

**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU  
PENCEGAHAN PENULARAN KUSTA DI KELUARGA**

**PENELITIAN DESKRIPTIF ANALITIK**



**Oleh:**

**Agustin Prasetyo Winarno**

**NIM. 131011028**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2014**

**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU  
PENCEGAHAN PENULARAN KUSTA DI KELUARGA**

**PENELITIAN DESKRIPTIF ANALITIK**

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Dalam Program Studi Pendidikan Ners  
Pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR



**Oleh:**

**Agustin Prasetyo Winarno**

**NIM. 131011028**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2014**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 9 Juli 2014

Yang Menyatakan

Agustin Prasetyo Winarno

NIM. 131011028

**HALAMAN PERNYATAAN  
PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN  
AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Agustin Prasetyo Winarno  
NIM : 131011028  
Program Studi : Pendidikan Ners  
Fakultas : Keperawatan  
Jenis karya : Skripsi

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

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU  
PENCEGAHAN PENULARAN KUSTA DI KELUARGA**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alihmedia/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 9 Juli 2014  
Yang menyatakan

(Agustin Prasetyo Winarno)  
NIM. 131011028

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU**  
**PENCEGAHAN PENULARAN KUSTA DI KELUARGA**

Oleh:  
Nama: Agustin Prasetyo Winarno  
NIM. 131011028

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 7 JULI 2014

Oleh  
Pembimbing Ketua

Elida Ulfiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep.  
NIP. 197910132010122001

Pembimbing

Eka Mishbahatul Mar'ah Has, S.Kep.,Ns.,M.Kep.  
NIP. 198509112012122001

Mengetahui  
a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kep.,Ns.,M.Kep.  
NIP. 197904242006042002

**LEMBAR PANITIA PENGUJI**

**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU  
PENCEGAHAN PENULARAN KUSTA DI KELUARGA**

Oleh:

Nama: Agustin Prasetyo Winarno  
NIM. 131011028

Telah diuji

Pada tanggal, 11 Juli 2014

PANITIA PENGUJI

Ketua : Laily Hidayati, S.Kep.Ns., M.Kep. ( )  
NIK. 139080822

Anggota : 1. Elida Ulfiana, S.Kep.Ns., M.Kep. ( )  
NIP. 197910132010122001

2. Eka Mishbahatul M.Has, S.Kep.Ns., M.Kep. ( )  
NIP. 198509112012122001

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kep.,Ns.,M.Kep.  
NIP. 197904242006042002

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan Judul **“ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN PENULARAN KUSTA DI KELUARGA”**. Skripsi merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes, selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Mira Triharini, S.Kep.Ns., M.Kep. selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Elida Ulfiana, S.Kep.Ns., M.Kep, selaku pembimbing pertama yang telah banyak memberikan ilmu, dorongan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyempurnakan dan menyelesaikan skripsi ini.
4. Eka Mishbahatul M.Has, S.Kep.Ns., M.Kep. selaku pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan, arahan dan saran sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
5. Kepala BAKESBANG, POL dan LINMAS Kota Surabaya yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk mengadakan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Semampir.
6. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang telah memberikan izin kepada penulis untuk mengadakan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Semampir.
7. Camat Kecamatan Semampir yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di wilayah Kecamatan Semampir.
8. dr. Henky T. K. selaku Kepala Puskesmas Pegirian yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Pegirian.
9. dr. Caecilia M. Tienne selaku Kepala Puskesmas Wonokusumo yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo.
10. dr. Ita Mardiana Primawati selaku Kepala Puskesmas Sidotopo yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Sidotopo.
11. Seluruh responden yang telah ikhlas membantu saya dalam penelitian ini.
12. Almahum kedua orang tua yang membesarkan membimbing saya semasa hidup beliau.
13. Keluarga kakak tercinta Aditya Prasetyo Winarno dan kakak ipar Sulistiowati Dwilestari yang selalu memberikan dukungan.
14. Staf pendidikan, perpustakaan dan tata usaha Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

15. Keluarga besar angkatan 2010 Fakultas Keperawatan.
16. Semua pihak yang telah mendukung skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Kami sadari bahwa Skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, Juli 2014

Penulis



MOTTO

*Every Cloud Has Its Silver Lining*  
(A.K, 2014)

## ABSTRACT

### ANALYSIS OF FACTORS WHICH HAVE CORRELATION WITH FAMILY'S BEHAVIOR IN PREVENTION OF LEPROSY TRANSMISSION

Descriptive Analytical Research

**By: Agustin Prasetyo Winarno**

Leprosy is an infectious disease that lead to many problems. Leprosy can be transmitted through a close, long and intense relationship with patient. Therefore, the patient's family have a greater risk on Leprosy transmission. The purpose of this study was to analyze the factors which have correlation with family's behavior in prevention of Leprosy transmission.

