**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Konsep Perilaku**

**2.1.1 Definisi Perilaku Kesehatan**

Perilaku dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Notoatmodjo (2007), perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang (*organisme*) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan.

**2.1.2 Macam-Macam Perilaku Kesehatan**

Menurut Notoatmodjo (2007), stimulus atau rangsangan terdiri dari 4 unsur pokok, yakni sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan lingkungan. Dengan demikian secara lebih terinci perilaku kesehatan mencangkup:

1. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia bersepons, baik secara pasif (mengetahui, bersikap, dan mempersepsi penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya, Maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut. Adapun tingkat pencegahan penyakit adalah sebagai berikut :
2. *Health promotion behavior* yaitu peningkatan pemeliharaan kesehatan.
3. *Health prevention behavior* adalah respon untuk melakukan pencegahan penyakit.
4. *Health seeking behavior* yaitu untuk mencari pengobatan.
5. *Health rehabilitation behavior* yaitu usaha-usaha pemulihan kesehatan.
6. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan, adalah respons seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan baik sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional. Perilaku ini menyangkut respons terhadap fasilitas kesehatan, cara pelayanan, petugas kesehatan, dan obat-obatannya yang terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap, dan penggunaan fasilitas, petugas, dan obat-obatan.
7. Perilaku terhadap makanan, yaitu respons seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan. Perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap dan praktik kita terhadap makanan serta unsur-unsur yang terkandung di dalamnya (zat gizi), pengolahan mkanan, dan sebagainya, sehubungan dengan tubuh kita.
8. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan, adalah respons seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia. Lingkup perlikau ini seluas lingkup kesehatah lingkungan itu sendiri.

**2.1.3 Perubahan-Perubahan Perilaku**

Menurut Notoatmodjo (2007), hal yang penting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan yang lainnya. Banyak teori tentang perubahan perilaku ini, antara lain:

1. Teori Stimulus-Organisme-Respon (S-O-R)

Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung pada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya, kualitas dari sumber komunikasi (sources) misalnya, kredibilitas, kepemimpinan, gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang.

1. Teori Festinger (Dissonance Theory)

Teori Finger (1957) telah banyak pengaruhnya dalam psikologi sosial. Teori ini sebenarnya sama dengan konsep ‘im balance’ (= tidak seimbang). Hal ini berarti bahwa keadaan ‘cognitive dissonance’ merupakan keadaan ketidakseimbangan psikologis yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbnagan kembali.

1. Teori Fungsi

Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu itu tergantung kepada keuntuhan. Hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku seseorang apabila stimulus tersebut dapat dimengerti dalam kenteks kebutuhan orang tersebut.

1. Teori Kurt Lewin

Kurt Lewin (1970) berpendapat bahwa perilaku manusia itu adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong *(driving forces)* dan kekuatan-kekuatan penahan *(restrining forces).* Perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang.

**2.1.4 Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku**

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuatu dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku (Notoatmodjo, 2007). Di bawah ini diuraikan bentuk-bentuk perubahan perilaku menurut perilaku menurut WHO. Menurut WHO, perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi 3, yakni:

1. Perubahan natural (Natural change)
2. Perubahan rencana (Planned change)
3. Kesedian untuk berubah (Readiness to change)

Menurut Notoatmojo (2007) dalam program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkret dan positif. Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi 3 yaitu :

1. Menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan

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

1. Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencpai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini akan memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari kesadaran mereka sendiri.

1. Diskusi dan partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua. Dimana dalam memberikan informasi-informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi tentang informsi yang diterimanya.

* 1. **Konsep Penyakit Kulit**
		1. **Anatomi Kulit**

Menurut Brunner & suddarth (2002) kulit tersusun dari tiga lapisan, yaitu: epidermis, dermis, dan jaringan subkutan.

