

**PERBEDAAN TINGKAT PENGETAHUAN, *PERSONAL HYGIENE* DAN
UPAYA KESEHATAN PADA PENDERITA PEDICULOSIS CAPITIS
ANTARA PONDOK PESANTREN MODERN DAN PONDOK
PESANTREN TRADISIONAL DI WILAYAH PUSKESMAS SUKARAJA
TIGA LAMPUNG TIMUR**

(SKRIPSI)

Oleh

Astari Laras Pratiwi

1658011030



PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS LAMPUNG

BANDAR LAMPUNG

2022

**PERBEDAAN TINGKAT PENGETAHUAN, *PERSONAL HYGIENE* DAN
UPAYA KESEHATAN PADA PENDERITA PEDICULOSIS CAPITIS
ANTARA PONDOK PESANTREN MODERN DAN PONDOK
PESANTREN TRADISIONAL DI WILAYAH PUSKESMAS SUKARAJA
TIGA LAMPUNG TIMUR**

Oleh:

Astari Laras Pratiwi

1658011030

SKRIPSI

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar

SARJANA KEDOKTERAN

Pada

Fakultas Kedokteran Universitas Lampung



PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS LAMPUNG

BANDAR LAMPUNG

2022

ABSTRACT

DIFFERENCES IN LEVEL OF KNOWLEDGE, *PERSONAL HYGIENE* AND HEALTH EFFORTS IN PEDICULOSIS CAPITIS PATIENTS BETWEEN MODERN BOARDING RESISTANCE AND TRADITIONAL BOARDING RESISTANCE IN THE AREA OF THE SUKARAJA TIGA PUSKESMAS, LAMPUNG TIMUR

BY

ASTARI LARAS PRATIWI

Background: In Indonesia, many children who are still in the learning age stage suffer from Pediculosis capitis. The spread of pediculosis capitis is mostly in densely populated residential areas, for example in Islamic boarding schools. This study aims to examine whether there are differences in the level of knowledge, personal hygiene and health efforts between modern and traditional Islamic boarding schools.

Method: This study uses a descriptive analytic research model with a cross sectional approach with simple random sampling technique. The research subjects were female students with 18 respondents in each Islamic boarding school and the measuring instrument used a questionnaire. Data analysis used Pearson chi square.

Result: The results showed that in modern Islamic boarding schools the level of knowledge was good at 66.6%, at traditional boarding schools 61.1%, at modern boarding schools personal hygiene at 61.1%, traditional pesantren at 66.6%, at modern pesantren at health efforts of 72, 2%, traditional Islamic boarding schools 88.9% health efforts. The results of statistical tests showed there was no significant difference between modern and traditional Islamic boarding schools with the results at the level of knowledge of 0.729 ($P = <0.05$), personal hygiene of 0.729 and health efforts of 0.206.

Conclusion: There is no significant difference between modern and traditional Islamic boarding schools in the Sukaraja Tiga Health Center, East Lampung.

Keyword: Pediculosis Capitis, Personal Hygiene, Knowledge Level, Health Efforts

ABSTRAK

PERBEDAAN TINGKAT PENGETAHUAN, *PERSONAL HYGIENE* DAN UPAYA KESEHATAN PADA PENDERITA PEDICULOSIS CAPITIS ANTARA PONDOK PESANTREN MODERN DAN PONDOK PESANTREN TRADISIONAL DI WILAYAH PUSKESMAS SUKARAJA TIGA LAMPUNG TIMUR

OLEH

ASTARI LARAS PRATIWI

Latar Belakang: Di Indonesia banyak anak yang masih dalam tahap usia belajar menderita Pediculosis capitis. Penyebaran pediculosis capitis paling banyak berada di hunian yang padat penduduk, contohnya di pondok pesantren. Penelitian ini bertujuan untuk meneliti apakah terdapat perbedaan tingkat pengetahuan, *personal hygiene* dan upaya kesehatan antara pondok pesantren modern dan tradisional.

Metode: Penelitian ini menggunakan model jenis penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* dengan teknik pengambilan *simple random sampling*. Subjek penelitian adalah santriwati dengan masing masing pondok pesantren sebanyak 18 responden dan alat ukur menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan *pearson chi square*.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan pada pondok pesantren modern tingkat pengetahuan baik sebesar 66,6 %, pada pesantren tradisional 61,1 %, pada pesantren modern *personal hygiene* sebesar 61,1 %, pesantren tradisional 66,6 %, pada pesantren modern upaya kesehatan sebesar 72,2 %, pesantren tradisional upaya kesehatan 88,9%. Hasil uji statistik menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara pondok pesantren modern dan tradisional dengan hasil pada tingkat pengetahuan sebesar 0,729 ($P < 0,05$), *personal hygiene* sebesar 0,729 dan upaya kesehatan sebesar 0,206

Simpulan: Tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara pondok pesantren modern dan tradisional di wilayah Puskesmas Sukaraja Tiga Lampung Timur.

Kata kunci; Pediculosis Capitis, *Personal Hygiene*, Tingkat Pengetahuan, Upaya Kesehatan

Judul Skripsi : **PERBEDAAN TINGKAT PENGETAHUAN, PERSONAL HYGIENE DAN UPAYA KESEHATAN PADA PENDERITA PEDICULOSIS CAPITIS ANTARA PONDOK PESANTREN MODERN DAN PONDOK PESANTREN TRADISIONAL DI WILAYAH PUSKESMAS SUKARAJA TIGA LAMPUNG TIMUR**

Nama Mahasiswa : **Astari Laras Pratiwi**

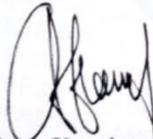
Nomor Pokok Mahasiswa : 1658011030

Program Studi : Pendidikan Dokter

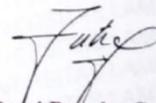
Fakultas : Kedokteran

MENYETUJUI

I. Komisi Pembimbing



Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M.Kes.
NIP 19781009 200501 1 001



dr. Ratna Dewi Puspita Sari, S.Ked., Sp. OG.
NIP 19800415 201404 2 001

2. Dekan Fakultas Kedokteran

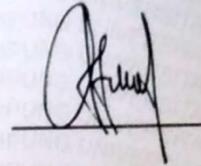


Prof. Dr. Dyan Wulan S.R.W, SKM., M.Kes.
NIP 19720628 199702 2 001

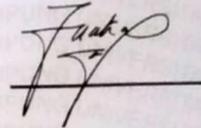
MENGESAHKAN

I. Tim Penguji

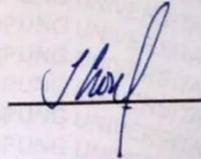
Ketua : **Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M.Kes.**



Sekretaris : **dr. Ratna Dewi Puspita Sari, S.Ked., Sp.OG.**



Penguji
Bukan Pembimbing : **Dr. dr. Jhons Fatriyadi Suwandi, S.Ked., M.Kes.**



2. Dekan Fakultas Kedokteran



Prof. Dr. Dyan Wulan S.R.W, SKM., M.Kes.

NIP.197206281997022001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : **07 April 2022**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Astari Laras Pratiwi
Nomor Pokok Mahasiswa : 1658011030
Tempat Tanggal Lahir : Sekampung, 24 Maret 1998
Alamat : Jalan Melaris RT 06 RW 02 Negeri Jemanten
Kecamatan Marga Tiga Lampung Timur

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi dengan judul “ **Perbedaan Tingkat Pengetahuan, Personal Hygiene dan Upaya Kesehatan pada Penderita Pediculosis Capitis antara Pondok Pesantren Modern dan Pondok Pesantren Tradisional di Wilayah Puskesmas Sukaraja Tiga Lampung Timur**” adalah benar hasil karya penulis bukan menjiplak hasil karya orang lain. Jika kemudian hari ternyata ada hal yang melanggar ketentuan akademik universitas maka saya bersedia bertanggung jawab dan diberi sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya. Atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Bandar Lampung, 11 April 2022

Penulis

METERAI TEMPEL
041D7AJX618710196
Astari Laras Pratiwi

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Sekampung pada tanggal 24 Maret 1998 sebagai anak kedua dari pasangan bapak Mundlofar dan ibu Heni Rosmi. Riwayat pendidikan penulis dimulai dari Taman Kanak Kanak (TK) diselesaikan di TK Aba Aisyah pada tahun 2004, Sekolah Dasar (SD) penulis selesaikan di SD N2 Negeri Jemanten pada tahun 2010, Sekolah Menengah Pertama (SMP) penulis selesaikan di SMP N2 Marga Tiga pada tahun 2013, Sekolah Menengah Atas (SMA) penulis selesaikan di SMA YP Unila pada tahun 2016.

Pada tahun 2016, penulis diterima sebagai mahasiswi di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur mandiri.

Selama menjadi mahasiswi penulis pernah menjadi anggota organisasi LUNAR selama kurun waktu tahun 2017-2018 sebagai anggota aktif LUNAR.

Bismillahirrohmanirrohim....

**“Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada
kemudahan”(QS. Insyirah:6)**

Ucap syukur kupanjatkan kehadirat Allah SWT berkat limpahan cinta kasih
sayang dan karunianya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan

*Skripsi ini kupersembahkan kepada mama, alm.papa
dan kakak tercinta yang telah menjadi penyemangatku
selama ini sehingga aku berhasil menyelesaikan skripsi*

ini,

SAWACANA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat dan karunia-Nya sehingga skripsi yang berjudul “Perbedaan Tingkat Pengetahuan, Personal Hygiene dan Upaya Kesehatan pada Penderita Pediculosis Capitis antara Pondok Pesantren Modern dan Pondok Pesantren Tradisional di Wilayah Puskesmas Sukaraja Tiga Lampung Timur” ini dapat terselesaikan.

Dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan masukan, saran, bimbingan serta kritik dari berbagai pihak. Maka dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Karomani, M. Si selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Prof. Dr. Dyah Wulan S.R.W, SKM., M. Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
3. Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked, M.Kes selaku Pembimbing Utama yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta memberikan masukan dan dorongan kepada penulis;
4. dr. Ratna Dewi Puspita Sari, S.Ked, Sp.OG selaku Pembimbing Kedua yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta memberikan masukan dan dorongan kepada penulis. Terimakasih atas arahan serta masukan dalam proses penyusunan skripsi ini;

5. Dr. dr. Jhons Fatriyadi Suwandi, S.Ked, M.Kes selaku Pembahas yang telah bersedia meluangkan waktu, serta memberikan masukan, kritik dan saran dalam proses penyusunan skripsi ini;
6. Dr. dr. Susianti, M.Sc selaku Pembimbing Akademik yang telah membimbing dan memberikan masukan serta dorongan kepada penulis sejak awal penulis menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
7. Seluruh dosen Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu dan bimbingan yang telah diberikan selama proses perkuliahan;
8. Seluruh staff dan civitas akademik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung yang telah membantu proses penyusunan skripsi ini;
9. Seluruh pengurus serta santri di Pondok pesantren Bahirul Wahdah dan Hidayatul Mubdtadin yang telah membantu dalam proses penelitian penulis dan bersedia menjadi bagian dari skripsi ini sehingga skripsi ini bisa terselesaikan;
10. Terima kasih kepada mama (Heni Rosmi), alm.papa (Mundlofar), serta kakak (Ayuga Mentari) yang telah memberikan doa, perhatian, masukan, serta kritikan yang membangun selama ini sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini;
11. Terima kasih kepada seluruh teman teman TRIGEMINUS, yaitu teman teman seperjuanganku selama di Fakultas Kedokteran Unila yang tidak bisa kusebutkan namanya satu satu di halaman ini, karena kalian semua spesial di hati penulis.

Sekian ucapan terima kasih saya kepada orang orang yang saya anggap berkontribusi dalam membantu penyusunan skripsi saya selama ini. Penulis

menyadari jika dalam skripsi ini masih banyak kekurangan, namun penulis berharap jika skripsi ini akan memberikan manfaat bagi yang membacanya.

Bandar Lampung, 11 April 2022

Penulis,

Astari Laras Pratiwi

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR LAMPIRAN	v
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Pediculosis capitis.....	9
2.1.1. Definisi.....	9
2.1.2. Morfologi	9
2.1.3. Siklus Hidup.....	11
2.1.4. Patogenesis.....	11
2.1.5. Faktor risiko	13
2.1.6. Dampak Pediculosis Capitis.....	14
2.1.7. Gejala Klinis	15
2.1.8. Diagnosis.....	16
2.1.9. Diagnosis Banding	17
2.1.10. Penatalaksanaan	18
2.1.11. Pencegahan.....	20
2.2 <i>Personal Hygiene</i>	21
2.2.1. Definisi.....	21
2.2.2. Jenis Jenis <i>personal hygiene</i>	22
2.3 Pengetahuan	23
2.3.1 Definisi Pengetahuan	23
2.3.2 Faktor faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	25
2.4 Upaya Kesehatan	27
2.4.1. Definisi.....	27
2.4.2. Upaya Kesehatan Pesantren.....	28
2.5 Kerangka Pengetahuan	29
2.5.1. Kerangka Teori	29

2.5.2. Kerangka Konsep.....	30
2.6 Hipotesis Penelitian	31

BAB III METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian	31
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian.....	31
3.2.1 Waktu Penelitian	31
3.2.2 Tempat Penelitian.....	31
3.3. Populasi dan Sampel Penelitian.....	31
3.3.1 Populasi Penelitian	31
3.3.2 Sampel Penelitian.....	32
3.3.3 Besar Sampel.....	33
3.4. Variabel Penelitian.....	34
3.4.1 Variabel Bebas	34
3.4.2 Variabel Terikat	34
3.5. Definisi Operasional	35
3.6. Instrument Penelitian	36
3.7. Jenis Data.....	37
3.8. Cara Kerja	37
3.9. Uji Validitas dan Reabilitas	37
3.9.1 Uji Validitas	37
3.9.2 Uji Reabilitas.....	38
3.10. Pengolahan dan Analisis Data	38
3.10.1 Pengolahan Data.....	38
3.10.2 Analisis Data	39
3.11 Etika Penelitian	40
3.12 Cara Kerja	40
3.13 Alur Penelitian	42

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian	43
4.1.1. Analisis Univariat	44
4.1.2. Analisis Bivariat.....	48
4.2. Pembahasan.....	51

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan	56
5.2. Saran.....	57

DAFTAR PUSTAKA	58
-----------------------------	-----------

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
1. Tabel Identifikasi variabel dan definisi operasional		37
2. Tabel distribusi penderita pediculosis capitis pada pondok pesantren tradisional		46
3. Tabel distribusi penderita pediculosis capitis pada pondok pesantren modern.....		46
4. Tabel hasil pondok pesantren modern variabel tingkat pengetahuan		47
5. Tabel hasil pondok pesantren modern variabel <i>personal hygiene</i>		47
6. Tabel hasil pondok pesantren modern variabel upaya kesehatan		48
7. Tabel hasil pondok pesantren tradisional variabel tingkat pengetahuan		49
8. Tabel hasil pondok pesantren tradisional variabel <i>personal hygiene</i>		49
9. Tabel hasil pondok pesantren tradisional variabel upaya kesehatan.....		50
10. Tabel perbandingan pengetahuan pesantren modern dan tradisional		50
11. Tabel perbandingan <i>personal hygiene</i> pesantren modern dan tradisional		51
12. Tabel perbandingan upaya kesehatan pesantren modern dan tradisional		52

DAFTAR GAMBAR

Gambar	
1. Morfologi <i>Pediculus humanus var. capitis</i>	10
2. Siklus hidup dari <i>Pediculus humanus var. capitis</i>	12
3. Gambaran Klinis	16
4. Kerangka Teori.....	29
5. Kerangka Konsep	30
6. Alur Penelitian	42

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. *Informed Consent*
- Lampiran 2. Kuesioner
- Lampiran 3. Data Hasil Penelitian
- Lampiran 4. Penelitian di Pondok Pesantren
- Lampiran 5. Surat Etika Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah kesehatan yang paling banyak diderita oleh anak-anak salah satunya adalah *Pediculosis capitis*, yang tersebar di negara maju maupun negara berkembang. Rentang usia anak-anak yang menderita infestasi *pediculosis capitis* yakni antara usia 3-11 tahun dan menurut penelitian, penyakit *pediculosis* sendiri prevalensinya banyak berkembang di negara berkembang dibandingkan negara maju (Moosazadeh et al., 2015). Penyakit ini sendiri tergolong dalam penyakit yang sering kali diabaikan (*neglected disease*) dan menjadi penyakit yang sangat erat kaitannya dengan tingkat *personal hygiene* yang buruk (Maryanti et al., 2018). Di negara maju contohnya Amerika Serikat, prevalensi infestasi *Pediculosis capitis* sendiri terdapat 6 sampai 12 juta orang yang terkena. Di negara berkembang, prevalensi *Pediculosis capitis* terdapat di Malaysia sebanyak 35 %, Taiwan 40 %, Thailand 23,48%, dan India 16,59 %. Di Indonesia sendiri sebanyak 15 % dari anak yang masih dalam tahap usia belajar menderita *Pediculosis capitis* (Rassami W, 2012).

Efek yang ditimbulkan dari adanya *pediculosis capitis*, yaitu timbulnya pruritus atau rasa gatal yang tidak tertahankan pada daerah kepala, temporal maupun

pembesaran kelenjar getah bening regional di daerah oksiput. Penyakit ini dapat menyebar melalui transmisi langsung kontak dari kepala ke kepala orang lain (*Head to Head*) yang terinfeksi pediculosis. Akibat dari gatal yang disebabkan oleh infestasi *Pediculosis capitis* ini sendiri membuat orang yang terinfeksi berusaha menghilangkan rasa gatal tersebut dengan cara menggaruknya. Garukan yang cukup keras akan menimbulkan ekskoriasi, erosi dan jika terus berkelanjutan akan menimbulkan infeksi sekunder (Handoko, 2016).

Jika infestasi *pediculosis capitis* dibiarkan akan semakin berkembang menjadi infestasi kronik. Infestasi kronik yang terjadi di kalangan anak-anak pada usia sekolah akan menyebabkan anemia, yang akan membuat anak-anak menjadi tidak konsentrasi dalam belajar, terganggunya fungsi kognitif serta sering lesu dan gampang mengantuk. Karena sulitnya konsentrasi dalam belajar, maka akan menimbulkan efek negative bagi anak yaitu menurunnya prestasi di sekolah serta menimbulkan rasa malu bagi anak karena menderita penyakit ini (Stone et al, 2012).

Beberapa faktor risiko yang berkaitan dengan infestasi *pediculosis* sendiri berkaitan dengan *personal hygiene* yang buruk, tingkat pendidikan, tingkatan sosial ekonomi, jenis kelamin, usia, serta kepadatan hunian. Berdasarkan penelitian perempuan lebih banyak menderita *pediculosis capitis* dibandingkan laki-laki. Pada stigma sosial ekonomi sendiri, penyakit *pediculosis* masih erat kaitannya dengan ekonomi kelas bawah dan lingkungan yang kumuh dan padat penghuninya (Oh et al., 2010).

