur terlepas. Jika masih terdapat telur, seminggu kemudian diulangi dengan cara yang sama. Obat lain ialah Emulsi Benzil Benzoat 25 %, dipakai dengan cara yang sama (Handoko, 2005).

Permethrin 5%, obat yang biasanya dipakai untuk pengobatan skabies, Juga digunakan beberapa tenaga kesehatan untuk mengobati kutu kepala. Shampo yang

mengandung linclone 1% juga digunakan untuk pengobatan kutu kepala yang resisten, tetapi sekarang jarang digunakan karena kekhawatiran neurotoksitas, resistensi dan waktu yang lambat dalam membunuh kutu kepala. Pengobatan oral ivermectin (stromecto), pada dosis oral 200 mcg per kg, efektif membunuh telur. Untuk membunuh nimfa yang baru menetas dosis kedua harus diberikan 7-10 hari setelah dosis pertama (Flinders & De Schweinitz, 2004).

Lindane 1%, merupakan senyawa organoklorida yang mempunyai efek toksisitas pada susunan saraf pusat manusia jika tidak digunakan secara benar. Mempunyai aktivitas ovisidal yang rendah (30%-50% telur tidak terbunuh). Crotamiton 10% biasanya terdapat dalam bentuk losion yang digunakan untuk terapi skabies, tapi sebuah studi menunjukkan crotamiton juga efektif untuk terapi kutu kepala. Sulfamethoxazole atau trimethoprim biasa digunakan pada pengobatan otitis media, tetapi juga efektif untuk membunuh kutu kepala. Sebuah studi menunjukkan peningkatan efektifitas antibiotik ini juga dikombinasikan dengan permethrin 1% (Frankowski & Weiner, 2002).

Pada keadaan infeksi sekunder yang berat sebaiknya rambut dicukur, infeksi sekunder diobati dulu dengan antibiotika sistemik dan topikal lalu disusul dengan obat di atas dalam bentuk sampo. Higiene merupakan syarat agar tidak terjadi residif (Handoko, 2005).

Pengobatan yang gagal pada pedikulosis kapitis dapat disebabkan diagnosa yang salah, tidak mengikuti petunjuk penggunaan pengobatan secara benar, kuantitas pedikulisida yang dipakai tidak adekuat reinfestasi, resistensi. Resistensi harus dicurigai bila masih terdapat kutu 12-24 jam setelah perawatan dan tidak ada penyebab kesalahan lain yang dapat ditemukan. Infestasi yang resisten harus dirawat dengan obat insektisida yang berbeda kelasnya (Flinders & De schweinitz, 2004).

Tabel 2.2 Beberapa Obat Pedikulosis Kapitis

Bahan aktif	Golongan bahankimia	Nama dagang
Malathion	Organophosphat	Sulco-M, Derbac-M, Prioderm, Quellada-M
Permethrin	Pyrethroid	Lyclear
Phenothrin	Pyrethroid	Full Marks
Carbaryl (Carbaril)	Carbamate	Carylderm

Sumber : Burgess, 2001.

2.2 Santriwati dan Pondok Pesantren

Santriwati adalah pelajar perempuan yang belajar di pondok pesantren. Pondok diartikan sebagai tempat menginap santri yang belajar sedangkan pesantren berarti tempat para santri mengaji agama Islam, jadi pondok pesantren adalah tempat murid (santri-santri) belajar agama Islam sekaligus menginap di tempat itu (Ghozali, 2003).

Pesantren Darul 'Ulum Peterongan Jombang adalah salah satu pesantren yang memberikan siswanya perpaduan pendidikan antara formal dan non formal. Disatu pihak menyediakan sarana pendidikan formal agar setiap siswa mempunyai bekal teoritis yang maksimal dan dengan pendidikan non formal diharapkan setiap siswa mampu merealisasikan teori dalam bentuk konkrit. Beberapa pendidikan klasikal dari tingkatan dasar sampai tingkat menengah antara lain : MIN, MTs Negeri, SMU I darul 'Ulum, SLTPN 3 Unggulan, Mts Program Khusus, SMU Unggulan (BPTT), SMU 2 Darul 'Ulum, STM Telkom Darul 'Ulum, dan masih banyak yang lain.

2.3 Perilaku Sehat

2.3.1 Batasan Perilaku

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk sosial) yang bersangkutan sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia pada hakikatnya adalah bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak langsung dapat diarah oleh pihak luar. (Notoatmodjo, 2003).

Skinner (1938) seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar), oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut merespon maka teori skiner ini disebut teori “ S-O-R” atau Stimulus – Organisme – Respons. Skinner membedakan adanya dua respon:

a. *Respondent respons* atau *reflexive*

Respondent respons atau *reflexive* adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu yang disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap.. Contoh dari hal ini adalah makanan lezat, yang akan menimbulkan keinginan untuk makan, cahaya terang mengakibatkan mata tertutup dan sebagainya. Juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah menjadi sedih, dan sebagainya.

b. *Opera respons* atau *instrumental respons*

Opera respons atau *instrumental respons* adalah respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau rangsangan tertentu. Perangsang ini disebut *reinkorting stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respon. Misalnya, apabila seorang petugas kesehatan melakukan tugasnya dengan baik (respon terhadap uraian tugasnya), kemudian

memperoleh penghargaan (stimulus baru), maka petugas tersebut akan lebih baik dalam melaksanakan tugasnya (Notoatmodjo, 2003).

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua:

a. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Perilaku tertutup (*covert behavior*) merupakan respon seseorang dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut. Hal ini belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain, misalnya seorang ibu hamil tahu pentingnya periksa kehamilan.

b. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Perilaku terbuka (*overt behavior*) merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk praktek (*practice*) dan dengan mudah dapat diamati atau dilihat orang lain, misalnya seorang ibu memeriksa kehamilannya, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003).

2.3.2 Perilaku Sehat

Berdasarkan batasan perilaku dari skiner tersebut maka perilaku kesehatan ialah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Dari batasan ini perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok yaitu:

a. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*).

Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*) adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.

Oleh sebab itu perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari tiga aspek, yaitu :

- 1) Perilaku pencegahan penyakit dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.
 - 2) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat.
 - 3) Perilaku gizi (makanan) dan minuman.
- b. perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*).

Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*). Perilaku ini menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati diri sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan keluar negeri.

- c. Perilaku kesehatan lingkungan

Perilaku kesehatan lingkungan adalah bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial budaya dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Misalnya bagaimana mengelola pembuangan tinja, air minum, tempat pembuangan sampah dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003).

Mengingat dampak dari perilaku terhadap derajat kesehatan cukup besar, maka diperlukan berbagai upaya untuk mengubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat. Perilaku sehat merupakan hal-hal yang berhubungan dengan tindakan atau tindakan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit yang digolongkan menjadi dua yaitu higiene pribadi (*personal hygiene*) dan higiene lingkungan (*environmental hygiene*) (;Yani, 2004).

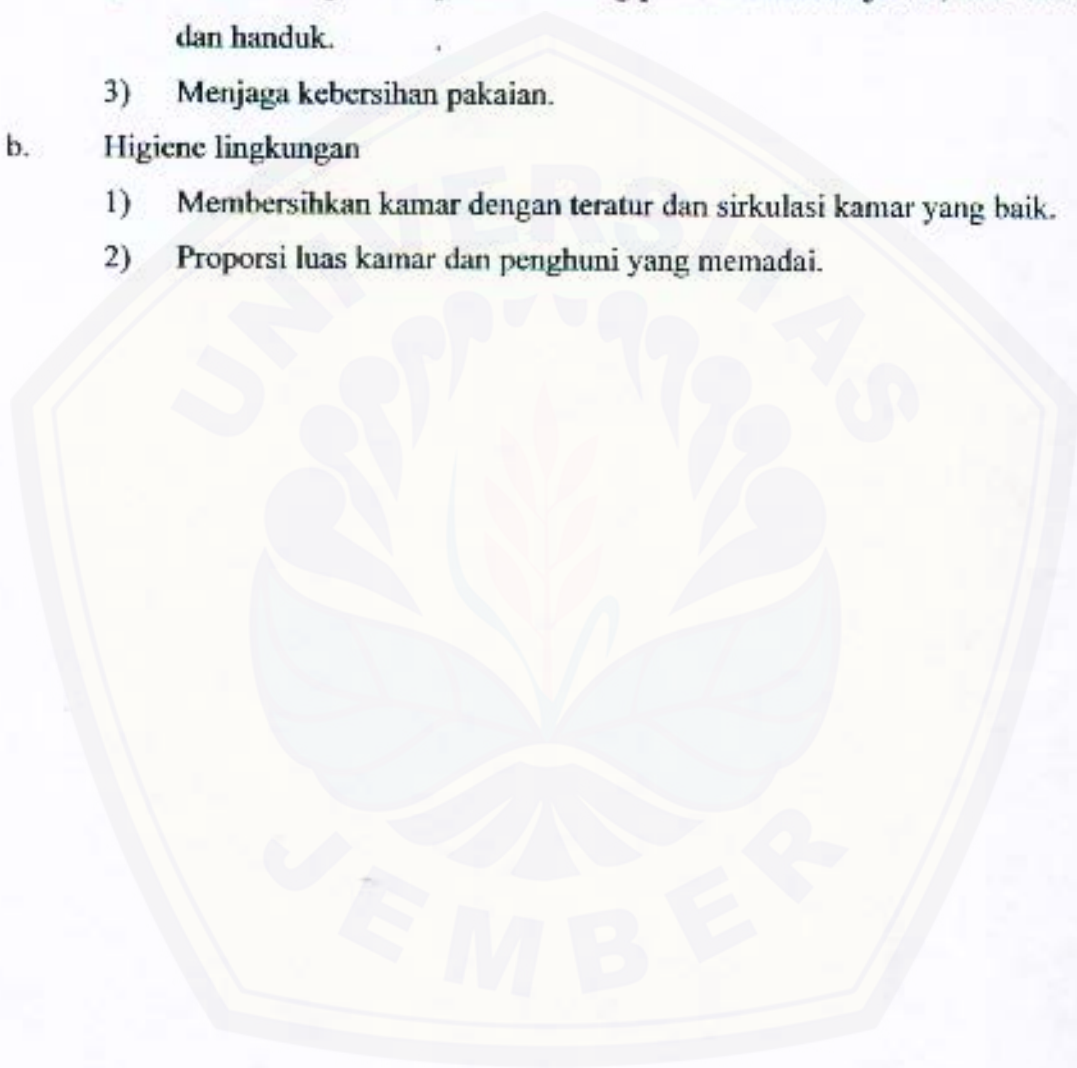
Berikut contoh perilaku sehat:

a. Higiene pribadi

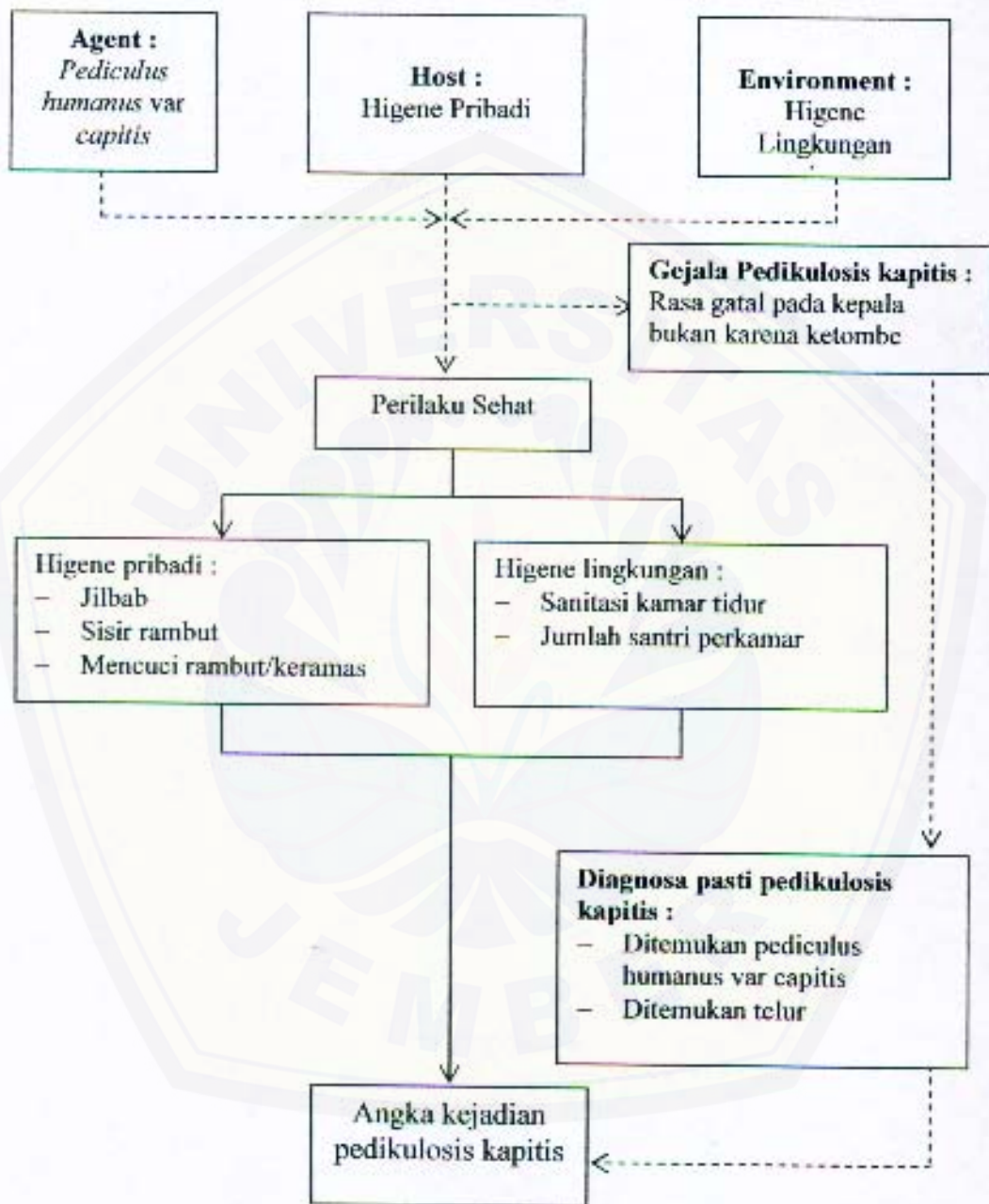
- 1) Mencuci rambut dua hari sekali.
- 2) Tidak saling meminjamkan barang pribadi misalkan jilbab, sisir rambut, dan handuk.
- 3) Menjaga kebersihan pakaian.

b. Higiene lingkungan

- 1) Membersihkan kamar dengan teratur dan sirkulasi kamar yang baik.
- 2) Proporsi luas kamar dan penghuni yang memadai.



2.4 Kerangka Konseptual Penelitian



Keterangan:

————— : Diteliti

- - - - - : Tidak diteliti

Pada penularan pedikulosis kapitis ada tiga faktor yang berperan yaitu faktor manusia, faktor parasit, dan faktor penularan. Parasit *Pediculus humanus* var. *capitis* dapat menularkan penyakit melalui dua cara, yaitu secara langsung dan tidak langsung.

Banyak hal yang berpengaruh pada penularan pedikulosis kapitis oleh parasit *Pediculus humanus* var. *capitis*, misalnya pengaruh lingkungan yaitu higiene lingkungan yang buruk atau jelek dan tinggal dalam lingkungan yang padat penghuni. Higiene pribadi juga mempengaruhi misalnya jarang mencuci rambut, dan saling meminjamkan barang pribadi. Kedua hal tersebut berpengaruh terhadap penularan pedikulosis kapitis.

2.5 Hipotesis Penelitian

Ada hubungan antara perilaku sehat dengan angka kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati pondok pesantren Darul 'Ulum jombang.



BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian survey dengan pendekatan studi *cross sectional*, yaitu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara perilaku kesehatan santriwati dengan angka kejadian pedikulosis kapitis, dimana observasi dilakukan pada suatu saat atau *point time approach*. Tiap subyek hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap variabel subyek pada saat pemeriksaan (Pratiknya, 2003).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum Peterongan Jombang Jawa Timur. Waktu pelaksanaan penelitian pada bulan September 2007.

3.3 Variabel Penelitian

3.3.1 Variabel Bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah perilaku kesehatan santriwati asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum Jombang.

3.3.2 Variabel Tergantung

Variabel gantung yang digunakan oleh peneliti adalah angka kejadian pedikulosis kapitis santriwati asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum Jombang

3.4 Penentuan Populasi dan Sampel Penelitian

3.4.1 Populasi Penelitian

Subyek yang akan diteliti adalah populasi santriwati tingkat SLTP asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum Jombang sebanyak 165 santriwati.

3.4.2 Sampel Penelitian

3.4.2.1 Kriteria Sampel Penelitian

a. Kriteria inklusi

- 1) Santriwati asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum Jombang yang sedang terinfeksi pedikulosis kapitis.
- 2) Bersedia untuk mengisi kuesioner yang telah disediakan sebagai tanda persetujuan menjadi sampel penelitian.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Tidak bersedia mengikuti penelitian dan tidak menandatangani surat persetujuan sebagai sampel penelitian.
- 2) Santriwati asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum Jombang yang tidak pernah terinfeksi pedikulosis kapitis.
- 3) Santriwati asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum Jombang yang ragu-ragu apakah terinfeksi pedikulosis kapitis atau tidak.

3.4.2.2 Besar Sampel

Besar sampel yang diteliti adalah sebanyak 50 sampel dari keseluruhan populasi 165 santriwati dengan memenuhi angka minimal 20% sampel dari keseluruhan populasi yang telah memenuhi kriteria (Sastroasmoro, 1995).

