

✓

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN MASYARAKAT
KORBAN BANJIR TENTANG PENYAKIT KULIT
TERHADAP KEJADIAN PENYAKIT KULIT DI KAMPUNG
MELAYU RW 10 BUKIT DURI**

LAPORAN PENELITIAN

**MILIK PERPUSTAKAAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

**Penelitian Ini Disusun Untuk Memenuhi Syarat Kelulusan
Mata Ajar Riset Keperawatan**

LINA RAHAYU

1305000691



Tgl Menerima	: 06-07-09
Beli / Sumbangan	: Hadiah
Nomor Induk	: 1498
Klasifikasi	: Lap. Penelitian Lin

2009

**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
REGULER 2005
DEPOK
MEI 2009**

HALAMAN PENGESAHAN


Laporan Penelitian ini diajukan oleh:

Nama : Lina Rahayu
NPM : 1305000691
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Laporan Penelitian : Hubungan tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit terhadap kejadian penyakit kulit di Kampung melayu RW 10 Bukit duri

Telah diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memenuhi tugas mata ajar Riset Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Henny Permatasari, S.Kp., M.Kep.,Sp.Kom ()

Koordinator : Hanny Handiyani, SKp.,M.Kep ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 20 Mei 2009

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Penelitian ini adalah hasil dari karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Lina Rahayu

NPM : 1305000691

Tanda Tangan : 

Tanggal : 27 Mei 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan laporan penelitian ini yang berjudul "Hubungan tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit terhadap kejadian penyakit kulit di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri". Laporan penelitian ini disusun untuk memenuhi tugas mata ajar Riset Keperawatan.

Peneliti banyak mendapatkan dukungan, arahan, bimbingan, dan doa dari berbagai pihak dalam penyusunan laporan penelitian ini. Untuk itu, dalam kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Dewi Irawaty, MA, Ph. D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Hanny Handiyani, S. Kp., M. Kep., selaku koordinator Mata Ajar Riset Keperawatan.
3. Ibu Henny Permatasari, M.Kep. Sp.Kom., selaku pembimbing riset yang selalu memotivasi dan memberikan arahan dalam pembuatan penelitian ini.
4. Bapak kepala RW 10 Kampung melayu Bukit Duri yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk mengadakan penelitian disana.
5. Ibu saya tercinta, yang selalu memberi dukungan kepada saya
6. Teman-teman reguler 2005 yang selalu memberi dukungan.

Peneliti menyadari masih terdapat kekurangan dalam laporan penelitian ini, maka peneliti sangat mengharapkan kritikan dan saran yang membangun agar penelitian mendatang dapat lebih baik lagi. Peneliti berharap laporan penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Depok, 27 Mei 2008


Peneliti

ABSTRAK

Nama : Lina Rahayu
Program Studi : Reguler
Judul : Hubungan tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit terhadap kejadian penyakit kulit di Kampung melayu RW 10 Bukit Duri

Penyakit kulit merupakan gangguan kulit yang salah satunya bisa disebabkan oleh banjir. Pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit dipengaruhi oleh beberapa faktor. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adakah hubungan tingkat pengetahuan masyarakat tentang penyakit kulit dengan kejadian penyakit kulit. Desain penelitian ini menggunakan pendekatan korelasi dengan sample 68 orang di Kampung melayu RW 10 Bukit Duri. Instrumen penelitian ini berupa kuisioner berisi 38 pertanyaan. Dengan uji Chi Square pada alpha (0.05) diperoleh hasil nilai χ^2 (0.7175). Sehingga hasil penelitian didapatkan bahwa adanya hubungan tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit terhadap kejadian penyakit kulit di Kampung melayu RW 10 Bukit duri. Peneliti menyarankan agar dilakukan penelitian lebih lanjut, karena di daerah Kampung melayu RW 10 Bukit duri banyak terdapat resiko penyakit akibat banjir.

Kata kunci :
Banjir, penyakit kulit, pengetahuan

ABSTRACT

Name : Lina Rahayu
Program Study : Reguler
Title : The connections of citizen's knowledge that are impact from flood disaster about skin disease with the skin disease problems in Kampung Melayu RW 10 Bukit duri

One of the causes of skin disease is from flood disaster. The citizens who are impact from the flood disaster, their knowledge about skin disease were come from many factors. The purpose of this research is to identify the citizen's knowledge of skin disease with the skin disease causes of flood disaster. The research designed used in the vicinity of correlation with 68 samples from citizens in Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri. The research instrument used questionnaire consists of 38 questions. With the Chi Square test on alpha (0.05) the result is value χ^2 (0.7175). Therefore, result from the research was there are connections of citizen's knowledge that are impact from flood disaster about skin disease with the skin disease problems in Kampung Melayu RW 10 Bukit duri. The team research suggested to continuing this research, because there are many risks could happened causes of flood disaster in Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri.

Keywords:
Flood, knowledge, skin disease

HALAMAN PERNYATAAN PERRSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Lina Rahayu

NPM : 1305000691

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Jenis Karya : Laporan Penelitian

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN MASYARAKAT KORBAN
BANJIR TENTANG PENYAKIT KULIT TERHADAP KEJADIAN PENYAKIT
KULIT DI KAMPUNG MELAYU RW 10 BUKIT DURI

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 27 Mei 2009

Yang menyatakan



(Lina Rahayu)

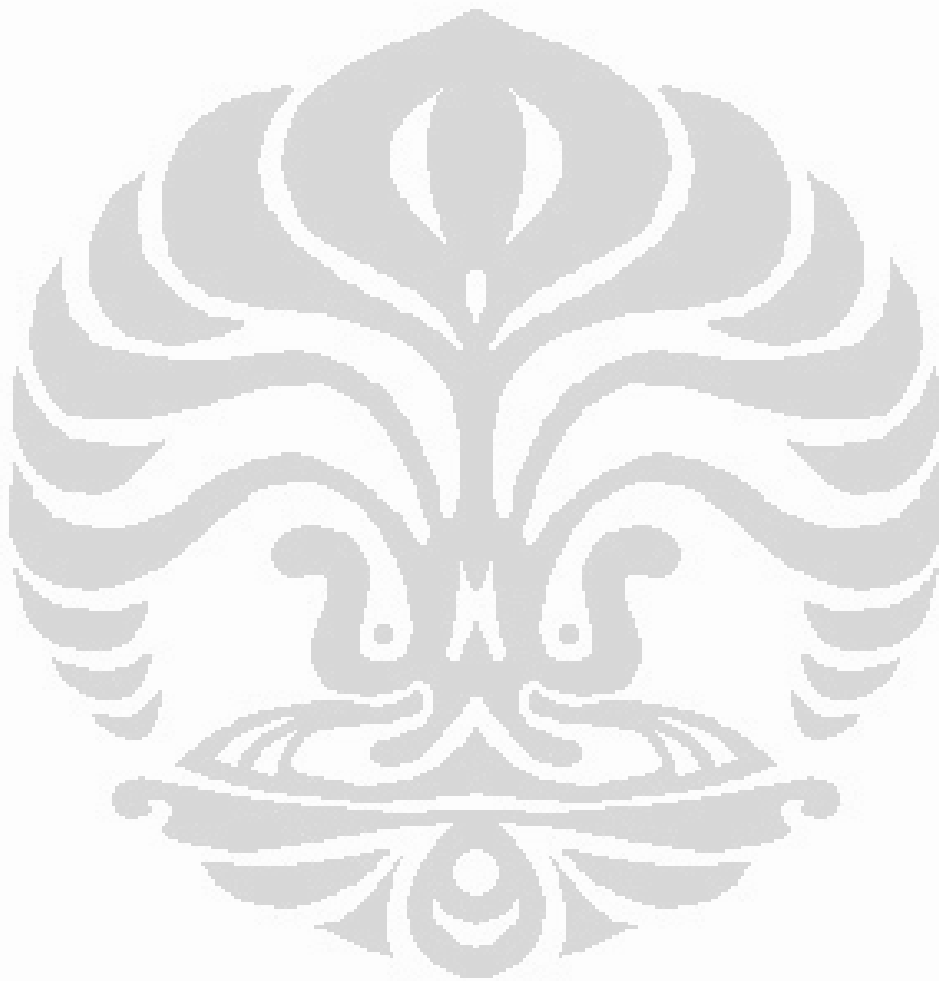
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR ORISINALITAS	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	v
HALAMAN PUBLIKASI	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR DIAGRAM	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Pengetahuan	8
B. Banjir	12
C. Penyakit Kulit	13
D. Penelitian Terkait... ..	19
BAB III KERANGKA KERJA PENELITIAN	
A. Kerangka Teori	21
B. Kerangka Konsep	22
C. Hipotesis Penelitian	23
D. Variabel Penelitian	23
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	25
B. Populasi dan Sampel	25
C. Tempat dan Waktu Penelitian	26
D. Etika Penelitian	27
E. Alat Pengumpul Data	27
F. Pengolahan dan Analisis Data	28
G. Jadwal Kegiatan	31
BAB V HASIL PENELITIAN	32
BAB VI PEMBAHASAN	
A. Pembahasan Hasil Penelitian	33
B. Keterbatasan Penelitian	43

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

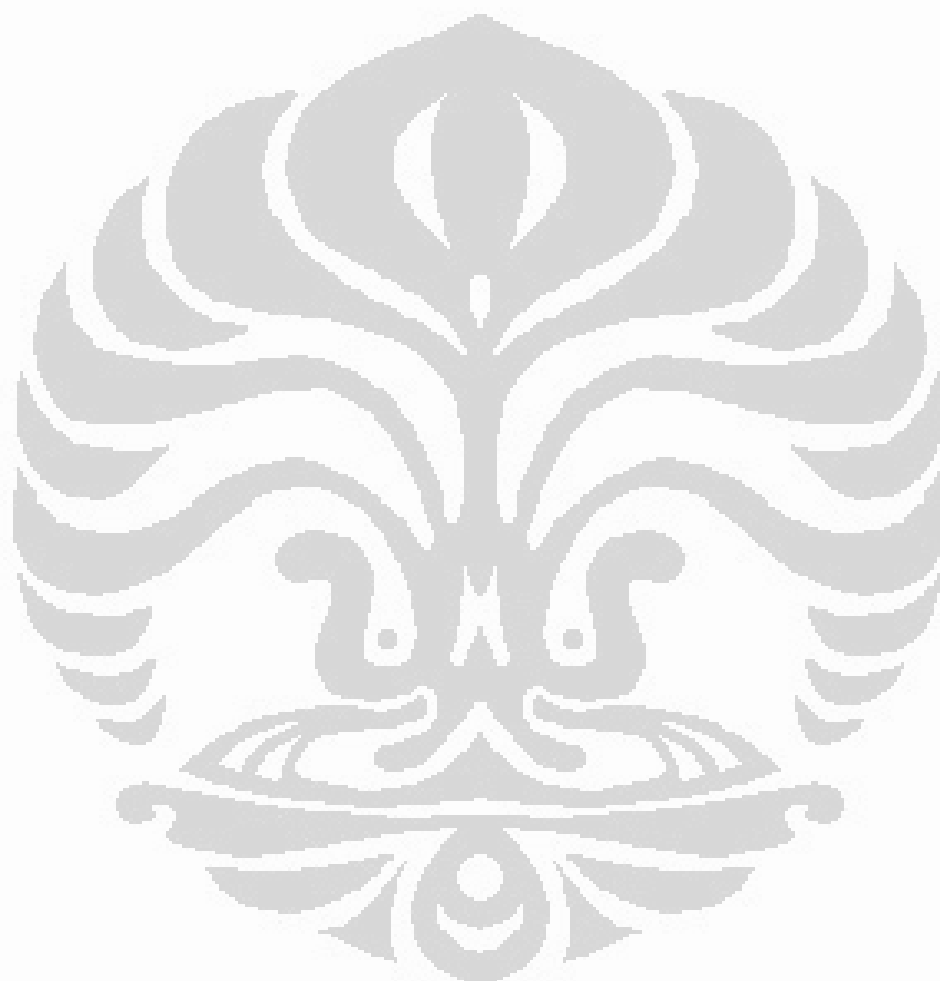
A. Kesimpulan45
B. Saran45

DAFTAR PUSTAKA47



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Operasional Demografi	24
Tabel 5.2. Distribusi Silang Tingkat Pengetahuan Terhadap Kejadian Penyakit Kulit	38



DAFTAR DIAGRAM

Diagram 5.1. Distribusi Frekuensi Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009 Berdasarkan Usia ...	33
Diagram 5.2. Distribusi Frekuensi Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009 Berdasarkan Jenis Kelamin.....	33
Diagram 5.3. Distribusi Frekuensi Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009 Berdasarkan Pekerjaan	34
Diagram 5.4. Distribusi Frekuensi Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009 Berdasarkan Tingkat Pendidikan	34.
Diagram 5.5. Distribusi Frekuensi Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009 Berdasarkan Pernah/Tidaknya Mendapat Informasi Tentang Penyakit Kulit	34
Diagram 5.6. Distribusi Frekuensi Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009 Berdasarkan Dari Mana Informasi Tentang Penyakit Kulit Diperoleh	35
Diagram 5.7. Distribusi Frekuensi Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009 Berdasarkan Dengan Siapa Masyarakat Berkonsultasi Tentang Penyakit Kulit	35
Diagram 5.8. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009 ...	36
Diagram 5.9. Distribusi Frekuensi Kejadian Penyakit Kulit di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009	36

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Bencana banjir yang melanda Jakarta dan beberapa kota di Indonesia telah menyebabkan timbulnya masalah kesehatan masyarakat di kalangan penduduk. Data menunjukkan bahwa banyak penduduk yang terserang penyakit. Data penyakit akibat korban banjir di tahun 2002 yaitu penyakit ISPA sejumlah 44,8 %, diare 36,9 %, penyakit kulit 2,2 %, pneumonia 2,2 %, gastritis 1,8 %, penyakit mata 0,3 % dan penyakit lainnya 10,7 %. (Sujudi, 2002).

Sujudi (2002) menyebutkan jumlah penderita diare dan gastroenteritis 2376 orang, leptospirosis 3 orang, pneumonia 4 orang, ISPA 734 orang, DBD 663 orang, kecelakaan/luka 14 orang, penyakit kulit 36 orang, mata 1 orang, penyakit lainnya 740 orang. Sedangkan banjir tahun 2007 yang terjadi di Jakarta, yang merupakan banjir terparah selama 10 tahun terakhir. Menurut hasil pemeriksaan kesehatan oleh Perhimpunan Ahli Penyakit Dalam Indonesia Medical Relief di 51 titik di Jakarta, banjir yang terjadi di Jakarta pada tahun 2007 tersebut, sebanyak 3.000 pasien korban banjir menunjukkan, beberapa penyakit terbanyak yang diderita di antaranya ISPA, penyakit kulit, dan diare (Haryono, 2007)

Penyakit kulit bisa disebabkan oleh jamur, virus dan bakteri. Menurut Wed (2004), jamur dapat hidup dimana pun, terutama tempat yang cocok untuk berkembang biak. Manusia merupakan salah satu tempat bagi jamur untuk tumbuh, disamping virus dan bakteri. Pada manusia jamur hidup pada lapisan tanduk, jamur tersebut kemudian melepaskan toksinnya yang bisa menimbulkan peradangan dan iritasi berwarna merah dan gatal. Menurut Sutomo (2007) sebagai negara tropis Indonesia menjadi lahan subur tumbuhnya jamur. Oleh karena itu

penyakit akibat jamur seringkali menjangkiti masyarakat. Contoh penyakit yang disebabkan oleh jamur yaitu panu dan kurap, kutu air, penyakit jamur badan.