Pada tingkatan pendidikan, para orang tua yang tingkat pendidikannya lebih tinggi dianggap dapat lebih mengetahui tentang *Pediculosis capitis* dibandingkan yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Karena faktor pendidikan orang tua sangat berpengaruh juga terhadap pengetahuan terhadap penyakit *Pediculosis* sendiri, akan berpengaruh juga terhadap pengetahuan penyakit ini oleh anaknya. Pengaruh *personal hygiene* yang buruk juga berperan dalam penyebaran penyakit ini, seperti seringnya bertukar sisir dengan sisir penderita *Pediculosis capitis* dan jarang membersihkan rambut (Hardiyanti, 2015).

Upaya kesehatan perlu dilakukan dalam mencegah penyakit *pediculosis capitis* ini sendiri. Upaya kesehatan sendiri merupakan kegiatan untuk memelihara serta meningkatkan kesehatan dengan tujuan menciptakan derajat kesehatan yang optimal untuk masyarakat. Upaya kesehatan meliputi pemeliharaan, peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*), dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan (Kementrian Kesehatan, 2013).

Pencegahan primer yang dapat dilakukan salah satunya adalah dengan menjaga *personal hygiene*, yang merupakan pencegahan yang spesifik serta aspek penting bagi individu dalam mempertahankan kesehatan fisiknya. *Personal hygiene* sendiri merupakan perilaku dan kebiasaan dari individu dalam merawat diri demi mempertahankan kesehatan. *Personal hygiene* juga dapat membantu dalam meminimalkan masuknya suatu mikroorganisme serta dapat juga mencegah

penyakit menular seperti contohnya penyakit kulit, infeksi, penyakit di saluran pencernaan serta mulut dan mencegah timbulnya jamur. Jika kurang dalam menjaga *personal hygiene* dan kebersihan lingkungan, maka akan menimbulkan risiko penyakit bagi tubuh individu, memudahkan anggota tubuh terserang penyakit seperti di kepala maupun kulit dan anggota tubuh lainnya (Ohio Departement of Health, 2014).

Penyakit *Pediculosis capitis* sering menyerang hunian yang padat penghuninya, seperti asrama, pondok pesantren, dan panti asuhan. Kepadatan hunian merupakan salah satu indikator kualitas hidup karena mempengaruhi keamanan dan kesehatan hunian bagi anggota rumah tangga. Rumah atau hunian yang terlalu padat penghuninya akan meningkatkan resiko berbagai penyakit dan mempermudah penyebaran penyakit antara penghuni rumah tangga maupun hunian (Kementrian Kesehatan, 2013).

Pondok pesantren menurut Imam Zarkasyi, secara definitif mengartikan sebagai lembaga pendidikan Islam dengan sistem asrama atau pondok, di mana kyai sebagai figur sentralnya, mesjid sebagai pusat kegiatan yang menjiwalkannya, dan pengajaran agama Islam dibawah bimbingan kyai yang diikuti santri sebagai kegiatan utamanya (Amir Hamzah W,et al,1996). Secara umum pondok pesantren dibagi menjadi dua yaitu pondok pesantren tradisional (salafi) dan pondok pesantren modern (khalafi). Pesantren tradisional mengajarkan pengajaran kitab-kitab islam klasik sebagai inti pendidikannya, tanpa mengenalkan pengajaran pengetahuan umum. Sedangkan pesantren modern telah memasukkan pengajaran

pengetahuan umum dalam madrasah-madrasah yang dikembangkan atau membuka tipe-tipe sekolah umum di dalam lingkungan pesantren, dengan metode pembelajaran menggunakan sistem klasikal. Dalam pondok pesantren modern sendiri diatur sistem asrama yang lebih tertata rapih, seperti contohnya dalam satu kamar pondok pesantren modern diatur untuk satu atau dua penghuni saja, sedangkan di dalam pondok pesantren tradisional tidak dibatasi penghuninya, dan biasanya tidur bersama bersama dalam satu ruangan. Karena sistem asrama inilah yang menjadi faktor risiko penyakit yang akan cepat menular pada para anggota pesantren sendiri, seperti contohnya penyakit pediculosis capitis, jika *personal hygiene* tidak dijaga di dalam pesantren sendiri serta kurangnya pengetahuan para santri terhadap penyakit ini sendiri.

Beberapa budaya pesantren masih terdapat tradisi bahwa sesama santri harus saling bertukar tempat tidur, handuk, sisir dan makanan serta tidak adanya perhatian yang baik dari pemilik, pengurus maupun pemerintah setempat dalam segi kebersihan lingkungan serta kesehatan akan mendukung tumbuhnya parasit seperti kutu, tungau dan tumbuhnya jamur (Andarmayo, 2013).

Berdasarkan permasalahan diatas perlu memperhatikan *personal hygiene*, upaya kesehatan yang dapat dilakukan untuk mencegah penyakit, kondisi lingkungan pondok pesantren, kepadatan hunian dan pengetahuan tentang *personal hygiene* seperti cara membersihkan kamar tidur (bantal, kasur harus sering dijemur dan selimut), membersihkan barang pribadi (sisir, rambut, kerudung) dan pengetahuan

tentang penyakit pediculosis kapitis agar penularannya dapat dicegah dan dapat diatasi mulai dari diri sendiri (Andarmayo, 2013).

Oleh karena itu, penulis ingin meneliti perbedaan tingkat pengetahuan, *personal hygiene* dan upaya kesehatan pada kejadian Pediculosis capitis antara pondok pesantren modern dan pondok pesantren tradisional.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang telah dijelaskan diatas, perumusan masalah dari penelitian ini yaitu mengenai “Apakah terdapat perbedaan tingkat pengetahuan, *personal hygiene* dan upaya kesehatan pada penderita pediculosis capitis antara pondok pesantren modern dan tradisional di wilayah Puskesmas Sukaraja Tiga Lampung Timur ? ”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan, *personal hygiene* dan upaya kesehatan pada penderita Pediculosis capitis di pesantren modern dan pesantren tradisional.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan pada santriwati penderita penyakit *Pediculosis capitis* di pesantren modern dan pesantren tradisional
2. Mengetahui perbedaan *personal hygiene* pada santriwati penderita penyakit *Pediculosis capitis* di pesantren modern dan pesantren tradisional.
3. Mengetahui perbedaan upaya kesehatan pada santriwati penderita penyakit *Pediculosis capitis* di pesantren modern dan pesantren tradisional.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Ilmu Pengetahuan

Di bidang ilmu pengetahuan, hasil penelitian ini bermanfaat dalam bidang ilmu parasitologi serta di bidang ilmu penyakit kulit dikarenakan penelitian yang sekarang dilakukan oleh peneliti mengenai penyakit *pediculosis capitis*, dapat bermanfaat bagi pembaca maupun penulis yang ingin mencari sumber mengenai penyakit *pediculosis*.

1.4.2 Bagi Peneliti

Manfaat yang dirasakan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti ini sendiri akan bermanfaat menambah wawasan peneliti tentang perbedaan tingkat pengetahuan, *personal hygiene* dan upaya kesehatan pada penderita penyakit *Pediculosis capitis* antara pondok pesantren modern dan tradisional.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Di kalangan masyarakat, hasil penelitian yang dilakukan tentang pediculosis capitis sangat bermanfaat karena mereka dapat mengetahui faktor faktor dan cara menanggulangi penyakit pediculosis capitis.

1.4.4 Bagi Santri

Hasil dari penelitian ini tentunya juga akan bermanfaat bagi kalangan santri karena akan menambah wawasan mengenai cara menjaga kebersihan diri atau *personal hygiene* dan para santri dapat mengetahui informasi lebih banyak mengenai penyakit pediculosis capitis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pediculosis capitis

2.1.1 Definisi

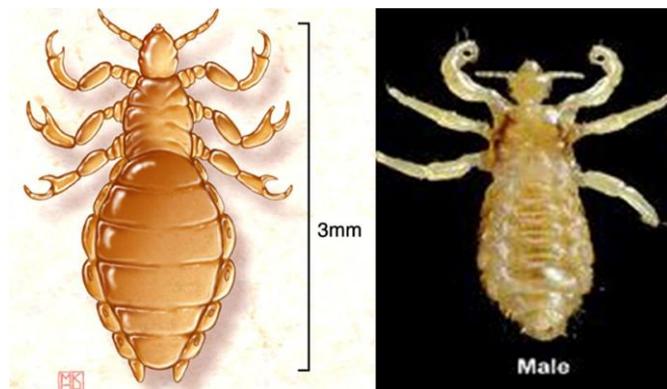
Pediculosis capitis merupakan penyakit kulit kepala akibat infestasi tungau yang merupakan spesies dari *Pediculus Humanus Var. Capitis* (Eliska N. et al, 2015). *Pediculus humanus var. Capitis* atau kutu kepala memiliki ciri-ciri yaitu suka memakan darah, tidak mempunyai sayap, serta daur hidupnya tidak berkaitan dengan hewan dan selalu terkait dengan manusia (Natadisastra D., 2009).

2.1.2 Morfologi

Pediculus humanus capitis tergolong sebagai ektoparasit obligat yang bertahan hidup dengan memakan darah pada kepala inangnya. *Pediculus humanus capitis* mempunyai bentuk tubuh yang pipih dorso ventral, bersegmen dan mulutnya memiliki tusukkan untuk menghisap darah. Kaki kutu ada 3 pasang dan warnanya bervariasi, yaitu bisa kuning kecoklatan maupun putih abu-abu. Selain itu, *pediculus humanus* tidak

bisa terbang karena tak memiliki sayap, serta penjarannya yang hanya bisa lewat rambut yang dekat atau menempel dengan parasit (Stone Sp,*et. al*, 2012).

