

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Scabies

2.1.1 Definisi Scabies

Kulit adalah lapisan jaringan yang terdapat pada bagian luar yang menutupi dan melindungi permukaan tubuh. Kulit sendiri terbagi menjadi 3 lapisan yaitu epidermis, dermis dan subkutan. Kulit pada manusia mempunyai fungsi yang sangat penting selain menjalin kelangsungan hidup secara umum, kulit mempunyai beberapa fungsi lain yaitu fungsi proteksi tubuh bagian terluar, proteksi dari rangsangan kimia, kulit sebagai penatur suhu dan kulit sebagai pembentuk vitamin D. (Al-Falakh, 2009).

Al-Falakh (2009) juga menyebutkan Skabies adalah suatu infestasi tungau (*Sarcoptes Scabie*). Yang menyebabkan bruntus – bruntus kecil kemerahan dan rasa gatal di sela – sela jari tangan, pergelangan tangan, sikut, ketiak, disekitar puntung payudara wanita, alat kelamin pria (penis dan kantung zakar), di sepanjang garis ikat pinggang dan sekitar pantat bagian bawah.

Scabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap *sarcoptes scabiei var, hominis dan produknya* (Djuanda, 2007)

2.1.2 Penyebab Scabies

Scabies disebabkan oleh tungau *sarcoptes scabiei*. Infestasi tungau ini mudah menyebar dari orang satu ke orang yang lain melalui kontak fisik dan sering menyerang seluruh penghuni dalam satu rumah atau satu lingkup. Ukuran tungau

ini cukup besar sehingga dapat dilihat dengan mata telanjang dan sering menular diantara orang – orang yang tidur bersama.

Kadang tungau di tularkan melalui pakaian, sprei dan benda – benda lainnya yang digunakan secara bersamaan, masa hidupnya sangat sebentar dan pencucian biasa bisa menghilakngkan tungau ini. Tungau betina membuat terowongan dibawah lapisan kulit paling atas dan menimpa telurnya alam lubang. Beberapa hari kemudian akan menetas tungau muda atau larva. Infeksi ini menyebabkan rasa gatal yang sangat hebat, kemungkinan merupakan relasi tubuh terhadap tungau.

Secara morfologik *Sarcoptes scabiei* termasuk tungau kecil, berbentuk oval, punggungnya cembung dan bagian perutnya rata. Tungau ini translusen, berwarna putih kotor dan tidak bermata. Ukurannya yang betina berkisar antara 330-450 mikron x 250-350 mikron sedangkan yang jantan lebih kecil ya ini 200 - 240 mikron x 150 - 200 mikron.

Siklus hidup tungau ini sebagai berikut. Setelah kopulasi atau perkawinan yang terjadi di atas kulit, yang jantan akan mati, kadang-kadang masih dapat hidup beberapa hari dalam terowongan yang digali oleh betina. Tungau betina yang telah dibuahi menggali terowongan *dalam stratum corneum* dengan kecepatan 2 - 3 mm sehari dan sambil meletakkan telurnya 2 atau 4 butir sehari sampai mencapai jumlah 40 atau 50. Bentuk betina yang dibuahi ini dapat hidup sebulan lamanya. Telur akan menetas biasanya dalam waktu 3 sampai 5 hari, dan menjadi larva yang mempunyai tiga pasang kaki titik Larva ini dapat tinggal dalam terowongan, tetapi dapat juga keluar. Setelah 2 sampai 3 hari larva akan menjadi nimfa yang mempunyai dua

bentuk, jantan dan betina sama dengan 4 pasang kaki titik seluruh siklus hidupnya mulai dari telur sampai bentuk dewasa memerlukan waktu antara 8 - 12 hari.

Kelainan kulit dapat disebabkan tidak hanya oleh tungau scabies tetapi juga oleh penderita sendiri akibat garukan titik gatal yang terjadi disebabkan oleh sensitif terhadap sekreta dan ekskreta yang memerlukan waktu kira-kira sebulan setelah investasi. Pada saat ini kelainan kulit menyerupai dermatitis dengan ditemukannya papul, vesikel, urtika dan lain-lain. Dengan garukan dapat timbul erosi, ekskoriiasi, krusta dan infeksi sekunder.