This study was a descriptive analitic research with cross sectional approach. The population taken from the family of leprosy patient who were recorded at Kecamatan Semampir. The total sample was 14 taken by purposive sampling. The independent variables were perceived benefits of action, perceived barriers to action, perceived self-efficacy, and activity-related affect. The dependent variable was the family's behavior in prevention of Leprosy transmission. Data were collected by using questionnaires and observation, then analyzed by using Spearman's Rho Test with level of significance  $<0.05$ .

Factors perceived benefits of action ( $p= 0.478$ ); perceived barriers to action ( $p= 0,478$ ); perceived self-efficacy ( $p= 0,679$ ); activity related affect ( $p= 0.519$ ) have no correlation with family's behavior in prevention of Leprosy transmission.

It can be concluded that behaviour specific cognition and affect were not have correlation with family's behavior in prevention of Leprosy transmission. Further studies are expected to be developed and may identify a significant correlation by increasing the number of samples. The results of this study can be used by nurses to find the dominant factors or other factors in HPM that correlation with family's behavior in prevention of Leprosy transmission.

Keyword: perceived benefit of action, perceived barrier to action, perceived self efficacy, activity related affect, prevention, Leprosy, HPM

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar .....	i
Halaman Dalam.....	ii
Lembar Pernyataan.....	iii
Halaman Pernyataan Publikasi.....	iv
Lembar Persetujuan.....	v
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	vi
Ucapan Terima Kasih.....	vii
Motto .....	ix
<i>Abstract</i> .....	x
Daftar Isi.....	xi
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel .....	ix
Daftar Lampiran .....	xv
Daftar Singkatan.....	xvi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Masalah .....	6
1.3 Rumusan Masalah .....	8
1.4 Tujuan Penelitian.....	8
1.4.1 Tujuan umum .....	8
1.4.2 Tujuan khusus .....	8
1.5 Manfaat Penelitian.....	9
1.5.1 Teori .....	9
1.5.2 Praktis.....	9
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>10</b>
2.1 Konsep Kusta .....	10
2.1.1 Pengertian Kusta .....	10
2.1.2 Epidemiologi Kusta.....	11
2.1.3 Tanda dan gejala Kusta .....	12
2.1.4 Klasifikasi penyakit Kusta .....	13
2.1.5 Penularan Kusta.....	16
2.1.6 Pencegahan penularan Kusta.....	18
2.2 Konsep Keluarga .....	20
2.2.1 Pengertian keluarga .....	20
2.2.2 Fungsi keluarga .....	22
2.2.3 Interaksi sehat dan sakit di keluarga.....	22
2.2.4 Tahap kehidupan keluarga .....	24
2.2.5 Karakteristik keluarga sehat .....	25
2.3 Konsep <i>Health Promotion Model</i> .....	25
2.3.1 Asumsi Mayor .....	25
2.3.2 Teori yang melatarbelakangi.....	26

