



**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN SANTRI TENTANG PHBS DAN
PERAN USTADZ DALAM MENCEGAH PENYAKIT SKABIES
DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN PENYAKIT SKABIES**
(Studi pada Santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember)

SKRIPSI

**Oleh
Umi Azizah
NIM 062110101017**

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2012**



**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN SANTRI TENTANG PHBS DAN
PERAN USTADZ DALAM MENCEGAH PENYAKIT SKABIES
DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN PENYAKIT SKABIES**
(Studi pada Santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember)

SKRIPSI

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

Oleh
Umi Azizah
NIM 062110101017

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2012**

HALAMAN PERSEMBAHAN

Skripsi Ini Saya Persembahkan Untuk :

1. Kedua orang tuaku, Bapak Muslamet dan Ibu Supatmi, terima kasih untuk doa, kasih sayang, bimbingan, nasehat, dan semua yang telah Bapak dan Ibu berikan kepada saya, sehingga saya bisa menyelesaikan kuliah meskipun terlambat. Saya berharap dapat membahagiakan dan segera membantu Bapak dan Ibu;
2. Adikku, Atin Rahmawati. Adik harus semangat dan rajin belajar agar cita-citamu bisa tercapai dan harus bisa membuat kedua orang tua kita bangga;
3. Semua guru-guruku dari TK sampai dengan PT, terima kasih atas semua ilmu, nasehat, dan bimbingan yang telah diberikan semoga bermanfaat dan mendapatkan balasan dari-Nya. Amin Ya Rabbal'alam;
4. Almamater tercinta TK Darmawanita, SD Negeri Kerjo II Trenggalek, SLTPN I Karangan, SMA Negeri 2 Trenggalek dan FKM UNEJ;
5. Bapak Abdul Ghofur dan Ibu Suliyanti, terimakasih telah menganggapku seperti anak sendiri, terima kasih atas do'a, dukungan dan nasehatnya;
6. Lukman Hidayat, terima kasih untuk dukungan, nasehat dan waktumu untuk menemani perjalanan hidupku sampai detik ini. Jangan pernah letih untuk terus bersamaku dan semoga kita bisa menua bersama, Amin;
7. Sahabat-sahabatku Aulia, Pita, Riris, Reny, Sumeh, Puji terima kasih telah memberikan warna di hidupku dalam suka dan duka bersama selama 5 tahun ini.

HALAMAN MOTTO

Sesungguhnya Allah tidak akan merubah nasib suatu kaum selama mereka tidak merubah sebab-sebab kemunduran mereka
(Terjemahan Surat Ar-Ra'd: 11)*

Boleh jadi kamu membenci sesuatu, padahal ia amat baik bagimu. Dan boleh jadi (pula) kamu menyukai sesuatu, padahal ia amat buruk bagimu. Allah mengetahui, sedang kamu tidak mengetahui
(Terjemahan Surat Al-Baqarah: 216)*

* Departemen Agama RI. 1989. *Al-Quran dan Terjemahnya*. Semarang: CV Toha Putra Semarang

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Umi Azizah

NIM : 062110101017

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: *Hubungan antara Pengetahuan Santri tentang PHBS dan Peran Ustadz dalam Mencegah Penyakit Skabies dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies (Studi pada Santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember)* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, Januari 2012

Yang menyatakan,

Umi Azizah

NIM 062110101017

HALAMAN PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN SANTRI TENTANG PHBS DAN
PERAN USTADZ DALAM MENCEGAH PENYAKIT SKABIES
DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN PENYAKIT SKABIES**
(Studi pada Santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember)

Oleh

Umi Azizah

NIM 062110101017

Pembimbing:

Dosen Pembimbing I : Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing II : Novia Luthviatin, S.KM., M.Kes.

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Hubungan antara Pengetahuan Santri tentang PHBS dan Peran Ustadz dalam Mencegah Penyakit Skabies dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies (Studi pada Santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember)* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 19 Januari 2012

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris,

Drs. Husni Abdul Gani, MS
NIP 19560810 198303 1 003

Novia Luthviatin, S.KM., M.Kes
NIP 19801217 200501 2 002

Anggota I,

Anggota II,

Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes
NIP 19730604 200112 1 003

Yumarlis, S.H., M.M
NIP 19640625 198903 1 008

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat,

Drs. Husni Abdul Gani, MS
NIP 19560810 198303 1 003

*The Relationship between Students Knowledge about PHBs and The Role of Ustadz
in Scabies Disease Preventing with Scabies Prevention Behavior
at Al-Falah Islamic Boarding School
in District of Silo Jember Regency*

Umi Azizah

*Department of Health Promotion and Behavioral Sciences
Faculty of Public Health
The University of Jember*

ABSTRACT

Scabies is a skin disease that affects many students at Islamic boarding schools. The same thing also happens at Al-Falah Islamic Boarding School Jember. This study was intended to analyze the relationship between knowledge and the role of ustadz with the scabies prevention behavior of students at Islamic boarding school Al-Falah district of Silo, Jember Regency. This research used quantitative research method and used cross sectional approach. The population in this study was all students at Islamic boarding school Al-Falah, district of Silo, Jember Regency. The number of samples in this study was as many as 88 students. The data obtained were then analyzed using Spearman correlation test with the significance level of 5% ($\alpha=0.05$). The results showed that there was a relationship between knowledge of clean and healthy behaviors with the behavior of scabies prevention to students at Islamic boarding school Al-Falah with p value = 0.001, and there was a relationship between the role of ustadz to the behavior of scabies disease prevention among students at Islamic boarding school Al Falah with p -value = 0.047. Based on the results of research, the public health center of Silo and the Islamic boarding school are expected to cooperate in an effort to increase the student knowledge of PHBs and scabies prevention efforts through the dissemination of information by health workers using more various methods and media. In addition, there is a need for cooperation with Local Water Company in order to supply clean water since the Islamic boarding school Al-Falah lacks of clean water.

Key words: *Knowledge, Role of Ustadz, Scabies, Prevention Behavior*

RINGKASAN

Hubungan antara Pengetahuan Santri tentang PHBS dan Peran Ustadz dalam Mencegah Penyakit Skabies dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies (Studi pada Santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember); Umi Azizah; 062110101017; 2012; 89 halaman; Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penyakit skabies merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh infeksi dan sensitisasi tungau *Sarcoptes Scabiei* varian *hominis* dan produknya pada tubuh. Penyakit ini sering di temukan di Indonesia karena Indonesia mempunyai iklim tropis yang sangat mendukung perkembangan agen penyebab skabies. Di Indonesia skabies sering disebut kudis atau orang jawa biasa menyebut gudik. Penyakit ini banyak dijumpai pada anak dan orang dewasa muda, tetapi dapat juga mengenai semua umur. Penyakit skabies pada umumnya menyerang individu yang hidup berkelompok seperti di asrama, pesantren, lembaga pemasyarakatan, rumah sakit, perkampungan padat, dan rumah jompo. Beberapa faktor yang dapat membantu penyebarannya adalah kemiskinan, hygiene yang jelek, seksual promiskuitas, diagnosis yang salah, demografi, ekologi dan derajat sensitasi individual. Sampai saat ini, penyakit skabies di pondok pesantren masih selalu terjadi. Begitu juga yang terjadi di Jawa Timur dan Kabupaten Jember. Data di Kabupaten Jember menunjukkan bahwa penyakit skabies merupakan penyakit yang sering diderita oleh para santri di pondok pesantren yang dikarenakan oleh kurangnya pengetahuan dan rendahnya perilaku hidup bersih dan sehat oleh para santri. Oleh karena itu, diperlukan suatu upaya pencegahan terhadap penyakit skabies pada santri di pondok pesantren.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara pengetahuan santri tentang PHBS dan peran ustadz dalam mencegah penyakit skabies dengan

perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di pondok pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember. Jenis Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 88 santri yang diperoleh dari rumus *Snedecor dan Cochran*. Pengambilan data dalam penelitian ini melalui penyebaran kuesioner dan peneliti akan memandu dalam proses pengisian kuesioner.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada umumnya karakteristik responden sebagian besar berumur 13-15 tahun dan sebanyak 53,41% berjenis kelamin perempuan. Tingkat pengetahuan responden tentang perilaku hidup bersih dan sehat dengan persentase 54,5% adalah sedang dan peran ustadz sebagai orang penting dengan persentase 83% adalah tinggi. Sedangkan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember dengan persentase 47,7% adalah dalam kategori sedang dalam hal membiasakan diri untuk selalu hidup bersih dan sehat.

Disamping itu hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan tentang perilaku hidup bersih dan sehat dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di Pondok Pesantren Al-Falah dengan $p\ value = 0,001$, dan ada hubungan antara peran ustadz dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di Pondok Pesantren Al-Falah dengan $p\ value = 0,047$. Berdasarkan hasil penelitian, diharapkan Puskesmas Silo dan pihak pondok pesantren bekerjasama dalam upaya meningkatkan pengetahuan santri tentang PHBS serta upaya pencegahan penyakit skabies melalui sosialisasi informasi oleh petugas kesehatan dengan menggunakan metode dan media yang lebih bervariasi. Selain itu perlu adanya kerja sama dengan PDAM dalam rangka penyediaan sarana air bersih mengingat di Pondok Pesantren Al-Falah penyediaan air bersih masih sangat kurang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah S.W.T. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul *"Hubungan antara Pengetahuan Santri tentang PHBS dan Peran Ustadz dalam Mencegah Penyakit Skabies dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies (Studi pada Santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember)"*. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Strata Satu (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa bantuan, bimbingan, dan petunjuk dari berbagai pihak. Maka dalam kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tidak terhingga kepada Bapak Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes, selaku dosen pembimbing utama dan Ibu Novia Luthviatin, S.KM., M.Kes, selaku pembimbing anggota, yang telah memberikan motivasi, bimbingan, saran dan arahan, sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik.

Pada kesempatan kali ini, penulis juga ingin mengucapkan rasa terima kasih dan penghargaan yang tidak terhingga kepada:

1. Drs. Husni Abdul Gani, MS., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember sekaligus ketua penguji yang telah memberikan kritikan maupun saran dalam penulisan skripsi ini;
2. Yumarlis, SH., MM., selaku anggota penguji II yang telah memberikan kritikan maupun saran dalam penulisan skripsi ini;
3. Bapak KH. Mukit Arif selaku pimpinan Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember yang telah memberikan ijin bagi penulis untuk melakukan penelitian di Pondok Pesantren;
4. Semua guru-guruku serta bapak dan ibu dosen yang telah menyalurkan ilmunya semoga bermanfaat dan mendapatkan balasan dari-Nya. Amiin Ya Rabbal'alam;

5. Teman-teman peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku yang saya sayangi (Dewi, Sonny, Ikhsan). Terima kasih atas semua nasehat, teguran, semangat, do'a, dan juga perhatian sehingga penulis dapat termotivasi untuk menyelesaikan skripsi ini;
6. Teman-teman PBL Jenggawah angkatan 2006, terima kasih atas kritik, semangat dan doa yang telah diberikan;
7. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

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

Jember, Januari 2012

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	v
HALAMAN PENGESAHAN.....	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
RINGKASAN	viii
KATA PENGANTAR.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR SINGKATAN.....	xvii
DAFTAR LAMBANG	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.2.1 Tujuan Umum	8
1.2.2 Tujuan Khusus	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
1.3.1 Manfaat Teoritis	8
1.3.2 Manfaat Praktis	9

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 PHBS	10
2.1.1 Sasaran PHBS	10
2.1.2 Penerapan PHBS	12
2.2 Skabies	13
2.2.1 Pengertian Skabies	13
2.2.2 Epidemiologi Skabies.....	15
2.2.3 Penularan Penyakit Skabies	16
2.2.4 Patogenesis Penyakit Skabies	17
2.2.5 Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Scabies	17
2.3 Pondok Pesantren	18
2.4 Hubungan antara Pengetahuan dan Peran Ustadz dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies	19
2.5 Teori Determinan Perubahan Perilaku Menurut WHO	21
2.6 Kerangka Konseptual	24
2.7 Hipotesis Penelitian	25
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	27
3.1 Jenis Penelitian.....	27
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	27
3.2.1 Lokasi Penelitian.....	27
3.2.2 Waktu Penelitian.....	28
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	28
3.3.1 Populasi Penelitian.....	28
3.3.2 Sampel Penelitian	28
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel	29
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	30
3.5 Data dan Sumber Data	33
3.5.1 Data Primer	33
3.5.2 Data Sekunder.....	33

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	33
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	33
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data.....	34
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data.....	34
3.7.1 Teknik Penyajian	34
3.7.2 Analisis Data.....	35
3.8 Kerangka Operasional.....	36
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	37
4.1 Karakteristik Responden	37
4.1.1 Umur	37
4.1.2 Jenis Kelamin.....	38
4.2 Pengetahuan Responden tentang PHBS	39
4.3 Peran Ustadz sebagai Orang Penting.....	41
4.4 Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies	43
4.5 Hubungan antara Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies.....	46
4.7 Hubungan antara Peran Ustadz dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies.....	49
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	53
5.1 Kesimpulan.....	53
5.2 Saran	53
DAFTAR PUSTAKA	55
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Halaman

3.1	Perhitungan Sampel pada Masing-masing Sub Populasi.....	30
3.2	Variabel dan Devinisi Operasional	31
4.1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur.....	37
4.2	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	38
4.3	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan	40
4.4	Distribusi Responden Berdasarkan Peran Ustadz.....	41
4.5	Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies di Pondok Pesantren	44
4.6	Distribusi Frekuensi Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies	47
4.7	Distribusi Frekuensi Hubungan Peran Ustadz dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies	49

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Konseptual.....	25
3.1 Kerangka Operasional Penelitian	36

DAFTAR SINGKATAN

ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
IUD	: <i>Intra Uterine Devices</i>
JPKM	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
KB	: Keluarga Berencana
KH	: Kyai Haji
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KSDAI	: Kelompok Studi Dermatologi Anak Indonesia
MCK	: Mandi Cuci Kakus
PAUD	: Pendidikan Anak Usia Dini
PDAM	: Perusahaan Daerah Air Minum
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RS	: Rumah Sakit
SLTP	: Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SMA	: Sekolah Menengah Atas
UKS	: Usaha Kesehatan Sekolah
UU RI	: Undang-undang Republik Indonesia
WHO	: <i>World Health Organization</i>

DAFTAR LAMBANG

α	: alfa, taraf signifikansi
/	: per, atau
>	: lebih dari
<	: kurang dari
\leq	: kurang dari atau sama dengan
=	: sama dengan
%	: persen
H_0	: hipotesis nihil
p	: <i>p-value</i> ; menunjukkan hasil analisis berdasarkan uji statistik
n	: besarnya sampel sebelum korelasi
N	: besarnya populasi
n_k	: besarnya sampel setelah korelasi
Z_α	: simpangan rata-rata
D	: kesalahan sampling yang dapat ditoleransi

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Gambaran Tempat Penelitian.....	59
B. Lembar Persetujuan	60
C. Kuesioner Penelitian.....	61
D. Rekap Hasil Penelitian.....	65
E. Hasil Uji Korelasi	68
F. Surat Ijin Penelitian	69
G. Dokumentasi	70

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Apapun peran yang dimainkan pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan mereka, hanya sedikit yang akan dicapai. Perilaku yang sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004). Oleh karena itu, dalam UU RI Nomor 23 Tahun 1992 juga dinyatakan bahwa kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 melalui Pembangunan Nasional yang berkesinambungan berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945 (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004).