Penyakit kulit infeksi bakteri yaitu penyakit kulit yang disebabkan oleh bakteri, seperti stafilokokus dan streptokokus. Contoh penyakit karena infeksi bakteri misalnya impetigo, folikulitis, furunkel dan karbunkel. Sedangkan penyakit kulit infeksi virus merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh virus. Contohnya yaitu Herpes zoster (Brunner & Suddarth, 1997)

Angka kejadian penyakit kulit yang dikeluhkan masyarakat korban banjir di Indonesia tahun 2001, penyakit kulit menempati urutan ke tujuh terbesar dengan jumlah laki-laki 13 tiap 100 penduduk dan wanita 13 tiap 100 penduduk (Balitbangkes, surkesnas 2001). Jumlah penderita rawat jalan korban banjir di puskesmas di kodya Jaksel 2004, penderita penyakit kulit alergi tahun 2003 sebanyak 33.763, tahun 2004 sebanyak 10.199, penderita penyakit kulit infeksi tahun 2003 sebanyak 35.631, tahun 2004 sebanyak 10.011 (Depkes, 2004).

Beberapa daerah di Indonesia yang terkena banjir seperti di Ngawi dan di Belu, NTT, ratusan warga khususnya warga yang terkena banjir mengeluh gatal-gatal dan herpes. Sudarmawan (2008) menyebutkan bahwa di Ngawi hampir tiap rumah terdapat 2-3 orang yang mengeluh gatal-gatal dari sekitar 50 rumah. Sedangkan di Belu, NTT, jumlah korban penyakit kulit akibat banjir di tahun 2008 sebanyak 340 orang dari 900 pengungsi korban banjir (Lelin, 2008)

Uraian di atas menyebutkan bahwa bencana banjir sangat menyengsarakan masyarakat. Dari segi kesehatan, banjir berdampak buruk bagi para pengungsi lantaran adanya gangguan pada tiga faktor penting antara lain, kuman penyakit, lingkungan, dan daya tahan tubuh seseorang. Korban banjir yang berada di tempat pengungsian, kondisi kebersihan makanan dan minuman yang dikonsumsi sangat tidak memadai. Pengungsi umumnya tidur dengan alas seadanya di tempat terbuka. Sebagian pengungsi juga memanfaatkan sumber air bersih yang telah tercemar banjir. Semakin buruknya sanitasi di tempat-tempat pengungsian korban

banjir di Jakarta menyebabkan 18.799 pengungsi sakit. Saat banjir, jumlah pengungsi 316.825 orang, tersebar di beberapa tempat dengan kondisi memprihatinkan. Sebagian besar pengungsi menderita diare, infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), dan penyakit kulit.

Masyarakat korban banjir dapat terserang penyakit kulit, diantaranya ada beberapa sebab. Penyebabnya misalnya kebiasaan masyarakat korban banjir yang menggunakan air banjir untuk keperluan sehari-hari, seperti mandi, mencuci pakaian, mencuci alat-alat masak, bahkan jika tidak ada persediaan air bersih, air banjir pun dijadikan untuk memasak dan mencuci bahan makanan. Banyak pula anak-anak korban banjir tersebut yang sengaja bermain-main air banjir ataupun berenang. Sehingga kebiasaan tersebut dapat menimbulkan penyakit kulit bagi masyarakat korban banjir. Karena air banjir memiliki karakteristik air yang tidak sesuai dengan kriteria yang ditentukan oleh Depkes RI (1990), yaitu air banjir tersebut tidak jernih, berbau, berwarna, berasa dan suhunya melebihi suhu udara luar. Air banjir tersebut juga mengandung bahan kimia, racun serta mengandung kuman parasit dan patogen.

Peningkatan kejadian penyakit kulit tersebut sebenarnya dapat dikurangi atau dapat dicegah. Namun kebanyakan dari masyarakat tidak menyadari bahwa dirinya terinfeksi jamur, virus ataupun bakteri. Mereka baru berobat ataupun memeriksakan kesehatannya ke dokter, setelah penyakitnya sudah parah. Ada beberapa kemungkinan masyarakat tidak memperhatikan penyakit kulitnya. Kemungkinan pertama mereka tidak mengetahui bahwa penyakitnya berbahaya dan tidak mengetahui cara pencegahan maupun pengobatannya. Kemungkinan yang kedua mereka tidak peduli dan tidak mempunyai uang untuk berobat, jadi mereka jarang periksa ke dokter.

Peran dan fungsi perawat komunitas dalam kasus diatas sangat diperlukan. Peran dan fungsi perawat meliputi upaya prevensi, baik prevensi primer, prevensi sekunder dan prevensi tersier. Upaya prevensi primer untuk mengatasi penyakit kulit akibat banjir meliputi promosi kesehatan dan proteksi spesifik. Upaya

perawat dalam promosi kesehatan tersebut seperti melakukan pendidikan kesehatan dan membuat standar gizi sesuai tahap perkembangan kepada masyarakat, khususnya masyarakat yang sering terkena banjir. Pendidikan kesehatan yang harus diberikan misalnya pengetahuan tentang macam-macam penyakit yang ditimbulkan akibat banjir, dalam hal ini penyakit kulit. Perawat harus menjelaskan apa itu penyakit kulit, tanda dan gejala penyakit kulit, penyebab dan akibat yang ditimbulkan karena penyakit kulit serta cara pencegahan dan pengobatan penyakit kulit. Jika masyarakat sudah tahu tentang semua itu, maka masyarakat dapat mengurangi atau menghilangkan ancaman penyakit kulit dan komplikasinya.

Upaya proteksi spesifik perawat meliputi imunisasi, personal hygiene, sanitasi lingkungan, proteksi sumber-sumber bahaya kesehatan, proteksi dari karsinogen dan hindari dari alergen. Dalam hal proteksi penyakit kulit akibat banjir ini, maka perawat harus memberikan imunisasi agar kekebalan tubuh masyarakat korban banjir tinggi. Perawat harus menjelaskan masyarakat korban banjir akan pentingnya personal hygiene, pentingnya kebersihan lingkungan serta pentingnya masyarakat menghindari sumber-sumber alergen dan karsinogen. Karena alergen dan karsinogen dapat memperparah penyakit kulit

Pencegahan sekunder yang dilakukan perawat meliputi diagnosis awal dan pengobatan segera. Beberapa caranya dengan penemuan kasus penyakit kulit baik individu dan massal, upaya yang kedua dengan skrening. Sehingga perawat dapat mengidentifikasi daerah yang berisiko timbul penyakit kulit.

Pencegahan yang ketiga yaitu pencegahan tersier atau sering disebut rehabilitasi. Rehabilitasi ini merupakan upaya pemulihan meliputi ketentuan penyediaan RS dan fasilitas komunitas untuk pelatihan dan pendidikan untuk masyarakat, pendidikan untuk publik seperti aparat desa dan instansi di wilayah sekitar banjir, serta upaya perawat dalam menyediakan lingkungan bebas banjir. Perawat bisa bekerja sama dengan pemerintah dalam menanggulangnya.

Secara umum perawat harus menumbuhkan kesadaran masyarakat akan kebersihan diri dan lingkungan. Masyarakat harus mengetahui cara pengobatan bila sewaktu-waktu terkena penyakit kulit. Pencegahan yang kedua yaitu masyarakat korban banjir harus menghilangkan kebiasaan-kebiasaan buruknya seperti, mandi dengan air banjir, mencuci pakaian, mencuci alat-alat masak tidak dengan air banjir, serta masyarakat khususnya anak-anak tidak bermain air banjir lagi.

Masyarakat korban banjir, seperti masyarakat Kampung Melayu yang setiap tahunnya dilanda banjir pada musim penghujan, seharusnya mengetahui bahwa mereka berisiko terkena penyakit kulit, tetapi bila banjir terjadi masih ada pula yang terkena penyakit kulit. Apakah masyarakat tidak mengetahui cara pencegahan penyakit kulit sehingga mereka masih sering terkena penyakit kulit? Oleh karena itu peneliti tertarik untuk meneliti adakah hubungan tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit dengan kejadian penyakit kulit di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri. Sehingga peneliti dapat memberikan masukan dan pengetahuan kepada masyarakat korban banjir di Kampung Melayu RW 10, supaya mereka tidak terjangkit penyakit kulit jika banjir melanda mereka lagi.

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan peneliti sebagai calon perawat, terutama perawat komunitas sehingga dapat bekerja sama untuk mengatasi masalah penyakit kulit akibat banjir ini. Dengan penelitian ini juga diharapkan perawat komunitas mau bekerja di puskesmas di wilayah Kampung Melayu ataupun bisa sebagai perawat komunitas di bawah naungan Depkes bagi masyarakat Kampung Melayu, yang selalu mengontrol kesehatan masyarakat dengan rutin. Sehingga diharapkan masalah-masalah penyakit akibat banjir, khususnya penyakit kulit dapat diatasi.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah yang ingin digali dalam penelitian ini yaitu bagaimanakah hubungan tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit dengan kejadian penyakit kulit di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan tingkat pengetahuan masyarakat tentang penyakit kulit dengan kejadian penyakit kulit di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri.

Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi penyakit akibat banjir
2. Mengidentifikasi pengetahuan masyarakat tentang penyakit kulit
3. Mengidentifikasi kejadian penyakit kulit di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri
4. Mengidentifikasi karakteristik demografi masyarakat Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan masyarakat khususnya masyarakat korban banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri tentang penyakit kulit. Sehingga masyarakat tidak terjangkit penyakit kulit serta dapat meningkatkan kualitas kesehatannya. Dengan penelitian ini juga diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjaga dan meningkatkan kesehatannya.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan juga dapat menambah informasi bagi para tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat khususnya masyarakat korban banjir meliputi pelayanan pengobatan, pelayanan gizi, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, pelayanan kesehatan jiwa khususnya untuk menanggung stress pasca banjir. Sehingga diharapkan tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan yang dibutuhkan masyarakat korban banjir.

3. Bagi Peneliti

Saya mengharapkan dari hasil penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan saya serta dapat meningkatkan kepedulian terhadap kesehatan masyarakat, khususnya masyarakat korban banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri. Sehingga saya dapat turut serta dalam peningkatan kualitas kesehatan masyarakat.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Bagian ini akan diuraikan tentang pengetahuan, meliputi pengertian, tingkat pengetahuan, faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan serta pengukuran pengetahuan. Akan dijelaskan pula tentang banjir, dampak dan kerugian, karakteristik air banjir serta tentang penyakit kulit, meliputi pengertian, macam penyakit kulit, pencegahan penyakit kulit. Bagian ini jelaskan pula tentang penelitian terkait dengan penelitian ini

A. Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2003). Jadi pengetahuan didapatkan dengan observasi melalui panca indera, sehingga didapatkan suatu informasi.

2. Tingkat Pengetahuan

Ada 6 tingkatan pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif, yakni :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah di pelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau

rangsangan yang telah diterima. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan, dsb

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan seseorang untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya

c. Menerapkan (*application*)

Menerapkan diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah di pelajari pada kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang nyata

d. Analisis (*analisa*)

Analisa merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau obyek ke dalam komponen – komponen tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lainnya. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya

e. Sintesa (*Synthesis*)

Menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi – formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu obyek atau materi. Penilaian – penilaian ini didasarkan

pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria – kriteria yang telah ada

3. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

a. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang. Karena dengan pengalaman, seseorang dapat mengambil hal positif yang dapat diambil pelajaran, serta mengetahui hal negative sehingga tidak mengulangi lagi.

b. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Karena dengan pendidikan, seseorang lebih banyak tambahan pengetahuan.

c. Keyakinan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif

d. Fasilitas

Fasilitas – fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuannya seseorang, misalnya radio, televisi, majalah, Koran, dan buku. Orang yang mempunyai fasilitas yang lengkap lebih banyak pengetahuannya daripada orang yang mempunyai fasilitas informasi yang sedikit. Karena fasilitas merupakan sumber pengetahuan dan informasi.

e. Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun bila seseorang berpenghasilan cukup besar maka dia akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas – fasilitas sumber informasi. Sedangkan orang yang berpenghasilan rendah tidak mampu membeli fasilitas informasi. Sehingga orang yang berpenghasilan rendah mempunyai pengetahuan yang lebih rendah dibandingkan orang yang berpenghasilan tinggi.

f. Sosial Budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

4. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan domain diatas (Notoatmodjo, 2003) Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkapkan determinan perilaku dari analisis faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori Lawrence Green (Green, dalam Notoatmodjo, 2003) mencoba menganalisa perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi perilaku (*non behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau dibentuk dari 3 faktor, yaitu

1. Faktor-faktor pengaruh (*predisposing factor*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai – nilai
2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factor*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas – fasilitas atau sarana –sarana kesehatan.
3. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan.

B. BANJIR

1. Pengertian

Banjir adalah salah satu proses alam yang tidak asing lagi bagi kita. Kita dapat melihat banjir sebagai rahmat Tuhan atau sebagai bencana, tergantung pada pilihan kita sendiri. Sebagai proses alam, banjir terjadi karena debit air sungai yang sangat tinggi hingga melampaui daya tampung saluran sungai lalu meluap ke daerah sekitarnya. Debit air sungai yang tinggi terjadi karena curah hujan yang tinggi. Sementara itu, banjir juga dapat terjadi karena kesalahan manusia. Sebagai proses alam, banjir adalah hal yang biasa terjadi dan merupakan bagian dari siklus hidrologi (Setyawan, 2008)

2. Dampak dan Kerugian

Banjir menimbulkan berbagai macam dampak dan kerugian. Contoh dampak dan kerugian yang ditimbulkan akibat banjir yaitu seluruh aktivitas masyarakat yang terkena banjir terganggu. Fasilitas umum seperti jalan, jembatan, telp umum rusak, jaringan telepon dan internet pun terganggu, jalan-jalan macet, jalur kereta api terganggu dan adanya banjir ini menyebabkan berbagai macam penyakit (Judarwanto, 2007)

Air banjir sebagai sarana yang paling mudah untuk penularan berbagai penyakit seperti infeksi saluran cerna, infeksi mata, infeksi pernapasan, infeksi kulit, infeksi otak, leptospirosis, demam berdarah, hepatitis A, campak dan cacar air. Penyakit infeksi saluran cerna dengan gejala demam, diare dan muntah sering ditularkan melalui air.