Parasit ini dibedakan menjadi jantan dan betina. Pada jantan dewasa biasanya bentuknya lebih kecil dibandingkan dengan yang betina. Kutu rambut betina dewasa ukuran panjangnya 1,2 – 3,2 mm dan lebar kurang lebih 1/2 panjangnya. Kaki yang dimiliki oleh jenis parasit ini digunakan untuk bergelantungan di area rambut. Karakteristik yang dimiliki oleh telur (*nits*) dari telur *Pediculus humanus var. capitis* ini yaitu mempunyai bentuk oval atau bulat lonjong dengan panjang telur sekitar 0,8 mm, warnanya bervariasi dari putih hingga kuning kecoklatan. Telur akan terlihat di sepanjang untai rambut dan mengikuti arah tumbuhnya rambut (Weems Hv, 2007).

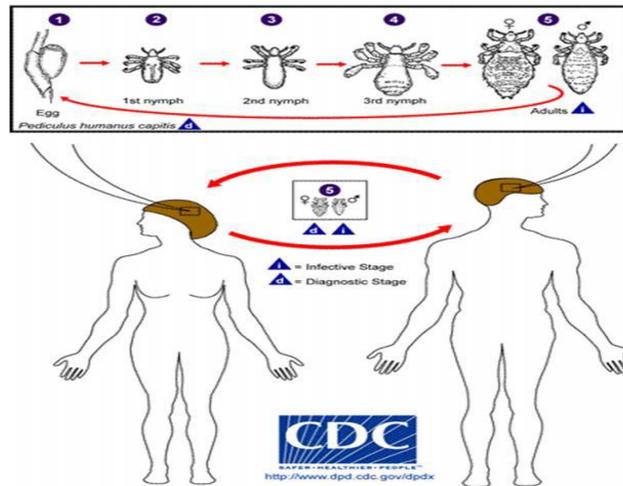


Gambar 1. Morfologi *Pediculus humanus var. capitis* betina (kiri) dan jantan dewasa (kanan) (Gunning K, 2012).

2.1.3 Siklus Hidup

Pediculus humanus var. capitis adalah antropoda yang hidup hanya pada host manusia. *Pediculus humanus var. capitis* mempunyai siklus hidup dengan metamorfosis tidak sempurna yakni dari telur – nimfa – dewasa. Siklus hidup kutu rambut menurut Sciscione dan Krause Parello dibagi menjadi tiga fase. Fase pertama yakni dimulai dari telur (nits). Telur akan sulit dibedakan dengan ketombe. Kutu betina dewasa meletakkan telurnya di pangkal batang rambut dengan diameter telurnya 6 mm. Fase kedua telur menetas lalu menjadi nimfa dan kurun waktu 5 – 10 hari setelah dikeluarkan oleh induknya. Setelah mengalami pergantian kulit sebanyak tiga kali, nimfa kemudian menjadi kutu rambut dewasa dalam waktu 7 – 12 hari. Kutu yang baru menetas akan berusaha mencari makan agar dapat bertahan hidup. Fase ketiga yakni kutu rambut dewasa akan tumbuh sebesar biji wijen dan mempunyai enam kaki untuk mencakar dan menempelkan kakinya di batang rambut. Kutu mampu bertahan hidup dalam kurun waktu 27 – 30 hari jika hidup di kepala manusia. Kutu rambut mampu bertahan hidup tanpa host selama 55 jam (Stone *et al*, 2012). Dalam beberapa penelitian, kutu yang tidak mendapatkan asupan makanan berupa isapan darah maupun tidak berada di kulit kepala dalam kurun waktu kurang dari 48 jam, maka kutu tidak akan bertahan hidup.

Telur yang tidak berada di rambut atau kulit kepala manusia, hanya dapat bertahan 1 minggu (Stone *et al*, 2012).



Gambar 2. Siklus hidup dari *Pediculus humanus var. capitis* (CDC, 2015).

2.1.4 Patogenesis

Kutu menyebar melalui kontak langsung maupun lewat barang pribadi individu yang menderita Pediculosis capitis seperti sisir, pakaian, *blow – dryer* serta aksesoris rambut. Kutu dapat bertahan hidup secara permanen, jika terus berada di kepala individu yang terinfestasi. Kutu dapat bertahan hidup 1 – 2 hari di luar habitatnya, bahkan bisa sampai 4 hari tergantung habitatnya. Kulit kepala yang gatal diakibatkan dari gigitan kutu yang dipengaruhi air liur dan ekskreta yang masuk sewaktu menghisap darah (Stone *et al*, 2012).

2.1.5 Faktor risiko yang Mempengaruhi Kejadian Pediculosis capitis

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya Pediculosis capitis:

1. Usia, terutama pada kelompok umur 3-11 tahun (Meinking & Buckhart, 2008).
2. Jenis kelamin, perempuan lebih sering terkena penyakit Pediculosis capitis karena perempuan hampir semuanya memiliki rambut yang lebih panjang dari pada laki – laki (Stone et al, 2012).
3. Menggunakan tempat tidur atau bantal bersama (Stone et al, 2012)
4. Menggunakan sisir atau aksesoris rambut bersama, pada keadaan menggunakan sisir secara bersamaan akan membuat telur bahkan tungau dewasa menempel pada sisir maka akan tertular, begitu juga dengan aksesoris rambut seperti kerudung, bando dan pita (Natadistara *et al*, 2009).
5. Panjang rambut individu yang memiliki rambut yang lebih panjang biasanya lebih susah untuk dibersihkan dibandingkan individu dengan rambut pendek (Meinking & Buckhart, 2008).
6. Frekuensi seringnya mencuci rambut (Meinking & Buckhart, 2008).

7. Faktor ekonomi, tingkat sosial ekonomi yang rendah merupakan resiko yang signifikan dengan adanya infestasi kutu rambut dan ketidak mampuan untuk mengatasi infestasi secara efektif (Meinking & Buckhart, 2008).
8. Bentuk rambut individu, beberapa bentuk rambut seperti pada orang afrika – amerika memiliki bentuk rambut yang cenderung keriting sehingga kutu rambut kepala dewasa betina tidak dapat meletakkan telurnya di rambut (Meinking & Buckhart, 2008).

2.1.6 Dampak Pediculosis Capitis

Penyakit yang ditimbulkan dari infestasi *Pediculus humanus var.capitis* menimbulkan beragam dampak seperti dampak kesehatan serta dampak psikososial. Dampak dari kesehatan sendiri adalah efek yang ditimbulkan dari hisapan atau gigitan dari kutu yakni timbulnya rasa gatal pada kulit kepala. Infestasi yang cukup berat dari infestasi *Pediculus humanus capitis* dapat menimbulkan gejala lain selain rasa gatal, yaitu timbulnya anemia, lemah, lesu dan mempengaruhi performa belajar dan kemampuan kognitif anak (Seblova *et al*, 2013).

Rasa gatal yang berlebihan juga menimbulkan gangguan tidur pada individu yang terinfestasi *Pediculus humaous var.capitis*. Gangguan tidur yang ditimbulkan berupa gangguan tidur persisten, yakni dapat menurunkan daya konsentrasasi individu, prestasi belajar yang

menurun serta penurunan daya sensorik, motorik, dan kognitif penderita *Pediculosis capitis* (Seblova *et al*, 2013).

Dampak yang sering dialami oleh siswa yaitu seringnya terkena dampak psikis akibat penyakit ini. Penyakit *Pediculosis capitis* dapat membuat menurunnya prestasi belajar dari individu yang terinfeksi dikarenakan menurunnya konsentrasi dan kognitif akibat penyakit ini. Penyakit ini juga membuat anak merasa malu karena terisolasi dari anak lain karena bisa menulari individu yang lain dan sering dihubungkan sebagai penyakit untuk kalangan sosio ekonomi yang rendah (Seblova *et al*, 2013).

2.1.7 Gejala Klinis

Gigitan kutu rambut atau *Pediculus humanus var. capitis* dapat menyebabkan rasa gatal, yang merupakan gejala utama dari *Pediculosis capitis*. Ketika tuma atau kutu rambut menghisap darah, air liur yang dikeluarkan tuma akan menyebabkan kelainan pada kulit seperti papul berwarna merah, dan eritema yang disebabkan dari gigitan kutu rambut. Kelainan pada kulit kepala biasanya ditemukan di leher dan oksipital kepala (Stone *et al*, 2012).

Rasa gatal memicu individu untuk menggaruk kulit kepala, sehingga bisa menyebabkan terjadinya erosi, ekskoriasi, dan bisa berlanjut ke infeksi sekunder seperti adanya pus dan krusta. Infeksi yang lebih

berat yakni rambut akan melekat satu sama lain dan menggumpal. keadaan ini disebut sebagai *Plica palonica*. Beberapa individu ada yang mengeluhkan demam dan mengalami pembesaran kelenjar getah bening. Masa inkubasi sebelum terjadi gejala sekitar 4-6 minggu (Stone *et al*, 2012).



Gambar 3. Gambaran klinis berupa macula eritema pada kulit rambut (bawah) dan gambaran klinis ekskoriiasi pada kulit rambut dan terdapat telur kutu yang menempel (atas) (Stone *et al*, 2012).

2.1.8 Diagnosis

Diagnosis yang dapat menegakkan penyakit Pediculosis capitis, yaitu dengan menemukan *Pediculus humanus var.capitis* dewasa,telur dan nimfa dari rambut kepala.Paling mudah menemukan telur (nits) dan

bisa dijadikan sebagai marker atau tanda adanya kutu rambut dan dapat dengan mudah mendiagnosis penyakit ini (Djuanda, 2007).

Kutu rambut bisa ditemukan dengan menggunakan sisir serit. Tidak mudah untuk menemukan kutu rambut dewasa dikarenakan sifatnya yang tidak suka cahaya dan dapat bergerak 6 – 30 cm permenit. Ditemukannya kutu rambut dewasa merupakan pertanda adanya infeksi yang aktif (Stone *et al*, 2012).