2.3.3 Pengertian <i>Health Promotion Model</i> .....	26
2.3.4 Komponen <i>Health Promotion Model</i> .....	28
2.3.5 Pengaruh Personal ( <i>Personal Influences</i> ) .....	31
2.3.6 Perilaku <i>Health Promotion</i> .....	33
2.4 Keaslian Penulisan .....	34
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP</b> .....	<b>37</b>
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian .....	37
3.2 Hipotesis.....	38
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b> .....	<b>40</b>
4.1 Desain Penelitian.....	40
4.2 Populasi, Sampel dan Sampling .....	41
4.2.1 Populasi .....	41
4.2.2 Sampel.....	41
4.2.3 Sampling.....	41
4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....	42
4.3.1 Variabel independen.....	42
4.3.2 Variabel dependen.....	43
4.3.3 Definisi operasional.....	43
4.4 Instrumen Penelitian.....	49
4.5 Validitas dan Reabilitas.....	50
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	52
4.7 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data.....	52
4.8 Analisa Data .....	53
4.8.1 Kerangka analisa data.....	53
4.8.2 Langkah- langkah analisis data .....	53
4.8.3 Analisis inferensial .....	59
4.9 Kerangka Kerja .....	61
4.10 Etik Penelitian .....	62
4.10.1 Lembar persetujuan ( <i>Informed Consent</i> ).....	62
4.10.2 Tanpa nama ( <i>Anonimity</i> ) .....	62
4.10.3 Kerahasiaan ( <i>Confidentiality</i> ) .....	62
4.11 Keterbatasan .....	62
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	<b>65</b>
5.1 Hasil .....	65
5.1.1 Gambaran umum lokasi Penelitian .....	65
5.1.2 Data umum responden.....	66
5.1.3 Data Khusus .....	70
5.1.4 Variabel yang diukur .....	72
5.2 Pembahasan .....	73
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	<b>81</b>
6.1 Kesimpulan.....	81
6.2 Saran.....	81
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>83</b>
<b>LAMPIRAN</b> .....	<b>86</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Identifikasi Masalah Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Penularan Kusta di Keluarga.....	6
Gambar 2.1	Data Pravelensi Penyakit Kusta Awal Januari 2012.....	11
Gambar 2.2	Pengaturan Pengobatan MDT.....	20
Gambar 2.3	<i>Revised Health Promotion Model</i> .....	28
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Penularan Kusta di Keluarga.....	37
Gambar 4.1	Skema Penelitian.....	40
Gambar 4.2	Kerangka Analisa Data.....	52
Gambar 4.3	Kerangka Kerja Analisis Faktor Perilaku Pencegahan Penularan Kusta di Keluarga Berbasis <i>Health Promotion Model</i>	59
Gambar 5.1	Distribusi responden berdasarkan usia, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014.....	66
Gambar 5.2	Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014..	67
Gambar 5.3	Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014..	67
Gambar 5.4	Distribusi responden berdasarkan pekerjaan, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014.....	68
Gambar 5.5	Distribusi responden berdasarkan penghasilan, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014..	68
Gambar 5.6	Distribusi responden berdasarkan jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, di Kecamatan Semampir Surabaya, Mei 2014- Juni 2014.....	69
Gambar 5.7	Distribusi responden berdasarkan hubungan dengan penderita, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014.....	69

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Data Kasus Kusta di Surabaya Tahun 2012.....	3
Tabel 2.1	Angka Kasus Kusta se-Asia Tenggara Tahun 2005-2012.....	12
Tabel 2.2	Tanda Kusta pada tipe PB dan MB.....	14
Tabel 2.3	Reaksi Perbedaan Reaksi Tipe 1 dan 2.....	15
Tabel 2.4	Tingkat Cacat Kusta Menurut WHO.....	15
Tabel 2.5	Perbedaan Bentuk Keluarga Tradisional dan Non tradisional....	21
Tabel 2.6	Delapan Tahap Siklus Kehidupan Keluarga Duvall.....	24
Tabel 2.7	Keaslian Penulisan.....	34
Tabel 4.1	Variabel Independen Penelitian.....	42
Tabel 4.2	Variabel Dependen Penelitian.....	43
Tabel 4.3	Definisi Operasional Analisis Faktor- Faktor Perilaku Pencegahan Penularan Kusta di Keluarga.....	44
Tabel 5.1	Distribusi responden berdasarkan <i>perceived benefits of action</i> tentang perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014.....	70
Tabel 5.2	Distribusi responden berdasarkan <i>perceived barriers to action</i> tentang perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014.....	70
Tabel 5.3	Distribusi responden berdasarkan <i>perceived self- efficacy</i> tentang perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014.....	71
Tabel 5.4	Distribusi responden berdasarkan <i>activity related affect</i> tentang perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga, Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014.....	71
Tabel 5.5	Distribusi responden berdasarkan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014.....	71
Tabel 5.6	Hasil analisis <i>Speraman's Rho</i> faktor yang berhubungan terhadap perilaku pencegahan penularan Kusta di Keluarga Kecamatan Semampir Surabaya Tahun 2014.....	72



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Data Awal.....	86
Lampiran 2	Surat Ijin Penelitian.....	88
Lampiran 3	Surat Selesai Penelitian.....	89
Lampiran 4	Permintaan Responden.....	92
Lampiran 5	Lembar Persetujuan.....	93
Lampiran 6	Lembar Data Responden.....	94
Lampiran 7	Kuesioner <i>Perceived Benefits of Action</i> .....	95
Lampiran 8	Kuesioner <i>Perceived Barrier to Action</i> .....	96
Lampiran 9	Kuesioner <i>Perceived Self Efficacy</i> .....	97
Lampiran 10	Kuesioner <i>Activity-Related to Action</i> .....	98
Lampiran 11	Kuesioner Perilaku Pencegahan.....	99
Lampiran 12	Lembar Observasi Perilaku Keluarga dalam Pencegahan Kusta.....	100
Lampiran 13	Tabulasi Data Demografi.....	101
Lampiran 14	Tabulasi Data Nilai <i>Perceived Benefits of action</i> .....	103
Lampiran 15	Tabulasi Data Nilai <i>Perceived Barriers to action</i> .....	105
Lampiran 16	Tabulasi Data Nilai <i>Perceived Self- Efficacy</i> .....	107
Lampiran 17	Tabulasi Data Nilai <i>Perceived Activity Related Affect</i> .....	109
Lampiran 18	Tabulasi Data Nilai Perilaku Pencegahan Penularan Kusta di Keluarga.....	111
Lampiran 19	Hasil Uji Validitas dan Reabilitas.....	112
Lampiran 20	Hasil Uji statistik.....	118