Penyakit tersebut meliputi gastroenteritis (infeksi saluran cerna) karena virus rota, disentri, kolera, tifus, hepatitis A, giardiasis, cryptosporidiosis, E coli, giardia, norovirus, salmonellosis atau sigelosis. Penyakit infeksi mata dapat ditularkan melalui air adalah moluskum contagiosum dan konjungtivitis (adenovirus). Otitis eksterna adalah infeksi telinga yang disebabkan karena *Pseudomonas aeruginosa*

juga ditularkan lewat air. Infeksi kulit yang penularannya dapat melalui air adalah "Hot Tub Rash". Penyebabnya adalah bakteri *Pseudomonas*. Penyakit kulit lainnya adalah *Cercarial Dermatitis*. Infeksi Pernapasan yang bisa ditularkan melalui air adalah faringokonjungtiva (infeksi tenggorok dan mata belean yang disebabkan adenovirus), legionellosis (demam pontiak dan penyakit Legionnaires) dan mikobakterium avium kompleks (Judarwanto, 2007)

3. Karakteristik Air Banjir

Air banjir memiliki beberapa karakteristik yaitu berbau, berwarna, berasa, tidak jernih, temperatur melebihi suhu luar, mengandung unsur kimia yang bersifat racun, mengandung zat yang dapat mengganggu kesehatan, ada kuman parasit dan patogen (Depkes, 1990). Sedangkan menurut Depkes (1990) syarat air bersih yaitu tidak berbau, tidak berwarna, tidak berasa, jernih, suhu tidak melebihi suhu luar, tidak mengandung unsur kimia yang bersifat racun, tidak mengandung zat yang dapat mengganggu kesehatan, tidak ada kuman parasit dan patogen.

C. PENYAKIT KULIT

1. Pengertian Penyakit Kulit dan Jenisnya

Penyakit kulit merupakan gangguan dermatologic yang abnormal, yang biasa disebabkan oleh infeksi bakteri, infeksi virus dan jamur. Penyakit kulit dapat timbul sebagai suatu kesatuan yang berbeda pada kulit sendiri atau manifestasi eksternal suatu penyakit istemik yang tidak ada hubungannya.(Brunner & Suddarth, 1997). Penyakit kulit dapat diartikan sebagai penyakit pada kulit yang menyebabkan perubahan pada kulit yaitu kulit tampak lebih kasar, berwarna keputihan atau timbul bercak merah, bentol-bentol berisi cairan atau nanah (Mulyana, 2004)

Kulit merupakan organ tubuh yang paling terlihat. Kalau timbul gangguan dermatologic, pasien sulit untuk menyembunyikannya dari orang lain. Riwayat kesehatan dan observasi langsung akan memberikan informasi mengenai persepsi pasien terhadap dermatosis, bagaimana kelainan kulit dimulai, apa yang meredakan gejala, dan masalah fisik atau emosional pasien, sehingga pemeriksaan fisik yang lengkap harus dilakukan.

Pruritis (gatal-gatal) merupakan salah satu dari sejumlah keluhan yang paling sering dijumpai pada gangguan dermatologic yang menimbulkan gangguan rasa nyaman dan perubahan integritas kulit jika pasien meresponnya dengan garukan. Reseptor rasa gatal tidak bermielin, mempunyai ujung saraf mirip sikat yang hanya ditemukan dalam kulit, membran mukosa dan kornea (Sher, 1992). Garukan menyebabkan terjadinya inflamasi sel dan pelepasan histamin oleh ujung saraf yang memperberat gejala pruritus yang selanjutnya menghasilkan rasa gatal dan menggaruk.

a Penyakit Kulit Akibat Infeksi Bakteri

Infeksi bakteri pada kulit bisa primer atau sekunder. Infeksi kulit primer berawal dari kulit yang sebelumnya tampak normal dan biasanya infeksi ini disebabkan oleh satu macam mikroorganisme. Infeksi kulit sekunder terjadi akibat kelainan kulit yang sudah ada sebelumnya atau akibat disrupsi keutuhan kulit karena cedera atau pembedahan. Mikroorganisme yang sering terlibat yaitu *Staphylococcus aureus*. Infeksi bakteri yang sering ditemukan yaitu impetigo dan selulitis. Impetigo merupakan infeksi superfisial kulit yang disebabkan oleh stafilococcus, streptococcus atau lebih dari satu jenis bakteri. Folikulitis merupakan infeksi stafilococcus yang timbul dalam folikel rambut. (Brunner & Suddarth, 1997)

Dermatosis seborea merupakan keadaan terjadinya produksi sebum yang berlebihan pada daerah-daerah tempat kelenjar tersebut terdapat dalam jumlah yang besar. Dermatitis seborea merupakan kelainan inflamasi kronik kulit dengan predileksi di daerah yang banyak dipasok dengan kelenjar sebacea atau yang

terletak diantara lipatan kulit tempat bakteri terdapat dalam jumlah yang besar. (Brunner & Suddarth, 1997).

Eksim atau dermatitis merupakan kelainan kulit, kulit tampak iritasi dan meradang. Biasanya pada tangan dan kaki dengan gejala gatal atau kemerahan. Pada daerah yang gatal akan terasa sangat kering dan menebal. Kusta atau lepra merupakan penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycrobacterium leprae*, ditandai adanya lesi pada kulit serta penyakit ini menyerang saraf tepi pada kulit manusia sehingga dapat kehilangan indera perasa.

b Penyakit Kulit Akibat Infeksi Virus

Herpes zoster merupakan kelainan inflamatorik viral dimana virus varisela zoster penyebabnya yang menimbulkan erupsi vesikuler yang nyeri di sepanjang distribusi saraf sensorik dari satu atau lebih ganglion. Tanda dan gejalanya yaitu demam, menggigil, sesak napas, nyeri di persendian, muncul bercak kemerahan pada kulit yang akhirnya menyebabkan gelembung cair. (Brunner & Suddarth, 1997).

Penyakit Cacar atau herpes adalah penyakit radang kulit yang ditandai dengan pembentukan gelembung-gelembung berisi air secara berkelompok. Penyakit Cacar atau Herpes ini ada 2 macam golongan, Herpes Genetalis dan herpes zoster. Herpes Genetalis adalah infeksi atau peradangan (gelembung lecet) pada kulit terutama dibagian kelamin (vagina, penis, termasuk dipintu dubur/anus serta pantat dan pangkal paha/selangkangan) yang disebabkan virus herpes simplex (VHS).

Sedangkan Herpes Zoster atau dengan nama lain 'shingles' adalah infeksi kulit yang disebabkan oleh virus varicella-zoster yang menimbulkan gelembung di seluruh tubuh. Herpes zoster juga dikatakan penyakit infeksi pada kulit yang merupakan lanjutan dari pada chickenpox (*cacar air*) karena virus yang menyerang adalah sama, Hanya terdapat perbedaan dengan cacar air. Herpes

zoster memiliki ciri cacar gelembung yang lebih besar dan berkelompok pada bagian tertentu di badan, bisa di bagian punggung, dahi atau dada (Brunner & Suddarth, 1997)

c Penyakit Kulit Akibat Infeksi Jamur

Jamur merupakan tanaman kecil yang dapat menyebabkan berbagai jenis infeksi kulit yang sering ditemukan. Penyakit Tinea pedis (jamur kaki/kutu air) merupakan infeksi jamur yang sering ditemukan dan dapat terlihat sebagai infeksi yang akut atau kronik pada telapak kaki atau celah-celah antara jari kaki. Tinea korporis (penyakit jamur badan), yang sering menjangkiti bagian muka, leher, batang tubuh dan ekstremitas.. Pada bagian yang terinfeksi akan tampak lesi berbentuk cincin atau lingkaran yang khas.(Brunner & Suddarth, 1997)

d Penyakit Kulit Akibat infeksi Kutu

Pedikulosis (infeksi kutu) mengenai segala usia. Ada tiga varietas kutu yang menjangkiti manusia, yaitu *Pediculus humanus capitis* (kutu kepala), *Pediculus humanus corporis* (kutu badan), *Phthirus pubis* (kutu kemaluan). Kutu merupakan ektoparasit karena hidup pada bagian luar tubuh hospesnya. Kutu tersebut bergantung nutrisinya pada hospes dengan menghisap darah manusia kurang lebih lima kali sehari. Kutu manusia menyuntikkan getah pencernaan dan ekretanya ke dalam kulit yang menimbulkan rasa gatal yang hebat (Brunner & Suddarth, 1997)

Pedikulosis kapitis merupakan infestasi kutu kepala atau tuma yang disebut *Pediculus humanus capitis*. Manifestasi klinisnya paling sering ditemukan disepanjang bagian posterior kepala dan di belakang telinga. Pedikulosis korporis merupakan infestasi kutu *Pediculus humannus corporis* pada badan. Penyakit ini menghinggapi orang yang jarang mandi atau yang hidup dalam lingkungan yang rapat serta tidak pernah mengganti bajunya. Pedikulosis pubis, yang merupakan infestasi oleh *Phthirus pubis*, yang infestasinya terjadi pada daerah genital dan

terutama ditularkan lewat hubungan seks. Rasa gatal merupakan gejala yang paling sering ditemukan khususnya di malam hari (Brunner & Suddarth, 1997)

Skabies merupakan infestasi kulit oleh kutu *Sarcoptes scabiei* yang menimbulkan gatal. Penyakit ini dapat ditemukan pada orang-orang miskin yang hidup dengan kondisi higiene di bawah standar sekalipun juga sering terdapat di antara orang-orang yang sangat bersih. Manifestasi klinis yaitu gatal-gatal yang hebat terutama pada malam hari. Lesi sekunder cukup sering dijumpai dan mencakup vesikel, papula, ekskoriasi serta krusta. Superinfeksi bakteri dapat terjadi akibat ekskoriasi yang tetap dari terowongan dan papula (Bunner & Suddarth, 1997)

2. Pencegahan Penyakit Kulit

Asuhan keperawatan untuk pasien gangguan dermatologik atau gangguan penyakit kulit mencakup penggunaan obat-obatan topikal serta sistemik, kompres basah, kompres khusus lainnya dan terapi rendaman. Tujuan utama terapi adalah untuk mencegah kerusakan pada kulit, mencegah infeksi sekunder, membalikkan proses inflamasi dan meredakan gejala.

Pencegahan atau pengobatan penyakit pruritus atau gatal-gatal yaitu dengan melakukan pemeriksaan jasmani yang sempurna, sehingga dapat diketahui penyebab gatal-gatal. Tanda-tanda infeksi dan bukti lingkungan seperti udara yang panas, kering atau selimut yang menyebabkan iritasi perlu dikenali.

Penggunaan kompres dingin, batu es atau bedak dingin yang mengandung mentol dapat menolong. Minyak mandi atau lubath yang mengandung surfaktan dan membuat minyak yang bercampur dengan air rendaman memadai untuk membersihkan kulit. Hindari membasuh kulit yang gatal dengan sabun dan air hangat (Brunner & Suddarth, 1997). Berikan antibiotik seperti ampisilin, amoksilin, dan salep antibiotik seperti klorampenicol dan tetrasiklin jika sudah infeksi.

Pencegahan penyakit dermatosis seborea yaitu diberi nasihat untuk menghilangkan iritan eksternal dan menghindari panas yang berlebihan serta perspirasi. Jangan membiasakan menggaruk dan menggosok bagian yang gatal, karena dapat memperpanjang lamanya penyakit. Penderita harus menjaga aerasi kulit dan mempertahankan lipatan kulit agar tetap bersih dan kering sehingga tidak terjadi infeksi sekunder. Berikan terapi menggunakan sampo dengan tepat.

Pengobatan atau pencegahan eksim atau dermatitis bertujuan untuk menghilangkan rasa gatal, sehingga tidak terjadi infeksi. Berikan krim atau lotion setelah mandi pada kulit yang terasa sangat kering dan gatal. Salep atau krim yang mengandung kortikosteroid seperti hidrokortison diberikan untuk mengurangi proses inflamasi atau peradangan. Untuk kasus yang berat, dokter akan memberikan tablet kortikosteroid dan apabila pada daerah eksim telah terinfeksi maka bisa diberikan antibiotika untuk membunuh bakteri penyebab infeksi. Obat lain yang dibutuhkan adalah antihistamin untuk mengurangi rasa gatal yang terlalu berat.

Pencegahan dan pengobatan kusta yaitu dengan kemoterapi kusta dan merekomendasikan dua tipe terapi multiobat standar. Yang pertama adalah pengobatan selama 24 bulan untuk kusta lepromatosa dengan rifampisin, klofazimin, dan dapson. Yang kedua adalah pengobatan 6 bulan untuk kusta tuberkuloid dengan rifampisin dan dapson (WHO, 1993)

Pencegahan dan pengobatan herpes zoster bertujuan untuk meredakan rasa nyeri dan mengurangi atau menghindari komplikasi. Dapat diberikan analgesik dan kortikosteroid. Berikan pendidikan pada penderita dan perawatan di rumah, misalnya diberitahu cara kompres basah atau obat pada lesi dan cara teknik relaksasi untuk mengurangi rasa tidak nyaman. Tinea pedis, pengobatannya dengan perendaman bagian yang sakit dengan larutan salin burowi atau kalium permanganat untuk menghilangkan krusta, skuama serta mengurangi inflamasi. Sedangkan pada Tinea korporis dilakukan dengan pengolesan preparat anti jamur pada lokasi yang sempit, pada lokasi yang luas diberikan preparat griseovulvin oral. (Brunner & Suddarth, 1997)

Penyakit kulit akibat banjir, dapat dicegah dengan beberapa langkah pencegahan antara lain dengan memperhatikan kebersihan lingkungan, seperti membersihkan selokan dan rumah setelah banjir mulai surut, membuang sampah pada tempatnya, memberantas nyamuk, tikus, menjaga kebersihan makanan dan air minum, menjaga dan memperhatikan kebersihan tubuh/pribadi, seperti tidak mandi dengan air banjir, tidak bermain/berenang di air banjir, konsumsi gizi yang baik untuk menjaga daya tahan tubuh, seperti makan makanan empat sehat lima sempurna, dll.