3.4.2.3 Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dilakukan secara *simple random sampling* yaitu proses pengambilan sampel secara acak pada populasi yang terjadi secara alamiah (Sastroasmoro, 1995).

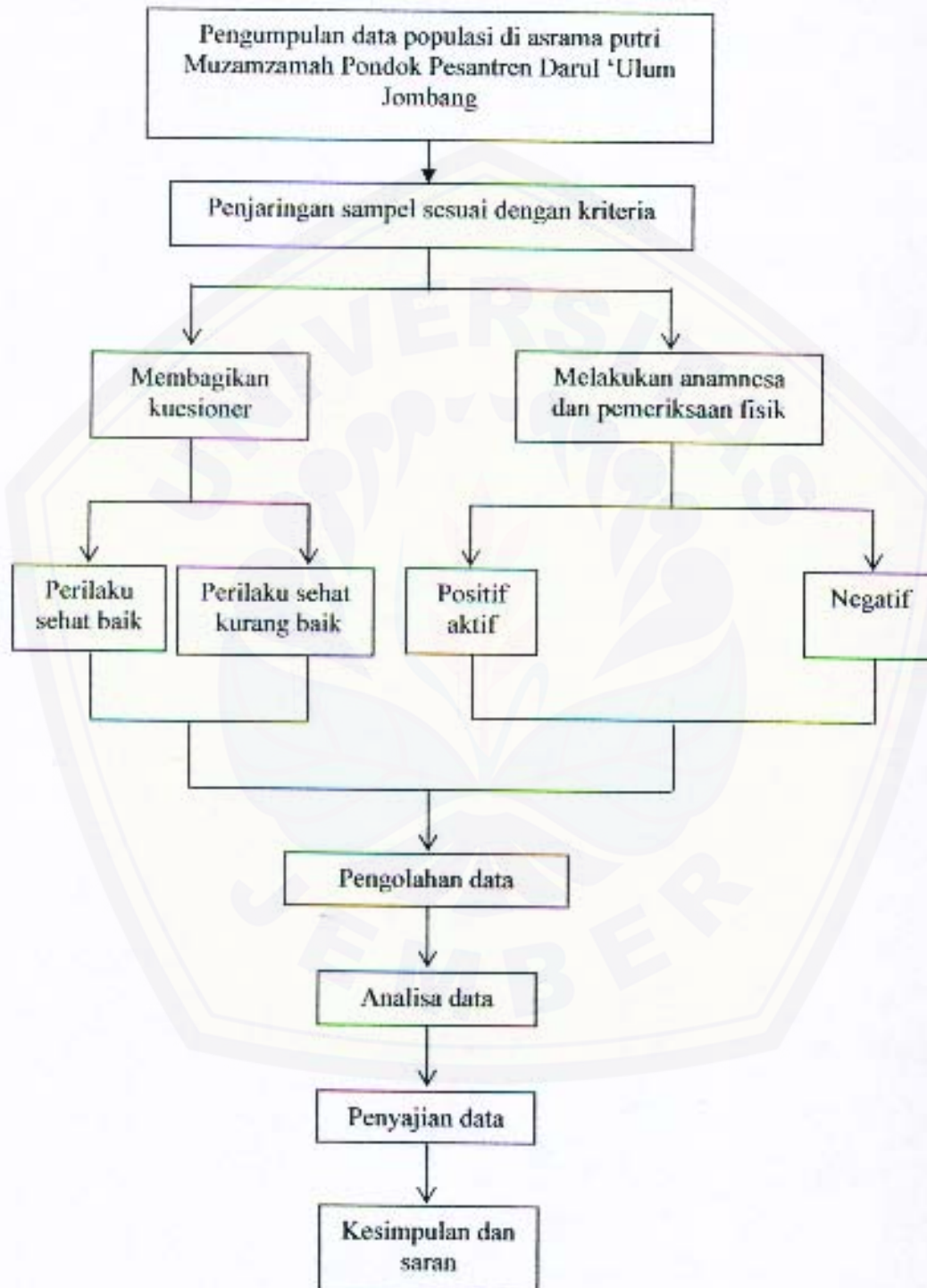
3.5 Definisi Operasional Variabel

1. Variabel perilaku kesehatan santriwati adalah perilaku kesehatan sekelompok individu yang mengikuti kegiatan pesantren dan bertempat tinggal bersama-sama di asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum Jombang, yaitu mengenai perilaku pemeliharaan kesehatan, perilaku pencarian pengobatan, dan perilaku kesehatan lingkungan.
2. Variabel dugaan kejadian pedikulosis kapitis
 - a. Dugaan pedikulosis kapitis aktif. Jika pada *Screening test* santriwati memenuhi kriteria yaitu:
 - 1) Pada anamnesa terdapat riwayat gatal-gatal pada kepala.
 - 2) Pada pemeriksaan fisik ditemukan kutu kepala (*Pediculus humanus capitis*) atau nimfa dan telur.
 - b. Dugaan pedikulosis kapitis negatif, jika pada *screening test* santriwati memenuhi kriteria yaitu:
 - 1) Pada anamnesa memenuhi tidak pernah merasa gatal-gatal pada rambut.
 - 2) Pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan kutu kepala (*Pediculus humanus capitis*) atau nimfa dan telur.

3.6 Data dan Sumber Data

Data penelitian diperoleh dari santriwati - santriwati tingkat SLTP asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum Jombang dengan jenis data adalah data primer.

3.7 Desain Penelitian atau Rancangan Penelitian



3.8 Teknik dan Alat Perolehan data

3.8.1 Alat dan Bahan Penelitian

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner, alat tulis, serit (sisir yang giginya rapat).