Telur kutu rambut yang diletakkan di rambut oleh kutu rambut dewasa memiliki jarak dari kulit kepala sekitar kurang dari 5 mm. Telur sering kali ditemukan di daerah oksipital dan retroaurikular kepala dan apabila telur ditemukan 0,7 cm dari kulit kepala, bisa menjadi salah satu cara mendiagnosis penyakit *Pediculosis capitis*. Seiring dengan bertumbuhnya rambut, telur yang semakin matang akan terus menjauh dari pangkal rambut (Stone *et al*, 2012).

Telur dapat ditemukan dengan menggunakan metode pemeriksaan lampu wood untuk dapat menegaskan diagnosis. Pada pemeriksaan ini dapat terlihat telur dan kutu yang berwarna fluoresensi kuning kehijauan. Kadang ditemukan juga telur yang kosong sehingga harus lebih teliti dalam memeriksa karena dapat memberikan gambaran positif palsu terjadinya *Pediculosis capitis* (Stone *et al*, 2012).

2.1.9 Diagnosis Banding

Diagnosis banding dari penyakit yang mempunyai gejala mirip *Pediculosis capitis*, yaitu seperti penyakit kulit psoriasis, dermatitis seboroik, infeksi jamur (*Tinea capitis*) serta gigitan serangga. Pada penyakit psoriasis ditemukan gatal yang lebih ringan dari *Pediculosis capitis* dengan gambaran kulit dengan plak eritematosa berbatas tegas dan tertutup oleh skuama kasar yang berwarna putih keperakan (Djuanda, 2007).

Penyakit dermatitis seboroik adalah penyakit eritroskuamosa kronis yang biasa ditemukan pada anak-anak dan orang dewasa. Penyakit ini ditandai dengan adanya kelainan kulit seperti banyak folikel sebacea dan kelenjar sebacea aktif yang banyak di area tubuh seperti kepala, wajah, telinga, badan bagian atas dan bagian lipatan tubuh seperti aksila, inguinal, dan inframamae. Pada penyakit ini juga terdapat gatal yang menyerang (Collins, *et al*, 2012).

Penyakit *Tinea capitis* merupakan infeksi dermatofita yang sering menyerang scalp dan rambut kepala, dengan gejala klinis berupa kebotakan parsial atau bisa seluruhnya. Terdapat juga kelainan lesi berupa papul eritem dengan sisik halus yang warnanya putih kelabu (Nasution MA, 2004).

2.1.10 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan bertujuan untuk memusnahkan semua kutu dan telur kutu rambut dewasa serta infeksi yang mengikutinya yakni infeksi sekunder. Pegobatan yang bisa dilakukan untuk penyakit ini bisa menggunakan metode kimiawi maupun fisik. Pada metode kimiawi bisa menggunakan pedikulisida maupun insektisida. Insektisida mudah digunakan dan hasilnya lebih efektif, namun dengan efek samping yang tidak disadari saat pemakaian insektisida serta resistensi kutu rambut terhadap beberapa insektisida. Metode fisik menggunakan sisir serit, mencukur rambut agar terhindar dari infestasi dan membantu obat topikal supaya bekerja lebih baik tanpa terhalang rambut (Burns DA, 2004).

Terapi pilihan untuk penyakit Pediculosis capitis bisa menggunakan berbagai macam obat, yaitu bisa menggunakan obat topikal yang mengandung malathion 0,5 % atau 1 % dalam bentuk spray atau lotion. Cara pemakaian yaitu sebelum tidur malam cuci rambut dengan shampoo, kemudian pakaikan lotion malathion dan kemudian pakaikan penutup kepala berupa kain setelah pemakaian. Pagi harinya cuci kembali rambut dengan shampo lalu disisir dengan sisir halus dan rapat (serit). Pengobatan ini bisa diulang lagi seminggu kemudian, jika masih terdapat kutu atau telur. Obat tersebut sukar didapat. (Handoko, 2016).

Di Indonesia obat yang mudah didapat dan cukup efektif ialah krim gamabenzen heksa klorida (gameksan = gammexane) 1%. Cara pemakaiannya setelah dioleskan lalu didiamkan selama 12 jam, kemudian dicuci dan disisir dengan serit agar semua kutu dan telur bisa terlepas. Jika masih terdapat telur, seminggu kemudian diulangi lagi dengan cara yang sama. Obat lain ialah emulsi benzil bemzost 25%, dipakai dengan cara yang sama (Handoko, 2010).

Pada Infeksi sekunder terlebih dahulu diobati dengan antibiotic sistemik dan topikal seperti Eritromisin, Cloxacilin dan Cephalexin kemudian diikuti dengan obat diatas dalam bentuk *shampoo* (Djuanda, 2007).

2.1.11 Pencegahan

Terdapat dua metode pencegahan pediculosis capitis yaitu mencegah penularan yang langsung dan tidak langsung :

1. Metode pencegahan penularan kontak langsung: Menghindari adanya kontak langsung rambut dengan rambut ketika bermain dan beraktivitas dirumah, sekolah, dan dimanapun.
2. Metode pencegahan penularan tidak langsung :
 - 1) Tidak menggunakan pakaian seperti topi, scarf, jaket, kerudung, kostum olahraga, ikat rambut secara bersamaan.
 - 2) Tidak menggunakan sisir, sikat, handuk secara bersamaan.
Apabila ingin memakai sisir atau sikat dari orang yang

terinfeksi dapat melakukan desinfeksi sisir dan sikat dengan cara direndam di air panas sekitar 130F selama 5-10 menit.

- 3) Mencuci dan menjemur pakaian, perlengkapan tempat tidur, karpet, dan barang-barang lain.
- 4) Menyapu dan membersihkan lantai dan perabotan lainnya (CDC, 2013).

2.2 Personal Hygiene

2.2.1 Definisi

Personal hygiene merupakan cara perawatan diri seseorang untuk memelihara kesehatan mereka. Pemeliharaan hygiene perorangan diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, kesehatan (Potter dan Perry, 2012). Pendapat lain mengatakan *personal hygiene* merupakan perawatan diri untuk mempertahankan kesehatan diri baik secara fisik maupun psikologis (Hidayat, 2010).

Personal hygiene berasal dari bahasa Yunani yaitu *personal* yang artinya perorangan dan *hygiene* berarti sehat. Kebersihan perorangan adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Andarmayo, 2013).

2.2.2 Jenis - jenis *personal hygiene*

a. Perawatan kulit

Kulit merupakan organ aktif yang memiliki fungsi sebagai pelindung, sekresi, ekskresi, pengaturan temperature dan sensasi. Kulit punya tiga lapisan utama yaitu epidermis, dermis dan subkutan. Kebersihan kulit merupakan cerminan kesehatan yang paling pertama memberikan kesan. Dalam memelihara kebersihan kulit, kebiasaan yang sehat harus selalu diperhatikan seperti mandi minimal dua kali sehari, menggunakan barang keperluan sehari hari milik sendiri, menjaga kebersihan pakaian serta lingkungan dan makan makanan yang bergizi (Potter dan Perry, 2012).

b. Perawatan Tangan

Seperti kulit, tangan juga harus dirawat dan ini semua tidak terlepas dari kebersihan lingkungan sekitar dan kebiasaan hidup sehari hari. Tangan yang bersih menghindarkan kita dari berbagai penyakit. Tangan yang kotor dapat meyebabkan bahaya terkontaminasi dan bisa menimbulkan penyakit. Untuk menghindari bahaya kontaminasi maka harus membersihkan tangan sebelum dan sesudah melakukan aktifitas.

Tangan paling banyak berkontak langsung dengan apapun yang diluar sana. Tangan digunakan untuk menyentuh rambut, hidung, mulut makanan serta minuman (Potter dan Perry, 2012).

c. Perawatan Rambut

Rambut yang terpelihara dengan baik akan membuat bersih dan indah sehingga akan menimbulkan kesan bersih dan tidak berbau. Dengan selalu memelihara kebersihan rambut dan kulit kepala, maka perlu memperhatikan kebersihan rambut dengan mencuci rambut sekurang-kurangnya 2 kali seminggu, mencuci rambut memakai *shampo* atau bahan pencuci rambut lainnya, dan sebaiknya menggunakan alat-alat pemeliharaan rambut sendiri. (Potter dan Perry, 2012).

d. Kebersihan gigi

Menggosok gigi dengan teratur dan baik akan menguatkan dan membersihkan gigi sehingga terlihat bersih. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menjaga kesehatan gigi adalah menggosok gigi secara benar dan teratur dianjurkan setiap sehabis makan, memakai sikat gigi sendiri, menghindari makan-makanan yang merusak gigi, membiasakan makan buah-buahan yang menyehatkan gigi dan memeriksa gigi secara teratur (Potter dan Perry, 2012).

2.3 Pengetahuan

2.3.1 Definisi pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh

melalui mata dan telinga. (Notoatmodjo, 2012). Tingkat pengetahuan menurut Notoatmodjo (2012) memiliki enam tingkatan, yaitu:

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, 'tahu' ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

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

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan bukum-bukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konleks atau situasi lain.

4. Analisis (*analysis*)

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

5. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan jastifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan sesuatu yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria kriteria yang telah ada.

6. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menggabungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

2.3.2 Faktor faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu :

1. Faktor Internal

a) Usia

Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja dari segi kepercayaan masyarakat yang lebih dewasa akan lebih percaya dari pada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman jiwa (Nursalam, 2011).

b) Pengalaman

Pengalaman merupakan guru yang terbaik, pepatah tersebut bisa diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan cara untuk memperoleh suatu kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun

dapat dijadikan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan persoalan yang dihadapi pada masa lalu (Notoadmodjo, 2012).

c) Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya semakin pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan (Nursalam, 2011).

d) Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung (Notoadmodjo, 2012).

e) Jenis Kelamin

Istilah jenis kelamin merupakan suatu sifat yang melekat pada kaum laki-laki maupun perempuan yang dikonstruksikan secara sosial maupun kultural (Notoadmodjo, 2012).