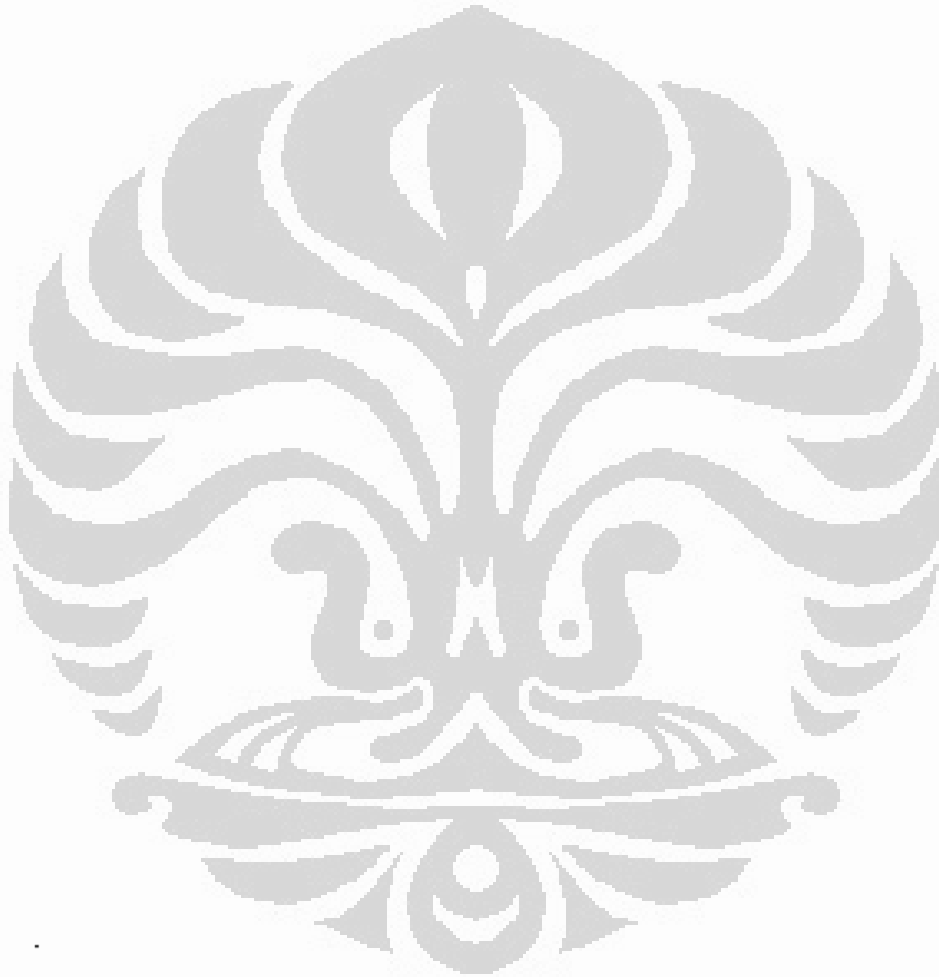
Berbagai penyakit dapat dicegah bila kita menerapkan pola hidup sehat dengan menjalani tujuh kebiasaan pribadi (1) kebersihan pribadi (2) cukup tidur; (3) makan memadai; (4) tak lupa sarapan; (5) menjaga berat badan ideal; (6) teratur bergerak badan; (7) jauhi rokok (Nadesul, 2008)

D. Penelitian Terkait

Penelitian terkait dengan penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh Mulyana (2004) yang berjudul "Hubungan antara faktor lingkungan dan perilaku dengan kejadian penyakit kulit di wilayah kerja puskesmas Tembilahan kota kabupaten Indragiri Hilir propinsi Riau 2004", Mulyana menyebutkan bahwa yang memiliki sumber air bersih tidak baik terdapat sebanyak 46 dari 64 (71,9%) kejadian penyakit kulit. Sedangkan dengan sumber air bersih yang baik sebanyak 46,5% pernah mengalami penyakit kulit.

Kejadian penyakit kulit dengan kepala keluarga yang kepadatan penghuninya tidak memenuhi syarat sebanyak 42 dari 59 (71,2%) yang mengalami penyakit kulit. Sedangkan dengan kepadatan penghuninya yang memenuhi syarat sebanyak 24 dari 48 (50,0%). Kejadian penyakit kulit dengan kebiasaan mandi ada 1 dari 3 (33,3%) orang yang mengalami penyakit kulit karena kebiasaan mandi kurang dari 2x sehari. Sedangkan yang biasa mandi lebih dari 2x sehari mengalami penyakit kulit sebanyak 62,5%.

Penelitian terkait lainnya yaitu penelitian yang dilakukan oleh Surahman (2005) yang berjudul " Hubungan antara cakupan sarana sumber air bersih dengan kejadian penyakit kulit di Kecamatan Cengkareng Jakbar 2005 ". Penelitian tersebut menyebutkan bahwa terdapat responden dengan cakupan air bersih yang rendah didapatkan jumlah orang yang mengalami penyakit kulit sebanyak 11,1 %, yang tidak mengalami keluhan sebanyak 88,9%. Responden yang mengalami gangguan penyakit kulit karena infeksi dalam kelurahan dengan cakupan air bersih yang tinggi 7,3 % dan yang tidak mengalami keluhan sebanyak 92,7%.



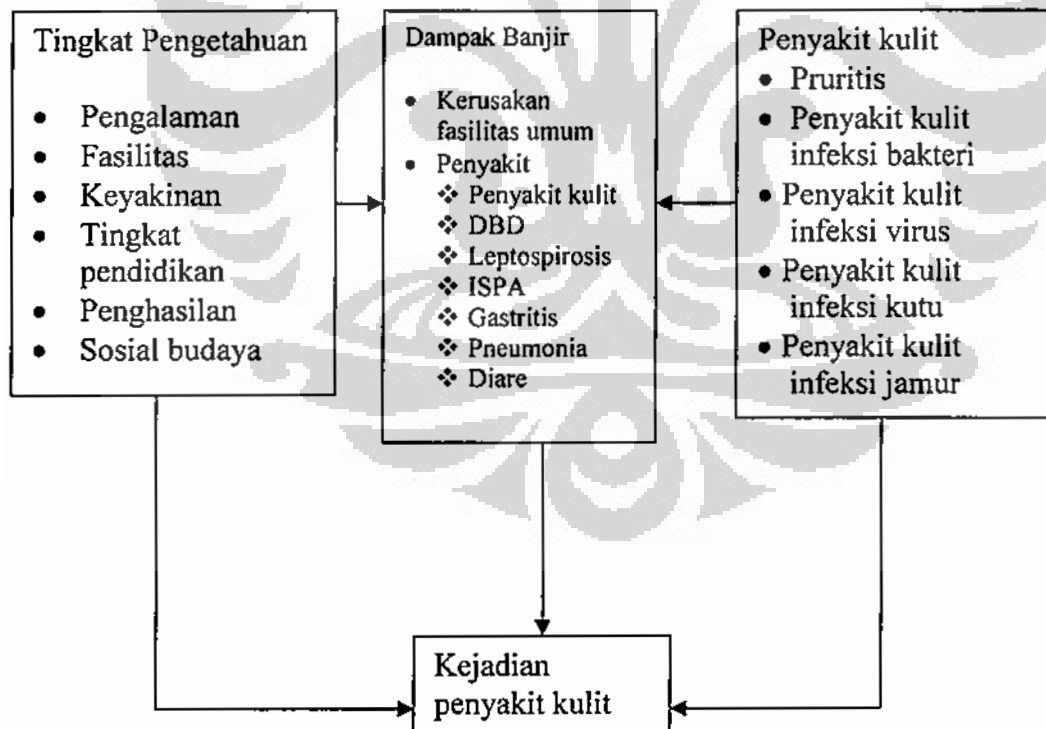
BAB III

KERANGKA KERJA PENELITIAN

Bagian ini akan dijelaskan tentang kerangka teori dan kerangka konsep yang digunakan dalam proposal penelitian ini. Serta akan dijelaskan pula tentang hipotesis dan variabel penelitian.

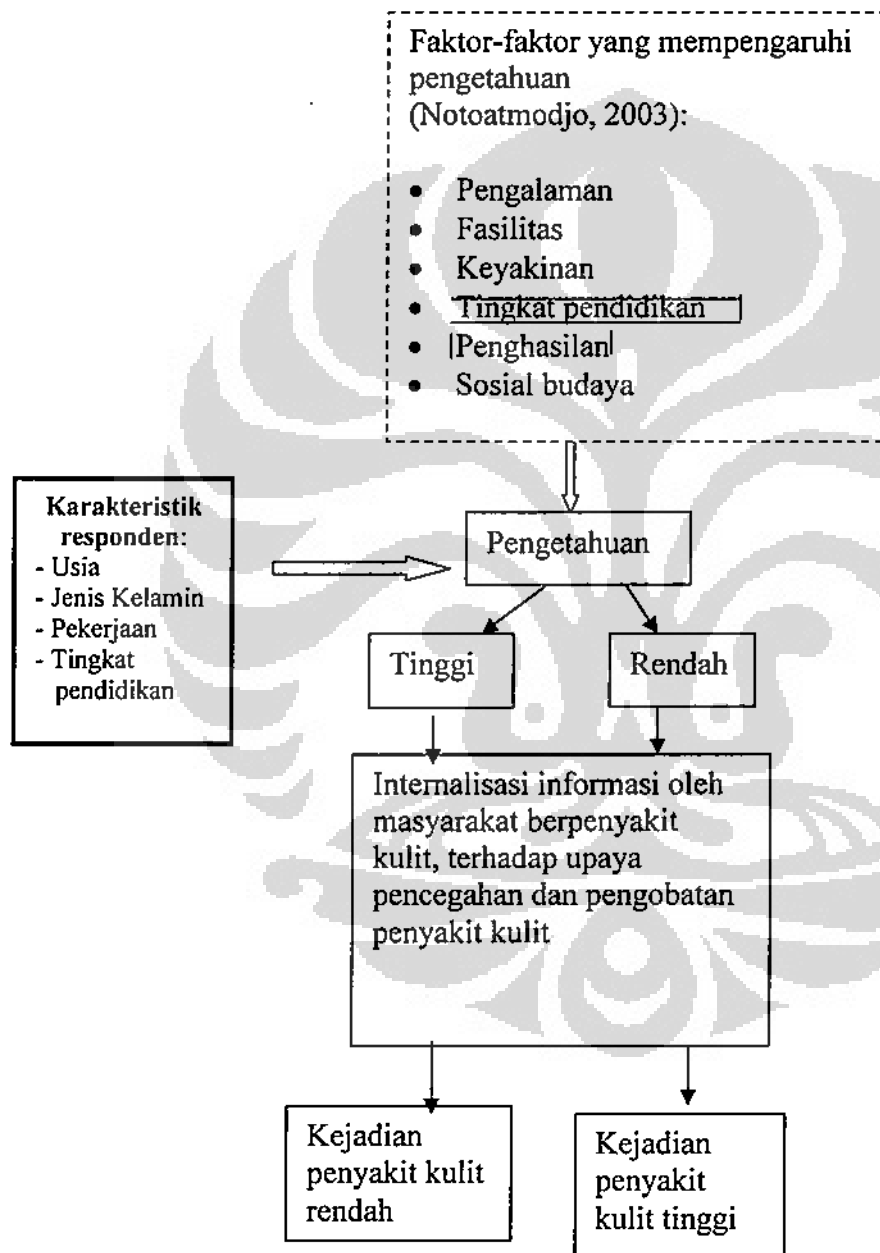
A. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah diuraikan di atas, maka didapatkan kerangka teori sebagai berikut



B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini merupakan kerangka konsep yang bersifat analitis inferensial hipotesis. Rancangan penelitian yang mencari hubungan anatar variabel. Berikut ini bagan kerangka konsep dalam penelitian ini



C. Hipotesis Penelitian

Ho : Tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit dengan kejadian penyakit kulit di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri

H1 : Ada hubungan antara tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit dengan kejadian penyakit kulit di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri.

D. Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Tingkat Pengetahuan tentang penyakit kulit	Kemampuan menginternalisasikan informasi tentang penyakit kulit yang diperoleh dan dibuktikan dengan mengungkapkan kembali informasi penyakit kulit dengan benar	Kuesioner	Membagikan kuesioner kepada masyarakat kampung melayu, kemudian menghitung skor dari pertanyaan	Ordinal	Tinggi (≥ 50) Rendah (< 50)
Kejadian penyakit kulit	Jumlah masyarakat yang terkena penyakit kulit	kuesioner	Membagikan kuesioner kepada masyarakat kampung melayu, lalu menghitungnya	ordinal	Tinggi (> 50) Rendah (< 50)

Tabel 3.1. Operasional Demografi

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Usia	Lama responden hidup terhitung sejak lahir hingga responden mengisi kuisisioner (dinyatakan dalam tahun)	Menggunakan isian pada lembar kuisisioner	Kuisisioner	20-30 tahun 31-40 tahun 41-50 tahun	Rasio
Jenis kelamin	Klasifikasi berdasarkan seksualitas	Dengan mengisi pada lembar kuisisioner	kuisisioner	Kelompok jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir yang telah ditamatkan oleh responden	Dengan mengisi pada lembar kuisisioner	Lkuisisioner	1. Perguruan tinggi 2. SMA 3. SMP 4. SD 5. TK	ordinal
Pekerjaan	Mata pencaharian/ kegiatan utama sehari-hari responden penghasilan	Dengan mengisi kuisisioner	kuisisioner	1. Karyawan 2. Dagang 3. Pengangguran 4. Pelajar/ 5. Mahasiswa 6. Guru	Nominal

BAB IV

METODE PENELITIAN

Bagian bab ini akan dijelaskan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, serta etika penelitian.

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah deskripsi korelasional yang bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit serta mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit terhadap kejadian penyakit kulit di kelurahan Kampung Melayu.

B. Populasi dan Sampel

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2004). Populasi yang akan diteliti oleh peneliti yaitu masyarakat korban banjir di kelurahan Kampung Melayu.

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2007). Penentuan jumlah sampel dilakukan dengan cara mengambil dari tabel ukuran sampel untuk koefisien korelasi, dengan menggunakan rumus persamaan sampel berdasarkan proporsi yaitu

$$\begin{aligned}
 S/n &= \frac{X^2 N \cdot p (1-p)}{D^2 \cdot (N-1) + X^2 \cdot p (1-p)} \\
 &= \frac{(1,96)^2 : 500 \cdot 0,5 \cdot (0,5)}{(0,1)^2 \cdot 499 + (1,96)^2 \cdot 0,5 (0,5)} \\
 &= 68 \text{ responden}
 \end{aligned}$$

S/n = Perkiraan jumlah sampel

N = Perkiraan besar populasi

X = Nilai standar normal untuk alpha 0,05

P = Perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

D = Tingkat kesalahan d(0,1)

Pengambilan sampel yang dilakukan dengan mengambil tes saat itu dan telah memenuhi kriteria sampel yang telah ditentukan terlebih dahulu (Notoatmojo, 1993). Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah

1. Bisa membaca dan menulis
2. Dapat berkomunikasi dengan verbal dan non verbal
3. Berusia 20-50 tahun
4. Bertempat tinggal di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri, dilakukan pada bulan Mei. Pemilihan ini berdasarkan pertimbangan untuk mendapatkan jumlah

sampel yang representatif, karena pada bulan tersebut masih sering terjadi banjir. Diambil tempat penelitian di wilayah Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri karena di wilayah tersebut sering terjadi banjir tiap tahunnya. Sehingga dapat memenuhi kriteria sampel yang diinginkan.