3.8.2 Metode Penelitian

a. Metode Observasi

Observasi dilakukan terhadap santriwati:

- 1) Untuk menentukan santriwati terinfeksi pedikulosis kapitis aktif positif, dan negatif dilakukan penyisiran rambut responden dengan serit.
- 2) Koresponden yang pemeriksaan test negatif akan dimasukkan dalam kriteria eksklusif.

b. Metode Kuesioner

- 1) Ketika dilakukan pemeriksaan fisik, koresponden juga diberikan kuesioner untuk diisi dan dikumpulkan pada hari itu juga.
- 2) Kuesioner diberikan dengan macam variabel meliputi:

a) Diagnosa.

Pada kuesioner mengenai diagnosa ditanyakan mengenai tanda dan gejala dari pedikulosis kapitis.

b) Perilaku sehat.

Pada kuesioner mengenai perilaku sehat dibagi menjadi dua yaitu :

(1) Higene pribadi

Ditanyakan mengenai tindakan atau kegiatan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

(2) Higene lingkungan

Ditanyakan mengenai tindakan atau kegiatan dalam memelihara kesehatan lingkungan.

c. Skor

- 1) Pertanyaan tentang diagnosa
 - a) Nomor 1, 2, 3, dan 4, bila menjawab a diberi skor 2, menjawab b diberi skor 1.
 - b) Nomor 3, bila menjawab a dan b diberi skor 2.
 - c) Perolehan skor : 1-4 (pedikulosis kapitis negatif), dan 5-10 (pedikulosis kapitis positif).
- 2) Pertanyaan perilaku sehat
 - a) Higene pribadi :
 - (1) Nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6,7, 8, menjawab a dan b diberi skor 2, menjawab c diberi skor 1.
 - (2) Nomor 9 dan nomor 10 menjawab a diberi skor 1, menjawab b diberi skor 2
 - (3) Nomor 11 menjawab a diberi skor 2, menjawab b diberi skor 1
 - b) Higene lingkungan :
 - (1) Nomor 1 dan 2, bila menjawab a diberi skor 2, menjawab b diberi skor 1.
 - (2) Nomor 3, 4,5,6, 7, 8, dan 9 menjawab a diberi skor 1, menjawab b diberi skor 2.
 - c) Perolehan skor :
 - (1) Perilaku sehat higiene pribadi dan higiene lingkungan mean : ≥ 2
 - (2) Perilaku kurang sehat higiene pribadi dan higiene lingkungan mean: $1 <$ dan < 2
 - (3) Perilaku buruk higiene pribadi dan higiene lingkungan mean: ≤ 1

3.9 Teknik Penyajian dan Analisa Data

Data penelitian deskriptif yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi. Sedangkan untuk mengetahui hubungan antara hubungan antara perilaku sehat dengan angka kejadian Pedikulosis Kapitis pada santriwati dengan

menggunakan tes *Chi Square* dengan derajat kemaknaan 0,05 dan diolah dengan menggunakan bantuan program *Statistical Package for the Social Science* (SPSS 12).





BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan Hasil penelitian "Hubungan antara Perilaku Sehat dengan Pedikulosis kapitis di asrama putri Muzamzamah Pondok Pesantren Darul 'Ulum" maka didapatkan kesimpulan sebai berikut:

1. Hasil penelitian yang dilakukan di bulan september 2007 dari 50 responden setelah diperiksa seluruhnya sedang menderita pedikulosis kapitis aktif (100%), dan tidak ada santriwati yang tidak menderita pedikulosis kapitis (0%) menunjukkan adanya infeksi pedikulosis kapitis yang tinggi pada sntriwati.
2. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa perilaku sehat santriwati asrama putri Muzamzamah pondok pesantren Darul 'Ulum jombang termasuk dalam perilaku kurang sehat.
3. Hasil analisis dengan menggunakan tes *Chi Square* terdapat hubungan kuat antara perilaku sehat dengan angka kejadian pedikulosis kapitis pada santriwati asrama putri Muzamzamah pondok pesantren Darul 'Ulum jombang.

5.2 Saran

1. Berdasarkan penelitian perlu adanya penyuluhan kesehatan kepada para santriwati dengan tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan para santriwati.
2. Tingginya prevalensi angka kejadian pedikulosis kapitis memerlukan pengobatan secara intensif dan menyeluruh serta pencegahanya untuk menghentikan semakin meluasnya prevalensi pedikulosis kapitis

3. Diperlukan adanya penelitian yang lebih lanjut mengenai factor-faktor lain yang mempengaruhi prevalensi pedikulosis kapitis.



DAFTAR PUSTAKA

- American academy of dermatology.,2004. *Nits In The Hair*. [on line]. <http://www.JAmAcadDermatol.edu/headlice.html>. [20 September 2007].
- Amr,Z.S. & Nusier,M.K.,2000.*Pediculosis Capitis in Northern Jordan* . [on line]. <http://www.In.J Dermatol. edu/headlice.html>. [29 Desember 2007].
- Angel,T.A.,Nigru ,J.,Levy,M.L.2000.*Infestation in the Pediatric Patients*. [on line]. <http://www.Ped Clin North Am. edu/.html>. [29 Desember 2007].
- Burgess, I., 2001. *Head Lice*. [on line]. <http://www.hsph.harvard.edu/headlice.html>. [20 Maret 2006].
- Burkhat,C.G. & Burkhat,C.N.,2000.*Clinical Evidence of Lices Resistance to Over the Counter Products*. [on line]. <http://www.J.Cutan Med Surg. edu/.html>. [29 Desember 2007].
- Canizares, O., 1993. *A Manual of Dermatology for Developing countries 2nd Edition*. New York : Oxfard University Press Inc.
- Canyon,D.V.,Speare,R.,Muller,R.,2000.*Spatial and Kinetics Factors for the Transfer of Head Lice (Pediculus capitis) Between Hairs*. [on line]. <http://www.J.Invest Dermatol. edu/.html>. [29 Desember 2007].
- Christine,K.O.& Elston,D.M.,2004. *Pediculosis*. [on line] <http://www.JAmAcadDermatol.edu.html>. [20 September 2007].
- Chouela,E *et al.*,1997.*Head louse Infestations Epidemiological Survey and Treatment Evaluation in Argentinan School Children*. [on line]. <http://www.In.J Dermatol. edu/headlice.html>. [29 Desember 2007].
- Chosidow,O.,2000.*Scabies and Pediculosis*. [on line]. <http://www.In.J Dermatol. edu/headlice.html>. [29 Desember 2007].
- Chunge,R.N.,Scott,F.E.,Underwood,J.E.,1991.*A Review a Pilot Study to Investigate Transmission of Head Lice*. [on line]. <http://www.Can Jpublic Health. edu.html>. [29 Desember 2007].
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur Sub Dinas Pemberdayaan Sumber Daya, 2005. *Buku Panduan Penerapan UW-SPM Rumah Tangga Sehat Kabupaten/Kota di Jawa Timur*.