1. Epidermis yaitu lapisan paling luar dengan ketebalan sekitar 0,1 mm pada kelopak mata hingga sekitar 1 mm pada telapak tangan dan kaki.
2. Dermis yaitu bagian terbesar kulit dengan memberikan kekuatan dan struktur pada kulit.
3. Jaringan subkutan atau hypodermis merupakan lapisan kulit yang paling dalam. Lapisan ini terutama berupa jaringan adipose yang memberikan bantalan antara lapisan kulit dan struktur internal seperti otot dan tulang.
	* 1. **Fungsi Kulit**
4. Perlindungan
5. Sensibilitas
6. Keseimbangan air
7. Pengaturan suhu
8. Produksi vitamin
	* 1. **Macam-Macam Penyakit Kulit**

Menurut Brunner & suddarth (2002) penyakit kulit bisa disebabkan beberapa faktor diantaranya karena infeksi bakteri, virus, jamur, dan kutu. Adapun penyakit kulit yang sering ditemukan di pondok pesantren yaitu:

1. Infeksi Mikotik (Fungus)
2. Tinea Pedis (penyakit jamur kaki) merupakan infeksi jamur yang paling sering ditemukan. Infeksi ini sering menjangkiti remaja dan dewasa muda kendati dapat terjadi pada setiap kelompok usia serta kedua jenis kelamin. Tinea pedis terutama prevalen pada mereka yang sering mandi pada tempat mandi umum atau berenang di dalam kolam renang. Tinea pedis dapat terlihat sebagai infeksi yang akut atau kronis pada telapak kaki atau celah-celah antara jari-jari kaki.
3. Tinea korporis (penyakit jamur badan) menjakiti bagian muka, leher, batang tubuh, dan ektermitas; pada bagian terinfeksi akan tampak lesi berbentuk cincin atau lingkaran yang khas.
4. Tinea kapitis (penyakit jamur kulit kepala) merupkan infeksi jamur menular yang meenyerang batang rambut dan penyebab kerontokan rambut yang sering ditemukan di antara anak-anak.
5. Tinea kruris (penyakit jamur lipat paha) merupakan infeksi jamur pada lipat paha yang dapat meluas ke paha bagian dalam dan daerah pantat. Infeksi ini umumnya disertai dengan tinea pedis. Tinea kruris paling sering terjadi pada pelari yang menggunakan pakaian dalam yang ketat.
6. Pedikulosis (Infeksi Kutu)

Infeksi kutu mengenai segala usia. Ada tiga varietas kutu yang menjangkiti manusia, yaitu pediculus humanus capitis (tuma atau kuku kepala), pediculus humanus corporis (kuku badan), dan Phthirus pubis (kutu kemaluan.

1. Pedikulosis kapitis merupakan infestasi kutu kepala atau tuma yang disebut *Pediculus humanus capitis* pada kulit kepala. Tuma betina akan meletakkan telu-telurnya (nits) di dekat kulit kepala. Telur ini akan melekat erat pada batang rambut dengan suatu substansi liat. Telur akan menetas menjadi tuma muda dalam waktu sekitar 10 hari dan mencapai maturitasnya dalam tempo 2 minggu.
2. Pedikulosis korporis merupakan infeksi kutu *Pediculus humanus corporis* pada badan. Keadaan ini menghinggapi orang yang jarang mandi atau yang hidup dalam lingkungan yang rapat serta tidak pernah mengganti bajunya.
3. Pedikulosis pubis yang merupakan infestasi oleh *Phthirus pubis (crab louse*:kutu kemaluan) sangat sering dijumpai. Infestasi parasite ini umumnya terjadi di daerah genital dan terutama ditularkan lewat hubungan seks.
4. Skabies

Merupakan infestasi kulit oleh kutu *sarcoptes scabiei* yang menimbulkan gatal. Penyakit ini dapat ditemukan pada orang-orang miskin yang hidup dengan kondisi hygiene yang dibawah standar sekalipun juga sering terdapat di antara orang-orang yang sangat bersih. Skabies sering dijumpai pada orang-orang yang seksual-aktif. Namun demikian, infestasi parasit ini tidak bergantung pada aktivitas seksual karena kutu tersebut sering menjangkiti jari-jari tangan, dan sentuhan tangan dapat menimbulkan infeksi. Pada anak-anak, tinggal semalaman dengan teman yang terinfeksi atau yang saling berganti pakaian dengannya dapat menjadi sumer infeksi. Petugas kesehatan yang melakukan kontak fisik yang lama dengan pasien scabies dapat pula terinfeksi.