D. Etika Penelitian

Etika penelitian ini bertujuan untuk melindungi hak-hak responden sehingga responden tidak dirugikan. Responden berhak untuk dijaga kerahasiaannya sehingga peneliti perlu untuk menjaga anonimitas responden. Responden mengisi lembar isian atas dasar sukarela serta diminta menandatangani surat perjanjian (inform consent) setelah terlebih dahulu diberi penjelasan tentang tujuan penelitian dan cara pelaksanaannya. Data yang diambil hanya digunakan untuk pengolahan data. Apabila sudah selesai digunakan datanya akan dimusnahkan atau disimpan dalam file yang terkunci. Responden berhak mengundurkan diri jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

E. Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini adalah instrumen penelitian yaitu berupa koesioner yang berisi data demografi, data sumber informasi, pengetahuan penyakit kulit dan pertanyaan tentang kejadian penyakit kulit. Data sumber informasi berjumlah 3 pertanyaan, data pengetahuan penyakit kulit berjumlah 20 pertanyaan, data tentang kejadian penyakit kulit berjumlah 8 pertanyaan

Pertama peneliti menjelaskan tujuan dan konsekuensi dari penelitian serta meminta kesediaan subyek untuk menjadi responden. Setelah mengisi lembar kesediaan, subyek diberi angket yang berisi pertanyaan tertutup. Sebelum dilakukan pengambilan sampel, peneliti melakukan uji validitas dan uji reliabilitas instrumen.

F. Pengolahan Data dan Analisa Data

1. Pengolahan data

Dalam melakukan analisis, data terlebih dahulu harus diolah dengan mengubah data menjadi informasi. Dalam statistik, informasi yang diperoleh dipergunakan untuk proses pengambilan keputusan, terutama dalam pengujian hipotesis. Dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, diantaranya:

a. Editing

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

b. Coding

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer. Biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel.

c. Entry Data

Data entri adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontingensi.

d. Analisis Data

Dalam melakukan analisis khususnya terhadap data penelitian akan menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis. Bisa menggunakan statistik deskriptif atau statistik inferensial.

Peneliti setelah melakukan pengumpulan data, kemudian melakukan pemeriksaan dan melengkapi data yang belum lengkap. Data dikelompokkan menjadi tiga yaitu data demografi, data pengetahuan penyakit kulit dan data kejadian penyakit kulit. Pengolahan data dilakukan dengan memasukkan data dari tiap-tiap kuesioner kedalam tabel penataan data. Pada data demografi akan dilakukan perhitungan dengan menggunakan distribusi frekuensi terhadap masing-masing sub variabel jawaban dengan rumus :

$$\text{Persentase (\%)} = \frac{\text{Frekuensi} \times 100 \%}{N}$$

Data ini berguna untuk mengetahui karakteristik sampel yang diteliti. Pada pengolahan data hubungan tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit dilakukan setelah dilakukan observasi dan semua data telah terkumpul. Untuk jawaban kuesioner akan diskoring atau diberi nilai sesuai jawaban yang dipilih responden, untuk jawaban salah diberi nilai 0, jawaban benar diberi nilai 1 tiap item. Pada variabel pengetahuan penyakit kulit rentang nilai pembagiannya $\geq 50\%$ bila jawaban benar dan merupakan tingkat pengetahuan tinggi, jika $< 50\%$ tingkat pengetahuan rendah. Pada data variabel kejadian penyakit kulit rentang nilai tinggi jika kejadiannya $> 50\%$ dan kejadian penyakit kulit rendah jika $< 50\%$.

2. Analisis data

a. Analisis univariat

Analisa ini untuk mendapat gambaran pada masing-masing variabel. Gambaran yang didapat akan dimasukkan ke dalam tabel frekuensi dan akan digunakan uji statistik korelasi. Tabel frekuensi pada analisis ini bertujuan untuk menggambarkan responden sesuai karakteristiknya.

b. Analisis bivariat

Analisa ini bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen. Untuk membuktikan bahwa kedua variabel memiliki hubungan maka dilakukan uji chi-square. Hasil dari uji chi-square dapat

mengetahui ada tidaknya hubungan yang bermakna secara statistik dengan menggunakan rumus :

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

X^2 = chi-square

O = nilai hasil observasi

E = nilai yang diharapkan / ekspektasi

Hasil statistik chi-square dibandingkan dengan X^2 pada tabel distribusi chi-square untuk tingkat signifikan tertentu sesuai dengan derajat kebebasan atau degree of freedom. Derajat kebebasan tersebut didapatkan dengan menggunakan rumus :

$$Df = (B-1)(K-1)$$

B : jumlah baris

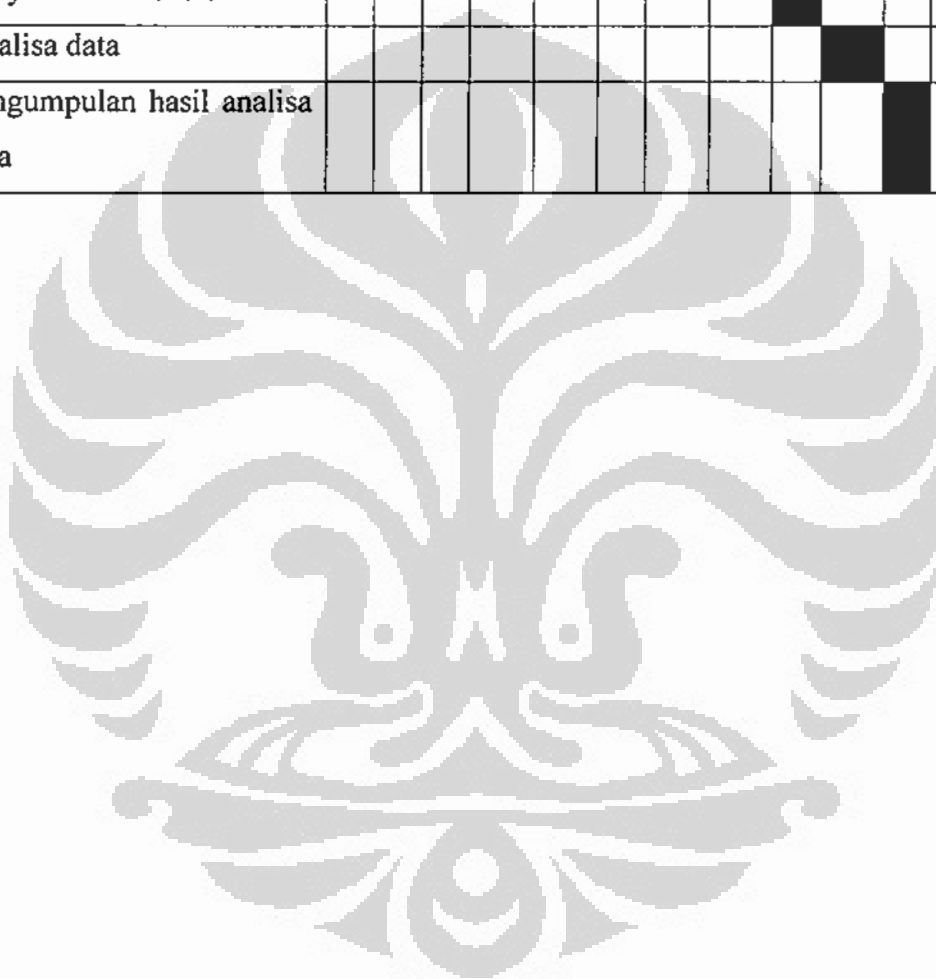
K : jumlah kolom

Uji hipotesis yang digunakan adalah alternatif dengan arah two tail. Hipotesis ini menyatakan hubungan tanpa melihat apakah hal yang satu lebih tinggi atau rendah dibandingkan yang lainnya. Prosedur pengujian chi-square diwakili dengan membuat hipotesis yaitu H_0 dan H_a . Langkah selanjutnya memasukkan frekuensi observasi ke dalam tabel silang, lalu hitung ekspektasi dari tiap masing-masing sel. Bila sudah dapat nilai E, maka dapat menghitung X^2 atau tabel p value yang dilakukan dengan membandingkan X^2 dengan tabel chi-square.

Langkah terakhir adalah membuat keputusan, bila p value kurang dari sama dengan α , maka H_0 ditolak. H_0 ditolak artinya data sampel mendukung adanya perbedaan yang bermakna. Uji chi-square dengan tingkat kepercayaan 95 % atau tingkat kemaknaan 5 %. Bila nilai p value ≥ 0.05 berarti hasil perhitungan statistik tidak bermakna, begitu sebaliknya. Selanjutnya kumpulan data tersebut dianalisa agar dapat disederhanakan atau dijelaskan sedemikian rupa menjadi informasi yang berguna. Karena sifat penelitian ini kategorik maka informasi disajikan dengan jumlah dan persentase. Data yang telah dikategorikan tersebut akan ditampilkan dalam tabel atau grafik distribusi frekuensi.

G. Jadwal Kegiatan

NO	KEGIATAN	MARET	APRIL	MEI
1	Pengajuan judul	■		
2	Penyusunan proposal	■	■	
3	Uji coba instrumen			■
4	Penyebaran kuoesioner			■
5	Analisa data			■
6	Pengumpulan hasil analisa data			■



BAB V

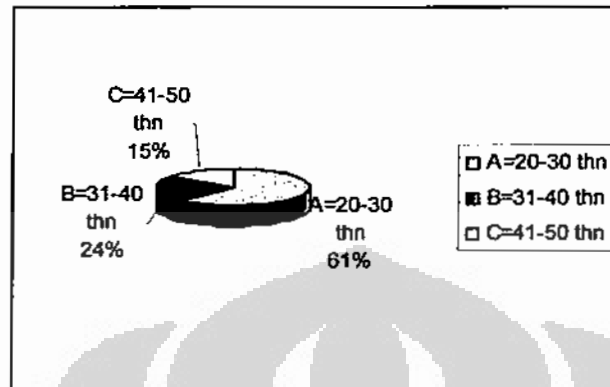
HASIL PENELITIAN

Pada proses pelaksanaan penelitian, langkah-langkah yang dilakukan peneliti adalah uji coba instrument, pengumpulan data dan analisa data. Proses pengambilan data pada penelitian ini dilakukan dalam kurun waktu dua hari dimulai pada tanggal 9 Mei sampai 10 Mei 2009. Penelitian ini dilaksanakan di Kampung melayu RW 10 Bukit Duri. Responden dalam penelitian ini berjumlah 68 orang. Setelah data terkumpul peneliti melakukan pengolahan dan analisa data agar dapat dikumpulkan, dapat ditafsirkan dan dipahami dengan tepat serta dapat ditarik kesimpulan sesuai dengan cara analisa pada proposal penelitian.

A. Analisis Univariat

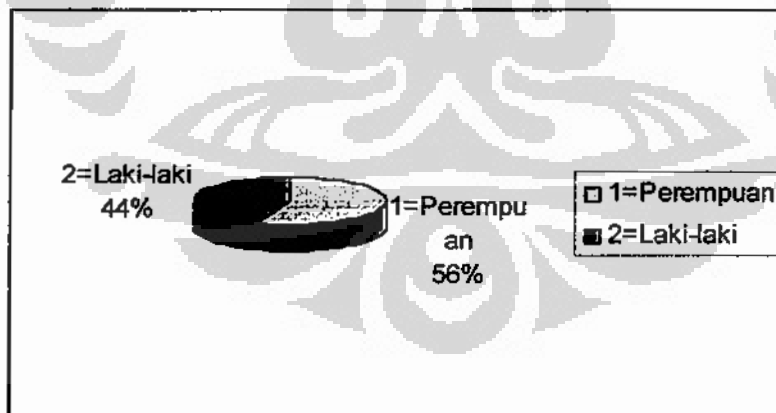
Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi dari setiap variable, guna menggambarkan distribusi dan proporsi variable yang diteliti, meliputi variable bebas yaitu tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit dan variable terikat yaitu kejadian penyakit kulit. Karakteristik masyarakat meliputi usia, tingkat pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan. Berikut ini hasil dari penelitian yang dapat menggambarkan karakteristik masyarakat korban banjir di daerah Kampung melayu RW 10 Bukit duri.

Diagram 5.1. Distribusi Frekuensi Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009 Berdasarkan Usia



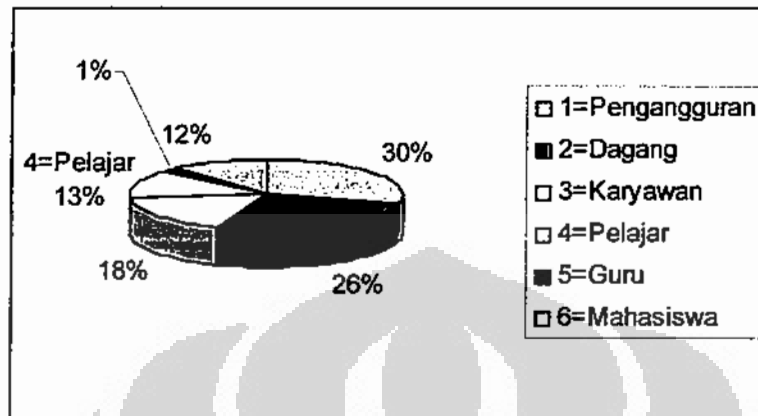
Dari diagram diatas menunjukkan bahwa masyarakat yang berusia 20-30 tahun lebih banyak dibandingkan yang lain dengan jumlah 42 orang dari 68 responden atau 61 %.

Diagram 5.2. Distribusi Frekuensi Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009 Berdasarkan Jenis Kelamin



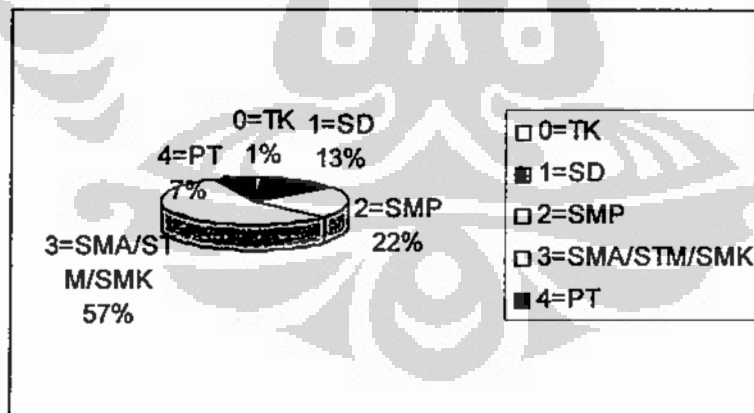
Dari diagram diatas menunjukkan bahwa jumlah perempuan lebih banyak daripada jumlah laki-laki, yaitu 38 orang dari 68 responden atau 56 %.