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kemauan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat meningkatkan derajat kesehatan yang optimal. Dengan kata lain masyarakat diharapkan mampu berpartisipasi aktif dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan sendiri. Dengan demikian masyarakat mampu menjadi subjek dalam pembangunan kesehatan. Salah satu upaya dalam meningkatkan derajat kesehatan yang optimal adalah budaya hidup bersih. Budaya hidup bersih merupakan cerminan sikap dan perilaku masyarakat dalam menjaga dan memelihara kebersihan pribadi dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2001).

Perilaku hidup bersih dan sehat dapat dilakukan di berbagai tempat, misalnya di lingkungan rumah tangga, di lingkungan pendidikan maupun di tempat-tempat umum. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan individu untuk berperilaku hidup bersih dan sehat baik di dalam rumah tangga, di lingkungan pendidikan

maupun di tempat-tempat umum. Terdapat beberapa indikator perilaku hidup bersih dan sehat di lingkungan pendidikan, diantaranya adalah tersedia jamban yang bersih dan sesuai dengan jumlah siswa, tersedia air bersih atau air keran yang mengalir di setiap kelas, tidak ada sampah yang berserakan dan lingkungan sekolah yang bersih dan serasi, ketersediaan UKS yang berfungsi dengan baik, siswa menjadi anggota dana sehat (JPKM), siswa pada umumnya (60 %) kukunya pendek dan bersih, siswa tidak merokok, siswa ada yang menjadi dokter kecil atau promosi kesehatan sekolah (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2006).

Sumber daya manusia yang sangat bermutu diperlukan dalam pembangunan nasional. Salah satu upaya untuk memenuhi tuntutan itu adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pondok pesantren adalah salah satu lembaga pendidikan yang melakukan kegiatan tersebut. Peran pondok pesantren dalam hal ini meliputi keterlibatan dalam upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Semua kegiatan didukung juga oleh sektor terkait yaitu pihak kesehatan dan pihak lain yang ada hubungannya dengan pondok pesantren. Keterlibatan pondok pesantren adalah salah satu bentuk kemandirian yang perlu terus dibina guna meningkatkan derajat kesehatan yang optimal merata disemua lapisan masyarakat termasuk warga pondok pesantren. Hubungan yang baik antara pondok pesantren dan kesehatan didukung lintas sektor lain merupakan kunci keberhasilan dari kemandirian pondok pesantren dalam bidang kesehatan (Mahyuliansyah, 2009).

Jumlah santri di dalam pondok pesantren tersebut cukup banyak dan berasal dari beberapa daerah dengan kebiasaan dan pola hidup yang berbeda. Kondisi seperti ini akan mempengaruhi kesehatan santri jika perilaku hidup bersih dan sehat sangat kurang. Dalam kehidupan sehari-hari para santri yang tinggal di pondok pesantren selalu berinteraksi antara santri yang satu dengan santri yang lainnya sehingga penyakit menular berbasis lingkungan seperti tuberkulosis paru, infeksi saluran pernapasan akut, diare dan penyakit kulit sering kali ditemukan. Adanya prinsip kebersamaan seperti menggunakan alat makan, minum, pakaian dan lain-lain secara bersama-sama juga akan meningkatkan angka penularan penyakit menular tersebut

sehingga perlu adanya upaya untuk meningkatkan pengetahuan santri tentang kesehatan secara umum, khususnya tentang penyakit menular sehingga diharapkan ada perubahan perilaku pencegahan untuk menurunkan angka kesakitan penyakit menular. Salah satu jenis penyakit menular yang sering di temukan di pondok pesantren adalah penyakit skabies (Kuspriyanto, 2002).

Skabies merupakan penyakit endemi di masyarakat. Penyakit ini banyak dijumpai pada anak dan orang dewasa muda, tetapi dapat mengenai semua golongan umur (Harahap, 2000). Penyakit skabies merupakan penyakit yang mudah menular. Penyakit ini dapat ditularkan secara langsung (kontak kulit dengan kulit) misalnya berjabat tangan, tidur bersama, dan melalui hubungan seksual. Penularan secara tidak langsung (melalui benda), misalnya pakaian, handuk, spre, bantal, dan selimut (Djuanda, 2007).

Penyakit skabies pada umumnya menyerang individu yang hidup berkelompok seperti di asrama, pesantren, lembaga pemasyarakatan, rumah sakit, perkampungan padat, dan rumah jompo (Sudirman, 2006). Penularan skabies ini terjadi karena faktor lingkungan dan perilaku yang tidak bersih diantaranya yaitu kebiasaan individu menggunakan pakaian secara bergantian, menggunakan handuk dan peralatan mandi secara bergantian serta kebiasaan tidur berhimpitan dalam satu tempat (Djuanda, 2007).

Penyakit skabies bukan merupakan penyakit yang mematikan akan tetapi penyakit skabies ini dapat mempengaruhi kenyamanan aktifitas dalam menjalani kehidupan sehari-hari khususnya proses belajar para santri. Penderita selalu mengeluh gatal, terutama pada malam hari, gatal yang terjadi terutama di bagian sela-sela jari tangan, di bawah ketiak, pinggang, alat kelamin, sekeliling siku, *areola* (area sekeliling puting susu) dan permukaan depan pergelangan sehingga akan timbul perasaan malu karena pada usia remaja timbulnya skabies sangat mempengaruhi penampilannya juga tentang penilaian masyarakat tentang pondok pesantren yang kurang terjaga kebersihannya. Sehingga muncul sebuah stigma bahwa tidak ada santri yang tidak mungkin terkena penyakit skabies (gatal), kalau belum terkena skabies

belum syah menjadi santri dan jika sudah pernah terkena penyakit tersebut maka tidak akan terkena lagi (Mansyur, 2007).

Penyakit skabies ini lebih banyak diderita oleh individu yang tinggal di pondok pesantren karena pondok pesantren merupakan salah satu tempat yang beresiko untuk timbulnya skabies karena merupakan tempat yang berpenghuni padat. Prevalensi penyakit skabies di sebuah pondok pesantren di Jakarta mencapai 78,70% sedangkan prevalensi penyakit skabies di pondok pesantren di Kabupaten Pasuruan sebesar 66,70%, sedangkan berdasarkan data dari Kelompok Studi Dermatologi Anak Indonesia (KSDAI) tahun 2001 insidens tertinggi kasus skabies terjadi pada anak usia sekolah dan remaja (Mansyur, 2007).

Berdasarkan penelitian Ma'rufi (2005) pada santri kelas 1,2, dan 3 SLTP di Pondok Pesantren Lamongan, penilaian higiene perorangan dalam penelitian tersebut meliputi frekuensi mandi, memakai sabun atau tidak, penggunaan pakaian dan handuk bergantian, dan kebersihan alas tidur. Sebagian besar santri di Pesantren Lamongan (63%) mempunyai higiene perorangan yang jelek dengan prevalensi penyakit skabies 73,70%. Perilaku yang tidak mendukung berperilaku hidup bersih dan sehat dalam mencegah skabies diantaranya adalah sering memakai baju atau handuk bergantian dengan teman serta tidur bersama dan berhimpitan dalam satu tempat tidur.

Berdasarkan hasil penelitian Handayani (2007), di Pondok Pesantren Nihayatul Amal menunjukkan bahwa persentase responden yang terkena skabies ada 62,9% mempunyai kebiasaan mencuci pakaian bersama pakaian temannya 61,4%, mempunyai kebiasaan tidur bersama temannya yang menderita skabies 60,0%, mempunyai kebiasaan memakai selimut bersama-sama temannya yang menderita skabies 54,3% dan 32,8% yang mempunyai kebiasaan berwujud tidak menggunakan kran. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan pemakaian sabun mandi, kebiasaan pemakaian handuk, kebiasaan berganti pakaian, kebiasaan tidur bersama, dan kebiasaan mencuci pakaian bersama penderita skabies dengan kejadian skabies.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember selama tahun 2010 ditemukan kasus skabies sebanyak 6.681 kasus. Kasus skabies paling besar pada tahun 2010 adalah di Kecamatan Silo yaitu sebesar 846 kasus. Sebanyak 504 kasus skabies diantaranya diderita oleh para santri di pondok pesantren (Puskesmas Silo, 2010).

Jumlah pondok pesantren di Kecamatan Silo terdapat 27 pondok pesantren, 4 diantaranya tercatat secara resmi di Kantor Kementerian Agama Kabupaten Jember. Salah satu pondok yang tercatat adalah Pondok Pesantren Al-Falah. Pondok pesantren ini merupakan satu-satunya pondok pesantren yang mempunyai santri 100% tinggal di asrama yang disediakan pondok pesantren tersebut. Jumlah santri di pondok pesantren Al-Falah ini adalah sebanyak 989 santri dengan usia antara 13-18 tahun.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Pondok Pesantren Al-Falah, sebanyak 67% santri pernah menderita penyakit skabies. Hal ini disebabkan karena mereka mempunyai kebiasaan perilaku hidup bersih dan sehat yang masih sangat rendah diantaranya tidak membiasakan diri untuk mencuci tangan sebelum makan, kebiasaan para santri MCK dalam satu tempat yaitu sebuah sungai kecil yang terdapat pancuran airnya. Sedangkan untuk mandi sehari-hari santri putra lebih sering mandi di sumber air yang terdapat di belakang pondok pesantren tersebut, untuk santri putri biasanya mereka mandi di kamar mandi yang mempunyai bak mandi yang cukup panjang sehingga bisa diisi lebih dari 5 orang. Kondisi kamar mandi ini sangat kotor serta air yang mereka gunakan untuk mandi juga kelihatan sangat kotor karena terlihat bahwa bak mandi tersebut jarang sekali dibersihkan. Begitu juga dengan asrama para santri, untuk santri putra kamar mereka terbuat dari anyaman bambu dan papan kayu dengan bentuk petak kecil-kecil. Satu petak kamar biasanya berukuran 1,5x2 m dan dihuni oleh 2-3 santri, sedangkan untuk santri putri kamar terbuat dari tembok dan berukuran 4x3 dan dihuni oleh 12-17 santri (Pondok Pesantren Al-Falah, 2010).

Santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember ini mempunyai kebiasaan tidur dengan cara meletakkan kasur di lantai sebagai tempat tidur mereka dan ada juga yang hanya sekedar memakai tikar saja, bahkan ada yang memilih tidak menggunakan alas sama sekali, sebelum melakukan kegiatan rutin mereka membersihkan kasur dan alas tidur lainnya dengan cara menumpuk di pinggir ruangan kamar tidur santri. Pada kehidupan sehari-hari santri sering memakai baju dan handuk secara bergantian (Pondok Pesantren Al-Falah, 2010).

Kebiasaan dan kondisi seperti inilah yang mempermudah penularan penyakit skabies mengingat penyakit skabies ini disebabkan pola dan kebiasaan hidup yang kurang bersih dan benar, salah satu faktor yang dominan yaitu kehidupan bersama dengan kontak langsung yang relatif erat (Iskandar, 2000). Oleh karena itu ustadz mempunyai peranan yang sangat penting dalam pencegahan skabies di lingkungan pondok pesantren karena ustadz merupakan guru bagi para santri yang dianggap sebagai panutan.

Menurut Green (dalam Natalina, 2009) guru mempunyai peran terhadap perilaku murid dalam memelihara kesehatannya. Guru dapat berperan sebagai konselor, pemberi instruksi, motivator, manajer, dan model dalam menunjukkan sesuatu yang baik misalnya dalam perilaku hidup bersih dan sehat. Berdasarkan hasil penelitian Linda dan Adiwiryo (2010) menunjukkan adanya hubungan antara peran guru dengan praktek PHBS pada peserta PAUD. Selain itu guru diharapkan dapat mendorong murid-murid mereka dalam melaksanakan kebiasaan memelihara kesehatan (Natalina, 2009).

Guru merupakan orang tua kedua para siswa di sekolah. Guru memberikan pelajaran dan bimbingan kepada para siswa sehingga guru dijadikan tempat untuk bertanya tentang segala sesuatu termasuk masalah kesehatan. Di dalam pondok pesantren, guru tersebut biasa disebut ustadz. Seperti halnya guru, ustadz dianggap sebagai orang penting karena mempunyai kelebihan dalam membimbing para santri, perbuatannya diterima dan dipatuhi serta ditakuti. Di Pondok Pesantren Al-Falah sendiri, ustadz juga memberikan pelajaran tentang perilaku hidup bersih dan sehat

karena pondok pesantren ini juga mengajarkan pelajaran umum selain pelajaran agama. Ustadz juga mengajarkan kepada para santri bahwa kebersihan merupakan sebagian dari iman. Dengan demikian ustadz diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku santri guna mencegah terjadinya skabies di lingkungan pondok tempat mereka tinggal (Natalina, 2009).