**DAFTAR SINGKATAN**

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
BCG	: <i>Bacille Calmette Guerin</i>
BMI	: <i>Body Mass Index</i>
BT	: <i>Borderline Tuberkuloid</i>
BTA	: Basil Tahan Asam
CDR	: <i>Case Detection Rate</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
Dinkes	: Dinas Kesehatan
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPM	: <i>Health Promotion Model</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
Kemenkes RI	: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
MB	: Multibasiler
MDGs	: <i>Millennium Development Goals</i>
MDT	: <i>Multi Drug Therapy</i>
MTs	: Madrasah Tsanawiyah
NCDR	: <i>New Case Detection Rate</i>
OYPMK	: Orang Yang Pernah Mengidap Kusta
PB	: Pausibasiler
PORLI	: Kepolisian Republik Indonesia
RFT	: <i>Release From Treatment</i>
RFTPb	: <i>Release From Treatment Paubasiler</i>
SD	: Sekolah Dasar
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMK	: Sekolah Menengah Kejuruan
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
TNI	: Tentara Nasional Indonesia
WHO	: World Health Organization

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kusta merupakan penyakit menular yang mengakibatkan masalah yang luas, tidak hanya dari segi kesehatan yang dapat membuat cacat permanen namun juga menyebabkan permasalahan dari segi ekonomi, sosial, budaya, keamanan serta ketahanan suatu bangsa. Upaya pengendalian penularan pada penderita Kusta di Indonesia selama ini dengan pengobatan MDT pada pasien Kusta dan Vaksin BCG, namun vaksin ini masih dalam penelitian (Kemenkes RI, 2012). Penyakit Kusta masih menjadi masalah di negara berkembang disebabkan karena keterbatasan negara tersebut dalam memberikan pelayanan kesehatan, pendidikan serta kesejahteraan sosial ekonomi (Depkes RI, 2005). Target nasional dalam pemberantasan Kusta kurang dari 1/ 10.000 penduduk, namun tahun 2012 pravelensi rate di Jawa Timur sebanyak 1,46/ 10.000 ini menunjukkan jika pemberantasan penyakit Kusta belum sesuai dengan target nasional (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2013). Menurut Depkes RI (2007) dalam Permaini (2009) faktor yang mempengaruhi penularan Kusta adalah perilaku kontak atau orang yang tinggal serumah dengan penderita Kusta, seperti kontak serumah yang selalu bersikap acuh tak acuh dan selalu berhubungan erat dengan penderita, tidur bersama dan membiarkan penderita tidak minum MDT secara teratur. Menurut Afifah (2011) salah satu cara mencegah penularan kusta pada individu adalah melakukan perilaku hidup bersih dan sehat. Dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan dan motivasi keluarga tentang penyakit kusta sangat mempengaruhi

persepsi keluarga untuk melakukan tindakan pencegahan penularan penyakit Kusta.

Hal ini sesuai dengan teori Pender (2011) dalam teori *Health Promotion Model*, yang menjelaskan bahwa pengaruh personal yang meliputi *perceived benefits of action*, *perceived barriers to action*, *perceived self efficacy*, *activity related affect* dapat mempengaruhi perilaku individu dalam melakukan pencegahan penularan penyakit Kusta di keluarga. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada 5 keluarga pasien Puskesmas Pegirian yang menderita Kusta tanggal 16 Maret 2014 didapatkan 4 dari 5 keluarga penderita tidak mengetahui cara penularan dan cara pencegahan penyakit Kusta, 80% menganggap penyakit Kusta tidak menular, dan 20% menganggap penyakit Kusta merupakan penyakit keturunan. Perilaku keluarga dalam mencegah penularan Kusta menunjukkan 100% keluarga mendukung pengobatan pasien, 40% keluarga memisahkan baju pasien dengan anggota lain saat mencuci, 20% keluarga memisahkan barang-barang pasien yang digunakan sehari-hari. *Perceived benefit of action* dari keluarga 100% penyakit Kusta dapat disembuhkan dengan pengobatan. Berdasarkan *Perceived barriers to action* dari keluarga 40% tidak pernah membuka jendela karena tidak mempunyai jendela, 20% dirumahnya tidak dan ventilasi, 80% membeli buah jika mempunyai uang, 80% tidak ada waktu untuk berolah raga. *Perceived self- efficacy* 60% mampu melakukan perilaku hidup sehat, 20% akan mencucinya bajunya sendiri jika disuruh anggota keluarga yang lain. *Activity related effect* 100% mendukung pengobatan pasien, 100% malas membersihkan ventilasi rumah, 20% malas membersihkan kamar mandi karena merupakan kamar mandi umum.