2. Faktor eksternal

a) Informasi

informasi merupakan fungsi penting untuk membantu mengurangi rasa cemas. Seseorang yang mendapat informasi akan mempertinggi tingkat pengetahuan terhadap suatu hal menurut Long (1996) dalam Nursalam dan Pariani (2010).

b) Lingkungan

Hasil dari beberapa pengalaman dan hasil observasi yang terjadi di lapangan (masyarakat) bahwa perilaku seseorang termasuk terjadinya perilaku kesehatan, diawali dengan pengalaman-pengalaman seseorang serta adanya faktor eksternal (lingkungan fisik dan non fisik) (Notoatmodjo, 2012).

c) Sosial budaya

Semakin tinggi tingkat pendidikan dan status sosial seseorang maka tingkat pengetahuannya akan semakin tinggi pula (Notoatmodjo, 2012).

2.4 Upaya Kesehatan

2.4.1 Definisi

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat (Kementrian Kesehatan, 2013).

2.4.2 Upaya Kesehatan Pesantren

Pemberdayaan masyarakat di Pondok Pesantren merupakan upaya fasilitasi, agar warga pondok pesantren mengenal

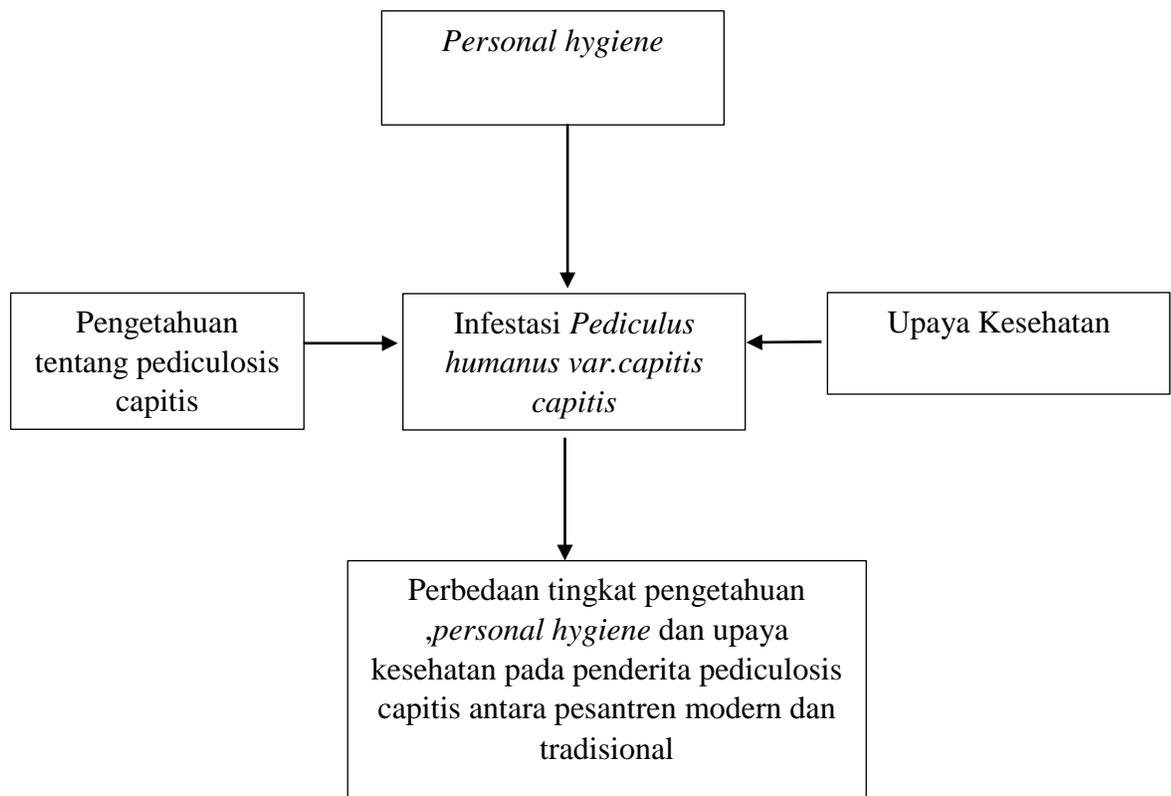
masalah yang dihadapi, merencanakan dan melakukan upaya pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat sesuai situasi, kondisi dan kebutuhan setempat. Upaya fasilitasi tersebut diharapkan pula dapat mengembangkan kemampuan warga pondok pesantren untuk menjadi perintis/pelaku dan pemimpin yang dapat menggerakkan masyarakat berdasarkan asas kemandirian dan kebersamaan (Kementrian Kesehatan, 2013).

Kegiatan yang dilakukan dalam pengelolaan Poskestren, lebih diutamakan dalam hal pelayanan *promotif* (peningkatan kesehatan) dan *preventif* (pencegahan), tanpa mengabaikan aspek *kuratif* (pengobatan) dan *rehabilitatif* (pemulihan kesehatan), yang dilandasi semangat gotong royong dengan pembinaan oleh Puskesmas setempat. Pondok Pesantren merupakan salah satu bentuk lembaga pendidikan keagamaan yang tumbuh dan berkembang dari oleh dan untuk masyarakat yang berperan penting dalam pengembangan sumber daya manusia, diharapkan para santri dan para pemimpin serta pengelola pondok pesantren tidak saja mahir dalam aspek pembangunan moral dan spiritual dengan intelektual yang bernuansa agamis, namun dapat pula menjadi penggerak/motor motivator dan inovator dalam pembangunan kesehatan, serta menjadi teladan dalam

berperilaku hidup bersih dan sehat bagi masyarakat sekitar
(Kementrian Kesehatan, 2013).

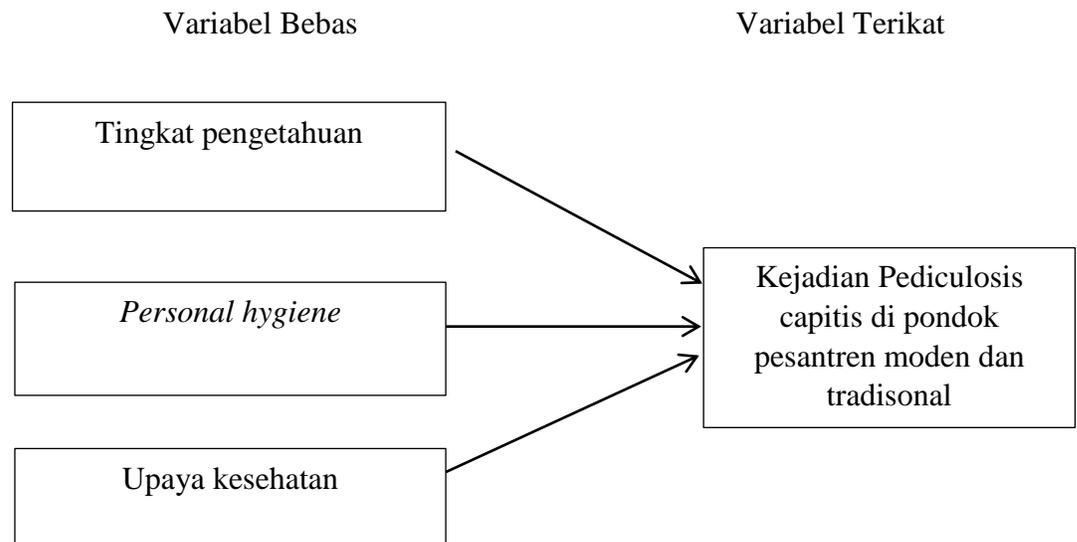
2.5 Kerangka Pengetahuan

2.5.1 Kerangka Teori



Gambar 4. Kerangka Teori

2.5.2 Kerangka Konsep



Gambar 5. Kerangka Konsep

2.6 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini adalah terdapat perbedaan antara tingkat pengetahuan, *personal hygiene*, dan upaya kesehatan pada penderita pediculosis capitis antara pondok pesantren modern dan pondok pesantren tradisional di wilayah Puskesmas Sukaraja Tiga Lampung Timur.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan model jenis penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei – Juni 2021

3.2.2 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Pondok Pesantren Bahirul Wahdah, dan Pondok Pesantren Hidayatul Mubtadin wilayah Puskesmas Sukaraja Tiga Lampung Timur.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah santriwati yang terdapat di Pondok Pesantren Bahirul Wahdah dan Pondok Pesantren Hidayatul Mubtadin di wilayah Puskesmas Sukaraja Tiga Lampung Timur, yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, yaitu :

a. Kriteria Inklusi

~ Semua santriwati di Pondok Pesantren Bahirul Wahdah dan Pondok Pesantren Hidayatul Mubtadin di wilayah Puskesmas Sukaraja Tiga Lampung Timur yang bersedia menjadi subjek penelitian.

~ Santriwati yang telah mendapatkan pembelajaran dan penjelasan mengenai penelitian yang akan dilakukan serta telah menandatangani *informed consent*.

~ Santriwati yang mendapatkan pengobatan penyakit pediculosis capitis serta menunjukkan gejala pediculosis capitis.

b. Kriteria Eksklusi

Santri yang tidak mengisi kuesioner secara lengkap dan tidak bersedia mengisi informed consent dan kuesioner.

3.3.2 Sampel Penelitian

Metode pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling*.

(Notoadmodjo, 2010).