2.1.3 Gejala Scabies

Ciri khas dari skabies adalah gatal - gatal hebat, yang biasanya semakin memburuk pada malam hari. Pada penderita biasanya terdapat bintik – bintik kecil sampai besar berwarna kemerahan yang disebabkan oleh garukan yang keras dan bintik – bintik akan menjadi bernanah jika terinfeksi (Sitorus, 2014). Lubang tungai tampak sebagai garis bergelombang dengan panjang sampai 2,5cm, kadang pada ujungnya terdapat bruntus kecil. Lubang/terowongan tungau dan gatal – gatal sering ditemukan dan dirasakn di sela – sela jari tangan, pada pergelangan tangan, sikut, ketiak, disekitar puting payudara wanita, alat kelamin pria, disepanjang garis pinggang dan bagian bawah pantat. Infeksi jarang mengenai wajah, kecuali pada anak – anak dimana lesinya muncul sebagai lepuhan berisi air. Lama – lama terowongan ini sulit untuk dilihat karena tertutup oleh peradangan yang terjadi akibat penggarukan.

Ada 4 Tanda kardinal:

1. Pruritus nokturna, artinya gatal pada malam hari yang disebabkan karena aktivitas tungau ini lebih tinggi pada suhu yang lebih lembab dan panas.
2. Penyakit ini menyerang manusia secara kelompok, misalnya dalam sebuah keluarga biasanya seluruh anggota keluarga terkena infeksi. Begitupula dalam sebuah perkampungan yang padat penduduknya sebagian besar tetangga yang berdekatan akan diserang oleh tungau tersebut. Dikenal keadaan hiposensitifisasi yang seluruh anggota keluarganya terkena. Walaupun mengalami infestasi tungau tetapi tidak memberikan gejala titik penderita ini bersifat sebagai pembawa (carrier)
3. Adanya terowongan (kunkulus) pada tempat tempat predileksi yang berwarna putih atau keabu-abuan kemah berbentuk garis lurus atau berkelok-kelok, rata-rata panjang 1 cm pada ujung terowongan itu ditemukan papul atau vesikel. Jika timbul infeksi sekunder ruam kulitnya menjadi polimorf (pustul, ekskoriiasi dan lain lain). Tempat predileksinya biasanya merupakan tempat dengan stratum corneum yang tipis yaitu: sela-sela jari tangan pergelangan tangan bagian volar siku bagian luar lipat ketiak bagian depan koma-koma umbilikus bokong genitalia eksterna dan perut bagian bawah. Pada bayi dapat menyerang telapak tangan dan telapak kaki.
4. Menemukan tungau merupakan hal yang paling diagnostik. Dapat ditemukan satu atau lebih stadium hidup tungau ini.

2.1.4 Diagnosis Scabies

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala (gatal – gatal hebat), dan hasil pemeriksaan fisik (adanya terowongan tungau). Untuk memastikan diagnosis, dilakukan pemeriksaan langsung atau terhadap kerokan kulit dan akan ditemukan adanya tungau ini. Untuk menemukan tungau ini dilakukan pemeriksaan lebih lanjut oleh tenaga medis dengan *biopsi eksisional* (Djuanda, 2007).

2.1.5 Klasifikasi Scabies

Menurut Sudirman (2006) skabies dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Skabies pada orang bersih (Scabies in the clean)

Tipe ini sering ditemukan bersamaan dengan penyakit menular lain. Ditandai dengan gejala minimal dan sukar ditemukan terowongan. Kutu biasanya menghilang akibat mandi secara teratur.

b. Skabies pada bayi dan anak kecil

Gambaran klinis tidak khas, terowongan sulit ditemukan namun vesikel lebih banyak, dapat mengenai seluruh tubuh, termasuk kepala, leher, telapak tangan, telapak kaki.

c. Skabies noduler (Nodular Scabies)

Lesi berupa nodul coklat kemerahan yang gatal pada daerah tertutup. Nodul dapat bertahan beberapa bulan hingga beberapa tahun walaupun telah diberikan obat anti skabies.

d. Skabies inognito

Skabies akibat pengobatan dengan menggunakan kortikosteroid topikal atau sistemik. Pemberian obat ini hanya dapat memperbaiki gejala klinik (rasa gatal) tapi penyakitnya tetap ada dan tetap menular.

e. Skabies yang ditularkan oleh hewan (Animal transmitted scabies) Gejala ringan, rasa gatal kurang, tidak timbul terowongan, lesi terutama terdapat pada tempat-tempat kontak, dapat sembuh sendiri bila menjauhi hewan tersebut dan mandi yang bersih.