Di Regional Asia Tenggara pada tahun 2012, Indonesia merupakan penyumbang penderita Kusta terbanyak pertama yaitu sebanyak 18.994 penderita (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2013). Di Indonesia, Propinsi Jawa Timur merupakan penyumbang penderita Kusta terbesar. Terjadinya kasus baru ini disebabkan karena penularan penyakit Kusta pada masyarakat yang masih tinggi terutama pada keluarga dan tetangga penderita kusta (Dinkes Propinsi Jawa Timur, 2013). Tahun 2012 Surabaya mendapatkan 138 penderita kasus Kusta baru. Seratus tiga puluh delapan ini terdiri dari 15 penderita Kusta tipe PB dan 128 penderita Kusta tipe MB. Terjadi peningkatan kasus baru sebesar 29% dari tahun sebelumnya. Peningkatan juga terjadi pada kasus Kusta anak-anak yang berumur 0-14 tahun yaitu mengalami peningkatan sebesar 6% dari tahun sebelumnya. Di Surabaya kasus baru banyak terjadi di Puskesmas Pegirian yaitu sebesar 27,89% berarti ada 20 kasus yang terjadi selama tahun 2012, sedangkan di Puskesmas lainnya di Kecamatan Wonokusumo terdapat 6 kasus baru dan di Kecamatan Semampir terdapat 16 penemuan kasus baru (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2013).

Tabel 1.1 Data Kasus Kusta di Surabaya Tahun 2012

	Jenis Kelamin		Jumlah	Satuan
	Laki-Laki	Perempuan		
Kasus Baru (PB)	8	7	15	%
Kasus Baru (MB)	79	44	123	%
Kasus Baru Kusta (NCDR)	6,23	3,57	4,88	Per 100.000 penduduk
Kasus Baru Kusta yang Berumur 0-14 Tahun	11,49	17,65	29,14	Per 100.000 penduduk
Presentasi Cacat Tingkat 2	17,24	5,88	23.12	Per 100.000 penduduk
Penderita Kusta Pb selesai Berobat (RFTPb)	50,00	100,00	150,00	%
Penderita Kusta MB Selesai Berobat	82,35	69,44	115,79	%

Sumber: Laporan Seksi Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Kota Surabaya (2013)

Data dari Puskesmas Pegirian Kecamatan Semampir Kota Surabaya tahun 2013-2014 didapatkan data tahun 2013 sebanyak 9 penderita kusta 3 diantaranya masih aktif berobat sampai sekarang, sedangkan Januari- Maret 2014 sebanyak 6 penderita kusta baru. Jadi penderita yang masih aktif berobat tahun 2014 yaitu sejumlah 9 penderita. Sedangkan di Puskesmas Wonokusumo terdapat 5 pasien yang masih aktif berobat hingga Mei 2014 dan di Puskesmas Sidotopo terdapat 3 pasien yang masih aktif berobat hingga Mei 2014.

Dengan semakin bermunculannya kasus baru penderita Kusta. Pemerintah melakukan berbagai upaya untuk mengatasi penyakit ini mulai dari upaya promotif, preventif hingga kuratif pada penderita penyakit Kusta. Upaya preventif yang sudah dilakukan pemerintah saat ini untuk memutus mata rantai penularan Kusta yaitu dengan cara pengobatan MDT (*Multi Drug Therapy*) pada pasien Kusta (Kementerian Kesehatan RI, 2012). Penyakit Kusta merupakan penyakit kronik yang menular. Penularan penyakit Kusta terjadi jika adanya kontak lama dengan penderita Kusta. Sedangkan cara masuk kuman *Mycobacterium leprae* itu sendiri melalui saluran pernapasan atas serta melalui kontak kulit penderita. Kekebalan tubuh yang baik akan menurunkan resiko tertular oleh penderita Kusta (Kementerian Kesehatan RI, 2012).