Berdasarkan beberapa hal tersebut penulis ingin melakukan penelitian mengenai hubungan antara pengetahuan santri tentang PHBS dan peran ustadz dalam mencegah penyakit skabies dengan perilaku pencegahan penyakit skabies di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember karena penyakit skabies ini merupakan penyakit yang mudah menular, terutama bagi para santri pondok pesantren yang mempunyai kebiasaan menggunakan peralatan mandi dan peralatan sholat secara bergantian dengan teman serta kebiasaan tidur berhimpitan dalam satu tempat tidur sehingga penyakit skabies ini harus segera mendapatkan penanganan. Selain itu Pondok Pesantren Al-Falah merupakan salah satu pondok pesantren dengan jumlah santri yang sangat banyak sehingga kemampuan untuk menularkan penyakit skabies dari santri satu ke santri yang lainnya lebih besar bila dibanding dengan pondok pesantren yang jumlah santrinya lebih sedikit.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Apakah ada hubungan antara pengetahuan santri tentang PHBS dan peran ustadz dalam mencegah penyakit skabies dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Meningkatkan pengetahuan santri tentang PHBS dan perilaku ustadz dalam mencegah penyakit skabies di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Meningkatkan pengetahuan responden tentang perilaku hidup bersih dan sehat di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember.
2. Meningkatkan peran ustadz dalam mencegah penyakit skabies pada santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember .
3. Meningkatkan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember.
4. Menganalisis hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember .
5. Menganalisis hubungan antara peran ustadz dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember .

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan serta praktek dalam menerapkan ilmu kesehatan masyarakat bidang Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku terutama dalam menganalisis hubungan antara pengetahuan santri tentang PHBS dan peran ustadz dalam mencegah penyakit skabies dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sarana informasi bagi ustadz dan para santri tentang pentingnya menjaga kebersihan diri dan lingkungan sebagai upaya pencegahan penyakit skabies di pondok pesantren tersebut.
2. Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sarana informasi Puskesmas Silo agar dilakukan upaya promotif, preventif dan rehabilitatif guna mencegah timbulnya penyakit skabies di pondok pesantren tersebut.
3. Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai pedoman bagi pihak-pihak yang akan mengadakan penelitian lebih lanjut.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Perilaku hidup bersih dan sehat adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran, sehingga keluarga beserta semua yang ada di dalamnya dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan di masyarakat. Selain itu PHBS juga berarti upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku guna membantu masyarakat mengenali dan mengatasi masalahnya sendiri sehingga masyarakat sadar, mau dan mampu mempraktikkan PHBS melalui pendekatan pimpinan (*Advokasi*), bina suasana (*Sosial Suport*) dan pemberdayaan masyarakat (*Empowerment*) (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004).

2.1.1 Sasaran PHBS

a. Rumah Tangga

Sasaran PHBS di rumah tangga adalah seluruh anggota keluarga secara keseluruhan dan terbagi dalam:

1) Sasaran Primer

Adalah sasaran utama dalam rumah tangga yang akan dirubah perilakunya atau anggota keluarga yang bermasalah (individu dalam keluarga yang bermasalah).

2) Sasaran Sekunder

Adalah sasaran yang dapat mempengaruhi individu dala keluarga yang bermasalah misalnya, kepala keluarga, ibu, orang tua, tokoh keluarga, kader, tokoh agama, tokoh masyarakat, petugas kesehatan dan lintas sektor terkait.

3) Sasaran Tersier

Adalah sasaran yang diharapkan dapat menjadi unsur pembantu dalam menunjang atau mendukung pendanaan, kebijakan, dan kegiatan untuk tercapainya pelaksanaan PHBS misalnya, kepala desa, lurah, camat, kepala puskesmas, guru, tokoh masyarakat, dll.

b. Tatanan Institusi Pendidikan

Sasaran PHBS di tatanan institusi pendidikan adalah seluruh anggota institusi pendidikan dan terbagi dalam:

1) Sasaran Primer

Adalah sasaran utama dalam institusi pendidikan yang akan dirubah perilakunya atau murid dan guru yang bermasalah (individu atau kelompok dalam institusi pendidikan yang bermasalah).

2) Sasaran Sekunder

Adalah sasaran yang dapat mempengaruhi individu dalam institusi pendidikan yang bermasalah misalnya, kepala sekolah, guru, orang tua murid, kader kesehatan sekolah, tokoh masyarakat, petugas kesehatan dan lintas sektor terkait.

3) Sasaran Tersier

Adalah sasaran yang diharapkan unsur pembantu dalam menunjang atau mendukung pendanaan, kebijakan, dan kegiatan untuk tercapainya pelaksanaan PHBS di institusi pendidikan misalnya, kepala desa, lurah, camat, kepala puskesmas, guru, tokoh masyarakat, dan orang tua murid.

c. Tempat-Tempat umum

Terdapat beberapa ruang lingkup PHBS di tempat-tempat umum, salah satunya adalah di pondok pesantren. Adapun sasaran PHBS di pondok pesantren adalah seluruh anggota yang ada di pondok pesantren tersebut dan terbagi dalam:

1) Sasaran Primer

Adalah sasaran utama dalam pondok pesantren yang akan dirubah perilakunya atau santri dan ustadz yang bermasalah.

2) Sasaran Sekunder

Adalah sasaran yang dapat mempengaruhi individu dalam pondok pesantren yang bermasalah misalnya, pengelola atau pengurus pondok pesantren, pembina atau pengajar di pondok pesantren.

3) Sasaran Tersier

Adalah sasaran yang diharapkan unsur pembantu dalam menunjang atau mendukung pendanaan, kebijakan, dan kegiatan untuk tercapainya pelaksanaan PHBS di pondok pesantren misalnya, kepala desa, lurah, camat, kepala puskesmas, guru, tokoh masyarakat, dan orang tua murid.

2.1.2 Penerapan PHBS

PHBS dapat diterapkan di banyak bidang, yakni seperti contohnya :

- a. Di bidang Gizi dan Farmasi, beberapa perilaku hidup bersih dan sehat diantaranya:
 - 1) Makan dengan gizi seimbang
 - 2) Memberi bayi ASI eksklusif
 - 3) Mengonsumsi garam beryodium
- b. Di Bidang KIA dan KB, beberapa perilaku hidup bersih dan sehat yakni:
 - 1) Memeriksa kehamilan secara rutin
 - 2) Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan
 - 3) Mengimunisasi Balita dengan lengkap
- c. Di Bidang Kesehatan Lingkungan, diantaranya:
 - 1) Rumah memiliki ventilasi
 - 2) Menggunakan air bersih
 - 3) Memiliki jamban yang telah memenuhi syarat kesehatan
- d. Di Bidang Pemeliharaan Kesehatan, beberapa contohnya adalah:
 - 1) Punya jaminan pemeliharaan kesehatan
 - 2) Aktif sebagai Kader
 - 3) Memanfaatkan Puskesmas/Sarana Kesehatan lain

2.2 Skabies

2.2.1 Pengertian Skabies

Skabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infeksi dan sensitisasi tungau *Sarcoptes Scabiei* varian *hominis* dan produknya pada tubuh (Djuanda, 2007). Penyakit ini sering di temukan di Indonesia karena Indonesia mempunyai iklim tropis yang sangat mendukung perkembangan agen penyebab skabies. Di Indonesia skabies sering disebut kudis atau orang jawa biasa menyebut gudik (Cakmioki, 2007).

Penyebab penyakit skabies adalah seekor tungau (kutu/mite) yang bernama *Sarcoptes scabiei*, filum *Arthropoda* , kelas *Arachnida*, ordo *Ackarina*, superfamili *Sarcoptes*. Pada manusia oleh *S. scabiei var homonis* yang berbentuk oval dan gepeng, berwarna putih kotor, transulen dengan bagan punggung lebih lonjong dibandingkan perut, yang betina berukuran 300-350 mikron, sedangkan yang jantan berukuran 150-200 mikron. Stadium dewasa mempunyai 4 pasang kaki, 2 pasang merupakan kaki depan dan 2 pasang kaki belakang (Iskandar, 2000).

Sarcoptes scabiei betina setelah dibuahi mencari lokasi yang tepat di permukaan kulit untuk kemudian membentuk terowongan, dengan kecepatan 0,5mm–5 mm per hari. Terowongan pada kulit dapat sampai ke perbatasan stratum korneum dan stratum granulosum. Di dalam terowongan ini tungau betina akan tinggal selama hidupnya yaitu kurang lebih 30 hari dan bertelur sebanyak 2-3 butir telur sehari. Telur akan menetas setelah 3-4 hari menjadi larva yang akan keluar ke permukaan kulit untuk kemudian masuk kulit lagi dengan menggali terowongan biasanya sekitar folikel rambut untuk melindungi dirinya dan mendapat makanan. Setelah beberapa hari, menjadi bentuk dewasa melalui bentuk nimfa. Waktu yang diperlukan dari telur hingga bentuk dewasa sekitar 10-14 hari. Tungau jantan mempunyai masa hidup yang lebih pendek daripada tungau betina, dan mempunyai peran yang kecil pada patogenesis penyakit. Biasanya hanya hidup dipermukaan kulit dan akan mati setelah membuahi tungau betina. *Sarcoptes scabiei* betina dapat hidup diluar pada suhu kamar selama lebih kurang 7 – 14 hari. Yang diserang adalah bagian kulit yang tipis

dan lembab biasanya pada lipatan kulit seperti sela-sela jari, ketiak, lipatan paha, lipatan lengan dan selangkangan (Soeharsono, 2002).

Menurut Sudirman (2006), skabies dapat diklasifikasikan menjadi:

1) Skabies pada Orang Bersih

Terdapat pada orang yang tingkat kebersihannya cukup. Biasanya sangat sukar ditemukan terowongan. Kutu biasanya hilang akibat mandi secara teratur. Bentuk ini ditandai dengan lesi berupa papul dan terowongan yang sedikit jumlahnya sehingga sangat sukar ditemukan.

2) Skabies Inkognito

Obat steroid topikal atau sistemik dapat menyamarkan gejala dan tanda skabies, sementara infestasi tetap ada. Sebaliknya pengobatan dengan steroid topikal yang lama dapat pula menyebabkan lesi bertambah hebat. Hal ini disebabkan mungkin oleh karena penurunan respon imun seluler.

3) Skabies Nodular

Pada bentuk ini lesi berupa nodus coklat kemerahan yang gatal. Nodus biasanya terdapat di daerah tertutup, terutama pada genitalia laki-laki, inguinal dan aksila. Nodus ini timbul sebagai reaksi hipersensitivitas terhadap tungau skabies. Pada nodus yang berumur lebih dari satu bulan tungau jarang ditemukan. Nodus mungkin dapat menetap selama beberapa bulan sampai satu tahun meskipun telah diberi pengobatan anti skabies dan kortikosteroid.

4) Skabies Norwegia

Ini biasa disebut *skabies krustosa* ditandai oleh lesi yang luas dengan krusta, skuama generalisata dan hiperkeratosis yang tebal. Tempat predileksi biasanya kulit kepala yang berambut, telinga bokong, siku, lutut, telapak tangan dan kaki yang dapat disertai distrofi kuku. Berbeda dengan skabies biasa, rasa gatal pada penderita skabies ini tidak menonjol tetapi bentuk ini sangat menular karena jumlah tungau yang menginfestasi sangat banyak (ribuan). Skabies ini terjadi akibat defisiensi imunologik sehingga sistem imun tubuh gagal membatasi proliferasi tungau dapat berkembangbiak dengan mudah. Skabies ini yang sering

ditemukan di pondok pesantren karena skabies jenis ini sangat mudah untuk berkembangbiak apalagi didukung dengan lingkungan yang padat penduduk dan tingkat kebersihannya masih sangat rendah.

5) Skabies terbaring ditempat tidur (*bed ridden*).

Penderita penyakit kronis dan orang tua yang terpaksa harus tinggal ditempat tidur dapat menderita skabies yang lesinya terbatas.

6) Skabies yang disertai penyakit menular seksual yang lain

Skabies sering dijumpai bersama penyakit menular seksual yang lain seperti gonore, sifilis, pedikulosis pubis, herpes genitalis dan lainnya.

2.2.2 Epidemiologi Skabies

Skabies merupakan penyakit epidemik pada banyak masyarakat. Ada dugaan bahwa setiap siklus 30 tahun terjadi epidemik skabies. Penyakit ini banyak dijumpai pada anak dan orang dewasa muda, tetapi dapat juga mengenai semua umur. Insidensi sama pada pria dan wanita. Insidensi skabies di negara berkembang menunjukkan siklus fluktasi yang sampai saat ini belum dapat dijelaskan. Interval antara akhir dari suatu epidemik dan permulaan epidemik berikutnya kurang lebih 10-15 tahun. Beberapa faktor yang dapat membantu penyebarannya adalah kemiskinan, hygiene yang jelek, seksual promiskuitas, diagnosis yang salah, demografi, ekologi dan derajat sensitasi individual. Insidensinya di Indonesia masih cukup tinggi, terendah di Sulawesi Utara dan tertinggi di Jawa Barat. Selain itu faktor penularannya bisa melalui tidur bersama dalam satu tempat tidur, lewat pakaian, perlengkapan tidur atau benda-benda lainnya. Seperti yang terjadi di pondok pesantren. Sebagian besar santri mempunyai kebiasaan untuk bertukar pakaian, alat sholat ataupun alat mandi dengan teman sehingga penyebaran penyakit skabies menjadi sangat mudah mengingat salah satu penyebab penularan skabies adalah hygiene yang jelek (Djuanda, 2007).

2.2.3 Penularan Penyakit Skabies

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

Penularan biasanya melalui *Sarcoptes scabiei* betina yang sudah dibuahi atau kadang-kadang oleh larva. Penyakit ini sangat erat kaitannya dengan kebersihan perorangan dan lingkungan, atau apabila banyak orang yang tinggal secara bersama-sama di satu tempat yang relatif sempit. Penularan skabies terjadi ketika orang-orang tidur bersama di satu tempat tidur yang sama di lingkungan rumah tangga, sekolah-sekolah yang menyediakan fasilitas asrama dan pemonudukan, serta fasilitas-fasilitas kesehatan yang dipakai oleh masyarakat luas, dan fasilitas umum lain yang dipakai secara bersama-sama di lingkungan padat penduduk (Benneth dalam Kartika, 2008).

Di pondok pesantren, penularan penyakit skabies ini terjadi ketika salah satu santri menderita penyakit skabies kemudian bertukar pakaian, alat sholat atau alat mandi dengan teman lain kemudian didukung dengan hygiene diri yang jelek maka penularan skabies akan terjadi diantara teman tersebut (Djuanda, 2007). Penyediaan air bersih yang kurang memadai juga menyebabkan seseorang terkena penyakit skabies. Karena keterbatasan air biasanya seseorang lebih memilih menggunakan air yang ada secara bersama-sama tanpa memedulikan apakah orang yang menggunakan air yang sama tersebut sehat atau tidak. Apabila ternyata mempunyai penyakit skabies maka sudah pasti kita akan tertular penyakit tersebut (Handayani, 2007).