f. Skabies krustosa (crustes scabies / scabies keratorik)

Tipe ini jarang terjadi, namun bila ditemui kasus ini, dan terjadi keterlambatan diagnosis maka kondisi ini akan sangat menular.

g. Skabies terbaring di tempat tidur (Bed ridden)

Penderita penyakit kronis dan orang tua yang terpaksa harus terbaring di tempat tidur dapat menderita skabies yang lesinya terbatas.

h. Skabies yang disertai penyakit menular seksual yang lain

Apabila ada skabies di daerah genital perlu dicari kemungkinan penyakit menular seksual yang lain, dimulai dengan pemeriksaan biakan atau gonore dan pemeriksaan serologi untuk sifilis.

i. Skabies dan Acquired Immunoodeficiency Syndrome (AIDS)

Ditemukan skabies atipik dan pneumonia pada seorang penderita.

j. Skabies dishidrosiform

Jenis ini ditandai oleh lesi berupa kelompok vesikel dan pustula pada tangan dan kaki yang sering berulang dan selalu sembuh dengan obat antiskabies (Sudirman, 2006; Rohmawati, 2010)

2.1.6 Faktor yang Berhubungan

1. Sanitasi

Berdasarkan penelitian Wardhani (2007), 33 orang (84,6%) menderita skabies. Penyakit skabies adalah penyakit kulit yang berhubungan dengan sanitasi dan hygiene yang buruk, saat kekurangan air dan tidak adanya sarana pembersih tubuh, kekurangan makan dan hidup berdesak-desakan, terutama di daerah kumuh dengan sanitasi yang sangat jelek. Skabies juga dapat disebabkan karena sanitasi yang buruk.

2. Pengetahuan

Berdasarkan penelitian Khotimah (2006), hasil analisis memperoleh nilai $P < 0,05$ artinya ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan, sikap, dan hygiene perorangan dengan terjadinya skabies. Skabies masih merupakan penyakit yang sulit diberantas, pada manusia terutama dalam lingkungan masyarakat pada hunian padat tertutup dengan pola kehidupan sederhana, serta tingkat pendidikan dan pengetahuan yang masih rendah, pengobatan dan pengendalian sangat sulit (Iskandar, 2000).

3. Perilaku

Berdasarkan penelitian Kurnitasari (2004), menunjukkan 70 orang (54%) menderita penyakit skabies, ada hubungan antara kepadatan penghuni, kebiasaan mandi, kebiasaan ganti baju, kebiasaan menggunakan alat-alat bersama dengan penderita penyakit skabies.

4. Pemakaian alat mandi, pakaian dan alat sholat secara bergantian

Penularan melalui kontak tidak langsung seperti melalui perlengkapan tidur, pakaian, atau handuk memegang peranan penting (Mansyur, 2006). Berdasarkan hasil penelitian Handayani (2007), menunjukkan 44 Orang (62,9%) terkena skabies, dan ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan pemakaian sabun mandi, kebiasaan pemakaian handuk, kebiasaan berganti pakaian, kebiasaan tidur bersama, kebiasaan pemakaian selimut tidur dan kebiasaan mencuci pakaian bersama dengan penderita skabies dengan kejadian skabies.

5. Hygiene perorangan

Manusia dapat terinfeksi oleh tungau skabies tanpa memandang umur, ras atau jenis kelamin dan tidak mengenal status sosial dan ekonomi, tetapi hygiene yang buruk dan promiskuitas meningkatkan infeksi (Pawening, 2009). GBHN tahun 1993 diamanatkan perlunya upaya agar perbaikan kesehatan masyarakat ditingkatkan, antara lain melalui kebersihan dan kesehatan lingkungan (MUI, 1995). Kebersihan adalah keadaan bebas dari kotoran, termasuk di antaranya, debu, sampah, dan bau. Di Indonesia, masalah kebersihan selalu menjadi polemik yang berkembang. Kasus-kasus yang menyangkut masalah kebersihan setiap tahunnya selalu meningkat (Alfarisi, 2008). Kebersihan adalah lambang kepribadian seseorang, jika tempat tinggalnya, tinggalnya, pakaian dan keadaan tubuhnya, terlihat bersih maka dipastikan orang tersebut adalah manusia yang bersih serta sehat (Muktihadid, 2008; Rohmawati, 2010)