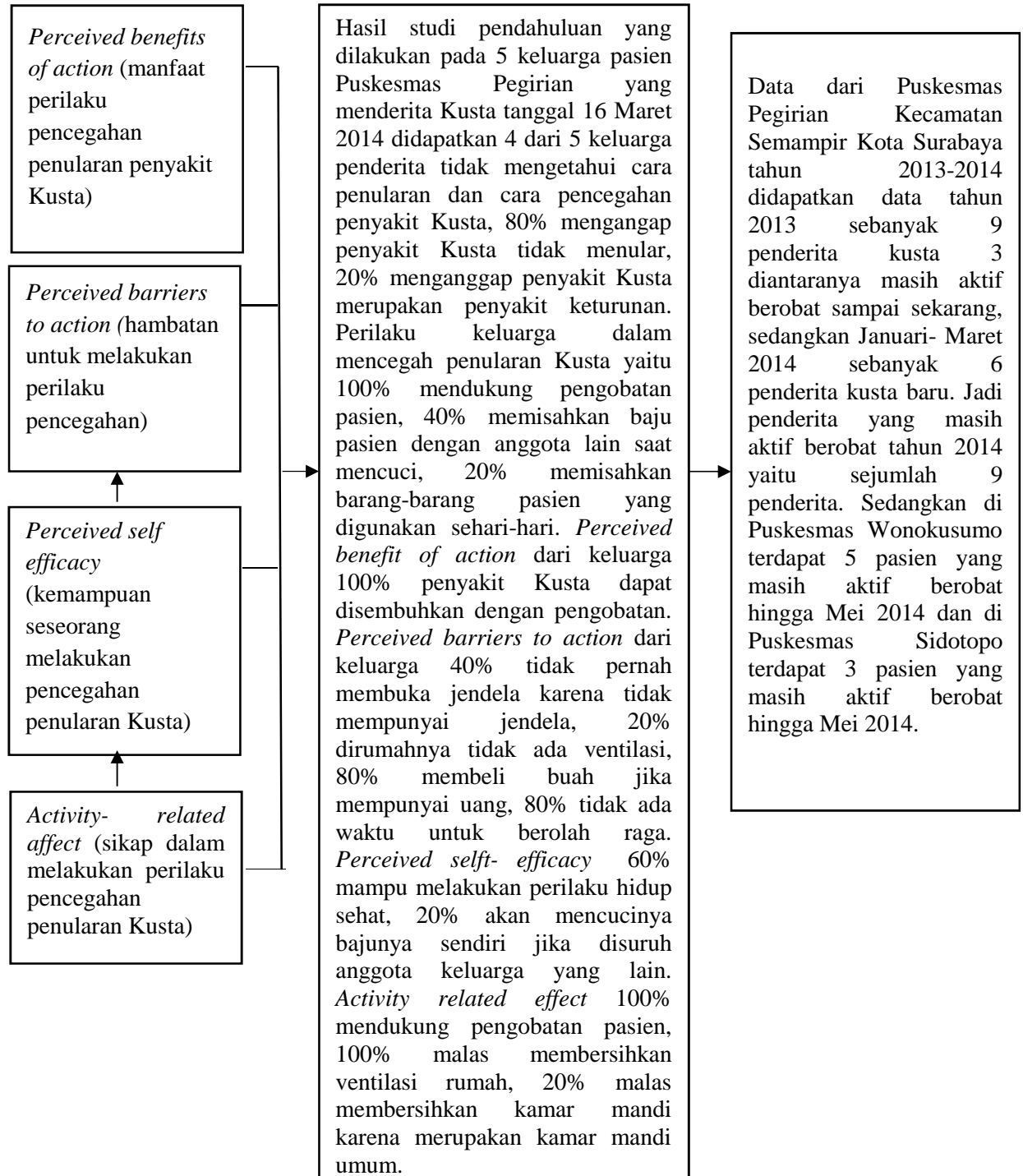
Penularan Kusta di Indonesia masih menjadi masalah, meskipun jumlah penderita Kusta menurun namun kasus baru tetap ada. Penularan pun banyak terjadi di masyarakat terutama penularan pada keluarga yang tinggal serumah. Ini memperlihatkan masih adanya penularan di masyarakat. Kebanyakan penularan terjadi pada kontak serumah dan lama (Warsini, 2007).

Orang yang beresiko tinggi terkena penyakit kusta antara lain adalah orang yang hidup didaerah endemik dengan kondisi ekonomi yang rendah. Kondisi seperti rumah yang tidak layak, kontaminasi air dan makananya yang tidak sehat, lalu kekebalan tubuh yang menurun. Selain itu penularan Kusta juga dapat terjadi dari orang ke orang melalui *droplet* dari saluran pernapasan penderita, orang tua dengan Kusta, anak-anak dari seseorang dengan Kusta, saudara dengan Kusta, tingkat paparan, genetik dan kondisi lingkungan (Saonare, 2011). Status kesehatan penderita sangat dipengaruhi oleh persepsi dari lingkungan keluarga dan lingkungan sekitar tentang penyakit, penyebaran dan penularan Kusta.