2.2.4 Patogenesis Penyakit Skabies

Keluhan pertama yang dirasakan penderita adalah rasa gatal terutama pada malam hari (*pruritus nokturnal*) atau bila cuaca panas serta sedang berkeringat. Gatal yang hebat terutama pada malam hari sebelum tidur. Adanya tanda-tanda yaitu papula (bintil), pustula (bintil bernanah), ekskoriiasi (bekas garukan), bekas-bekas lesi yang berwarna hitam (Sudirman, 2006).

Gatal yang terjadi disebabkan oleh sensitisasi terhadap *sekreta* dan *ekskreta* tungau yang kira-kira memerlukan waktu sebulan setelah *infestasi*. Pada saat ini kelainan kulit menyerupai dermatitis dengan ditemukannya *papula*, *vesikel*, *urtika*, dan lain-lain. Dengan garukan dapat timbul *erosi*, *ekskoriasi* (lecet sampai epidermis dan berdarah), *krusta* (cairan tubuh yang mengering pada permukaan kulit) dan infeksi sekunder (Djuanda, 2007).

Selain itu, skabies juga bisa timbul akibat garukan oleh penderita itu sendiri. Gatal yang terjadi disebabkan oleh sensitisasi terhadap sekret dan ekskret tungau yang memerlukan waktu kira-kira sebulan setelah infestasi. Pada saat itu kelainan kulit menyerupai dermatitis dengan ditemukannya papul, vesikel, urtika dan lain-lain. Dengan garukan dapat timbul erosi, ekskoriiasi, krusta dan infeksi sekunder. Kelainan kulit dan gatal yang terjadi dapat lebih luas dari lokasi tungau (Djuanda, 2007).

Infestasi pertama skabies akan menimbulkan gejala klinis setelah satu bulan kemudian. Tetapi yang telah mengalami infestasi sebelumnya, gejala klinis dapat timbul dalam waktu 24 jam. Hal ini terjadi karena pada infestasi ulang telah ada sensitisasi dalam tubuh pasien terhadap tungau dan produknya yang antigen dan mendapat respons dari sistem imun tubuh (Sudirman, 2006).

2.2.5 Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Skabies

Penyakit skabies ini dapat dicegah dengan cara selalu menjaga kebersihan lingkungan dan menjaga kebersihan diri, mencuci bersih baju, handuk, sprei penderita skabies bahkan lebih baik apabila dicuci menggunakan air panas kemudian menjemurnya sampai kering, menghindari pemakaian baju, handuk, seprai secara

bersama-sama. Dan yang lebih utama adalah dengan memutuskan mata rantai penularan penyakit skabies dengan cara mengobati penderita sampai tuntas (Rohmawati, 2010).

2.3 Pondok Pesantren

Pesantren menurut pengertian dasarnya adalah "tempat belajar para santri", sedangkan pondok berarti "rumah atau tempat tinggal sederhana yang terbuat dari bambu". Di samping itu, "pondok" juga berasal dari bahasa Arab "*funduk*" yang berarti "hotel atau asrama". Ada beberapa istilah yang ditemukan dan sering digunakan untuk menunjuk jenis pendidikan Islam tradisional khas Indonesia atau yang lebih terkenal dengan sebutan pesantren. Di Jawa termasuk Sunda dan Madura, umumnya dipergunakan istilah *pesantren* atau *pondok*, di Aceh dikenal dengan istilah *dayah* atau *rangkung* atau *meusanah*, sedangkan di Minangkabau disebut *surau* (Nawawi, 2006).

Pondok pesantren pada awal berdirinya mempunyai pengertian yang sederhana, yaitu tempat pendidikan santri-santri untuk mempelajari pengetahuan agama Islam di bawah bimbingan seorang ustadz atau kyai. Santri-santri yang berada di pondok pesantren pada dasarnya sama saja dengan anak didik di sekolah-sekolah umum yang harus berkembang yang perlu mendapat pelatihan khusus terutama kesehatan dan pertumbuhannya.

Pesantren, pondok pesantren, atau disebut pondok saja, adalah sekolah Islam berasrama yang terdapat di Indonesia. Pelajar pesantren (disebut sebagai santri) belajar di sekolah ini, sekaligus tinggal pada asrama yang disediakan oleh pesantren. Terdapat dua macam jenis pondok pesantren yaitu salafiyah dan non salafiyah. Pondok pesantren disebut sebagai salafiyah apabila pondok pesantren tersebut hanya mengajarkan pendidikan agama dan pelajaran-pelajaran lain yang berhubungan dengan agama. Sedangkan pondok pesantren non salafiyah adalah pondok pesantren yang mengajarkan pendidikan agama disertai dengan pendidikan umum. Pengertian

umum berarti memberikan ketrampilan atau kemampuan yang telah dimiliki oleh anak didik agar mampu melayani kebutuhan yang semakin meningkat sehubungan dengan tantangan pekerjaan yang dihadapinya. Maka pendidikan *non-formal* pada pesantren berarti mendasari, menjiwai dan melengkapi akan nilai-nilai pendidikan formal. Tidak semua hal dapat diajarkan melalui program-program sekolah formal, disini pesantren mengisi kekurangan tersebut (Nawawi, 2006).

Pesantren didefinisikan sebagai suatu tempat pendidikan dan pengajaran yang menekankan pada pelajaran agama Islam dan didukung asrama sebagai tempat tinggal santri yang bersifat permanen. Maka pesantren kilat atau pesantren Ramadhan yang diadakan di sekolah-sekolah umum misalnya, tidak termasuk dalam pesantren ini (Qomar, 2007). Tujuan pokok pesantren adalah mencetak ulama, yaitu orang yang mendalami ilmu agama (Nafi', 2007). Tujuan umum pesantren adalah membina warga negara agar berkepribadian muslim sesuai dengan ajaran-ajaran agama Islam dan menanamkan rasa keagamaan tersebut pada semua segi kehidupan serta menjadikannya sebagai orang yang berguna bagi agama, masyarakat, dan negara serta menciptakan dan mengembangkan kepribadian muslim, yaitu kepribadian yang beriman dan bertaqwa kepada Tuhan, berakhlak mulia, bermanfaat bagi masyarakat (Qomar, 2007).

Pondok pesantren dan keterikatannya dengan masyarakat merupakan hal yang penting. Pesantren adalah salah satu model pendidikan yang sudah lama mengakar dalam kehidupan masyarakat Indonesia. Bahkan pesantren merupakan cikal bakal dari sistem pendidikan Islam yang ada di tanah air ini (Nawawi, 2006).

2.4 Hubungan antara pengetahuan santri tentang PHBS dan peran ustadz dalam mencegah penyakit skabies dengan perilaku pencegahan penyakit Skabies di Pondok Pesantren

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap sesuatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui

panca indra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba (Notoatmodjo, 2003). Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Sebagian besar perilaku manusia ditentukan oleh kemampuan berfikirnya. Semakin *intelektual* dan berpendidikan, otomatis seseorang akan semakin baik perilakunya untuk memenuhi keinginan atau kebutuhan dalam tindakan pencegahan penyakit skabies.

Santri yang mempunyai pengetahuan yang baik tentang perilaku hidup bersih dan sehat serta pengetahuan tentang penyakit skabies diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku santri dalam upaya pencegahan penyakit skabies di pondok pesantren tersebut. Rohmawati (2010) menyatakan bahwa sebanyak 74,74% responden di Pondok Pesantren Al-Muayyad Surakarta menderita penyakit skabies yang diakibatkan karena mereka mempunyai pengetahuan yang rendah terhadap perilaku hidup bersih dan sehat dan mereka mempunyai resiko terkena penyakit skabies 2,34 kali dibandingkan dengan responden yang mempunyai pengetahuan baik tentang perilaku hidup bersih dan sehat. Hal yang sama juga dilakukan oleh Muzakir (2008) di pondok pesantren Kabupaten Aceh Besar sebanyak 61% responden mempunyai pengetahuan yang kurang terhadap perilaku hidup bersih dan sehat sehingga banyak santri yang terkena penyakit skabies. Ini berarti pengetahuan seseorang dapat mendukung seseorang terhindar dari penyakit, terutama penyakit menular.

Dukungan dan bimbingan dari ustadz juga berpengaruh terhadap perilaku pencegahan penyakit skabies di tempat tersebut. Hal ini bisa dilakukan salah satunya dengan cara ustadz memberikan contoh tentang cara menjaga kebersihan diri dan lingkungan. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Andrianto (2011) menyatakan bahwa ada hubungan antara peran guru dengan perilaku pencegahan penyakit. Berdasarkan hasil penelitian dapat dikatakan bahwa jika peran guru terkait dengan PHBS semakin tinggi, maka dalam melakukan PHBS siswa juga akan semakin baik. Demikian sebaliknya jika peran guru mengenai PHBS kurang maka ada kecenderungan dalam melakukan PHBS juga akan semakin kurang.

2.5 Teori Determinan Perubahan Perilaku Menurut WHO

Tim kerja dari WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena adanya 4 alasan pokok, yaitu :

1. Pemikiran dan Perasaan (*thoughts and feeling*), yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan, dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek (dalam hal ini adalah objek kesehatan).

- a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu, terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan seseorang (*overt behaviour*) (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkat, yaitu :

- 1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

- 2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar.

- 3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya).

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tertentu, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk pada kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2007).

b. Kepercayaan

Kepercayaan sering atau diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Misalnya wanita hamil tidak boleh makan telur agar tidak kesulitan waktu melahirkan.

c. Sikap

Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain. Sikap positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata. Hal ini disebabkan oleh beberapa alasan, antara lain :

- 1) Sikap akan terwujud di dalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu. Misalnya seorang ibu yang anaknya sakit, segera ingin membawanya ke puskesmas, tetapi pada saat itu tidak mempunyai uang sepeserpun sehingga ia gagal membawa anaknya ke puskesmas.
- 2) Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh tindakan yang mengacu kepada pengalaman orang lain. Seorang ibu tidak mau membawa anaknya yang sakit

keras ke rumah sakit, meskipun ia mempunyai sikap yang positif terhadap rumah sakit (RS), sebab ia teringat akan anak tetangganya yang meninggal setelah beberapa hari di Rumah Sakit.

- 3) Sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang. Seorang akseptor KB dengan alat kontrasepsi IUD mengalami pendarahan. Meskipun sikapnya sudah positif terhadap KB, tetapi ia kemudian tetap tidak mau ikut KB dengan alat kontrasepsi apapun.

- 4) Nilai (*value*)

Didalam suatu masyarakat apapun selalu berlaku nilai-nilai yang menjadi pegangan setiap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat. Misalnya, gotong royong adalah suatu nilai yang selalu hidup di masyarakat.

2. Orang penting sebagai referensi (*personal reference*)

Perilaku orang, lebih-lebih perilaku anak kecil, lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh. Untuk anak-anak sekolah misalnya, maka gurulah yang menjadi panutan perilaku mereka. Orang-orang yang dianggap penting ini sering disebut kelompok referensi (*reference group*), antara lain guru, alim ulama, kepala adat (suku), kepala desa, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003).

Dalam penelitian ini, orang yang dianggap penting dan berpengaruh terhadap perilaku pencegahan penyakit skabies adalah ustadz. Hal ini dikarenakan ustadz adalah orang yang disegani dan dijadikan panutan oleh para santri sehingga ustadz mempunyai pengaruh yang kuat terhadap perilaku dalam pencegahan penyakit skabies. Hal ini dilakukan dalam rangka upaya pencegahan penyakit skabies yang terjadi di pondok pesantren tersebut.

3. Sumber-sumber daya (*resources*)

Sumber daya disini mencakup fasilitas-fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya. Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok

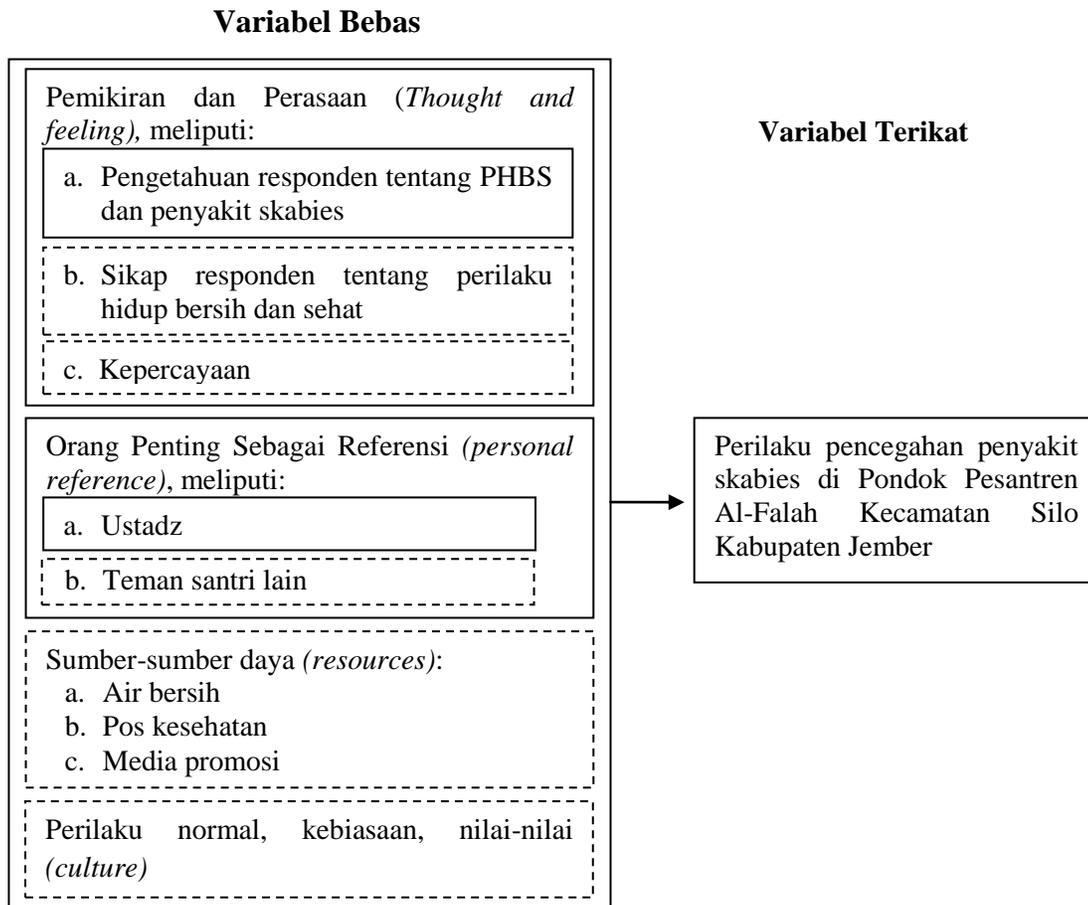
masyarakat. Pengaruh sumber-sumber daya terhadap perilaku dapat bersifat positif maupun negatif. Misalnya penyediaan air bersih, dapat berpengaruh positif terhadap perilaku pemanfaatan air bersih tetapi juga dapat berpengaruh sebaliknya.

4. Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai (*culture*)

Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai, dan penggunaan sumber-sumber di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini terbentuk dalam waktu yang lama sebagai akibat dari kehidupan suatu masyarakat bersama. Kebudayaan selalu berubah, baik lambat ataupun cepat, sesuai dengan peradaban umat manusia. Kebudayaan atau pola hidup masyarakat disini merupakan kombinasi dari semua yang telah disebutkan diatas. Perilaku yang normal adalah salah satu aspek dari kebudayaan, dan selanjutnya kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku ini.

2.6 Kerangka Konseptual

Berdasarkan uraian sebelumnya, dengan menggunakan teori WHO maka dapat dibuat kerangka konseptual tentang hubungan pengetahuan santri tentang PHBS dan peran ustadz dalam mencegah penyakit skabies dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember dimana perilaku pencegahan penyakit skabies dipengaruhi oleh pengetahuan santri tentang PHBS dan penyakit skabies serta ustadz selaku orang penting sebagai referensi. Adapun gambar kerangka konseptual dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual

Keterangan:

□ : Diteliti

□ : Tidak diteliti

2.7 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan yang diterima secara sementara sebagai suatu kebenaran, sebagaimana adanya pada saat fenomena dikenal dan merupakan dasar

kerja serta panduan dalam verifikasi. Berdasarkan kerangka konseptual penelitian maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan antara pengetahuan santri tentang PHBS dan penyakit skabies dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember
2. Ada hubungan antara peran ustadz dalam mencegah penyakit skabies dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif yaitu penelitian yang dilakukan untuk mencari berbagai variabel dan menganalisis setiap variabel yang menjadi objek penelitian (Bungin, 2005). Penelitian ini juga digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif atau statistik, dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan. Dinamakan penelitian kuantitatif karena data penelitian berupa angka-angka dan analisis menggunakan statistik (Sugiyono, 2010). Penelitian ini merupakan penelitian survei analitik, yaitu survei atau penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi. Kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena, baik antara faktor risiko dengan faktor efek, antar faktor risiko, maupun antar faktor efek (Notoatmodjo, 2005).

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* yaitu peneliti mempelajari hubungan antara variabel bebas (faktor risiko) dengan variabel terikat (efek) dengan melakukan pengukuran sesaat. Dalam penelitian *cross sectional* peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel pada satu saat (Sastroasmoro, 1995). Penelitian *cross sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2005).

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Desember 2011.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmojo, 2005). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember. Berdasarkan data terakhir yaitu pada tahun 2010, jumlah santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember adalah sebanyak 989 santri (Kementrian Agama Kabupaten Jember, 2010).

3.3.2 Sampel Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2005), sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Menurut Roscoe dalam Sugiyono (2010), ukuran sampel yang layak dalam penelitian adalah antara 30-500. Berdasarkan hasil survei pendahuluan, diketahui bahwa populasi dalam penelitian ini berubah-ubah karena tingkat mobilitas yang tinggi sehingga total populasinya tidak diketahui secara pasti. Oleh karena itu, maka dalam menentukan besar atau ukuran sampel, peneliti menggunakan rumus dari *Snedecor dan Cochran* dalam Budiarto (2003), yaitu :

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 p \cdot q}{d^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,1)^2}$$

$$n = 96,04 \cong 96$$

Karena populasi tersebut terbatas dan berjumlah kurang dari 10.000 maka rumus tersebut dilakukan koreksi sebagai berikut:

$$n_k = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n_k = \frac{96}{1 + \frac{96}{989}}$$

$$n_k = \frac{96}{1,097}$$

$$n_k = 87,51 \cong 88$$

Keterangan:

- n : Besarnya sampel sebelum koreksi
- n_k : Besarnya sampel setelah koreksi
- N : Besarnya populasi
- P : Proporsi variabel yang dikehendaki, karena tidak diketahui maka diambil proporsi terbesar yaitu 50% (0,5).
- Q : $(1 - p) = 1 - 0,5 = 0,5$
- Z_α : Simpangan rata-rata distribusi normal standar pada derajat kemaknaan α , Z_α pada $\alpha = 0,05$ dua arah adalah 1,96
- D : Kesalahan sampling yang masih dapat ditoleransi, yaitu 10%

Jadi jumlah sampel setelah dikoreksi yang dapat mewakili populasi adalah 88 orang santri.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Sampel penelitian menggunakan teknik *proportional random sampling*. Teknik ini digunakan untuk menghindari pengambilan sampel yang terkonsentrasi pada salah satu wilayah saja, sehingga dilakukan alokasi sampel yang didasarkan hal tersebut. Dalam menentukan anggota sampel, peneliti mengambil wakil dari tiap

kelompok yang ada dalam populasi yang disesuaikan dengan jumlah tiap kelompok tersebut (Arikunto, 2006). Pengambilan secara acak (*random*) menggunakan teknik undian atau mengundi anggota populasi (*lottery technique*) (Notoatmodjo, 2005). Pertama, peneliti menulis nama dari santri pada tiap kamar pada kertas undian. Kedua, peneliti mengocok dan mengambil secara acak kertas undian yang sudah tertulis.

Rumus metode alokasi proporsional (Subaris, 2009) adalah sebagai berikut:

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

Keterangan :

n : ukuran (total) sampel

N : ukuran (total) populasi

N_i : ukuran setiap strata populasi

n_i : ukuran setiap strata sampel

Perhitungan sampel pada masing-masing sub populasi disajikan dalam bentuk tabel yang didasarkan pembagian kelompok di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember berdasarkan jenis kelamin yang terbagi menjadi dua yaitu sebagai berikut:

Tabel 3.1 Perhitungan Sampel pada Masing-Masing Sub Populasi

No	Jenis Kelamin	N_h	N	n	$n_h = \frac{N_h}{N} \times n$
1	Laki-laki	459	989	88	41
2	Perempuan	530	989	88	47
Total					88

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Definisi operasional 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 (Sugiyono, 2010). Variabel dalam penelitian ini dibagi menjadi 2 jenis, yaitu variabel dependen atau variabel terikat dan variabel independen atau variabel bebas. Variabel terikat adalah variabel yang tergantung atas variabel lain (Nazir, 2003). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember, sedangkan variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi variabel terikat (Notoatmodjo, 2005). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan responden tentang PHBS dan penyakit skabies serta peran ustadz dalam mencegah penyakit skabies.

Variabel-variabel yang diteliti, definisi operasional, alat ukur, dan cara pengukuran serta skala data disajikan dalam Tabel 3.2 berikut :

Tabel 3.2 Variabel dan Devinisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Cara Pengukuran	Skala Data
1.	Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui atau dimengerti oleh santri tentang PHBS yang meliputi menggunakan air bersih, tidak bertukar pakaian, alat sholat, dan alat mandi dengan teman serta segala sesuatu yang diketahui atau dimengerti oleh santri tentang penyakit skabies	Tes pengetahuan	Kuesioner pengetahuan dengan 15 pertanyaan. <u>Penilaian</u> : - Untuk pilihan jawaban yang benar mendapatkan nilai 1 - Untuk pilihan jawaban salah mendapatkan nilai 0 Sehingga didapatkan skor penilaian dan klasifikasinya untuk 15 pertanyaan tersebut sebagai berikut: Nilai maksimal = $1 \times 15 = 15$ Nilai minimal = $0 \times 15 = 0$ Selanjutnya dari range 0-15 dikelompokkan menjadi 3 kategori, yaitu tinggi, sedang dan rendah. a. Tinggi, apabila memperoleh skor > 10 b. Sedang, apabila memperoleh 5-10 c. Rendah, apabila memperoleh skor < 5	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Cara Pengukuran	Skala Data
2.	Peran Ustadz	Penilaian santri terhadap ustadz dalam hal mencegah terjadinya penyakit skabies pada santri di pondok pesantren	Wawancara melalui kuesioner	Orang penting sebagai referensi yaitu ustadz diukur dengan 10 pertanyaan dengan sistem penilaian sebagai berikut: Jawaban ya = 1 Jawaban tidak = 0 Skor tertinggi untuk variabel ini adalah 10, sedangkan skor terendah adalah 0, sehingga kategorinya: a. Tinggi, jika responden memperoleh skor 6-10 b. Rendah, jika responden memperoleh skor 1-5 c. Tidak ada, jika responden memperoleh skor 0	Ordinal
3.	Perilaku pencegahan penyakit skabies	Tindakan yang dilakukan oleh responden dalam upaya pencegahan penyakit skabies dengan: Menggunakan air bersih, tidak menggunakan handuk dan peralatan mandi secara bergantian dengan teman, tidak menggunakan pakaian dan peralatan sholat secara bergantian dengan teman	Wawancara melalui kuesioner	Terdapat 15 pertanyaan dengan 3 kemungkinan jawaban yaitu: Selalu : skor 2 Kadang-kadang : skor 1 Tidak pernah : skor 0 Skor tertinggi untuk variabel ini adalah 30, sehingga kategorinya: a. Baik, apabila memperoleh skor > 20 b. Sedang, apabila memperoleh skor 10-20 c. Buruk, apabila memperoleh skor < 10	Ordinal

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama, baik dari individu seperti hasil wawancara maupun dari hasil pengisian kuesioner yang dilakukan oleh peneliti kepada responden (Nazir, 2003). Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui penyebaran instrumen berupa kuesioner kepada responden.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data primer yang diperoleh dari pihak lain atau data primer yang telah diolah atau disajikan, baik oleh pengumpul data primer maupun oleh pihak lain yang pada umumnya disajikan dalam bentuk tabel-tabel atau diagram-diagram (Budiarto, 2003). Data sekunder digunakan untuk memberikan gambaran tambahan, pelengkap ataupun diproses lebih lanjut. Data sekunder dalam penelitian ini adalah data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember terkait dengan angka kejadian penyakit skabies, Puskesmas Kecamatan Silo, dan dari kantor Kementerian Agama Kabupaten Jember terkait dengan data jumlah pondok pesantren dan jumlah santri di pondok pesantren tersebut.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan melakukan wawancara kepada santri. Wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara pewawancara dengan responden (Nazir, 2005). Wawancara akan dilakukan secara terpimpin berdasarkan pedoman-pedoman berupa kuesioner yang telah disiapkan. Dalam proses pengumpulan data ini, peneliti akan memandu responden dalam proses pengisian kuesioner apabila terdapat responden yang kurang mengerti dan kurang memahami isi kuesioner.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner. Kuesioner merupakan alat pengumpulan data yang dipakai di dalam wawancara berisi daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, sudah matang, dimana siswa tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda (Notoatmodjo, 2005). Kuesioner dalam penelitian ini mencakup pertanyaan tentang pengetahuan responden tentang perilaku hidup bersih dan sehat, pertanyaan tentang penilaian santri terhadap ustadz dalam hal mencegah penyakit skabies serta kuesioner tentang perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di pondok pesantren.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar laporan dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian (Suyanto, 2005).

Data yang diperoleh dari penyebaran instrumen berupa kuesioner disajikan dalam bentuk tabel. Tabel tersebut menyajikan variabel berupa pengetahuan responden dan orang penting sebagai referensi (Ustadz), serta tabel perilaku pencegahan penyakit skabies pada responden. Penyajian dalam bentuk tabel merupakan suatu penyajian data yang berbentuk angka yang tersusun secara teratur dalam kolom dan baris. Penyajian dalam bentuk tabel ini banyak digunakan pada penulisan laporan penelitian dengan maksud agar orang lebih mudah memperoleh gambaran secara rinci tentang hasil penelitian yang dilakukan (Bungin, 2005). Disamping itu, penyajian data juga disajikan dalam bentuk tabulasi silang yaitu untuk variabel pengetahuan responden dan orang penting sebagai referensi (Ustadz), yang dihubungkan dengan perilaku santri dalam pencegahan penyakit skabies.