Diagram 5.3. Distribusi Frekuensi Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009 Berdasarkan Pekerjaan



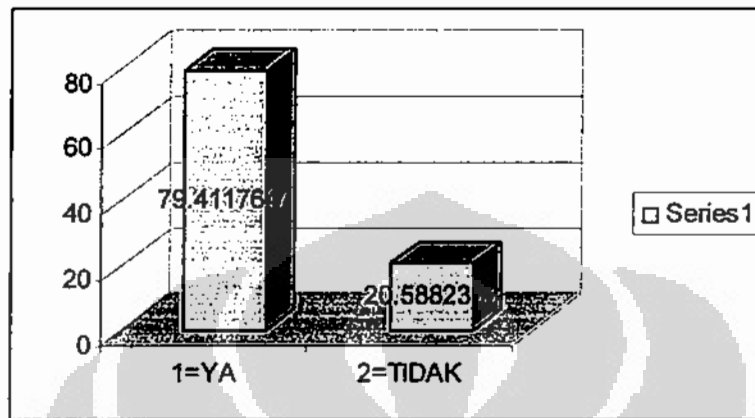
Dari diagram diatas menunjukkan bahwa jumlah pengangguran lebih banyak yaitu sebanyak 20 orang dari 68 responden atau sebesar 30 %

Diagram 5.4. Distribusi Frekuensi Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009 Berdasarkan Tingkat Pendidikan



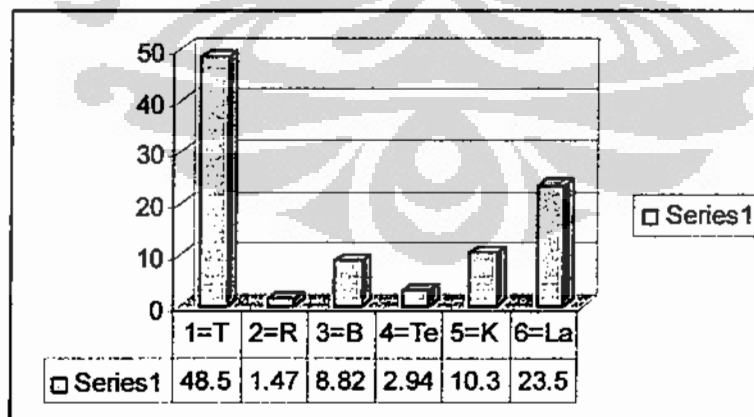
Dari diagram diatas menunjukkan bahwa jumlah masyarakat dengan tingkat pendidikan sma/stm/smk lebih banyak yaitu sebanyak 38 orang dari 68 responden atau sebesar 57 %.

Diagram 5.5. Distribusi Frekuensi Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009 Berdasarkan Pernah/Tidaknya Mendapat Informasi Tentang Penyakit Kulit



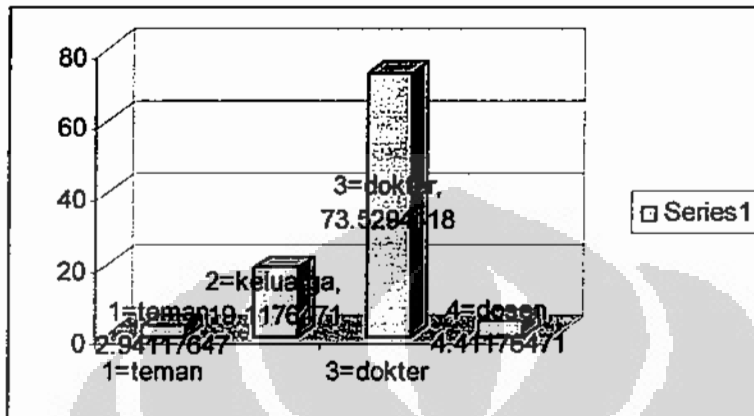
Dari diagram diatas menunjukkan bahwa sebanyak 54 orang dari 68 responden atau sebesar 79.41% pernah mendapat informasi tentang penyakit kulit.

Diagram 5.6. Distribusi Frekuensi Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009 Berdasarkan Dari Mana Informasi Tentang Penyakit Kulit Diperoleh



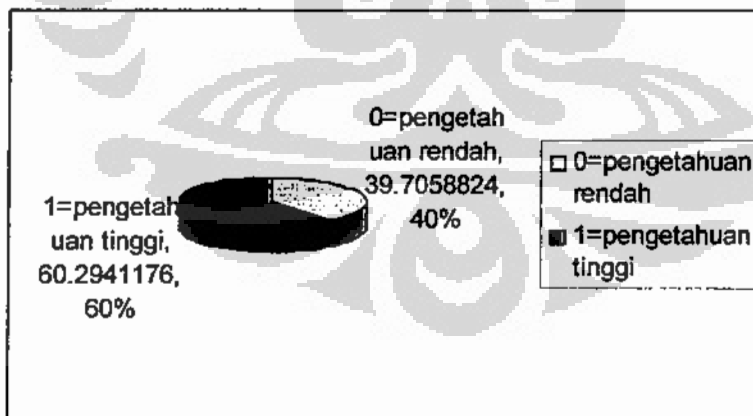
Dari diagram diatas menunjukkan bahwa sebanyak 33 orang dari 68 responden atau sebesar 48.5% yang mendapat informasi tentang penyakit kulit dari tv.

Diagram 5.7. Distribusi Frekuensi Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009 Berdasarkan Dengan Siapa Masyarakat Berkonsultasi Tentang Penyakit Kulit



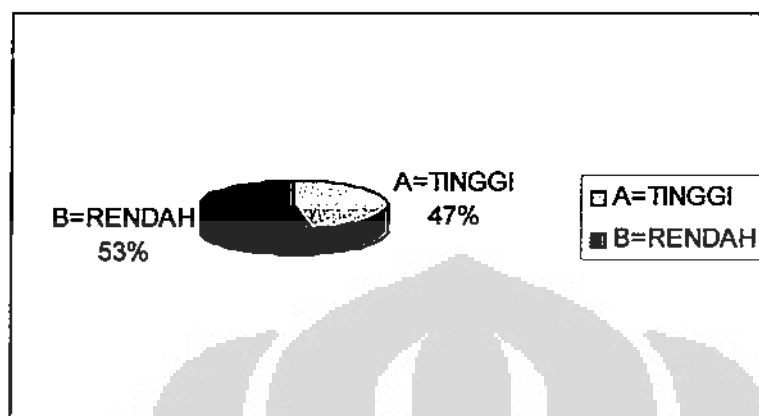
Dari diagram diatas menunjukkan bahwa sebanyak 50 orang dari 68 responden atau sebesar 73.5% yang berkonsultasi tentang penyakit kulit dengan dokter.

Diagram 5.8. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Masyarakat Korban Banjir di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009



Dari diagram diatas menunjukkan bahwa sebanyak 41 orang dari 68 responden atau sebesar 60% masyarakat yang mempunyai pengetahuan tinggi tentang penyakit kulit.

Diagram 5.9. Distribusi Frekuensi Kejadian Penyakit Kulit di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri Tahun 2009



Dari diagram diatas menunjukkan bahwa sebanyak 36 orang dari 68 responden atau sebesar 53% masyarakat yang tidak mengalami penyakit kulit atau tingkat kejadian penyakit kulit rendah.

B. Analisis Bivariat

Analisa ini bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen. Untuk membuktikan bahwa kedua variabel memiliki hubungan maka dilakukan uji chi-square. Hasil dari uji chi-square dapat mengetahui ada tidaknya hubungan yang bermakna secara statistik

Tabel 5.1. Distribusi Silang Tingkat Pengetahuan Terhadap Kejadian Penyakit Kulit

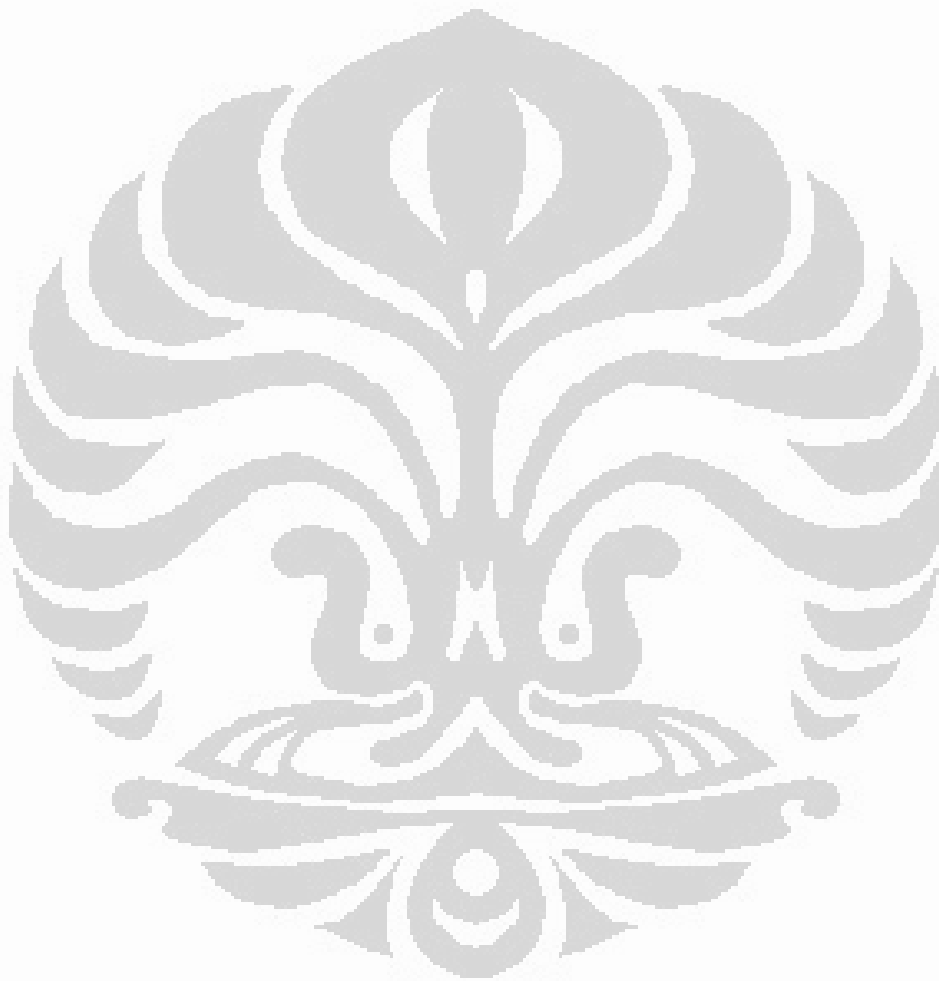
	Kejadian Penyakit kulit tinggi	Kejadian Penyakit kulit rendah	Jumlah	Prosentase %
Tingkat Pengetahuan tinggi	a 21	b 20	41	60 %
Tingkat Pengetahuan rendah	c 11	d 16	27	40 %
Jumlah	32	36	68	100%
prosentase	47%	53 %	100 %	

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa jumlah masyarakat dengan tingkat pengetahuan tinggi sebesar 60 %, sedangkan tingkat pengetahuan rendah sebesar 40 %. Kejadian penyakit kulit tinggi sebesar 47 %, sedangkan kejadian penyakit kulit rendah sebesar 53 %.

Formulasi:

$$\begin{aligned}
 x^2 &= \frac{N(ad-bc)^2}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)} & df &= (k-1)(b-1) \\
 & & &= (2-1)(2-1) \\
 &= \frac{68 ((21.16)-(20.11))^2}{32.36.41.27} & &= 1 \\
 &= \frac{915008}{1275264} \\
 &= 0.7175
 \end{aligned}$$

Hasil $\chi^2 = 0,7175$ jika dibandingkan dengan $\alpha = 0,05$ maka nilai $P < \alpha$, sehingga H_0 ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa secara statistik dengan $\alpha = 0,05$ ada hubungan antara tingkat pengetahuan masyarakat tentang penyakit kulit dengan kejadian penyakit kulit



BAB VI PEMBAHASAN

A. Pembahasan Hasil Penelitian

Bab pembahasan ini merupakan penjelasan makna dari hasil penelitian yang telah diperoleh. Pembahasan ini juga merupakan penjelasan rincian hasil penelitian yang dikaitkan dengan tujuan penelitian. Hasil penelitian akan dibandingkan atau diperkuat dengan hasil penelitian sebelumnya maupun dengan konsep atau teori yang ada. Peneliti mengemukakan dan menganalisis makna penemuan penelitian yang telah dinyatakan dalam hasil dan menghubungkannya dengan pertanyaan penelitian atau hipotesis.

Analisis univariat dalam penelitian ini menggunakan rumus proporsi. Sehingga dapat menggambarkan distribusi dan proporsi variable bebas dan variable terikat yang diteliti. Dari analisis ini didapatkan karakteristik masyarakat korban banjir di Kampung melayu RW 10 Bukit duri yang meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan.

Karakteristik tersebut dapat dilihat dari diagram 5.1 hingga diagram 5.9. Dari diagram 5.1 menggambarkan distribusi frekuensi masyarakat korban banjir berdasarkan usia. Masyarakat yang berusia 20-30 tahun adalah paling banyak, yaitu sebanyak 42 orang atau 61 %, masyarakat yang berusia 31-40 tahun sebanyak 16 orang atau 24 %, sedangkan masyarakat yang berusia 41-50 tahun sebanyak 10 orang atau 15 %.

Pada diagram 5.2 menggambarkan distribusi frekuensi masyarakat korban banjir berdasarkan jenis kelamin. Dari diagram tersebut terlihat bahwa jumlah perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki. Jumlah perempuan sebanyak 38 orang atau 56 %, sedangkan jumlah laki-laki sebanyak 30 orang atau 44 %.

Pada diagram 5.3 menggambarkan distribusi frekuensi masyarakat korban banjir berdasarkan pekerjaan. Dari diagram tersebut jumlah pengangguran paling banyak, yaitu sebanyak 20 orang atau 30 %. Masyarakat yang pekerjaannya berdagang sebanyak 18 orang atau 26 %, masyarakat yang pekerjaannya sebagai karyawan sebanyak 12 orang atau 18 %, pelajar sebanyak 9 orang atau 13 %, guru sebanyak 1 orang atau 1%, mahasiswa sebanyak 8 orang atau 12 %.

Pada diagram 5.4 menggambarkan distribusi frekuensi masyarakat korban banjir berdasarkan tingkat pendidikan. Dari diagram tersebut menunjukkan bahwa tingkat pendidikan masyarakat Kampung melayu paling banyak tingkat SMA atau sederajat yaitu sebanyak 38 orang atau 57 %, masyarakat dengan tingkat pendidikan SMP sebanyak 15 orang atau 22 %, masyarakat dengan tingkat pendidikan SD sebanyak 9 orang atau 13 %, masyarakat dengan tingkat pendidikan PT sebanyak 5 orang atau 7 %, TK sebanyak 1 orang atau 1%.

Sesuai dengan pendapat Notoatmojo (2003) tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan masyarakat. Sebagian besar masyarakat di Kampung melayu pernah memperoleh pendidikan sampai tingkat SMA. Oleh karena itu masyarakat tahu harus bagaimana jika mereka mengalami penyakit kulit. Kalau pun mereka tidak tahu, mereka langsung berkonsultasi dengan dokter.