2.1.7 Penularan Scabies

Penularan skabies pada manusia sama seperti cara penularan skabies pada hewan, yaitu secara kontak langsung dengan penderita. Disamping itu kontak secara tidak langsung seperti melalui pakaian, handuk, seprai, dan barang-barang lain yang pernah dipakai oleh penderita, juga merupakan sumber penularan yang harus dihindari (Currie et al, 2004 dalam Wardhana, 2006). Tungau *S.scabiei* hidup dari sampel debu penderita, lantai, furniture dan tempat tidur . Masa inkubasi skabies pada manusia yang belum pernah terinfestasi tungau adalah dua sampai enam minggu, tetapi penderita yang pernah terserang skabies sekitar satu hingga empat hari. Satu bulan pasca infestasi, jumlah tungau di dalam lapisan kulit mengalami peningkatan. Sebanyak dua puluh lima ekor tungau betina dewasa ditemukan pada lima puluh hari pascainfestasi dan menjadi lima ratus ekor setelah seratus hari kemudian (Lathifa, 2014).

2.1.8 Pencegahan Scabies

Penyakit skabies sangat erat kaitannya dengan kebersihan dan lingkungan yang kurang baik dan *personal hygiene* yang kurang oleh sebab itu untuk mencegah penyebaran penyakit ini dapat dilakukan dengan cara :

1. Mandi secara teratur dengan menggunakan sabun.
2. Mencuci pakaian, spre, sarung bantal, selimut dan lainnya secara teratur minimal 2 kali dalam seminggu.
3. Tidak saling bertukar pakaian, handuk dengan orang lain.
4. Hindari kontak dengan orang serta pakaian yang dicurigai terinfeksi tungau skabies.
5. Menjaga kebersihan rumah dan ventilasi yang cukup.

2.1.9 Pengobatan Scabies

Penyakit ini bisa diatasi dengan mengoleskan krim yang mengandung permetrin atau larutan lidane. Kedua obat tersebut efektif, tetapi lidane cenderung mengiritasi kulit, lebih toksik dan tidak boleh diberikan kepada anak – anak. Kadang – kadang digunakan krim yang mengandung corticosteroid (misalnya hydrocortisone) selama beberapa hari setelah permetrin atau lindane, untuk mengurangi gatal – gatal sampai semua tungai mati pengobatan juga harus dilakukan terhadap seluruh penghuni. Kriteria sembuh dari scabies ini adalah dengan memperhatikan pemilihan dan cara pakai obat serta cara pengobatannya dan menghilangkan faktor predisposisi (antara lain personal hygiene) maka penyakit ini dapat diberantas dan memberi prognosis yang baik (Al-Falakh, 2009).

Syarat-syarat obat yang ideal adalah:

1. Harus efektif terhadap semua stadium tungau.
2. Harus tidak menimbulkan iritasi dan tidak toksik.
3. Tidak berbau atau kotor serta tidak merusak atau mewarnai pakaian.
4. Mudah diperoleh dan harganya rendah.

Dengan memperhatikan pemilihan dan cara pemakaian obat serta syarat pengobatan dan menghilangkan faktor predisposisi antara lain personal hygiene, maka penyakit ini dapat diberantas dan memberi prognosis yang baik.

Dengan memperhatikan pemilihan dan cara pemakaian obat, serta syarat pengobatan dapat menghilangkan faktor predisposisi, maka penyakit ini memberikan prognosis yang baik (Djuanda, 2007).

2.2 Konsep Prilaku

2.2.1 Definisi Perilaku.

Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2010), juga merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi terhadap stimulus. Perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, kemudian organisme merespon sehingga teori Skinner disebut dengan “S-O-R” atau Stimulus Organisme Respon. Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua :

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perasaan, perhatian, persepsi, pengetahuan, dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Perilaku tertutup (*covert behavior*) ini dapat diukur dari pengetahuan dan sikap seseorang.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Perilaku terbuka ini terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik yang dapat diamati oleh orang lain dari luar.