Kurangnya pengetahuan masyarakat akan penyakit Kusta menjadi salah satu alasan mereka untuk tidak datang ke petugas kesehatan secepatnya. Tiga belas persen kasus baru yang terjadi, tetapi selalu datang dengan kondisi kecacatan (terlambat) ke petugas kesehatan. Puskesmas pun sudah menyediakan obat gratis bagi penderita Kusta. Sekaligus untuk mencegah penularan Kusta, dimana pasien yang sudah minum obat MDR (*Multi Drug therapy*) tidak akan menjadi sumber penularan ke orang lain (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Segala usaha pemerintah untuk mencegah penularan Kusta sudah maksimal namun kasus baru masih bermunculan. Maka diperlukan suatu pendekatan untuk meningkatkan keberhasilan. Dengan menggunakan *Health Promotion Model* diharapkan dapat mengetahui faktor *personal influences: perceived benefits of action, perceived barriers to action, perceived self efficacy* dan *activity related affect* meliputi pengetahuan dan motivasi keluarga dalam melakukan perilaku pencegahan penularan penyakit kusta. Dengan diketahuinya faktor- faktor tersebut,

diharapkan keluarga mampu merawat dan mencegah penularan kusta di keluarga, sehingga angka kasus baru kusta dapat menurun.

## 1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi Masalah Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Penularan Kusta di Keluarga

Penjelasan:

Dari gambar di atas dapat dijelaskan bahwa pengaruh individu (*personal influences*) meliputi *perceived benefits of action*, *perceived barriers to action*, *perceived self efficacy* dan *activity related affect* mempengaruhi individu untuk melakukan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga. Data dari Puskesmas Pegirian Kecamatan Semampir Kota Surabaya tahun 2013-2014 didapatkan data tahun 2013 sebanyak 9 penderita kusta 3 diantaranya masih aktif berobat sampai sekarang, sedangkan Januari- Maret 2014 sebanyak 6 penderita kusta baru. Jadi penderita yang masih aktif berobat tahun 2014 yaitu sejumlah 9 penderita. Sedangkan di Puskesmas Wonokusumo terdapat 5 pasien yang masih aktif berobat hingga Mei 2014 dan di Puskesmas Sidotopo terdapat 3 pasien yang masih aktif berobat hingga Mei 2014. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada 5 keluarga pasien Puskesmas Pegirian yang menderita Kusta tanggal 16 Maret 2014 didapatkan 4 dari 5 keluarga penderita tidak mengetahui cara penularan dan cara pencegahan penyakit Kusta, 80% menganggap penyakit Kusta tidak menular, 20% menganggap penyakit Kusta merupakan penyakit keturunan. Perilaku keluarga dalam mencegah penularan Kusta yaitu 100% mendukung pengobatan pasien, 40% memisahkan baju pasien dengan anggota lain saat mencuci, 20% memisahkan barang-barang pasien yang digunakan sehari-hari. *Perceived benefit of action* dari keluarga 100% penyakit Kusta dapat disembuhkan dengan pengobatan. *Perceived barriers to action* dari keluarga 40% tidak pernah membuka jendela karena tidak mempunyai jendela, 20% dirumahnya tidak ada ventilasi, 80% membeli buah jika mempunyai uang, 80% tidak ada waktu untuk berolah raga. *Perceived self- efficacy* 60% mampu melakukan perilaku



hidup sehat, 20% akan mencucinya bajunya sendiri jika disuruh anggota keluarga yang lain. *Activity related effect* 100% mendukung pengobatan pasien, 100% malas membersihkan ventilasi rumah, 20% malas membersihkan kamar mandi karena merupakan kamar mandi umum.

### 1.3 Rumusan Masalah

1. Apakah ada hubungan *perceived benefits of action* dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga?
2. Apakah ada hubungan *perceived barriers to action* dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga?
3. Apakah ada hubungan *perceived self efficacy* dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga?
4. Apakah ada hubungan *activity related affect* dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga?

### 1.4 Tujuan Penelitian

#### 1.4.1 Tujuan Umum

Menjelaskan faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga

#### 1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis hubungan *perceived benefits of action* dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga.
2. Menganalisis hubungan *perceived barriers to action* dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga.

3. Menganalisis hubungan *perceived self efficacy* dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga.
4. Menganalisis hubungan *activity related affect* dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### 1.5.1 Teoritis

Diketahuinya faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga akan bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan kesehatan komunitas.