Pada diagram 5.5 menggambarkan distribusi frekuensi data sumber informasi yang diperoleh masyarakat berdasarkan pernah/tidaknya mendapat informasi. Dari hasil penelitian didapatkan sebanyak 54 orang atau 79.4 % mengaku pernah mendapat informasi tentang penyakit kulit, sedangkan sebanyak 14 orang atau 20.5 % mengaku tidak pernah mendapat informasi tentang penyakit kulit.

Pada diagram 5.6 menggambarkan distribusi frekuensi data sumber informasi yang diperoleh masyarakat berdasarkan dari mana sumber informasi tersebut diperoleh. Dari hasil penelitian didapatkan sebanyak 33 orang atau 48.5 % diperoleh dari televisi, sebanyak 7 orang atau 10.3 % dari keluarga, sebanyak 6

orang atau 8 % dari buku, sebanyak 2 orang atau 2.94 % dari teman, sisanya sebanyak 16 orang atau 23.5 % dari lain-lain.

Pada diagram 5.7 menggambarkan distribusi frekuensi dengan siapa masyarakat berkonsultasi jika terkena penyakit kulit. Dari diagram tersebut menunjukkan sebanyak 50 orang atau 73.5 % dengan dokter, sebanyak 13 orang atau 19.11% dengan keluarga, sebanyak 3 orang atau 4.4 % dengan dosen, sebanyak 2 orang atau 2.9 % dengan teman.

Pada diagram 5.8 menggambarkan distribusi frekuensi tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir. Dari diagram tersebut didapatkan sebanyak 41 orang atau 60 % masyarakat berpengetahuan tinggi, sebanyak 27 orang atau 40 % masyarakat mempunyai pengetahuan rendah. Responden dengan tingkat pengetahuan tinggi mampu menjawab sebagian besar pertanyaan dengan benar, karena responden membandingkan dengan pengalaman pribadi serta pengetahuan yang diperoleh responden, baik dari media massa atau dari yang lainnya. Hal ini sesuai bahwa pengetahuan yang dimiliki seseorang semuanya didapat dari pendidikan dan pengalaman (KBBI, 2002).

Pengetahuan juga merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba (Notoatmojo, 2003). Dari proses penginderaan tersebut, responden mampu menjawab pertanyaan sesuai dengan apa yang dia dapat.

Pada diagram 5.9 menggambarkan distribusi frekuensi kejadian penyakit kulit masyarakat korban banjir di Kampung melayu. Dari diagram tersebut sebanyak 36 orang atau 53 % dengan tingkat kejadian penyakit kulit rendah atau masyarakat yang tidak mengalami penyakit kulit sebanyak 53 %, sedangkan sebanyak 32 orang atau 47 % tingkat kejadian penyakit kulit tinggi atau masyarakat yang mengalami penyakit kulit sebanyak 47 %.

Menurut Haryono (2007) penyakit akibat banjir salah satunya adalah penyakit kulit, walaupun penyakit kulit akibat banjir tersebut tidak menempati urutan terbesar pertama, tetapi masyarakat cukup terganggu dan resah jika banjir datang resiko mereka terkena penyakit kulit cukup tinggi, Itu terbukti dari hasil diatas.

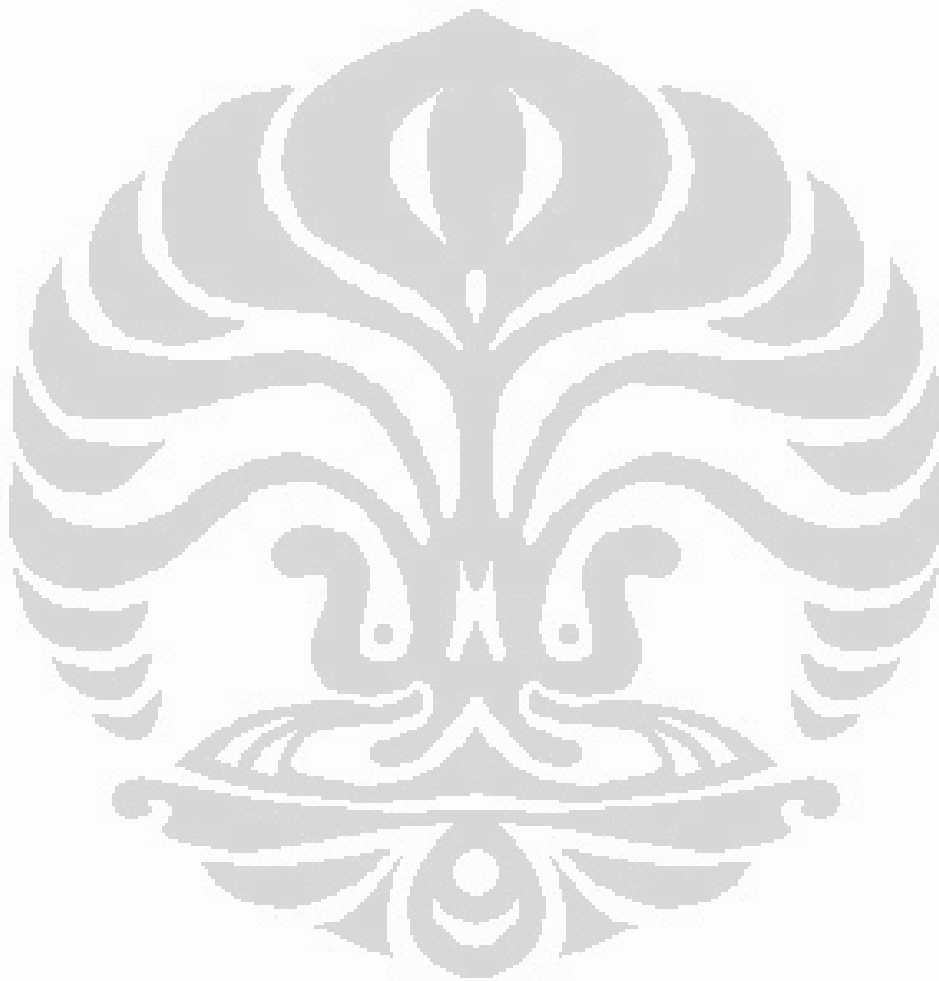
Analisis bivariat dalam penelitian ini menggunakan rumus Chi-Square. Analisis ini bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit terhadap kejadian penyakit kulit. Dari tabel 5.2 menggambarkan distribusi silang tingkat pengetahuan terhadap kejadian penyakit kulit, kemudian dihitung dengan rumus Chi-Square. Sehingga didapatkan hasil dari χ^2 adalah 0.7175, sedangkan derajat kebebasan atau degree of freedom adalah 1. Hasil $\chi^2 = 0,7175$ jika dibandingkan dengan $\alpha = 0,05$ maka nilai $P < \alpha$, sehingga H_0 ditolak.

Hasil penelitian ini dapat juga diketahui dengan membandingkan hasil χ^2 dengan χ^2 tabel. Jika $\chi^2(0,7175) \leq \chi^2$ tabel (3.841), berarti homogen. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa secara statistik dengan $\alpha = 0,05$ ada hubungan antara tingkat pengetahuan masyarakat tentang penyakit kulit dengan kejadian penyakit kulit. Masyarakat dengan pengetahuan tinggi mempunyai kejadian penyakit kulit yang rendah, sedangkan masyarakat dengan pengetahuan rendah mempunyai tingkat kejadian penyakit kulit tinggi. Hal ini sesuai dengan kerangka konsep yang telah dibuat oleh peneliti.

B. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan yang ada dalam penelitian ini berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh antara lain dari sudut instrument, sampai lokasi penelitian dan variable penelitian. Instrumen penelitian ini dibuat sendiri oleh peneliti mengacu pada kerangka konsep. Kemudian dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas ada beberapa pertanyaan yang tidak valid, sehingga harus diganti. Kemudian dilakukan uji lagi. Karena penghitungannya dengan cara manual, kemungkinan banyak terdapat kesalahan. Jumlah sample

kurang banyak, kemungkinan karena lokasi penelitian yang kurang luas. Variabel penelitian yang diuji juga kurang spesifik. Karena semua hal itulah hasil dari penelitian ini tidak dapat digeneralisir untuk wilayah lainnya.



BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

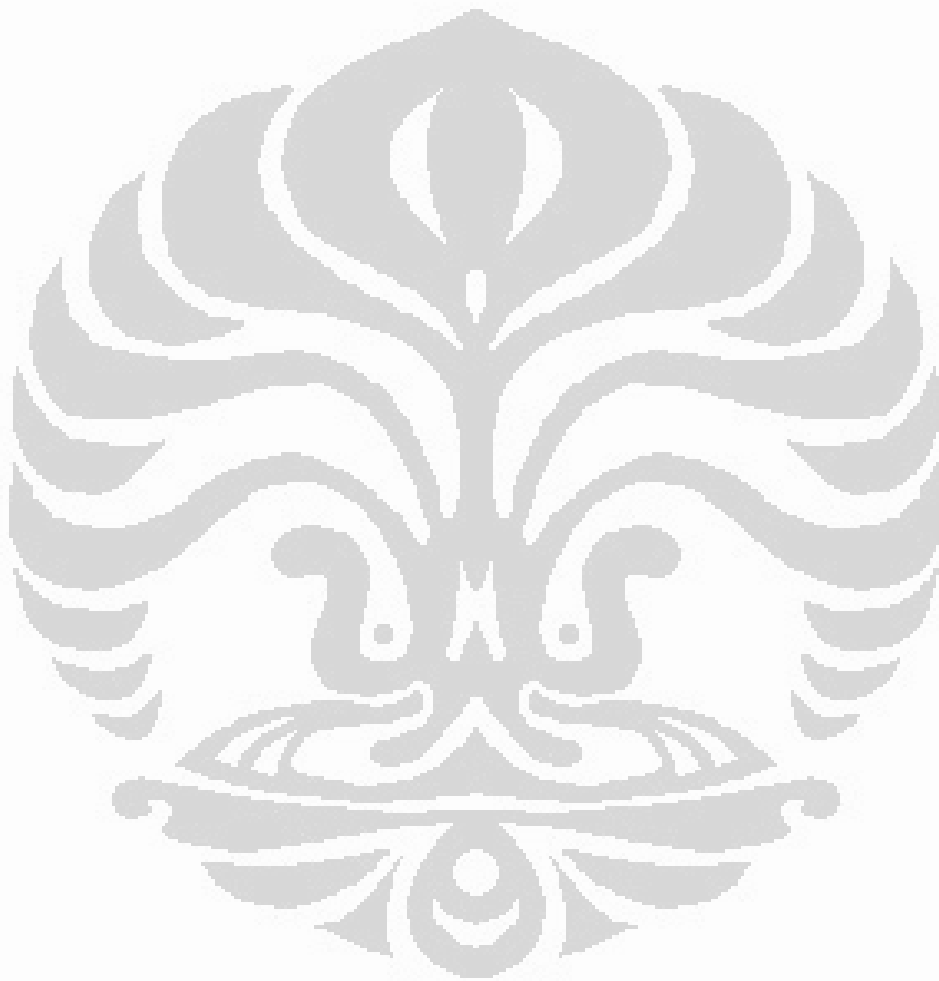
Kesimpulan yang bisa diambil dari penelitian ini setelah peneliti melakukan pengambilan data, menganalisis, kemudian menarik kesimpulan yaitu

1. Penyakit kulit merupakan salah satu penyakit akibat banjir
2. Masyarakat Kampung melayu RW 10 Bukit duri mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi terhadap penyakit kulit.
3. Kejadian penyakit kulit di Kampung melayu RW 10 Bukit duri tergolong rendah.
4. Karakteristik masyarakat Kampung melayu yaitu sebagian besar masyarakatnya berusia 20-30 tahun, dengan jumlah perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki, masyarakat lebih banyak yang pengangguran dan tingkat pendidikan masyarakat lebih SMA/ sederajat.
5. Adanya hubungan tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit terhadap kejadian penyakit kulit di Kampung melayu RW 10 Bukit duri.

B. Saran

1. Pemerintah diharapkan dapat menanggulangi banjir dan akibat yang ditimbulkannya, khususnya penyakit akibat banjir di daerah Kampung melayu, karena di daerah tersebut setiap tahunnya terjadi banjir. Misalkan pemerintah mendirikan posco banjir, yang lengkap dengan fasilitas kesehatan, seperti obat-obatan dan tenaga kesehatan.
2. Tenaga kesehatan khususnya perawat diharapkan bisa bekerja sama dengan pemerintah, masyarakat dan petugas kesehatan lainnya untuk mengatasi masalah penyakit kulit akibat banjir ini. Misalkan dengan mengadakan pengobatan di puskesmas atau di rumah warga.

3. Akibat dari banjir yang sering melanda di daerah Kampung melayu sehingga daerah tersebut mempunyai resiko tinggi terhadap timbulnya berbagai penyakit. Oleh karena itu diharapkan diadakan penelitian lebih lanjut. Misalkan penelitian penyakit-penyakit akibat banjir lainnya, seperti demam berdarah dan diare.



DAFTAR PUSTAKA

Brunner&Suddarth. (1997). *Medical Surgical of Nursing*. (Waluyo, penerjemah). Philadelphia: Smeltzer, Suzanne.(1996).

Haryono (2007). *Beragam Penyakit Mengancam*. Diambil pada 25 Nopember 2008 dari <http://www.ypha.or.id/information.php?subaction=showfull&id=1197452480&archive=&start from=&ucat=2&>

Hasibuan, Yamin. (1997). *Angka Penyakit Kusta di Indonesia Masih Tinggi*. Diambil pada 25 Nopember 2008 dari <http://www.hamline.edu/apakabar/basisdata/1997/01/18/0060.html>

Hidayat, Aziz. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika

Judarwanto, Widodo. (2007). *Penyakit Pasca Bencana Banjir*. Diambil pada 25 Nopember 2008 dari <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=966&tbl=artikel>

Mulyana. (2004). *Hubungan Antara Faktor Lingkungan dan Perilaku dengan Kejadian Penyakit Kulit di Wilayah Kerja Puskesmas Tembilahan kota Kabupaten Indragiri Hilir propinsi Riau 2004*. Skripsi yang tidak diterbitkan, Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia

Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta

Surahman. (2005). *Hubungan Antara Cakupan Sarana Sumber Air Bersih dengan Kejadian Penyakit Kulit di Kecamatan Cengkareng Jakbar 2005*. Skripsi yang tidak diterbitkan, Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia.