3.3.3 Besar Sampel

Rumus:

$$n1 = n2 = 2 \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta)Sd}{x1 - x2} \right]^2$$

Penelitian ini dihitung menggunakan sampel Dahlan 2010

Keterangan :

n1= Besar kelompok control

n2= Besar kelompok perlakuan

Z α = Derivat baku alfa (kesalahan tipe 1)

Z β = Derivat baku beta (kesalahan tipe 2)

Sd= Simpang baku

x1-x2= Selisih minimal rerata yang dianggap bermakna.

$$X1=60, X2=50$$

Perhitungan Sampel : Z α = 1,96 (α = 0,05)

$$Z\beta = 0,842 (\beta = 0,2)$$

$$n1 = n2 = 2 \left[\frac{(1,96 + 0,842) 10}{60 - 50} \right]^2$$

$$n1 = n2 = 15,8$$

Berdasarkan perhitungan besar sampel, jumlah subjek yang dibutuhkan adalah 16 orang. Apabila diperkirakan terdapat drop out dalam penelitian sebesar 10% (0,1), maka besar sampel dengan drop out dihitung dengan rumus :

$$n_{do} = \frac{n}{1 - do}$$

$$n_{do} = \frac{15,702}{1 - 0,1}$$

$$n_{do} = 17,447 \approx 18$$

Berdasarkan perhitungan sampel di atas, didapatkan sampel masing masing kelompok sebanyak 18 orang.

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel Bebas

Variabel dalam penelitian ini yaitu tingkat pengetahuan, *personal hygiene*, dan upaya kesehatan.

3.4.2 Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kejadian *Pediculosis capitis* pada pondok pesantren tradisional, yaitu Pondok pesantren Bahirul Wahdah dan pondok pesantren modern, yaitu Pondok pesantren Hidayatul Muhtadin di wilayah Puskesmas Sukaraja Tiga Lampung Timur.

3.5 Definisi Operasional Tabel

Untuk memudahkan pelaksanaan dari penelitian yang akan dilaksanakan serta memfokuskan suatu penelitian ke masalah utama, maka dibuatlah tabel definisi operasional berikut ini :

Tabel 1. Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
Variabel Bebas				
1.Tingkat Pengetahuan	Pengetahuan merupakan segala sesuatu yang diketahui oleh responden mengenai Pediculosis capitis, definisi, tanda dan gejala, cara penularan, cara pencegahan, dan faktor penyebab dari Pediculosis capitis.	Kuesioner dengan skala ordinal.	Pengisian kuesioner oleh responden. Jawaban yang dijawab akan diberikan skor berdasarkan : Benar :Skor 1 Salah : Skor 0	Baik : bila nilai > 70% Kurang : bila nilai < 70 %
2. <i>Personal Hygiene</i>	Kebersihan perorangan adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik	Kuesioner dengan skala ordinal	pengisian kuesioner Jawaban yang dijawab akan diberikan skor berdasarkan : Benar :Skor 1 Salah : Skor 0	Baik, jika >70% Kurang, jika < 70 % jawaban benar

dan psikis
(Wartonah, 2003).

3.Upaya Kesehatan	Upaya kesehatan merupakan kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat (Kementrian kesehatan, 2013).	Kuesioner dengan skala ordinal	Pengisian Kuesioner Jawaban yang dijawab akan diberikan skor berdasarkan : Benar :Skor 1 Salah : Skor 0	Upaya Kesehatan baik, jika > 70 % jawaban benar Upaya Kesehatan kurang, jika < 70 % jawaban benar
-------------------	--	--------------------------------	---	---

Variabel Terikat

1.Kejadian Pediculosis Capitis	Infeksi kulit atau rambut kepala yang disebabkan oleh infestasi <i>Pediculus humanus var.capitis</i> (Djuanda, 2007).	Kuesioner dan anamnesis	Pengisian Kuesioner	Jika ya = 1 Jika tidak = 0
--------------------------------	---	-------------------------	---------------------	-------------------------------

3.6 Instrument Penelitian

- a) *Informed Consent*
- b) Kuesioner

Alat penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah daftar pertanyaan alat tulis, media promosi kesehatan tentang *personal hygiene*, pengetahuan tentang pediculosis capitis dan upaya kesehatan di lingkungan pesantren,

komputer dan proyektor. Sumber dari kuesioner ini berasal dari skripsi Ansyah tahun 2013, skripsi Ika tahun 2014, dan skripsi dari Achmad tahun 2013.

3.7 Jenis Data

Jenis data yang dikumpulkan berupa data primer dengan cara pengisian kuesioner dan dalam pengisian kuesioner dipandu oleh peneliti.

3.8 Cara Kerja

Penelitian ini dilakukan pada santriwati di Pondok Pesantren Bahirul Wahdah dan Pondok Pesantren Hidayatul Muhtadin wilayah Puskesmas Sukaraja Tiga Lampung Timur. Kemudian dilakukan permintaan persetujuan penelitian (informed consent) dan diberikan lembar kuisisioner dimana pengisiannya dipandu oleh peneliti.

Bentuk kuesioner yang digunakan sebagai alat pengumpul adalah bentuk multiple choice yang mana dari pertanyaan yang ada responden bisa memilih jawaban sesuai dengan pendapatnya. Kemudian dilanjutkan dengan penyuluhan mengenai pengetahuan tentang penyakit kutu rambut dan cara pencegahannya serta cara penatalaksanaannya.

3.9 Uji Validitas dan Reabilitas

3.9.1 Uji Validitas

Pengujian validitas ini dibantu dengan menggunakan program komputer yaitu *SPSS for Windows* Versi 17.0. Jika nilai koefisien korelasi pearson

dari suatu pertanyaan tersebut berada di atas nilai r tabel, maka pertanyaan tersebut valid. Berdasarkan hasil perhitungan validitas, didapatkan data valid p -value pada variabel tingkat pengetahuan, pada variabel *personal hygiene* dan variabel upaya kesehatan yaitu $< 0,05$

3.9.2 Uji Reabilitas

Uji reabilitas ini menggunakan metode belah dua (*split half*) dengan mengkorelasikan total skor ganjil laan genap, selanjutnya dihitung reliabilitasnya menggunakan rumus “*Alpha Cronbach*”. Penghitungan dilakukan dibantu dengan program komputer yaitu SPSS. Jika nilai alpha lebih dari r tabel, maka pertanyaan tersebut *reliable*.

3.10 Pengolahan dan Analisis Data

3.10.1 Pengolahan Data

Data yang diperoleh dari proses pengumpulan data kemudian diolah dengan menggunakan program statistik komputer. Tahap-tahap pengolahan data adalah sebagai berikut:

- a. *Editing*, untuk meneliti kembali formulir data dan untuk memeriksa kembali data yang terkumpul apakah sudah lengkap, terbaca dengan jelas, tidak meragukan, terdapat kesalahan atau tidak dan sebagainya.
- b. *Coding*, untuk menerjemahkan data yang dikumpulkan selama penelitian ke dalam simbol yang cocok untuk keperluan analisis.

- c. *Data entry*, memasukkan data ke dalam komputer.
- d. *Verifikasi*, melakukan pemeriksaan secara visual terhadap data yang telah dimasukkan ke komputer.
- e. Output komputer, hasil analisis yang telah dilakukan komputer kemudian dicetak.

3.10.2 Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan software pengolah data. Analisis yang dilakukan dalam penelitian ini adalah :

a. Analisis Data Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan distribusi frekuensi setiap variabel penelitian. Seluruh data pada kuesioner diolah serta disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Variabel yang dianalisis yaitu karakteristik subjek penelitian, distribusi tingkat pengetahuan, *personal hygiene* dan upaya kesehatan sebagai variabel bebas serta kejadian *Pediculosis capitis* sebagai variabel terikat.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah untuk melihat hubungan bermakna antara variabel bebas dan variabel terikat. Analisis ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan,

personal hygiene dan upaya kesehatan pada penderita pediculosis capitis antara pondok pesantren modern dan pondok pesantren tradisional di wilayah Puskesmas Sukaraja Tiga Lampung Timur. Analisis bivariat digunakan untuk mencari hubungan dan membuktikan hipotesis dua variabel. Uji statistik yang digunakan adalah uji statistik non parametrik yaitu uji *Chi Square*.

3.11 Etika Penelitian

Penelitian ini telah diajukan ke Komisi Etik Fakultas Kedokteran dan disetujui dengan dikeluarkan surat dengan nomor surat No. 1843/UN26.18/PP.05.02..00/2021