Sebelum data disajikan maka untuk mempermudah dalam analisis maka dilakukan beberapa hal sebagai berikut :

a. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Editing dilakukan sebelum pengolahan data. Data yang telah dikumpulkan dari kuesioner perlu dibaca sekali lagi dan diperbaiki, apabila terdapat hal-hal yang salah atau masih meragukan, misalnya melihat lengkap tidaknya kuesioner yang akan diisi, keterbacaan tulisan, kejelasan makna dan jawaban, dan kesesuaian antara pertanyaan yang satu dengan pertanyaan yang lain. Hal ini dilakukan untuk memperbaiki kualitas data serta menghilangkan keraguan data.

b. Pemberian Skor (*Scoring*)

Scoring merupakan langkah selanjutnya setelah responden memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam lembar kuesioner. *Scoring* dilakukan dengan memberikan skor atas jawaban dari setiap pertanyaan sesuai dengan penetapan skor yang ada atau yang telah dibuat.

c. Tabulasi (*Tabulating*)

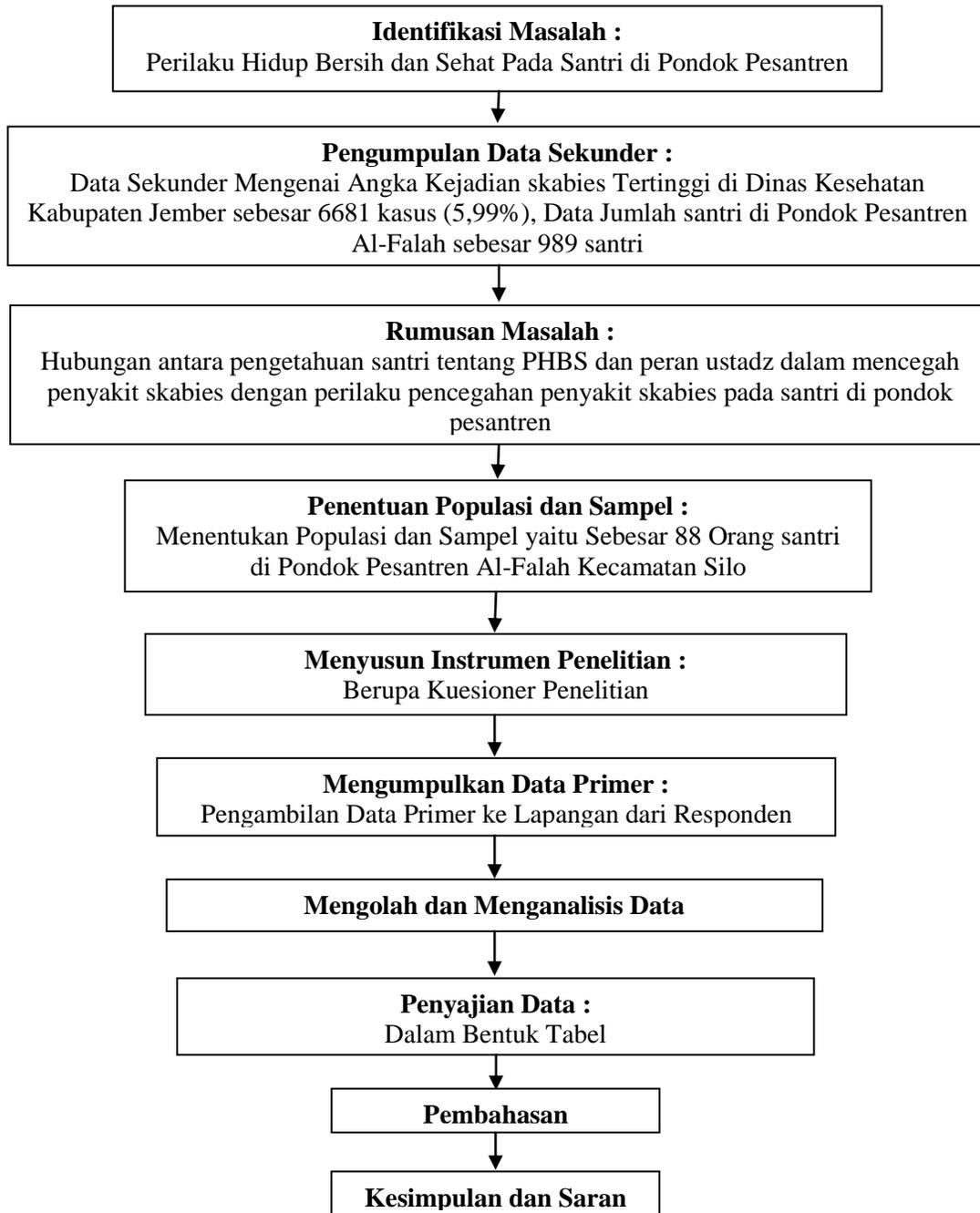
Tabulasi adalah memasukkan data pada tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya (Bungin, 2005). Tabulasi data merupakan proses penyusunan data kedalam bentuk tabel sehingga akan mudah dibaca dan dipahami dan selanjutnya data siap untuk dianalisis.

3.7.2 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dan dapat memberikan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Analisis data dilakukan untuk mengetahui hubungan masing-masing variabel bebas (*independent*) dan variabel terikat (*dependent*) (Nazir, 2003). Analisis data yang digunakan peneliti yaitu uji Korelasi *Spearman* untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan santri tentang PHBS dan peran ustadz dalam mencegah penyakit skabies dengan perilaku pencegahan penyakit skabies di Pondok Pesantren. Analisis data menggunakan bantuan program perangkat lunak pengolahan data.

3.8 Kerangka Operasional

Adapun kerangka operasional dalam penelitian ini tersaji dalam gambar 3.1 berikut ini:



Gambar 3.1 Kerangka Operasional Penelitian

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Karakteristik Responden

Pengumpulan data penelitian dilakukan pada bulan Desember 2011. Pada penelitian ini yang menjadi responden adalah santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember. Penelitian dilakukan dengan menggunakan kuesioner terhadap 88 responden. Data karakteristik responden yang diteliti dalam penelitian ini meliputi umur dan jenis kelamin yang secara rinci dapat dilihat sebagai berikut:

4.1.1 Umur

Umur adalah bilangan tahun terhitung sejak lahir sampai dengan tahun terakhir seseorang melakukan aktivitas. Umur seseorang demikian besarnya dalam mempengaruhi pengetahuan, sikap dan perilaku (Notoatmodjo, 2003). Umur responden merupakan karakteristik responden yang membedakan tingkat kedewasaan responden. Selain itu juga menunjukkan tingkat pengetahuan atau wawasan responden. Karakteristik responden berdasarkan umur disajikan pada tabel 4.1 sebagai berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur

Umur	Frekuensi	Persentase (%)
< 13 tahun	4	4,54
13-15 tahun	50	56,82
> 15 tahun	34	38,64
Total	88	100

Sumber : Data Primer Terolah, Desember 2011

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa distribusi umur responden sebagian besar adalah 13-15 tahun sebanyak 50 responden (56,82%). Menurut Notoatmodjo (2003) bahwa usia merupakan salah satu variabel demografis yang mempengaruhi persepsi dan pengetahuan seseorang. Usia yang lebih tua mempunyai pengalaman yang lebih baik sehingga kemungkinan tahu lebih banyak pula. Hal ini sesuai dengan teori L. Green yang menyatakan bahwa faktor usia akan mempengaruhi perilaku seseorang.

Analisa korelasi memang tidak menunjukkan kelompok usia mana yang memiliki perilaku lebih baik. Tetapi jika melihat hasil data penelitian, diketahui bahwa anak usia < 15 tahun sebagian besar berperilaku yang tidak baik walaupun tidak sedikit pula anak usia > 15 tahun yang berperilaku tidak baik. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Prista (2007), biasanya anak usia sekolah memiliki ketergantungan tinggi terhadap lingkungan. Mereka masih membutuhkan banyak perhatian untuk dapat berbuat sesuai norma yang ada. Tapi jika kurang terpapar dengan pendidikan, tentunya mereka akan terbawa arus lingkungan, dan berbuat sesuai pengaruh terbesar yang mereka rasakan.

Usia remaja adalah usia pencarian identitas diri. Biasanya diusia ini mereka tidak mudah untuk diarahkan karena merasa sudah punya prinsip sendiri, padahal dilain sisi mereka juga tidak mau kehilangan perhatian. Kedua sasaran yang berbeda karakter dan ciri khas ini tentunya memerlukan pendekatan yang berbeda pula. Diharapkan melalui hasil penelitian ini dan memahami psikologi perkembangan usia remaja dan sekolah, penanganan santri khususnya yang berkaitan dengan perilaku personal hygiene akan lebih dapat berjalan seefisien dan seefektif mungkin.

4.1.2 Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan karakteristik yang dimiliki oleh responden yang membedakan ciri-ciri antara pria dan wanita. Distribusi jenis kelamin dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis kelamin	Jumlah	Persentase (%)
Laki-laki	41	46,59
Perempuan	47	53,41
Total	88	100

Sumber : Data Primer Terolah 2011

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa didapatkan santri atau responden yang berjenis kelamin laki-laki dalam penelitian ini sebanyak 41 santri atau sebesar 46,59% dan santri dengan jenis kelamin perempuan didapatkan sebanyak 47 santri atau sebesar

53,41%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan dengan presentase sebesar 53,41%. Banyaknya peserta perempuan disebabkan oleh proporsi jumlah santri secara keseluruhan lebih banyak anak perempuan. Hasil uji secara statistik yang dilakukan oleh Linda (2010) tidak menunjukkan hubungan yang bermakna, baik anak laki-laki maupun perempuan dalam mempraktikkan PHBS tidak berbeda. Kemungkinan disebabkan oleh belum adanya sosialisasi PHBS terhadap mereka sehingga dalam praktiknya tidak bisa lihat perbedaannya walaupun secara proporsi anak perempuan lebih baik praktik PHBSnya dibandingkan anak laki-laki. Pengambilan jumlah sampel ini menggunakan teknik *proportional random sampling* untuk menghindari pengambilan sampel dalam satu wilayah saja.

4.2 Pengetahuan Responden tentang PHBS dan Penyakit Skabies

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui atau dimengerti oleh responden tentang suatu hal dalam hal ini tentang PHBS dan penyakit skabies serta upaya pencegahannya. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Hal ini bisa mempengaruhi pembentukan sikap individu terhadap suatu permasalahan. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Kategori pengetahuan dibagi menjadi 3 kategori yaitu, tinggi, sedang, dan rendah berdasarkan kemampuan responden menjawab dengan benar 15 pertanyaan tentang perilaku mereka terkait hidup bersih dan sehat. Pengetahuan santri dikategorikan tinggi jika memiliki nilai atau bisa menjawab dengan benar lebih dari 10 pertanyaan. Pengetahuan santri dikategorikan sedang jika memiliki nilai atau berhasil menjawab dengan benar 5-10 pertanyaan. Sedangkan pengetahuan santri

dikategorikan rendah jika memiliki nilai atau bisa menjawab dengan benar kurang dari 5 pertanyaan. Distribusi responden menurut pengetahuan tentang PHBS dan penyakit skabies disajikan pada tabel 4.3 sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Terhadap PHBS dan Penyakit Skabies

Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
Tinggi	40	45,5
Sedang	48	54,5
Rendah	-	-
Total	88	100

Sumber : Data Primer Terolah 2011

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 40 responden atau sebesar 45,5% mempunyai pengetahuan yang tinggi tentang PHBS sedangkan sebanyak 48 responden atau sebesar 54,5% mempunyai pengetahuan yang sedang tentang PHBS. Hal ini dikarenakan sebagian besar dari mereka masih berumur antara 13-15 tahun dan mereka masih duduk dibangku menengah pertama sehingga ilmu atau pendidikan yang mereka dapat belum seberapa jika dibanding dengan responden yang berumur 15 tahun keatas atau yang sudah duduk dibangku SMA.

Notoatmodjo (2003), menyatakan bahwa pengetahuan kesehatan sebenarnya akan menimbulkan kesadaran diri dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Pengetahuan tentang PHBS tidak didapatkan secara menyeluruh di tempat pendidikan formal saja, melainkan informasi yang mereka dapatkan kebanyakan didapat dari luar tempat pendidikan formal. Akses pengetahuan tentang PHBS dapat berasal dari perilaku luar seperti perilaku teman sesama santri, ustadz, dan masyarakat disekitar pondok pesantren. Pengetahuan anak dapat diperoleh baik secara internal maupun eksternal. Pengetahuan secara internal yaitu pengetahuan yang berasal dari dirinya sendiri berdasarkan pengalaman hidup. Pengetahuan secara eksternal yaitu pengetahuan yang diperoleh dari orang lain termasuk keluarga, teman dan ustadz. Pengetahuan baik diperoleh secara internal maupun eksternal akan menambah pengetahuan anak tentang PHBS (Solihin, 2005).

4.3 Peran Ustadz sebagai Orang Penting

Perilaku seseorang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh (Notoatmodjo, 2003). Orang penting sebagai referensi dalam penelitian ini merupakan orang yang berpengaruh dan menjadi panutan responden yang memberikan dukungan atau dorongan kepada responden dalam bentuk membicarakan, mendukung, menganjurkan, serta menyarankan agar responden melakukan upaya pencegahan terhadap penyakit skabies. Orang penting sebagai referensi dalam penelitian ini ustadz.

Kategori peran ustadz dibagi menjadi 3 kategori yaitu, tinggi, sedang, dan tidak ada berdasarkan kemampuan responden menjawab dengan benar 10 pertanyaan tentang perilaku mereka terkait hidup bersih dan sehat. Ustadz mempunyai peran yang tinggi apabila santri memiliki nilai atau bisa menjawab dengan benar antara 6-10 pertanyaan. Peran ustadz dikategorikan sedang apabila santri memiliki nilai atau berhasil menjawab dengan benar 1-5 pertanyaan. Sedangkan ustadz dikatakan tidak mempunyai peran apabila tidak ada pertanyaan yang dijawab secara benar oleh responden. Distribusi responden berdasarkan peran ustadz sebagai orang penting dalam upaya pencegahan penyakit skabies disajikan pada tabel 4. 4 sebagai berikut :

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Peran Ustadz sebagai Orang Penting

Peran Ustadz	Jumlah	Persentase (%)
Tinggi	73	83
Rendah	15	17
Tidak Ada	-	-
Total	88	100

Sumber : Data Primer Terolah 2011

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan peran ustadz sebagai orang penting dalam upaya pencegahan penyakit skabies sebagian besar adalah tinggi yaitu sebanyak 73 responden (83%). Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan dengan responden, ustadz sering memberikan informasi tentang pentingnya mandi dengan air bersih, membuang sampah pada tempatnya, mencuci tangan dengan sabun setelah BAB, menjaga kebersihan peralatan mandi, baju dan peralatan sholat,

serta tentang dampak apabila tidak mandi dengan air bersih. Selain itu ustadz juga memberi contoh perilaku hidup bersih dan sehat tersebut.

Peran ustadz dalam penelitian ini adalah bagaimana keterlibatan ustadz dalam mendidik, mengajarkan, membimbing, mengarahkan, melatih, menilai dan mengevaluasi peserta didik atau dalam hal ini adalah santri di pondok pesantren dalam hal mewujudkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) sebagai upaya pencegahan penyakit skabies. Peran ustadz sangat diperlukan dalam membimbing, memberikan pengertian, mengingatkan dan menyediakan fasilitas kepada santri agar para santri dapat membiasakan untuk mewujudkan PHBS. Selain itu ustadz juga mempunyai peran yang cukup besar di dalam pengawasan santri dalam melakukan PHBS. Pengetahuan ustadz sangat penting dalam mendasari terbentuknya perilaku yang mendukung atau tidak mendukung sikap tersebut. Pengetahuan tersebut dapat diperoleh secara alami maupun secara terencana yaitu melalui proses pendidikan guru dengan pengetahuan rendah mengenai PHBS merupakan faktor predisposisi dari perilaku yang tidak mendukung tercapainya kebiasaan PHBS pada siswa (Linda dan Adiwiryo, 2010).