- De Maessener, J. *et al.*, 2001. *Wet Combing Versus Traditional Scalp Infections to detect Head lice in School Children*. [on line]. <http://www.J Pediatric Dermatol. edu. html>. [29 Desember 2007].
- Flinders, D.C. & De Schweinitz, P., 2004. *Pediculosis and Scabies* [serial on line]. <http://www.tdh.state.tx.us/schoolhealth>. [20 Maret 2006].
- Frankowski, B.L. & Weiner, L.B., 2002. *Head Lice*. [on line]. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/gca>. [17 Mei 2006].
- Gandahusada, S., Ilahude, H. H. D & Pribadi, W., 2002. *Parasitologi Kedokteran (edisi 3)*. Jakarta: FK UI.
- Gao, J.R. *et al.*, 2003. *Increased Frequency of the T929I and L932F Mutations Associated With Knockdown Resistance in Permethrin-resistant Population of the Human Head Louse, Pediculus capitis from California, Florida, and Texas*. [on line]. <http://www.Jbiochem Physiol. edu. html>. [29 Desember 2007].
- Ghozali, B., 2003. *Pesantren Berwawasan Lingkungan*. Jakarta : CV. Prasasti : hal. 13-34.
- Handoko, R. P., 2005. *Pedikulosis*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia ; hal. 119-120.
- Hakki, I., *et al.*, 2005. *Prevalence of Pediculosis and Scabies in Pre School Nursery Children of Afyon Turkey*. [on line]. <http://www.Korean J of Parasitol. edu. html>. [29 Desember 2007].
- Headlice organization., 2007. *Nits*. [on line]. <http://www.headlice.org>. [20 September 2007].
- Huh, S. *Et al.*, 1993. *Prevalence of Head Louse Infestation in Primary School Children in Kangwon-do, Korea*. [on line]. <http://www.Korean J of Parasitol. edu. html>. [29 Desember 2007].
- Idham, B. dan Pusarawati, S., 2004. *Buku Pemntun Praktis Parasitologi Kedokteran*. Surabaya : Airlangga University Press ; hal. 52.
- Inanir, I., *et al.*, 2002. *Prevalence of Skin Condions in Primary-School Children in Turkey Differences Based on Socioeconomic Factors*. [on line]. <http://www.J Pediatric Dermatol. edu. html>. [29 Desember 2007].

- Kamiabi, F. & Nakhaei, F.H., 2005. *Prevalence of Pediculosis capitis and Determination of risk Factors in Primary School Children in Kerman*. [on line]. <http://www.East Med Health J. edu. html>. [29 Desember 2007].
- Kuruwila, M., Galahaut, P., Zaccharia, A., 2004. *A Study of Skin Disorders in Patients with primary Psychiatric conditions*. [on line]. <http://www.Indian J Dermatol Venereal Leprol. edu. html>. [29 Desember 2007].
- Krowchuk, D.P., 2001. *Treatment of Head Lice: A Double Header!*. [on line]. <http://www.aapgrandrounds.aappublications.org/cgi/content.full/5/6/2> [20 September 2007].
- Laboratory identification of parasites of public health concern, 2003. *Head Lice* [on line]. http://www.dpd.cdc.gov/dpdx/HTML/ImageLibrary/headlice_il.htm. [17 Mei 2006].
- Meinking, T. L., 1999. *Head Lice Infestations : Biology, Diagnosis, and Management*. [on line]. <http://www.quantumhealth.edu>. [20 Maret 2006].
- Meinking et al., 2002. *An Observer-blinded Study of 1% Permethrin Cream Rinse with and without Adjunctive Combing in Patients with Head Lice*. [on line]. <http://www.J Pediatric Dermatol. edu. html>. [29 Desember 2007].
- Minouni, D. et al., 2002. *Seasonality trends of Pediculosis capitis and Pthirus pubis in a Young Adult populations: Follow up of 20-years*. [on line]. <http://www.J Eur Acad Dermatol venereol. edu. html>. [29 Desember 2007].
- Mottram, P., 2000. *Research Reports on the Effectiveness of Hair Conditioners as non Chemical Agent to Control Head Lice*. [on line]. <http://www.J Pediatric Child Health. edu. html>. [29 Desember 2007].
- Mumcuoglu, K.Y. et al., 2001. *Louse Combs Versus Direct Visual Examination for the Diagnosis of Head Louse Investations*. [on line]. <http://www.J Pediatric Dermatol. edu. html>. [29 Desember 2007].
- Notoatmodjo, S., 2003. *Pendidikan dan perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2003. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Parish, I.C. & Withkowski, J.A., 2000. *Infestation in the Pediatric Patients*. [on line]. <http://www.Int J Dermatol. edu. html>. [29 Desember 2007].