Setyawan, W.B. (2008). *Banjir: Proses Alam atau Bencana*. Diambil pada 25 Nopember 2008 dari http://citizennews.suaramerdeka.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=58

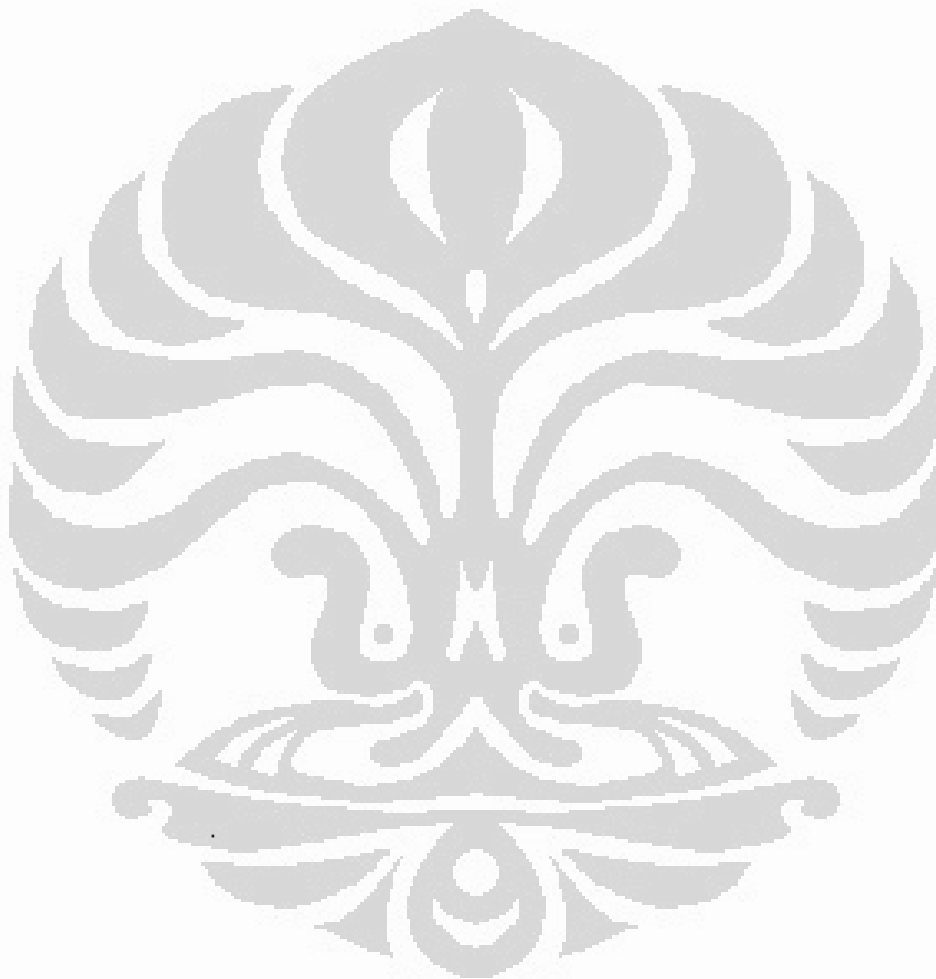
Sudarmawan, Surya. (2008). *Herpes Jangkiti Ratusan Warga Korban Banjir*. Diambil pada 25 Nopember 2008 dari <http://www.kompas.com/read/xml/2008/03/12/16012341/herpes.jangkiti.ratusan.korban.banjir>

Sukardi. (2008). *Metodologi Penelitian Pendidikan, Kompetensi dan Praktiknya*.

Jakarta: PT. Bumi Aksara.

Sujudi, Achmad. (2002). *Menanggulangi Masalah Kesehatan Akibat Banjir: Pengalaman Menghadapi Bencana Banjir DKI Jakarta Awal Tahun 2002*. Jakarta : Departemen kesehatan

Wed (2004). *Banyak Orang Beranggapan Bahwa Penyakit Panu atau Kurap Sekedar Penyakit Kosmetik*. Diambil pada 25 Nopember 2008 dari <http://dranak.blogspot.com/2007/03/penyakit-panu.html>



LEMBAR KUOESIONER

Saudara yang terhormat,

Saya yang bernama di bawah ini :

Nama : Lina Rahayu

Fak : Ilmu Keperawatan UI Reguler 2005

Akan melakukan penelitian yang berjudul " Hubungan tingkat pengetahuan masyarakat korban banjir tentang penyakit kulit terhadap kejadian penyakit kulit di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri " sehingga diharapkan dapat bermanfaat bagi masyarakat, pelayanan kesehatan dan bagi peneliti sendiri. Penelitian yang saya laksanakan ini melibatkan masyarakat Kelurahan Kampung Melayu. Prosedur untuk berpartisipasi dalam penelitian ini meliputi pengisian data demografi dan menjawab pertanyaan mengenai pengetahuan pencegahan penyakit kulit serta banyaknya kejadian penyakit kulit.

Pengisian kuoesioner ini membutuhkan waktu sekitar 15 menit. Jika pada saat pengisian kuoesioner ini ada hal-hal yang tidak jelas, maka responden langsung dapat bertanya kepada peneliti. Pengisian kuoesioner ini bersifat sukarela dan tidak ada unsur pemaksaan dari siapapun. Data yang didapatkan bersifat rahasia dan peneliti tidak akan membuka identitas serta informasi yang telah diberikan kepada orang lain tanpa seizin responden.

(Lanjutan)

Petunjuk Pengisian

1. Bacalah pertanyaan dengan cermat, kemudian isi pertanyaannya dengan benar.
2. Beri tanda check list (v) pada jawaban yang sesuai.
3. Tanyakan kepada peneliti jika ada yang tidak dimengeti.

I. Data Demografi

Nama (inisial) :

Usia :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan :

Pendidikan terakhir :

Alamat :

No telp :

II Data sumber informasi

1. Apakah Saudara pernah mendapat informasi tentang penyakit kulit dan pencegahan penyakit kulit?

Ya Tidak

2. Dari mana sumber informasi yang Saudara dapat?

Tv Radio Buku

Teman Keluarga Lain-lain

3. Dengan siapa Saudara berkonsultasi jika terdapat kelainan penyakit kulit?

Teman Keluarga Dokter

Dosen Lain-lain

(Lanjutan)

III Pengetahuan Penyakit kulit

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1	Menurut Bpk/Ibu/Sdr penyakit kulit merupakan salah satu dampak terbesar dari banjir?		
2	Menurut Bpk/Ibu/Sdr apakah penyakit kulit dapat dicegah		
3	Menurut Bpk/Ibu/Sdr bagaimana cara pencegahan penyakit kulit? a. Mandi dengan bersih b. Memakai bedak/salep c. Membasuh kulit yang sakit dengan sabun d. Membasuh kulit yang sakit dengan air hangat e. Kompres dingin f. Menggaruk		
4	Menurut Bpk/Ibu/Sdr apakah banjir dapat menyebabkan penyakit kulit?		
5	Menurut Bpk/Ibu/Sdr, apa yang menyebabkan terjadinya penyakit kulit? a. Kuman b. Alergi c. Mandi kurang bersih d. Mandi memakai air kotor/ air banjir e. Digigit serangga		
6	Menurut Bpk/Ibu/Sdr seperti apa orang yang terkena penyakit kulit? a. Kemerahan b. Bintik-bintik kecil c. Bertambah luas jika digaruk d. Koreng e. Gatal		

(Lanjutan)

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
7	Apakah penyakit kulit akibat banjir dapat menular?		
8	Menurut Bpk/Ibu/Sdr bagaimana cara penularan penyakit kulit? a. Cipratan air bekas penderita b. Mengenakan pakaian bekas penderita c. Sentuhan kulit dengan penderita d. Memakai handuk penderita e. Kasur bekas penderita		
9	Menurut Bpk/Ibu/Sdr apa yang terjadi jika penyakit kulit didiamkan saja? a. Menularkan kepada orang lain b. Badan terasa sakit dan panas c. Kulit rusak d. Penampilan terganggu e. Menyebabkan cacat f. Merasa tidak nyaman		
10	Menurut Bpk/Ibu/Sdr apa yang harus dilakukan jika anggota keluarga mengalami penyakit kulit? a. Makan makanan bergizi b. Jaga kebersihan badan dan lingkungan c. Oleskan salep dan taburi bedak gatal d. Dibiarkan saja e. Tidak dimandikan/ tidak boleh kena air f. Tidak menggaruk, kuku pendek dan bersih		

(Lanjutan)

Pengetahuan Penyakit kulit

NO	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
1	Penyakit kulit adalah gangguan dermatologic yang abnormal yang disebabkan oleh jamur, virus dan bakteri		
2	Penyakit kulit hanya disebabkan oleh virus dan bakteri		
3	Gatal dan kemerahan merupakan tanda penyakit kulit		
4	Penyakit kulit tidak dapat menular		
5	Penyakit kulit tidak menular dari manusia ke manusia		
6	Penyakit kulit ditularkan lewat sentuhan		
7	Penyakit kulit tidak dapat dicegah		
8	Penyakit kulit bisa menyerang siapa saja		
9	Penggunaan salep atau bedak bisa mencegah penyakit kulit		
10	Basuh dengan air bila terkena penyakit kulit		

(Lanjutan)

IV Kejadian Penyakit kulit

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1	Apakah Saudara pernah mengalami penyakit kulit selama 3 bulan terakhir?		
2	Apakah penyakit kulit tersebut sering kambuh?		
3	Apakah ada anggota keluarga yang mengalami penyakit kulit?		
4	Apakah Saudara pernah/sering mengalami penyakit kulit ketika banjir?		
5	Berapa kali Saudara mengalami penyakit kulit karena banjir? a. <3x b. >3x		
6	Pada bagian tubuh manakah tanda-tanda/kelainan kulit yang Saudara rasakan? a. Tangan b. Kaki c. Muka d. Sela-sela lipatan e. Badan/leher		
7	Berapa lama Saudara mengalami penyakit kulit? a. < 3 hari b. 3-7 hari c. > 7 hari		
8	Penyakit /kelainan kulit seperti apa yang sering Saudara alami? a. Gatal-gatal (pruritis) b. Kusta c. Herpes d. Kutu air (Tinea pedis) e. Jamur badan (Tinea korporis) f. Infeksi kutu (pedikulosis)		

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.
Bapak/Ibu/Sdr responden
Di Kel.Kampung Melayu

Sebagai persyaratan tugas akhir mahasiswa program S1 Keperawatan Universitas Indonesia, saya akan melakukan penelitian yang berjudul " Hubungan Tingkat Pengetahuan Masyarakat Korban Banjir Tentang Penyakit Kulit Terhadap Kejadian Penyakit Kulit di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri". Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan tingkat pengetahuan masyarakat terhadap kejadian penyakit kulit. Untuk keperluan tersebut saya mohon *bersedia/tidak bersedia* *) Bapak/Ibu/Sdr untuk menjadi responden dalam penelitian ini, selanjutnya kami mohon *bersedia/tidak bersedia* *) Bapak/Ibu/Sdr untuk mengisi kuesioner yang saya sediakan dengan kejujuran dan apa adanya. Jawaban saudara dijamin kerahasiaannya.

Demikian, lembar persetujuan ini kami buat. Atas bantuan dan partisipasinya disampaikan terima kasih.

Jakarta, April 2009

Responden

Peneliti

.....

Lina Rahayu

Lampiran 3

N0	Tingkat Pengetahuan	Kejadian penyakit kulit	Hubungan
1	0	A	c
2	0	A	c
3	1	B	b
4	1	B	b
5	0	A	c
6	0	B	d
7	0	A	c
8	0	B	d
9	1	A	a
10	0	B	d
11	1	B	b
12	1	A	a
13	1	B	b
14	0	A	c
15	0	B	d
16	0	B	d
17	0	B	d
18	0	B	d
19	0	A	c
20	0	B	d
21	1	B	b
22	1	A	a
23	1	A	a
24	1	B	b
25	1	A	a
26	1	A	a
27	1	A	a
28	1	A	a
29	1	B	b
30	1	B	b
31	1	A	a
32	1	A	a
33	1	A	a
34	1	A	a
35	1	B	b
36	1	A	a

$a = (1-A)$ tingkat pengetahuan tinggi, kejadian tinggi
 $b = (1-B)$ tingkat pengetahuan tinggi, kejadian rendah
 $c = (0-A)$ tingkat pengetahuan rendah, kejadian tinggi
 $d = (0-B)$ tingkat pengetahuan rendah, kejadian rendah

(Lanjutan)

37	1	B	b
38	1	A	a
39	1	B	b
40	1	B	b
41	1	B	b
42	1	A	a
43	0	A	c
44	1	A	a
45	1	A	a
46	0	A	c
47	0	A	c
48	1	B	b
49	1	A	a
50	1	B	b
51	0	B	d
52	0	A	c
53	0	A	c
54	0	B	d
55	0	B	d
56	0	B	d
57	0	B	d
58	0	B	d
59	1	A	a
60	1	B	b
61	1	A	a
62	1	B	b
63	1	A	a
64	1	B	b
65	1	B	b
66	0	B	d
67	0	B	d
68	1	B	b

a = (1-A) tingkat pengetahuan tinggi, kejadian tinggi
b = (1-B) tingkat pengetahuan tinggi, kejadian rendah
c = (0-A) tingkat pengetahuan rendah, kejadian tinggi
d = (0-B) tingkat pengetahuan rendah, kejadian rendah

KUNCI JAWABAN

Pengetahuan Penyakit Kulit

- | | |
|-------------|-----------|
| 1. Ya | 11. Benar |
| 2. Ya | 12. Benar |
| 3. a. Ya | 13. Benar |
| b. Ya | 14. Salah |
| c. Tidak | 15. Salah |
| d. Tidak | 16. Benar |
| e. Ya | 17. Salah |
| f. Tidak | 18. Benar |
| 4. Ya | 19. Benar |
| 5. a. Ya | 20. Salah |
| b. Ya | |
| c. Ya | |
| d. Ya | |
| e. Ya | |
| 6. a. Ya | |
| b. Ya | |
| c. Ya | |
| d. Ya | |
| e. Ya | |
| 7. Ya | |
| 8. a. Tidak | |
| b. Ya | |
| c. Ya | |
| d. Tidak | |
| e. Tidak | |
| 9. a. Ya | |
| b. Ya | |
| c. Ya | |
| d. Ya | |
| e. Tidak | |
| f. Ya | |
| 10. a. Ya | |
| b. Ya | |
| c. Ya | |
| d. Tidak | |
| e. Ya | |
| f. Ya | |



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1423 /PT02.H5.FIK/II/2009

24 April 2009

Lamp : -

Perihal : Permohonan Ijin Penelitian
M.A Riset

Kepada Yth.
Kepala
RW 10 Bukit Duri
Di
Jakarta

Dalam rangka mengimplementasikan mata ajar "Riset Keperawatan" bagi mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan-Universitas Indonesia (FIK-UI) :

Nama Mahasiswa	NPM
Lina Rahayu	1305000691

Akan mengadakan riset dengan judul: "Hubungan Tingkat Pengetahuan Masyarakat Korban Banjir Tentang Penyakit Kulit Terhadap Kejadian Penyakit Kulit Di Kampung Melayu RW 10 Bukit Duri."

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa tersebut untuk melakukan pengumpulan data di RW 10 Bukit Duri.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Wakil Dekan

Dra. Junaiti Sahar., PhD
NIP. 140 099 515

Tembusan :

1. Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Dikmahalum FIK-UI
4. Koordinator M.A Riset Kep. FIK-UI
5. Peringgal