Di pondok pesantren sebenarnya tugas dan peranan seorang ustadz bukanlah sebagai pemegang kekuasaan, tukang perintah, melarang dan menghukum siswa-siswanya, tetapi sebagai pembimbing dan pengabdian anak-anak, artinya ustadz harus selalu setia memenuhi kebutuhan jasmani rohani anak dalam pertumbuhannya sehingga mereka kelak berguna bagi nusa dan bangsa. Ustadz yang merupakan orang terdekat bagi santrinya dalam kehidupan di pondok pesantren memegang peranan penting dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik. Hubungan dengan orang terdekat memainkan peran penting dalam perkembangan terutama dalam perkembangan emosi, intelektual dan kepribadian, terutama dalam perkembangan emosi, intelektual dan kepribadian tidak hanya kualitas dan kuantitas kontak dengan orang lain yang memberi pengaruh pada anak yang sedang berkembang tetapi luasnya rentang kontak penting untuk pembelajaran dan perkembangan kepribadian yang sehat (Murdiastuti, 2010).

Peran ustadz dalam mewujudkan PHBS pada santri dapat dilakukan dengan memberikan informasi mengenai PHBS, memberikan informasi tentang pentingnya mandi dengan air bersih, membiasakan mencuci tangan dengan sabun setelah buang air besar, dan membiasakan diri menjaga kebersihan lingkungan dengan membiasakan diri untuk membuang sampah pada tempatnya. Hal lain yang seharusnya dilakukan oleh seorang ustadz di pondok pesantren adalah sebagai panutan bagi para santri sehingga tidak hanya bisa mengarahkan tetapi juga bisa mempraktekkan atau memberi contoh yang baik terutama mengenai praktek PHBS, misalnya tidak buang sampah sembarangan, tidak buang air besar di sungai dan lain-lain.

Ustadz dapat memberikan pelajaran atau pendidikan tentang perilaku hidup bersih dalam berbagai kesempatan. Meskipun tidak termasuk dalam kurikulum wajib, akan tetapi para ustadz bisa memberikan pelajaran tentang perilaku hidup bersih dan sehat secara informal. Misalnya saja dalam pelajaran sekolah, pelajaran mengaji, tausiyah dan kegiatan-kegiatan lainnya di pondok pesantren.

4.4 Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies di Pondok Pesantren Al-Falah

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan seseorang tersebut akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau apa yang disikapinya (dinilai baik), yang disebut praktek (*practice*) kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan (*over behavior*) (Notoatmodjo,2003).

Perilaku merupakan tindakan atau praktik yang dilakukan oleh responden dalam upaya pencegahan penyakit skabies. Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat dialami langsung, maupun yang tidak dapat

diamati oleh pihak luar. Skinner (1938) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di pondok pesantren dalam penelitian ini meliputi penggunaan air bersih, tidak menggunakan handuk dan peralatan mandi secara bergantian dengan teman, tidak menggunakan pakaian dan peralatan sholat secara bergantian dengan teman. Perilaku pencegahan penyakit skabies dalam penelitian ini diukur dengan 15 pertanyaan, dan diklasifikasikan kedalam tiga kategori yaitu perilaku pencegahan baik, perilaku pencegahan sedang dan perilaku pencegahan buruk. Responden dikatakan memiliki perilaku pencegahan yang baik, apabila responden memperoleh skor jawaban lebih dari 20, responden memiliki perilaku pencegahan sedang apabila memperoleh skor jawaban antara 10-20 dan responden memiliki perilaku pencegahan yang buruk bila responden memperoleh skor jawaban kurang dari 10. Distribusi frekuensi responden berdasarkan perilaku pencegahan penyakit skabies disajikan pada tabel 4.5 sebagai berikut:

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies

Perilaku Pencegahan	Jumlah	Persentase (%)
Baik	17	19,3
Sedang	42	47,7
Buruk	29	33
Total	88	100

Sumber : Data Primer Terolah 2011

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa distribusi perilaku responden dalam upaya pencegahan penyakit skabies sebagian besar tergolong dalam kategori sedang yaitu sebanyak 42 responden (47,7%). Hal ini dikarenakan masih belum terpenuhinya tindakan-tindakan yang sesuai dengan indikator perilaku dalam hal pencegahan penyakit skabies. Misalnya penyediaan air bersih yang kurang mencukupi sehingga para santri kadang-kadang harus mandi di sungai. Selain itu para santri juga tidak terbiasa mencuci tangan dengan sabun sebelum makan dan sesudah buang air besar.

Hal ini didukung dengan penelitian Linda (2010) yang menyatakan bahwa perilaku hidup bersih dan sehat pada anak usia sekolah masih sangat rendah kemungkinan disebabkan oleh sosialisasi dari pihak terkait dalam hal ini puskesmas maupun dinas kesehatan sebagai perpanjangan tangan Departemen Kesehatan masih minim terutama terhadap para guru sehingga memberikan pengaruh pula terhadap sosialisasi PHBS tersebut kepada peserta didiknya. Selain itu, peran dari pihak lain (guru, orang tua, teman, orang tua teman, dan penjaga kantin sekolah) masih kurang.

Menurut teori bahwa perilaku seseorang tentang kesehatan ditentukan dan dibentuk oleh pengetahuan yang diterima. Kemudian timbul persepsi dari individu dan memunculkan sikap, niat, keyakinan atau kepercayaan, yang dapat memotivasi dan mewujudkan keinginan menjadi suatu perbuatan (Sari, 2009). Perilaku mengikuti tahap-tahap yang telah disebutkan yakni melalui proses perubahan pengetahuan (*knowledge*) kemudian dapat terbentuk sikap (*attitude*) dan selanjutnya dapat timbul sebuah tindakan atau praktek (*practice*). Perilaku PHBS pada santri tersebut dalam kategori sedang, hal itu dapat dipengaruhi oleh beberapa penyebab antara lain faktor internal maupun faktor eksternal dari santri. Faktor internal mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti kebudayaan. Dalam penelitian ini dapat dikatakan bahwa santri hanya memiliki pengetahuan yang tinggi sedangkan dalam tindakannya masih dalam tingkat yang sedang, dan hal ini kemungkinan dikarenakan faktor-faktor tersebut.

Allen (2002) menjelaskan bahwa dalam merubah perilaku ada tiga aspek yang sangat berpengaruh terkait dengan perubahan perilaku yaitu tahu apa yang akan dilakukan, memahami kondisi lingkungannya, dan adanya motivasi. Namun yang terpenting dalam ketiganya adalah pembelajaran yaitu untuk memahami bagaimana kondisi fisik dan sosial lingkungan dalam mendukung perubahan perilaku. Hal ini disebabkan karena perubahan perilaku terhadap lingkungan dari tiap individu berbeda satu dengan yang lainnya, orang ingin berubah kalau fasilitas yang terbangun sesuai

dengan apa yang diinginkan. Dalam merubah perilaku memang membutuhkan waktu yang lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri.

Perilaku dapat juga ditumbuhkan oleh orang yang amat berarti dalam hidup. Bila seseorang amat berarti, maka orang tersebut akan mendengarkan petuahnya dan akan berusaha meneladaninya. Orang yang berarti ini misalnya orang tua, guru di sekolah, tokoh agama, pemimpin masyarakat, teman dekat, rekan kerja, orang yang berpengalaman luas dan mempunyai keahlian khusus. Usia anak merupakan masa untuk meniru segala sesuatu yang dilihatnya, baik tingkah laku orang dewasa maupun sebaya. Anak belum dapat membedakan mana yang baik dan tidak, penjelasan mengenai segala sesuatu yang dilarang maupun yang diperbolehkan harus disertai dengan penjelasan-penjelasan yang mudah dimengerti. Anak akan menyukai hal-hal yang sering dilihatnya sehari-hari, oleh karena itu pemberian contoh hendaknya dilakukan dengan mencari dari kehidupan sehari-hari (Riyanti dan Saptarini, 2010).

4.5 Hubungan antara Pengetahuan Santri tentang PHBS dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan yang sedang tentang PHBS yaitu sebanyak 48 responden (54,5%). Adapun distribusi frekuensi responden berdasarkan pengetahuan tentang PHBS dengan perilaku pencegahan penyakit skabies disajikan pada tabel 4.6 sebagai berikut:

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Hubungan Pengetahuan Santri tentang PHBS dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies

Pengetahuan	Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies						Jumlah	Persentase (%)
	Baik		Sedang		Buruk			
	n	%	n	%	n	%		
Tinggi	10	11,36	32	36,36	6	6,82	48	54,54
Sedang	7	7,96	10	11,36	23	26,14	40	45,46
Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-
N	17	19,32	42	47,72	29	32,96	88	100

Sumber : Data Primer Terolah, Juni 2011

Hasil tabulasi silang antara tingkat pengetahuan dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan yang tinggi kebanyakan memiliki perilaku pencegahan penyakit skabies yang sedang yaitu sebanyak 32 responden atau sebesar 36,36% dan hanya terdapat 10 responden yang memiliki pengetahuan tinggi dan memiliki perilaku pencegahan penyakit skabies yang baik yaitu sebanyak 10 responden atau sebesar 11,36%. Untuk sisanya sebanyak 6 responden atau sebesar 6,82% memiliki pengetahuan tinggi dengan perilaku pencegahan penyakit skabies tergolong buruk. Sebagaimana dapat dilihat ditabel 4.6. Kemungkinan masalah tersebut dikarenakan ada faktor-faktor lain yang berperan sehingga perilaku santri tidak sesuai dengan pengetahuan santri tersebut, misalnya ada atau tidaknya sarana dan prasarana. Sebagai contoh untuk penggunaan air bersih, para santri memilih mandi di sungai karena penyediaan air bersih di pondok pesantren dirasa kurang mencukupi apabila digunakan untuk seluruh santri yang ada di pondok pesantren tersebut. Menurut Sarwono (dalam Fauziah, 2004) menyatakan bahwa pengetahuan yang positif atau tinggi tidak selamanya akan diikuti dengan praktek yang sesuai pula.

Selanjutnya untuk santri yang memiliki tingkat pengetahuan yang sedang sebagian besar memiliki perilaku pencegahan penyakit skabies yang tergolong buruk yaitu sebanyak 23 responden atau sebesar 26,14%. Untuk santri yang memiliki pengetahuan sedang dengan perilaku pencegahan penyakit skabies baik hanya sebanyak 7 responden atau sebesar 7,96%. Sisanya sebanyak 10 responden atau sebesar 11,36% memiliki pengetahuan sedang dengan perilaku pencegahan penyakit

skabies sedang. Hal ini menunjukkan bahwa subjek kurang memahami tentang cara pencegahan, sumber penularan dan penyebab skabies. Tidak selamanya seseorang dengan pengetahuan yang tinggi dapat melakukan tindakan atau perilaku mengenai sesuatu dengan baik.

Hasil penelitian menunjukkan hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan penyakit skabies dapat diketahui dengan melakukan uji korelasi *Spearman Rank Correlation* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$) dan hasil uji didapatkan nilai *p value* sebesar 0,001, karena nilai $p < 0,05$ yang berarti H_0 di tolak maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri. Hal ini sesuai dengan teori Lawrence Green yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dan perilaku seseorang (Notoatmodjo,2003).

Tingkat keeratan hubungan antara pengetahuan yang sedang menunjukan bahwa upaya memperbaiki perilaku dengan meningkatkan pengetahuan perlu dilakukan. Walaupun hubungan yang terjadi berada pada tingkat sedang tetapi keberartian hubungan yang diperoleh menunjukan bahwa perubahan perilaku dengan meningkatkan pengetahuan akan memberi hasil yang cukup berarti. Hal ini sesuai dengan pernyataan Rogers (dalam Notoatmodjo, 1993) yang menyatakan bahwa pengetahuan/ kognitif merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya perilaku, dan perilaku yang didasari pengetahuan akan bertahan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Oleh sebab itu diperlukan suatu upaya untuk memberikan stimulus lebih kepada responden berupa pemberian informasi-informasi yang akan meningkatkan pengetahuan mereka.

Pengetahuan sangat berpengaruh terhadap perilaku pencegahan penyakit skabies, penelitian ini sesuai hasil penelitian Andayani (2005) bahwa 15 responden (30%) berpengetahuan jelek (kurang baik). Pengetahuan tentang PHBS sangat mempengaruhi terhadap perilaku pencegahan penyakit skabies karena pengetahuan merupakan sumber yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan seseorang. Hasil penelitian mengatakan bahwa jika pengetahuan santri terkait dengan PHBS semakin baik, maka

dalam upaya melakukan pencegahan penyakit skabies juga akan semakin baik. Demikian sebaliknya jika pengetahuan siswa mengenai PHBS rendah maka ada kecenderungan dalam melakukan pencegahan penyakit skabies juga akan semakin kurang. Hal ini berarti pengetahuan dapat meningkatkan perilaku santri dalam rangka mencegah timbulnya penyakit skabies.

4.6 Hubungan antara Peran Ustadz dalam Mencegah Penyakit Skabies dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar santri menjawab bahwa ustadz mempunyai peran yang tinggi terhadap perilaku santri dalam hal pencegahan penyakit skabies dengan persentase sebesar 83%. Distribusi frekuensi responden berdasarkan peran ustadz dalam hal perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di pondok pesantren, diperoleh hasil sebagaimana dalam tabel 4.7 berikut ini:

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Hubungan antara Peran Ustadz dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies

Peran Ustadz	Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies						Jumlah	
	Baik		Sedang		Buruk		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Tinggi	16	18,18	36	40,91	21	23,86	73	82,95
Sedang	1	1,14	6	6,82	8	9,09	15	17,05
Tidak Ada	-	-	-	-	-	-	-	-
N	17	19,32	42	47,73	29	32,95	88	100

Sumber : Data Primer, 2011

Hasil tabulasi silang antara peran ustadz dalam mencegah penyakit skabies dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri menunjukkan bahwa ustadz mempunyai peran yang tinggi terhadap perilaku santri tetapi sebagian besar santri memiliki perilaku pencegahan penyakit skabies yang sedang yaitu sebanyak 36 responden atau sebesar 40,91% dan hanya terdapat 16 responden atau sebesar 18,18% yang mempunyai perilaku pencegahan penyakit skabies yang tinggi dengan peran ustadz yang tinggi. Sisanya sebanyak 21 responden atau sebesar 23,86% mempunyai perilaku pencegahan penyakit skabies yang buruk dengan peran ustadz yang tinggi.