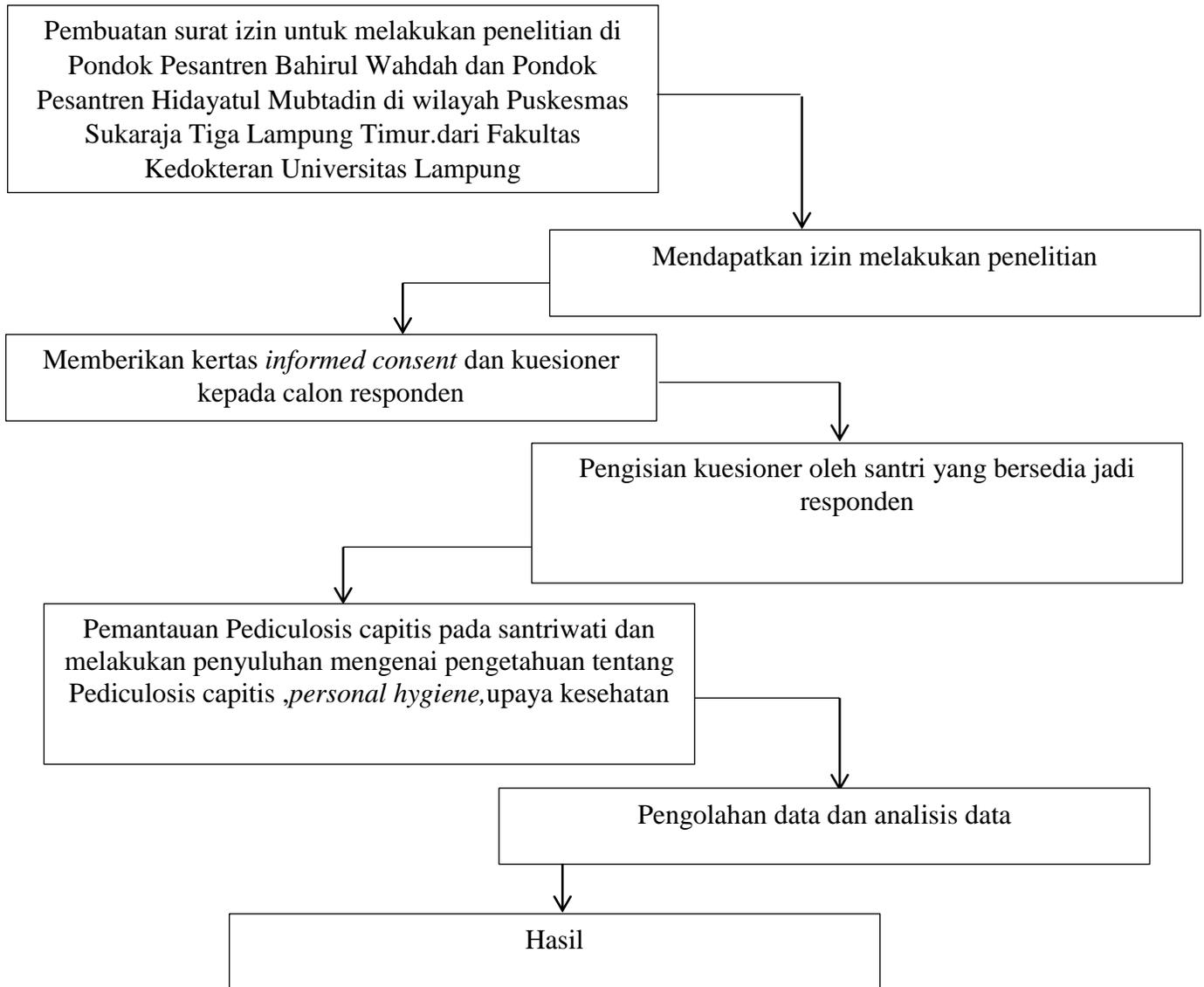
3.12 Cara Kerja

Penelitian ini dilakukan pada santriwati di pondok pesantren modern dan tradisional. Pondok pesantren tradisional bernama pondok pesantren Bahirul Wahdah dan pondok pesantren modern bernama Hidayatul Mubtadin. Dilakukan permintaan persetujuan penelitian (*informed consent*) dan diberikan lembar kuisisioner dimana pengisiannya dipandu oleh peneliti.

Bentuk kuisisioner berupa *multiple choice* yang digunakan sebagai alat pengumpul yang mana dari pertanyaan yang ada

dan responden bisa memilih jawaban sesuai dengan pendapatnya.

3.13 Alur Penelitian



Gambar 6. Alur Penelitian

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa:

1. Tidak terdapat perbedaan yang bermakna tingkat pengetahuan santriwati pesantren tradisional dan modern ($p = 0,729$).
2. Tidak terdapat perbedaan yang bermakna *personal hygiene* santriwati pesantren tradisional dan modern ($p = 0,729$).
3. Tidak terdapat perbedaan yang bermakna upaya kesehatan pada pesantren tradisional dan modern ($p = 0,206$).

5.2 Saran

Berdasarkan hasil dan simpulan yang telah dijelaskan sebelumnya, maka peneliti dapat memberikan saran kepada beberapa pihak, sebagai berikut:

1. Bagi pihak pesantren

Memberikan penyuluhan kepada santri mengenai pengetahuan dan perilaku kesehatan yang baik dengan bekerjasama dengan pihak pihak terkait seperti dokter maupun petugas kesehatan lainnya sehingga bisa mengurangi kasus pedikulosis kapitis.

2. Bagi dokter dan petugas kesehatan

Melakukan penyuluhan dengan memberikan materi mengenai kesehatan kulit dan rambut agar dapat memberikan pengetahuan, serta meningkatkan kesadaran tentang kebersihan diri dan upaya kesehatan di lingkungan pesantren supaya dapat mencegah dan mengurangi kasus pedikulosis kapitis.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Dapat dilakukan penelitian lanjutan mengenai perbandingan pengetahuan, *personal hygiene* dan upaya kesehatan terhadap penderita pedikulosis kapitis dengan desain berbeda seperti analitik, adanya perbaikan alat ukur yang digunakan, serta lebih banyak lagi sampel yang dilibatkan dalam penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Afzal S, Saima F, Pakeeza S, Asima R, Asifa B. 2018. *Prevalence of Pediculus c humanus capitis infestation and socio-economic status in school children; A review*. GSJ.;6:180-7.
- Amir Hamzah Wirosukarto, *et al.*1996.KH.Imam Zarkasyi dari :*Gontor merintis Pesantren modern Ponorogo*. Hal.5
- Andarmayo, Sulistiyo. 2013. *Personal Hygiene konsep, proses, dan aplikasi dalam praktik keperawatan*. Yogyakarta.Graha Ilmu.
- Arikunto,S, 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bartosik K, B. A. (2015). *Head pediculosis in school children in the eastern region of the European Union*. AAEM., 22(4):599–603.
- Burns DA.2004. Dalam: Burns T, Breathnach S, Cox N. *Rooks Textbook of Dermatology*; (2):446-8.
- CDC, 2013. *Pediculosis Humanus Capitis*. Tersedia dari //www.cdc.gov/dpdx/.
Eliska N. 2015. Pedikulosis Kapitis. Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya. Rumah Sakit Dr. Mohammad Hoesin Palembang [Naskah Publikasi]. Palembang. Tersedia dari:<http://documents.tips/documents/pedikulosis-kapitis-55f3076e6d4a3.html> diakses pada 03 Maret 2021.
- Dahlan, S.M. 2010. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel*. Jakarta : Salemba Medika
- Djuanda, Adhi, Hamzah M, Aisyah S. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Hlm. 128-36.

- Gunning K, Pippit K, Kiraly B, Sayler M. et al., 2012. Pediculosis and Scabies: A Treatment Update. *AFP*. 86 (6): 535–41.
- Handoko. (2016). Pedikulosis Kapitis. Dalam: Menaldi, S. L. S., Bramono, K., dan Indriatmi, W, *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Jakarta: FKUI.
- Hidayat, A. A. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan: Paradigma Kualitatif* Edisi I. Surabaya: Health Books Publishing.
- Hardiyanti NI, Kurniawan B, Mutiara H, dan Suwandi JF. 2015. *Penatalaksanaan Pedikulosis kapitis*. *Jurnal Majority*. 4(9):47-52.
- Karimah A, Hidayah RMN, Dahlan A. 2016. *Prevalence and predisposing factors of Pediculosis Capitis on elementary school students at Jatinangor*. *Althea Medical Journal*. ;3:254-8.
- Moosazadeh, M. M. (2015). Prevalence of Head Lice Infestation and Its Associated Factors among Primary School Students in Iran.: *A Systematic Review and Meta-analysis. Osong Public Health and Research Perspectives. Elsevier Korea LLC.*, 6 (6): 346–356. doi: 10.1016/j.phrp.2015.10.011.
- Maryanti E, L. S. (2018). Hubungan Faktor Risiko dengan Infestasi *Pediculus humanus capitis* pada Anak Panti Asuhan di Kota Pekanbaru. *Jurnal Kesehatan Melayu.*, 1(2): 73-80.
- Meinking TL, Buckhart C. 2008. Infestations. In: Jean L, Bologna, Joseph L, Jorizzo, Ronal. P. Rapini eds. *Dermatology Volume One*. Britain: Mosby. Pp.1321 – 8.
- Natadisastra, D. & Ridad, A. 2009 . *Parasitologi Kedokteran: Ditinjau dari Organ Tubuh yang Diserang*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta :Jakarta.

- Nursalam, 2011. *Konsep dan Penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta:Salemba Medika.
- Natadisastra D, Ridad A. 2009. *Parasitologi Kedokteran*. Jakarta: Penerbit EGC.
- Oh JM, Lee IY, Lee WJ, Seo M, Park SA, Lee SH. 2010. Prevalence of Pediculosis Capitis Among Korean Children. *Parasitol Res*. 107:1415–19.
- Ohio Departement of Health. 2014. *Pediculosis*. Ohio: Departement of Health. Pp. 1-15.
- Kemenkes.2013.*Riset Kesehatan Dasar :RISKESDAS*..Jakarta:Balitbang Kementrian Kesehatan RI.
- Potter & Perry.2012.*Fudamental of Nursing*.Jakarta.EGC
- Rassami W, Soonwera M. 2012. Epidemiology of Pediculosis Capitis Among School Children in Eastern Area of BangkokThailand. *Asian Pac J Trop Biomed*.2(11): 901–904.
- Stone SP, Jonathan NG, Rocky E. (2012). Bacelieri Scabies, Other Mites and Pediculosis. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell. *Fitzpatrick`s Dermatology In General Medicine Eight*, Pp. 2573 – 8.
- Seblova,Volvola,Dvorak,Pruzinova,et al.2013.*Phelbotomus orientalis sand flies from two geographically distant Ethiopian localities:biology ,genetic analyses and susceptibility to Leishmania donovani*.PLoS neglected tropical diseases.Public Library of Science ,7(4).p.e2187.
- Soemantri,Abdurahman,Muhidin.2011.*Dasar dasat Metode Statistika.untuk Penelitian*.Bandung:Pustaka Setia.
- Sugiyono (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta Undang-Undang
- Wartonah. 2003. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika. Hlm. 72-84.

Weems HV, Fasullo TR. 2007. *Human Lice : Body Louse, Pediculus humanus humanus Linnaeus and Head Louse*. IFAS Extension.10(4):1-5.