Skabies ditularkan oleh kutu betina yang telah dibuahi, melalui kontak fisik yang erat. Penularan melalui pakaian dalam, handuk, sprei, tempat tidur. Kutu dapat hidup diluar kulit hanya 2-3 hari dan pada suhu kamar 210C dengan kelembapan relativf 40-80% (Harahap, 2000).

Masa inkubasi skabies bervariasi, ada yang beberapa minggu bahkan berbulan-bulan tanpa menunjukkan gejala. Mellanby menunjukkan sensitisasi dimulai 2-4 minggu setelah penyakit dimulai selama waktu itu kutu berada di atas kulit atau sedang menggali terowongan tanpa menimbulkan gatal, gejala gatal timbul setelah penderita tersensitasi oleh ekskreta kutu (Harahap, 2000).

* + 1. **Pencegahan Penyakit Kulit**

Menurut Brunner & Suddarth (2002), ada beberapa cara pencegahan penularan penyakit kulit yang disebabkan oleh infeksi mikotik (Jamur), *Pedikulosis* (Kutu), dan Skabies sebagai berikut:

Cara Pencegahan penularan penyakit kulit yang disebabkan oleh infeksi jamur:

1. Diperlukan penanganan yang menyeluruh, tekun, dan konsisten.
2. Dapat menggunakan berbagai bentuk sampo yang digosokkan ke seluruh tubuh 1-1,5 jam sebelum mandi, selama 10 hari sampai 2 minggu. Berbagai solusio dioleskan 2 kali sehari setelah mandi selama 2 minggu.
3. Penggunaan antijamur topikal dapat mengurangi penularan pada orang yang disekitarnya misalnya, asam salisil 2-4%, asam benzoate 6-12%, sulfur 4-6%, vioform 3%, tolnaftat 2%, siklopiroksolamin 1%, dan sebagainya.
4. Menjaga kaki dan sela-sela kaki untuk tetap kering.
5. Anjurkan menggunakan kaos kaki yang terbuat dari katun yang bersifat menyerap karena bahan sintetik seperti nilon tidak dapat menyerap keringat sepertinya halnya katun.
6. Anjurkan untuk menghindari panas serta kelembaban yang berlebihan pada tubuh dan tidak mengenakan pakaian dalam dari nilon, pakaian yang ketat serta baju yang masih basah.
7. Daerah lipatan paha harus dibersihkan, dikeringkan dengan seksama dan dibedaki dengan preparat topical antijamur.

Pencegahan penularan penyakit kulit yang disebabkan oleh infeksi kutu *(Pedikulosis)*:

1. Memusnahkan semua kutu dan telur, dengan cara malam sebelum tidur rambut dicuci dengan sabun kemudian dipakai losio malathion, lalu kepala ditutup dengan kain, keesokan harinya rambut dicuci lagi menggunakan sabun dan disisir yang halus dan rapat (serit). Dapat diulang lagi seminggu kemudian jika masih ada kutu dan telur.
2. Jika terjadi infeksi sekunder yang berat sebaiknya rambut dicukur.
3. Anjurkan untuk memiliki sisir serta sikat rambut sendiri dan menghindari pemakaian topi serta penutup rambut lainnya secara bergantian.
4. Memeriksa anggota keluarga atau orang yang tinggal bersama adanya tuma dan telur sedikitnya 2 minggu sekali.
5. Anjurkan untuk memakai sampo saat mandi.