Sebagaimana dapat dilihat ditabel 4.7. Hal ini dapat dikarenakan peran ustadz masih belum terasa oleh santri atau santri tidak menuruti apa yang dikatakan oleh ustadz mereka. Santri kemungkinan lebih memilih untuk meniru teman-temannya daripada mengikuti apa yang dikatakan oleh ustadz mereka. Hal ini sesuai dengan karakteristik siswa usia sekolah yaitu senang meniru orang-orang di sekitar mereka. Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Linda dan Adiwiryo (2010) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara peran teman sebaya dengan perilaku siswa. Mereka lebih memilih meniru perilaku seseorang yang memiliki karakteristik sama dengan mereka daripada orang lain yang berbeda karakteristik seperti orang yang lebih tua dari mereka, dalam hal ini adalah ustadz tetapi tidak menutup kemungkinan bahwa mereka juga menuruti ustadz mereka sebagai orang yang dipanuti di pondok pesantren.

Selanjutnya untuk perilaku pencegahan penyakit skabies dengan peran ustadz dalam kategori sedang terdapat 8 responden atau sebesar 9,09%. Untuk responden yang mempunyai perilaku pencegahan penyakit skabies sedang dengan peran ustadz dalam kategori sedang pula adalah sebanyak 6 responden atau sebesar 6,82% dan hanya terdapat 1 responden atau sebesar 1,14% yang mempunyai perilaku pencegahan penyakit skabies baik dengan peran ustadz yang tergolong sedang. Hal ini menunjukkan bahwa tidak selamanya peran ustadz dapat berperan baik dalam merubah perilaku atau tindakan dari siswa didiknya meskipun hanya sebagian kecil. Selain itu kemungkinan ada faktor-faktor lain yang berperan dalam membentuk perilaku dari santri.

Hasil penelitian menunjukkan hubungan antara peran ustadz dengan perilaku pencegahan penyakit skabies dapat diketahui dengan melakukan uji korelasi *Spearman Rank Correlation* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$) dan hasil uji didapatkan nilai *p value* sebesar 0,047, karena nilai $p < 0,05$ yang berarti H_0 ditolak maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara peran ustadz dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di pondok pesantren.

Ustadz mempunyai peran yang tinggi terhadap perilaku pencegahan penyakit skabies, tetapi responden yang melakukan pencegahan penyakit skabies sebagian besar masuk dalam kategori sedang yaitu sebesar 40,91%. Hal ini memiliki perbedaan yang sangat signifikan dengan responden yang memiliki perilaku pencegahan penyakit skabies dalam kategori baik yaitu sebesar 18,18%. Presentase yang berbeda jauh ini menunjukkan bahwa ada pola kecenderungan hubungan antara peran ustadz dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri di pondok pesantren.

Penelitian ini ustadz mempunyai peran yang tinggi akan tetapi pada buktinya perilaku santri dalam pencegahan penyakit skabies juga masih tergolong rendah. Berbeda dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Chotijah (2008) bahwa uji statistik peran guru terhadap praktik PHBS menunjukkan hasil yang bermakna, semakin berperan guru dalam mensosialisasikan pesan PHBS maka peserta didik akan lebih besar proporsinya dalam mempraktikkan PHBS. Hal itu dimungkinkan karena biasanya anak-anak patuh terhadap perintah gurunya sehingga bila gurunya semakin berperan dalam mensosialisasikan PHBS maka praktiknya juga akan semakin baik.

Meskipun ustadz mempunyai peranan yang tinggi terhadap perilaku santri dalam hal mencegah terjadinya penyakit skabies tetapi apabila tidak didukung dengan kesadaran pada diri responden maka perilaku santri sebagai upaya pencegahan penyakit skabies akan tetap buruk sehingga penyakit skabies akan sulit untuk diberantas. Menurut Iskandar (2000) skabies merupakan penyakit yang sulit diberantas, sehingga diperlukan perilaku yang baik dan sehat dengan membiasakan untuk hidup bersih dan sehat.

Sesuai penelitian yang dilakukan oleh Linda (2010) di sebuah sekolah Pendidikan Anak Usia Dini di Jakarta Utara menyatakan bahwa seseorang akan terdorong untuk mau melakukan sesuatu apabila lingkungan sosial dimana pun ia berada (keluarga di rumah, orang-orang yang menjadi panutan/idolanya, kelompok arisan, majelis agama, dan lain-lain, dan bahkan masyarakat umum) menyetujui atau mendukung perilaku tersebut. Oleh karena itu, untuk mendukung proses

pemberdayaan masyarakat, khususnya dalam upaya meningkatkan para individu dari fase tahu ke fase mau, perlu dilakukan bina suasana. Terdapat tiga pendekatan dalam bina suasana, yaitu pendekatan individu, pendekatan kelompok, dan pendekatan masyarakat umum.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada santri di Pondok Pesantren Al-Falah Kecamatan Silo Kabupaten Jember maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

- a. Sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang sedang tentang perilaku hidup bersih dan sehat.
- b. Sebagian besar responden menjawab bahwa ustadz mempunyai peran yang tinggi terhadap perilaku pencegahan penyakit skabies.
- c. Sebagian besar responden memiliki perilaku pencegahan terhadap penyakit skabies yang masih tergolong rendah.
- d. Ada hubungan antara pengetahuan tentang PHBS dengan perilaku pencegahan pencegahan penyakit skabies pada santri.
- e. Ada hubungan antara peran ustadz dalam mencegah penyakit skabies dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri.

5.2 Saran

Adapun saran yang dapat diberikan dari hasil penelitian ini adalah:

- a. Bagi tenaga kesehatan Puskesmas Silo perlu adanya kerjasama dengan pengurus pondok pesantren untuk memberikan informasi kepada para santri yang berada di Pondok Pesantren Al-Falah tentang pentingnya meningkatkan pengetahuan dan penerapan perilaku hidup bersih dan sehat. Hal ini dapat dilakukan dengan memberikan promosi kesehatan seperti penyuluhan kesehatan, *leaflet* atau gambar-gambar dinding yang menarik yang bertujuan meningkatkan pemahaman dan pengetahuan santri tentang pentingnya hidup bersih dan sehat dalam rangka

upaya pencegahan penularan penyakit skabies yang sering diderita oleh para santri.

- b. Perlu adanya kerjasama antara tenaga kesehatan Puskesmas Silo dengan pengurus pondok pesantren dalam rangka mengaktifkan pos kesehatan pondok pesantren yang pada saat ini belum didirikan, mengingat lokasi Puskesmas Silo sangat jauh. Selain itu juga perlu adanya kerja sama dengan dinas terkait yaitu PDAM dalam rangka penyediaan sarana air bersih mengingat di Pondok Pesantren Al-Falah penyediaan air bersih masih sangat kurang.
- c. Perlu adanya santri husada di pondok pesantren, yaitu santri yang telah dilatih untuk membantu menangani kesehatan di pondok pesantren.
- d. Perlu dilakukan penelitian lebih mendalam tentang faktor-faktor lain yang berhubungan dengan perilaku pencegahan penyakit skabies pada santri dengan memasukkan variabel-variabel yang belum diteliti seperti sumber-sumber daya yaitu penyediaan air bersih, pos kesehatan dan media promosi, perilaku normal, kebiasaan dan nilai-nilai (*culture*).

DAFTAR PUSTAKA

- Allen, Will.*et.al.* 2002. Using Participatory and Learning–Based Approaches Environmental Management to Help Achieve Constructive Behavior Change. New Zealand: *Ministry for Environment*
- Alfarisi. K. 2008. *Pentingnya Menjaga Kebersihan*. Diakses 1 Maret 2010. <http://www.wikimu.com/News/DisplayNews.aspx?id=10187>
- Andayani. L. S. 2005. Perilaku Santri dalam Upaya Pencegahan Penyakit Skabies di Pondok Pesantren Ulumul Qur'an Stabat. *Info Kesehatan Masyarakat*. Vol. IX, Nomor 3, Desember 2005. Halaman 33-38
- Andrianto, S. 2011. Determinan Perilaku Apa Saja yang Berhubungan dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada siswa SD/MI di Desa Rambipuji Kecamatan Rambipuji. *Skripsi*. Jember: Universitas Jember
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Azwar, S. 2003. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Budiarto, E. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Bungin, B. 2005. *Metodologi Penelitian Kuantitatif Edisi Pertama*. Jakarta: Krisna.
- Cak Mioki. 2007. *Skabies: Kulit Gatal Bikin Sebal*. Diakses 14 Februari 2010. <http://www.k-sate-edu/parasitology/625tutorials/Anthropods01.html>
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Indikator Indonesia Sehat 2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2001. *Buku Pedoman Pelaksanaan PHBS Bagi Pengelola Program di Wilayah Kabupaten dan Kota*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. 2006. *Buku Pedoman Pengembangan Kabupaten/Kota Percontohan Program Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*. Makassar: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan

- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2010. *Data Penyakit Skabies LB 1*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
- Djuanda. A. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi Kelima, Cetakan Kedua. Jakarta : FKUI
- Fauziah, S. 2004. Faktor yang Berhubungan dengan PHBS siswa di 2 Sekolah Dasar (dengan dan Tanpa Program PHBS) Kelurahan Lorok Pakjo Palembang. *Tesis*. Depok : PSIKM Program Pasca Sarjana UI. [Serial Online] <http://eprints.lib.ui.ac.id/10308/1/78028-T%2013132-Faktor-faktor.pdf> (26 Juni 2011)
- Handayani. 2007. *Hubungan antara Praktik Kebersihan Diri dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Nihayatul Amal Waled Kabupaten Cirebon*. Diakses: 2 Januari 2010. <http://fkm.undip.ac.id/data/index.php?action=4&idx=3264>
- Harahap. M. 2000. *Ilmu Penyakit Kulit*. Jakarta : Hipokrates
- Iskandar. T. 2000. Masalah Skabies pada Hewan dan Manusia serta Penanggulangannya. *Wartazoa* . Vol. 10, No. 1 th 2000
- Kartika. H. 2008. *Skabies*. Diakses 10 Januari 2010. <http://henykartika.Wordpers.com/2008/02/24/scabies>
- Kementerian Agama Kab. Jember. 2010. *Data Sekunder*. Jember: Kantor Kementerian Agama Kab. Jember
- Kuspriyanto. 2002. Hubungan antara Praktik Kebersihan Diri dengan Kejadian Skabies pada Santri di Pondok Pesantren. *Skripsi*. Surakarta: Universitas Surakarta
- Linda, A. 2010. Praktik Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Peserta Pendidikan Anak Usia Dini. *Artikel Penelitian*. Jakarta Utara: Universitas Muhammadiyah Prof. Dr Hamka
- Ma'rufi. I. 2005. Faktor Sanitasi Lingkungan yang Berperan terhadap Prevalensi Penyakit Skabies. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*. Vol. 2, No. 1.Juli. Hal :11-18
- Mahyuliansyah. 2009. *Peranserta Pondok Pesantren dalam Kesehatan*. Diakses:14 November 2009. <http://keperawatan.komunitas.blogspot.com/2009/05/peranserta-pondok-pesantren-dalam-kesehatan.html>

- Mansyur, M. 2007. Pendekatan Kedokteran Keluarga pada Penatalaksanaan Skabies Anak Usia Pra-Sekolah. *Majalah Kedokteran Indonesia* . Vol. 57, No. 2, Februari 2007. Hal : 63-67
- Muktihadid. 2008. *Kebersihan Adalah Nafas Kehidupan*. Diakses 1 Maret 2010. <http://muktihadid.wordpress.com/2008/01/16/kebersihan-adalah-napaskehidupan>
- Murdiastuti, D. 2010. Peran Guru Kelas dalam Meningkatkan Pelaksanaan Belajar Pendidikan Agama Islam Pada Siswa di SDN Kalongan. *Skripsi*. Yogyakarta : Fakultas Ilmu Agama Islam Universitas Islam Indonesia
- Muzakir. 2008. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Skabies pada Pesantren di Kabupaten Aceh Besar. *Tesis*. Medan: Universitas Sumatera Utara
- Nafi'. D. 2007. *Praktis Pembelajaran Pesantren*. Forum Pesantren
- Natalina, H. 2009. Peran Petugas Kesehatan, Guru dan Orang Tua dalam Pelaksanaan UKGS dengan Tindakan Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut Murid Sekolah Dasar di Kota Medan Tahun 2009. *Tesis*. Sumatera Utara : Sekolah Pascasarjana Universitas Sumatera Utara Medan.
- Nazir. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta : Ghalia Indonesia
- . 2005. *Metodologi Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia
- Nawawi. 2006. *Sejarah dan Perkembangan Pesantren*. *Ibda'*. Vol. 4. No. 1. Januari-Juni 2006. Halaman: 4-19
- Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta
- . . 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta
- . . 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta
- Pondok Pesantren. 2010. *Data Sekunder*. Jember: Pondok Pesantren Al-Falah
- Prista Sari, S. 2007. Hubungan Faktor Predisposisi dengan Personal Perilaku Higiene Anak Jalanan Bimbingan Rumah Singgah YMS Bandung. *Jurnal*. Bandung: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran
- Puskesmas Silo. 2010. *Data Sekunder*. Jember: Puskesmas Silo

- Qomar. M. 2007. *Pesantren*. Yogyakarta: Erlangga
- Riyanti, E dan Saptarini, R. 2010. *Upaya Peningkatan Kesehatan Gigi dan Mulut Melalui Perubahan Perilaku Anak*. [Serial Online] http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2010/06/upaya_peningkatan_kesehatan_gigi_dan_mulut.pdf (16 April 2011)
- Rohmawati, R. 2010. Hubungan antara Faktor Pengetahuan dan Perilaku dengan Kejadian Skabies pada Santri di Pondok Pesantren Al-Muayyad Surakarta. *Skripsi*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Sastroasmoro. 1995. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : Binarupa Aksara
- Soeharsono. 2002. *Zoonosis Penyakit Menular dari Hewan ke Manusia*. Yogyakarta: Kanisius
- Solihin, P. 2005. *Ilmu Gizi Pada Anak*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta
- Sudirman. T. 2006. Scabies: Masalah Diagmosis dan Pengobatan. *Majalah Kesehatan Damianus*. Vol. 5, No. 3. September 2006. Hal : 177-190
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung : Alfabeta
- Suyanto, B. 2005. *Metodologi Penelitian Sosial dengan Berbagai Alternative Pendekatan*. Jakarta: Prenada Media
- Wardhani. 2007. Hubungan Praktek Kebersihan Diri dan Penggunaan Alat Pelindung Diri dengan Kejadian Skabies pada Pemulung di TPA Bukung Bandar Lampung. *Skripsi*. Semarang: UNDIP