2.2.2 Teori Lawrence Green

Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behaviour causes*) (Notoatmodjo, 2007). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor :

1. Faktro-faktor predisposisi (predisposing factors), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktro-faktor pendukung (Enabling factors), yang terwujud dalam fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.
3. Faktro-faktor pendorong (reinforcing factors) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut:

$$B=f(PF, EF, RF)$$

Keterangan :

B = Behavior

PF = Predisposing Factors

EF = Enabling Factors

RF = Reinforcing Factors

F = Fungsi

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Seseorang yang tidak mau mengimunitasikan anaknya di psoyandu dapat disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat imunisasi bagi anaknya (predisposing factors). Atau barangkali juga karena rumahnya jauh

dari posyandu atau puskesmas tempat mengimunitasikan anaknya (enabling factors). Sebab lain, mungkin karena para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lainnya disekitarnya tidak pernah mengimunitasikan anaknya (reinforcing factors).

2.2.3 Domain Perilaku.

Menurut Achmadi (dalam Taufiq,2017) Domain perilaku dapat dibagi menjadi tiga domain/kawasan/ranah yaitu yang terdiri dari ranah kognitif (kognitif domain), ranah afektif (*affective* domain), dan ranah psikomotor (psikomotor domain) .Dalam selanjutnya ketiga domain dapat diukur dari :

1) Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil dari ketahuan seseorang dan ini terjadi setelah seseorang melakukan suatu penginderaan misalnya melihat dan sebagainya terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan, bertindak dan atau berperilaku. Ada enam tingkatan pengetahuan :

- a) Tahu (*know*)
 - b) Memahami (*comprehension*)
 - c) Aplikasi
 - d) Analisis
 - e) Sintesis
 - f) Evaluasi
- #### 2) Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek, sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi ditafsirkan, salah seorang ahli psikologis menyatakan bahwa sikap adalah kesiapan

dan ketersediaan seorang individu untuk bertindak dan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap mempunyai tiga komponen pokok :

- a) Kepercayaan
- b) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- c) Kecenderungan untuk bertindak

Terdapat 4 tingkatan sikap yaitu :

- a) Menerima (*receiving*)
- b) Merespon (*responding*)
- c) Menghargai (*valuing*)
- d) Bertanggung jawab (*responsible*)
- e) Praktik atau tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum tentu terwujud dalam suatu tindakan, untuk mewujudkan sikap mejadi suatu tindakan yang nyata diperlukan faktor yang mendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan yaitu fasilitas dan faktor pendung. Praktik mempunyai beberapa tingkatan yaitu :

- a) Persepsi (*perception*)
- b) Respon terpemimpin
- c) Mekanisme
- d) Adopsi/adaptasi

Suatu perilaku dapat diukur dengan melakukan cara langsung seperti wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, ataupun bulan yang lalu (*recall*), dapat juga melalui observasi tindakan atau kegiatan responden secara langsung.

2.2.4 Faktor-Faktor Perubahan Perilaku Remaja.

Menurut L.Green dalam Notoatmojo (2003), perilaku manusia dimulai dari tingkat kesehatan seseorang, dimana kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yaitu faktor perilaku dan faktor diluar perilaku. Faktor perilaku ditentukan atau dibentuk oleh :

a) Faktor presdiposisi

Faktor ini terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan nilai-nilai dan sebagainya.

b) Faktor pendukung

Faktor ini terwujud dalam lingkungan fisik, tersedianya layanan sosial dan kesehatan.

c) Faktor pendorong

Faktor ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain dalam mendorong seorang individu.

2.3 Konsep Pendidikan Kesehatan.

2.3.1 Definisi Pendidikan Kesehatan.

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan suatu kegiatan untuk memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Konsep dasar pendidikan merupakan suatu proses belajar. Hal ini berarti di dalam pendidikan itu terjadi proses perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat, dari tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah kesehatan menjadi mampu

mengatasi masalah kesehatan. Konsep ini berangkat dari asumsi bahwa manusia sebagai makhluk sosial dalam kehidupannya untuk mencapai nilai-nilai hidup di dalam masyarakat selalu memerlukan bantuan orang lain yang lebih dewasa, lebih mampu, lebih tahu dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Taylor (1991) dalam Maulana (2009) menyatakan bahwa pendidikan kesehatan merupakan usaha membantu individu mengontrol kesehatannya sendiri dengan mempengaruhi, menguatkan keputusan atau tindakan yang sesuai dengan nilai dan tujuan mereka sendiri. Nilai pendidikan turun-naik bersama tingkat pengetahuan yang diperoleh, dan daya upaya pendidikan penting pada orang yang pengetahuannya masih rendah.