- Picollo, M.I. et al., 2000. *Resistance to Insecticides and Effect Synergists on Permethrin Toxicity in Pediculus capitis (Anoplura: Pediculidae) from Buenos Aires*. [on line]. [http://www. J Med Entomol. edu. html](http://www.J Med Entomol. edu. html). [29 Desember 2007].
- Prianto L.A., Juni, P.U., Tjahaya, D., 2003. *Atlas Parasitologi Kedokteran*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama ; hal. 163.
- Pratiknya, A.W. 2003. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada.
- Pealman, D.L., 2004. *A Possible Method for suffocating Head Lice*. [on line]. <http://www.aapgrandrounds.aappublications.org/cgi/content.full> [20 September 2007].
- Roberts, R.J., 2002. *Head Lice*. [on line]. <http://www.nejm.org/headlice. html>. [20 September 2007].
- Sastroasmoro, S., 1995. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : Bina Rupa Aksara. P 66;182
- Schmidt, G.D & Roberts, L.S., 2005. *Foundations of Parasitology Seventh Edition*. New York : Mc Graw – Hill, Inc. P 573.
- Texas Department of Health, 2001. *Recommended Guidelines for the Management of Pediculosis (Headlice) in School Settings* .[on line]. <http://www.tdh.state.tx.us/schoolhealth>. [20 Maret 2006].
- Tomita, T. et al., 2003. *Molecular analysis of a Parasodium Channel Gene from Pyrethroid-resistance head Lice, Pediculus capitis (anoplura: Pediculidae)*. [on line]. [http://www. J Med Entomol. edu. html](http://www.J Med Entomol. edu. html). [29 Desember 2007].
- Vander, S.R. et al. 2002. *Wet Combing for Head Lice : Feassibility in Mass Screening Treatment Peference and Outcome*. [on line]. <http://www.J P R Soc Med.org> [20 September 2007].
- Williams, L.K. et al., 2001. *Lice, Nits ,and Shool Policy*. [on line]. <http://www.Amm J Acad Pediatri.edu> [20 September 2007].
- Yani, R.W.E., 2004. *Perilaku Sehat*. Jember : Universitas Jember ; Hal. 9-11.

LAMPIRAN A

SURAT PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Pendidikan :

Bersedia untuk menjadi sampel dalam penelitian survey analitik yang berjudul "HUBUNGAN PERILAKU KESEHATAN DENGAN ANGKA KEJADIAN PEDIKULOSIS KAPITIS PADA SANTRIWATI PONDOK PESANTREN DARUL 'ULUM JOMBANG" dan bersedia untuk mengisi kuesioner serta melakukan pemeriksaan fisik.

Jombang,

.....2007

(.....)

LAMPIRAN B

KUESIONER

No. kuesioner :

Tanggal :

IDENTITAS RESPONDEN

Nama :

Umur :

Tingkat Pendidikan :

Pilihlah salah satu jawaban yang anda anggap benar dengan memberi tanda silang (X).

I. DIAGNOSA

1. Apakah anda pernah merasakan gatal di daerah kepala (selain ketombe) ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

2. Apakah di rambut anda pernah ditemukan kutu rambut, telur kutu (liso) ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

3. Apakah gatal yang anda rasakan hanya pada waktu tertentu saja ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

4. Apakah setelah menggaruk anda merasa puas ?
 - a. Ya

- b. Tidak
- 5. Pada saat apa anda menemukan kutu rambut ?
 - c. Menyisir rambut
 - d. Memakai handuk setelah keramas

II. PERILAKU SEHAT

A. HIGENE PRIBADI

1. Seberapa sering anda mencuci rambut ?
 - a. 1 kali seminggu
 - b. 2 kali seminggu
 - c. 3 kali seminggu
2. Seberapa sering anda berganti jilbab ?
 - a. 1 kali sehari
 - b. 2 kali sehari
 - c. 3 kali sehari
3. Berapa banyak jumlah jilbab yang anda miliki ?
 - a. < 3 jilbab
 - b. 4-11 jilbab
 - c. > 12 jilbab
4. Seberapa sering anda mencuci jilbab ?
 - a. 1 kali seminggu
 - b. 2 kali seminggu
 - c. 3 kali seminggu
5. Apakah anda pernah meminjam jilbab milik teman anda ?
 - a. Sering
 - b. Kadang-kadang
 - c. Tidak pernah

6. Seberapa sering anda mencuci handuk ?
 - a. 1 kali seminggu
 - b. 2 kali seminggu
 - c. 3 kali seminggu

7. Apakah anda pernah meminjam handuk milik teman anda ?
 - a. Sering
 - b. Kadang-kadang
 - c. Tidak pernah

8. Seberapa sering anda mencuci sisir rambut ?
 - a. 1 bulan sekali
 - b. 2 minggu sekali
 - c. 3 kali seminggu

9. Apakah anda memiliki handuk pribadi ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

10. Apakah anda memiliki sisir rambut ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

11. Apakah anda meminjam sisir rambut ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

B. HIGENE LINGKUNGAN

1. Apakah anda tidur secara berkelompok dengan teman-teman anda?
 - a. 1 kali seminggu
 - b. 2 kali seminggu
 - c. 3 kali seminggu

2. Apakah perlengkapan tidur yang anda miliki digunakan secara bersama-sama dengan teman anda ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

3. Apakah anda sering membersihkan kamar tidur anda ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

4. Seberapa sering anda membersihkan kamar tidur anda ?
 - a. 2 kali seminggu
 - b. Seminggu sekali

5. Apakah anda memiliki perlengkapan tidur (bantal, guling) ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

6. Seberapa sering anda membersihkan atau mencuci perlengkapan tidur yang anda miliki ?
 - a. 2 kali sebulan
 - b. 1 kali sebulan

7. Seberapa sering anda mencuci perlengkapan tidur ?
 - a. 2 kali sebulan
 - b. 1 kali sebulan

8. Berapa jumlah penghuni di kamar anda ?
 - a. <15 orang
 - b. 16-25 orang

9. Apakah anda mempunyai gantungan baju pribadi ?
- a. Ya
 - b. Tidak



38	Positif	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	Sedang
39	Positif	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	Sedang
40	Positif	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Buruk
41	Positif	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Buruk
42	Positif	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Buruk
43	Positif	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	Sedang
44	Positif	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	Sedang
45	Positif	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	Sedang
46	Positif	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Buruk
47	Positif	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	Sedang
48	Positif	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Buruk
49	Positif	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	Sedang