Pencegahan penularan penyakit kulit yang disebabkan oleh skabies:

1. Anjurkan untuk mandi menggunakan sabun dan air yang hangat.
2. Anjurkan untuk mengenakan pakian dalam, pakaian, yang bersih dan di atas seprei yang baru saja dicuci di binatu.
3. Anjurkan mencuci pakaian dan selimut menggunakan air panas.
4. Jika linen tempat tidur atau pakaian pasien tidak dapat dicuci dalam air panas, disarankan agar barang-barang tersebut dicuci secara *dry-cleaning*.
5. Anjurkan untuk menjemur kasur atau alas tidur seminggu sekali.
6. Anjurkan tidak berganti pakaian, selimut, dan handuk.
7. Mandi minimal sekali dalam sehari
8. Menghindari kontak langsung (kontak kulit dengan kulit) misalnya berjabat tangan, tidur bersama, dan hubungan seks dengan penderita skabies.
	1. **Konsep Pendidikan Kesehatan**

**2.3.1 Definisi Pendidikan Kesehatan**

1. Sukidjo Noto Atmojo,

Pendidikan kesehatan adalah suatu usaha untuk menolong individu, kelompok masyarakat dalamn meningkatkan kemampuan prilaku untuk mencapai kesehatan secara optimal.

1. Nyswander

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tercapainya tujuan kesehatan perorangan dan masyarakat.

1. Stuart 1968

Pendidikan kesehatan adalah komponen dari program keseahatan dan program kedokterasn yang terencana guna menimbulkan perubahan prilaku, individu, kelompok dan masyarakat dengan melakukan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.

* + 1. **Tujuan Pendidikan Kesehatan**

Menurut WHO dalam Notoatmodjo 2007, pendidikan kesehatan merupakan suatu upaya kesehatan yang bertujuan:

1. Menjadikan kesehatan sesuatu yang bernilai di dalam masyarakat.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat
3. Mendorong dan mengembangkan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.
	* 1. **Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan**

Menurut Notoatmodjo (2007), ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, anatara lain: dimensi aspek kesehatan, dimensi tatanan atau tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan.

1. Aspek Kesehatan

Telah menjadi kesepakatan umum bahwa kesehata masyarakat itu mencangkup empat aspek pokok yaitu: promosi *(promotif),* pencegahan *(preventif),* penyembuhan (*kuratif),* dan pemulihan *(rehabilitative).*

1. Tempat Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan

Menurut dimensi pelaksanaanya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi lima yaitu:

1. Pendidikan kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga).
2. Pendidikan kesehatan pada tatanan sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid.
3. Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.
4. Pendidikan kesehatan ditempat-tempat umum, yang mencangkup terminal bus, bandar udara, tempat-tempat oalhraga, dan sebagainya.
5. Pendidikan kesehatan pada fasilitas layanan kesehatan, seperti: Rumah sakit, Puskesmas, Poliklinik bersalin, dan sebagainnya.
6. Tingkat Pelayanan Kesehatan

Dimensi tingkat pelayanan pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pebcegahan dari leavel and clark, sebagai berikut:

1. Promosi kesehatan seperti peningkatan gizi, kebiasaan hidup dan perbaiakan sanitasi lingkungan.
2. Perlindungan khusus seperti adanya program imunisasi.
3. Diagnosis dini dan Pengobatan segera.
4. Pembatasan cacat yaitu seperti kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit seringkali mengakibatkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas, sedang pengobatan yang tidak sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan menjadi cacat
5. Rehabilitasi (pemulihan).
	* 1. **Metode Pendidikan Kesehatan**

Menurut Notoatmodjo (2007), pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut, masyarakat, kelompok atau individu memperoleh pengetahuan kesehatan yang lebih baik. Akhirnya pengetahuan tersebut diharapakan dapat berpengaruh terhadap perilakunya. Dengan kata lain, dengan adanya pendidikan tersebut dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku sasaran. Pendidikan kesehatan juga sebagai sautu proses, di masa proses tersubut mempunyai masukan (input) dan keluaran (output). Dalam suatu proses pendidikan kesehatan yang menuju tercapainya tujuan pendidikan yakni perubahan perilaku yang dipengaruhi oleh banyak factor. Faktor-faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan di samping masuknya sendiri juga metode materi atau pesannya, pendidik atau petugas yang melakukannya, dan alat-alat bantu/alat peraga pendidikan. Agar dicapai suatu hasil yang optimal, maka factor-faktor tersebut harus bekerja sama secara harmonis. Hal ini berarti bahwa masukan (sasaran pendidikan) tertentu harus menggunakan cara tertentu pula, materi juga harus disesuaikan dengan sasaran, demikian juga alat bantu pendidikan disesuaikan. Untuk sasaran kelompok, metode yang digunakan harus berbeda denga sasaran massa dan sasaran individu. Untuk sasaran massa pun harus berbeda dengan sasaran individu dan sebagainya. Berikut beberapa metode pendidikan:

1. Metode Pendidikan Individual (Perorangan)

Metode ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau seseorang yang telah mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Agar petugas kesehatan dapat mengetahui dengan tepat serta membantunya maka perlu menggunakan metode berikut:

1. Bimbingan dan Penyuluhan *(guindance and conseling).*
2. Wawancara *(interview)*
3. Metode Pendidikan Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok saran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

1. Kelompok Besar

Yang dimaksud kelompok besar disni adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar itu, antara lain:

* Ceramah
* Seminar
1. Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 oarang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil antara lain:

* Diskusi kelompok
* Curah pendapat (brain storming)
* Bola salju (snow balling)
* Kelompok kecil-kecil (bruzz group)
* Role play (memainkan peran)
* Permainan simulasi (simulation game)
	+ 1. **Alat Bantu Pendidikan Kesehatan**

Menurut Notoatmodjo (2007), alat bantu pendidikan kesehatan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam penyampaian bahan pendidikan yang biasa dikenal sebagai alat peraga pengajaran yang berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses pendidikan, yang kemudian dapat memperoleh pengalaman atau pengetahuan melalui berbagai macam alat bantu tersebut.

Menurut Notoatmodjo (2007), pada garis besarnya hanya ada tiga macam alat bantu pendidikan (alat peraga), yaitu:

1. Alat bantu lihat *(visual aids)*
2. Alat bantu dengar *(audio aids)*
3. Alat bantu lihat dengar yang lebih dikenal dengan *Audio Visual Aids* (AVA).
	1. **Konsep Remaja**

Masa remaja atau masa adolesensi adalah suatu fase perkembangan yang dinamis dalam kehidupan seorang individu. Masa ini merupakan periode transisi dari masak anak ke masa dewasa yang ditandai dengan percepatan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dan berlangsung pada dekade kedua masa kehidupan.

Mengenai umur kronologis beberapa orang anak dapat dikatakan remaja masih terdapat berbagai pendapat. Buku-buku pediatric pada umumnya mendefinisikan remaja apabila telah mencapai umur 10-18 tahun untuk anak perempuan dan 12-20 tahun untuk anak laki-laki. WHO mendifinisikan remaja bila anak telah mencapai umur 10-19 tahun. Menurut Undang-Undang No. 4 tahun 1979 mengenai kesejahteraan anak, remaja adalah individu yang belum mencapai umur 21 tahun dan belum menikah.. Jika dipandang dari aspek psikologis dan sosialnya, masa remaja adalah suatu fonemena fisik yang berhubungan dengan pubertas.

Masa remaja terbagi menjadi tiga tahapan yang masing-masing ditandai dengan isu-isu biologi, psikologi, dan sosial, yaitu : masa remaja awal (10-14 tahun), menengah (15-16 tahun), dan akhir (17-20 tahun). Masa remja awal ditandai dengan peningkatan yang cepat dari pertumbuhan dan kematangan fisik. Jadi tidaklah mengherankan apabila sebagian besar dari energy intelektual dan emosional pada masa remaja awal ini ditargetkan pada penilaian kembali dan restrukturisasi dari jati dirinya. Masa remaja menengah ditandai dengan hamper lengkapnya pertumbuhan pubertas, timbulnya keterampilan-keterampilan yang baru, peningkatan pengenalan terhadap datangnya masa dewasa dan keinginan untuk memapankan jarak emosional dan psikologis dengan oran tua. Masa remaja akhir ditandai dengan persiapan untuk peran sebagai seseorang dewasa, termasuk kalrifikasi dari tujuan pekerjaan dan internalisasi suatu system nilai pribadi. Aspek lainnya adalah aspek psikososial, kognitif, dan aspek medis/pelayanan kesehatan remaja (Cahyaningsih, 2011).