Menurut Stuart (1968) dalam Ali (2010) menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan adalah komponen dari program kesehatan dan program kedokteran yang terencana guna menimbulkan perilaku, individu, kelompok dan masyarakat dengan melakukan upaya *promotif* dan *preventif* tanpa mengabaikan upaya *kuratif* dan rehabilitasi.

2.3.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan.

Menurut Wong dalam Taufiq (2017), tujuan pendidikan kesehatan sebagai berikut:

- 1) Agar penderita memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan, keselamatan lingkungan serta masyarakat.
- 2) Agar seorang individu, kelompok, maupun masyarakat melakukan langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit dan mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan menjadi mandiri.

- 3) Agar seseorang individu, kelompok, maupun masyarakat memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan system dan cara memanggatkannya dengan efisiensi dan efektif m ungkin.
- 4) Agar orang mempelajari apa yang dapat mereka lakukan sendiri tanpa meminta bantuan kepada sistem pelayanan kesehatan.

2.3.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan.

Dalam pelaksanaan promosi kesehatan dikenal adanya 3 (tiga) jenis sasaran, yaitu (1) sasaran primer, (2) sasaran sekunder dan (3) sasaran tersier.

1. Sasaran Primer.

Sasaran primer (utama) upaya promosi kesehatan sesungguhnya adalah pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) sebagai komponen dari masyarakat. Mereka ini diharapkan mengubah perilaku hidup mereka yang tidak bersih dan tidak sehat menjadi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Akan tetapi disadari bahwa mengubah perilaku bukanlah sesuatu yang mudah. Perubahan perilaku pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) akan sulit dicapai jika tidak didukung oleh Sistem nilai dan norma-norma sosial serta norma-norma hukum yang dapat diciptakan/dikembangkan oleh para pemuka masyarakat, baik pemuka informal maupun pemuka formal.

Keteladanan dari para pemuka masyarakat, baik pemuka informal maupun pemuka formal, dalam mempraktikkan PHBS. Suasana lingkungan sosial yang kondusif (social pressure) dari kelompok-kelompok masyarakat dan pendapat umum (public opinion).

Sumber daya dan atau sarana yang diperlukan bagi terciptanya PHBS, yang dapat diupayakan atau dibantu penyediaannya oleh mereka yang bertanggung jawab dan berkepentingan (stakeholders), khususnya perangkat pemerintahan dan dunia usaha.

2. Sasaran Sekunder.

Sasaran sekunder adalah para pemuka masyarakat, baik pemuka informal (misalnya pemuka adat, pemuka agama dan lain-lain) maupun pemuka formal (misalnya petugas kesehatan, pejabat pemerintahan dan lain-lain), organisasi kemasyarakatan dan media massa. Mereka diharapkan dapat turut serta dalam upaya meningkatkan PHBS pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) dengan cara: Berperan sebagai panutan dalam mempraktikkan PHBS. Turut menyebarkan informasi tentang PHBS dan menciptakan suasana yang kondusif bagi PHBS. Berperan sebagai kelompok penekan (pressure group) guna mempercepat terbentuknya PHBS.

3. Sasaran Tersier.

Sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan publik yang berupa peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan bidang-bidang lain yang berkaitan serta mereka yang dapat memfasilitasi atau menyediakan sumber daya. Mereka diharapkan turut serta dalam upaya meningkatkan PHBS pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) dengan cara:

Memberlakukan kebijakan/peraturan perundangundangan yang tidak merugikan kesehatan masyarakat dan bahkan mendukung terciptanya PHBS dan kesehatan masyarakat.

Membantu menyediakan sumber daya (dana, sarana dan lain-lain) yang dapat mempercepat terciptanya PHBS di kalangan pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) pada khususnya serta masyarakat luas pada umumnya.

2.3.4 Metode Pendidikan Kesehatan.

Menurut Achmadi (2014) metode pendidikan kesehatan yang paling umum dilakukan adalah sebagai berikut:

1) Metode Individual

Metode yang bersifat individual atau hanya satu orang saja. Metode ini biasanya menggunakan cara ceramah atau bisa juga menggunakan cara bimbingan (conseling).

2) Metode Kelompok

Ada dua macam kelompok, yaitu :

a) Kelompok besar.

Cara yang biasanya digunakan dalam metode kelompok besar adalah ceramah dan atau seminar

b) Kelompok kecil.