C.2. Higiene Lingkungan

No	Pediculosis										Rata-rata	Klasifikasi Hygyne Lingkungan
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1	Positif	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1.22	Sedang
2	Positif	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1.33	Sedang
3	Positif	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1.11	Sedang
4	Positif	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1.22	Sedang
5	Positif	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	Buruk
6	Positif	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1.33	Sedang
7	Positif	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	Buruk
8	Positif	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1.44	Sedang
9	Positif	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1.56	Sedang
10	Positif	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1.56	Sedang
11	Positif	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1.11	Sedang
12	Positif	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1.22	Sedang
13	Positif	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1.11	Sedang
14	Positif	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1.56	Sedang
15	Positif	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1.33	Sedang
16	Positif	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1.56	Sedang
17	Positif	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1.44	Sedang
18	Positif	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1.11	Sedang
19	Positif	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1.11	Sedang
20	Positif	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1.44	Sedang
21	Positif	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1.33	Sedang
22	Positif	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1.11	Sedang
23	Positif	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1.22	Sedang
24	Positif	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1.11	Sedang
25	Positif	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1.33	Sedang
26	Positif	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1.22	Sedang

27	Positif	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1.33	Sedang
28	Positif	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1.22	Sedang
29	Positif	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1.33	Sedang
30	Positif	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1.33	Sedang
31	Positif	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1.56	Sedang
32	Positif	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1.67	Sedang
33	Positif	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1.11	Sedang
34	Positif	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1.44	Sedang
35	Positif	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1.44	Sedang
36	Positif	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1.33	Sedang
37	Positif	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1.33	Sedang
38	Positif	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	Buruk
39	Positif	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	Buruk
40	Positif	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1.44	Sedang
41	Positif	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1.44	Sedang
42	Positif	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1.22	Sedang
43	Positif	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1.44	Sedang
44	Positif	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1.44	Sedang
45	Positif	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1.67	Sedang
46	Positif	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1.44	Sedang
47	Positif	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1.22	Sedang
48	Positif	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1.67	Sedang
49	Positif	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1.22	Sedang
50	Positif	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1.44	Sedang

LAMPIRAN D

D. HASIL Uji Statistik

Frequency Table

Higiene Pribadi * Higiene Lingkungan Crosstabulation

Count

		Higiene Lingkungan		Total
		Buruk	Sedang	
Higiene Pribadi	Buruk	4	16	20
	Sedang	0	30	30
Total		4	46	50

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.522 ^b	1	.011		
Continuity Correction ^a	4.087	1	.043		
Likelihood Ratio	7.861	1	.005		
Fisher's Exact Test				.021	.021
Linear-by-Linear Association	6.391	1	.011		
N of Valid Cases	50				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.60.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.340			.011
Interval by Interval	Pearson's R	.361	.090	2.683	.010 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.361	.090	2.683	.010 ^c
N of Valid Cases		50			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

LAMPIRAN E

E.Foto Penelitian

E.1. Pengisian kuesioner



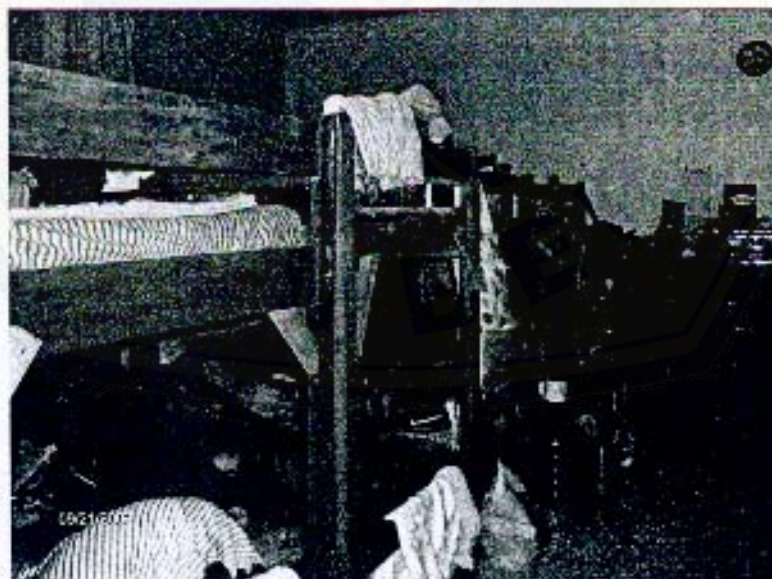
E.2. Kuku kepala yang ditemukan



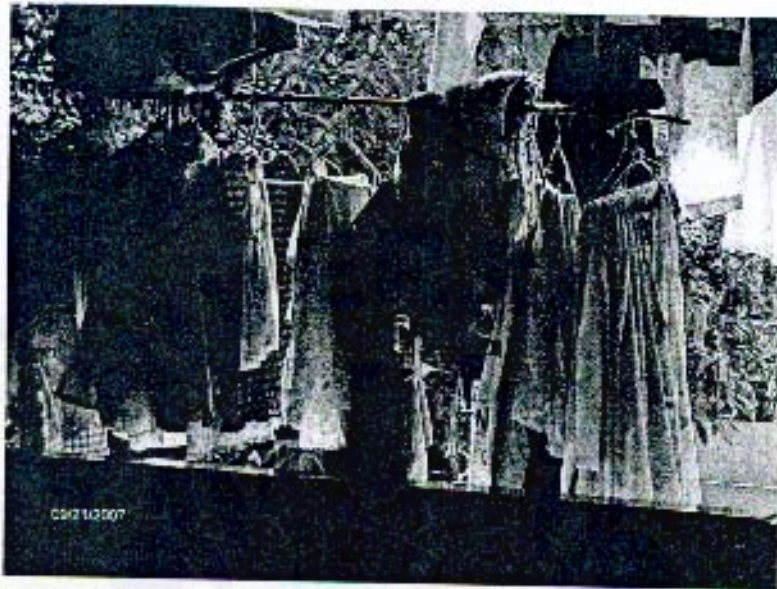
E.3. Gantungan baju santriwati



E.4. Tata kamar Santriwati



E.5. Tempat cucian baju santriwati



WILK UPT PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JEMBER

JEMBER