* 1. **Definisi Pondok Pesantren**

Pondok pesantren merupakan rangkaian kata yang terdiri dari *pondok* dan *pesantren.* Kata pondok (kamar, gubuk, rumah kecil) yang dipakai dalam bahasa Indonesia dengan menekankan kesederhanaan bangunannya. Sedangkan kata pesantren berasal dari kata dasar *santri* yang dibubuhi awalan “pe” dan akhiran “an” yang berarti tempat tinggal santri.

Menurut KH. Iman Zarkasih dalam jurnal pesantren sebagai lembaga pendidikan islam oleh Usman, mengartikan pesantren sebagai lembaga pendidikan islam dengan system asrama atau pondok, dimana kyai sebagai figure sentral, masjid sebagai pusat kegiatan yang menjiwainya, dan pengajaran agama islam di bawah bimbingan kyai yang diikuti santri sebagai kegiatan utamnya. Pesantren sekarang ini merupakan lembaga pendidikan islam yang meiliki ciri khas tersendiri. Lembaga pesantren ini sebagai lembaga islam tertua dalam sejarah Indonesia yang memiliki peran besar dalam proses keberlanjutan pendidikan nasional. K.H. Abdurrahman Wahid, mendefinisikan pesantren secara teknis, pesantren adalah tempat dimana santri tinggal.

* 1. **Hubungan Pendidikan Kesehatan Dengan Pencegahan Penularan Penyakit Kulit**

Dengan diberikan pendidikan kesehatan seperti penyuluhan, tanya jawab, dan diskusi diharapakan perilaku remaja dapat berubah. Dengan memberikan informasi tentang mencapai hidup sehat, cara pemeliharan kesehatan, cara-cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan remaja tentang hal tersebut. Karena faktor pengetahuan atau informasi merupakan salah satu faktor yang bisa membuat perubahan perilaku remaja. Dengan upaya tersebut akan mengurangi penuluaran infeksi khusunya infeksi kulit seperti scabies, pedikulosis, herpes zoster, tinea pedis, folikulitis, dan sebagainya. Dengan hygiene yang baik adalah upaya untuk melakukan pencegahan penularan penyakit infeksi kulit seperti memakai pakaian yang tidak basah, gunakan pakaian yang kering, tidak bergantian pakaian, tidak bergantian menggunakan handuk, menggunakan kain dari nilon pada celana dalam, menggunakan kaos kaki yang bersih tidak basah dan juga tidak lembab, menggunakan sisir atau sikat rambut sendiri tidak bergantian dengan yang lainnya. Maka dengan upaya tersebut akan mencegah terjadinya penularan penyakit kulit.

* 1. **Kerangka Konsep**

Pencegahan penularan penyakit kulit sesudah diberikan pendidikan kesehatan

Diberikan Pendidikan Kesehatan

Pencegahan penularan penyakit kulit sebelum diberikan pendidikan kesehatan

1. Tidak ada penyakit kulit infeksi mikotik (jamur), pedikulosis (kutu), skabies.
2. Tidak penularan penyakit kulit infeksi mikotik (jamur), pedikulosis (kutu), skabies.
3. Dapat melakukan hygiene dengan baik
4. Tidak bergantian pakaian dalam, pakaian dan handuk.
5. Faktor-faktor penyebaran/penularan penyakit kulit
6. Hygiene yang kurang bersih
7. Sering bergantian pakaian
8. Menggunakan pakaian basah/lembab
9. Memakai pakaian yang tidak dapat menyerap air
10. Menyentuh dan kontak langsung klien yang menderita penyakit kulit infeksi mikotik (jamur), pedikulosis (kutu), skabies.

Keterangan :

 : yang diteliti

: yang tidak diteliti