Untuk kelompok kecil cara yang biasanya digunakan adalah:

1) Diskusi kelompok.

2) Bola salju.

3) Bermain pecan.

4) Permainan simulasi.

3) Metode Pendidikan Massa

Dalam metode pendidikan massa menggunakan cara yang relatif mudah yaitu:

- a. Ceramah umum (public speaking).
- b. Talk show.
- c. Dialog yang membahas masalah kesehatan dalam suatu program TV ataupun radio.
- d. Drama, sinetron, atau film yang bernuansa kesehatan.
- e. Aitikel-artikel kesehatan.
- f. Spanduk dan poster tentang kesehatan.

2.4 Konsep Pengetahuan

2.4.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui berkenaan dengan hal. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (over behaviour). Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu (Alwi, 2003).

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang ada dikepala kita. Kita dapat mengetahui sesuatu berdasarkan pengalaman yang kita miliki. Kita menjadi tahu

juga bisa didapatkan dari pemberitahuan orang lain (Prasetyo, 2007; Romadhoni, 2018).

2.4.2 Tingkat Pengetahuan Berdasarkan

Berdasarkan Notoatmodjo (2012), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu :

- 1) Tahu (know) Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.
- 2) Memahami (comprehension) Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat mengintegrasikan materi tersebut secara benar.
- 3) Aplikasi (Application) Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.
- 4) Analisis (Analysis) Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur organisasi atau ada kaitannya satu sama lainnya.
- 5) Sintesis (Synthesis) Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- 6) Evaluasi (Evaluation) Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2.4.3 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pengalaman, pendidikan, instruksi verbal, penerimaan informasi verbal dari pihak lain, pekerjaan, umur, informasi, dan media. Masing-masing faktor tidak berdiri sendiri seringkali merupakan gabungan dari beberapa faktor. Informasi yang dapat berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang dapat di peroleh dari berbagai cara misalnya dari media cetak dan media elektronik (Notoatmodjo, 2005; Romadhoni, 2018).

2.5 Konsep Pondok Pesantren

2.5.1 Definisi Pondok Pesantren

Pondok pesantren adalah lembaga pendidikan indigenous Indonesia dan telah mengakar ditengah-tengah masyarakat Indonesia. Secara historis pesantren lebih awal tumbuh dan berkembang di Indonesia jauh sebelum Indonesia merdeka. Terdapat lima unsur yang menjadi ciri pondok pesantren. Kelima unsur ini menjadi syarat utama untuk pendefinisian sebuah pesantren. (1) Kiyai sebagai pimpinan pondok pesantren, (2) santri yang bermukim di asrama dan belajar kepada kiyai (3) asrama sebagai tempat tinggal para santri (4) Pengajian sebagai bentuk pengajaran kiyai terhadap santri, serta (5) masjid sebagai pusat pendidikan dan kegiatan pondok pesantren. Dalam upaya mengatasi bebragai tantangan globalisasi, pesantren berpinsip mempertahankan tradisi lama yang baik dan mengadopsi inovasi baru yang lebih baik lagi. Dengan demikian pesantren kini ada yang bersipat tradisional dan ada yang bersifat modern dengan melakukan inovasi terhadap muatan kurikulumnya. (Yunus, 2019)

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. Permasalahan kesehatan yang dihadapi santri-santri tidak beda dengan permasalahan yang dihadapi anak sekolah umum, bahkan bagi santri yang mondok akan bertambah lagi dengan masalah kesehatan lingkungan yang ada di pondok yang mereka tempati (Mahyuliansyah, 2009). 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, dengan kata lain, pesantren sebagai jenis pendidikan non-formal, berbeda dengan makna pendidikan non-formal dalam pendidikan umum, dimana makna pendidikan non-formal dalam 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 Ramadan 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).

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). 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).

2.5.2 Santri, Pesantren dan Tradisi

Dikutip dari Wikipedia santri adalah sebutan bagi seseorang yang mengikuti pendidikan agama Islam di pesantren, biasanya menetap di tempat tersebut hingga pendidikannya selesai (Wikipedia, 2019). Menurut KBBI santri sendiri merupakan orang yang mendalami agama islam atau orang yang beribadat dengan sungguh – sungguh (KBBI, 2019).

Tradisi berarti adat kebiasaan turun temurun (dari nenek moyang) yang masih dijalankan dalam masyarakat. Bisa juga diartikan penilaian atau anggapan bahwa cara-cara yang telah ada merupakan yang paling baik dan benar (KBBI, 2005: 1208). Kata lain yang memiliki makna hampir sama adalah budaya. Tradisi sering dibahasakan dengan adat istiadat. Ada hal yang berkaitan erat dengan tradisi, pertama adalah karakter, kedua adalah kondisi geografis.

Semua tradisi adalah sesuatu yang diciptakan. Tradisi serta adat istiadat tercipta karena berbagai macam alasan. Tradisi berkembang seiring dengan mengalirnya waktu, namun juga bisa diubah atau ditransformasikan sesuai kehendak pihak yang berkompeten atasnya.

Dalam dunia pesantren, kekayaan tradisi yang berkelindan dapat dijadikan modal menuju puncak sebuah tradisi dan kejayaan baru. Dalam konteks ini, sistem pendidikan sangat berpengaruh dalam membentuk tradisi. Di tengah tuntutan pesantren untuk bisa melewati fase transisi menuju penguatan tradisi pada zaman modernisasi ini, pesantren juga dituntut untuk memperkuat dasar-dasar metodologi pendidikannya. Hal penting yang perlu dirumuskan kembali ketika membincang dunia pesantren adalah sistem, tradisi, dan proses pendidikan pesantren yang dapat menjamin keberlangsungan ruh pendidikan itu sendiri. Sistem tradisional pengajaran pesantren dengan pola interaksi kiai-santri yang masih menganut manhaj Ta'lim al-Muta'allim, pengajian intensif sistem sorogan dan model ngaji berkah ala bandongan adalah justru yang terbukti telah berhasil menelorkan alumnus pesantren yang handal.

Jika pesantren mampu mempertahankan ruh pendidikan serta tradisinya yang positif dan lantas mengembangkan sisi yang belum optimal, niscaya pesantren akan mampu untuk terus memberikan sumbangsih positif bagi kehidupan bangsa Indonesia. Tetapi, sebagaimana diingatkan oleh Steenbrink dengan teorinya bahwa, ketika diperkenalkan lembaga pendidikan yang lebih modern dan teratur, lembaga pendidikan berkonsep tradisional secara otomatis akan mengalami penggerusan atau perlahan-lahan mulai ditinggalkan peminatnya (Anwar, 2011: 1).

Sebagai hasil dari pergulatan tradisi, kebudayaan, sistem pengajaran klasikal, dan pola hubungan interaksi kiai-santri-masyarakat yang dibangunnya, pesantren akhirnya memiliki pola serta klasifikasi yang spesifik. Corak dan ragam jenis pesantren dapat dilihat dari struktur dan sistem pengajaran yang ada. Pada perkembangan mutakhirnya, pesantren (terutama pesantren tradisional) dianggap sebagai lembaga edukasi yang kurang relevan dan tidak menjanjikan masa depan. Sistem dan metodologi pesantren dianggap ketinggalan zaman bila tidak berubah mengikuti perkembangan modern. Penilaian masyarakat yang demikian itu sempat mengalami pembenaran di awal-awal masa modernisasi pendidikan di Indonesia. Akan tetapi, tatkala asumsi dan justifikasi tersebut digeneralisir atas pesantren era sekarang, tentu hal tersebut akan terkesan sebagai bentuk penilaian yang amat tergesa-gesa. Terlebih lagi melihat semakin menjamurnya tren ‘pembaruan’ yang dilakukan hampir sebagian besar pesantren di Indonesia dalam upayanya mensinkronisasi antara konsep pendidikan khas pesantren dengan konsep modern yang sampai menghilangkan tradisi serta visi misi pesantren. Pada prinsipnya, pesantren tidak apatis terhadap modernitas dan tuntutan zaman, adisi serta visi misi pesantren.

Pada prinsipnya, pesantren tidak apatis terhadap modernitas dan tuntutan zaman, mengingat itu sebuah keniscayaan (sunatullah) dan bukan monopoli kelompok tertentu. Sinergitas tradisi pesantren dengan modernitas juga bukan hal yang utopis mengingat keduanya merupakan respon atas realitas. Seyogyanya, pembaruan dalam sistem, tradisi, dan kurikulum pesantren tetaplah mengedepankan spirit memelihara hal lama yang baik dan mengambil hal baru yang lebih baik (Muhakamurrohman, 2014).