### 1.5.2 Praktis

Manfaat praktis dari hasil penelitian ini adalah:

1. Masyarakat / klien

Diharapkan dapat digunakan sebagai informasi untuk melakukan perilaku pencegahan penularan penyakit Kusta di Keluarga.

2. Puskesmas

Sebagai bahan pertimbangan petugas kesehatan dalam menyusun kebijakan dalam mencegah penularan penyakit Kusta di masyarakat.

3. Perawat Komunitas

Sebagai rujukan perawat komunitas dalam menyusun strategi pelayanan kesehatan masyarakat khususnya pencegahan penularan penyakit Kusta di keluarga.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini akan menguraikan beberapa konsep yang akan mendasari penelitian yaitu tentang: 1) Konsep Kusta, 2) Konsep Keluarga, 3) Konsep *Health Promotion Model*.

#### **2.1 Konsep Kusta**

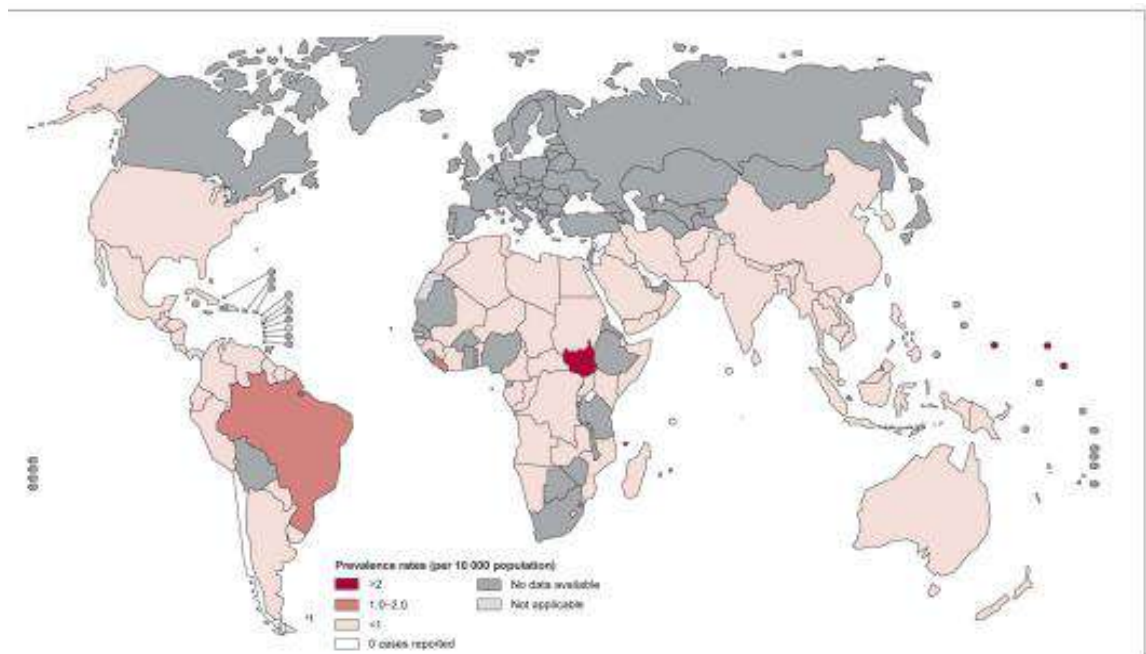
##### 2.1.1 Pengertian Kusta

Menurut Harahap (2000) penyakit Kusta disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) yang awalnya akan menyerang saraf tepi selanjutnya kulit, mukosa (mulut), saluran pernapasan atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang dan testis. Sedangkan menurut WHO (2014), Kusta merupakan penyakit kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* yang merupakan bakteri tahan asam dan berbentuk batang bacillus, penyakit ini terutama menyerang kulit, saraf perifer, mukosa dari bagian saluran pernapasan atas dan juga mata. Menurut Muttaqin dkk (2011), *Morbus Hansen* yang sering disebut lepra maupun Kusta merupakan penyakit infeksi kronis disebabkan kuman *Mycobacterium leprae* terutama menyerang saraf tepi kemudian kulit dan jaringan tubuh lainnya, kecuali pada susunan saraf pusat. Menurut Widodo (2011) penyebab penyakit kusta adalah *Mycobacterium leprae* yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-8 mikron, lebar 0,2-0,5 mikron, biasanya hidup berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel, dan bersifat tahan asam (BTA).

Penyakit kusta bersifat menahun karena bakteri tersebut memerlukan waktu 12-21 hari untuk membelah diri dan masa tunasnya rata-rata 2-5 tahun. Dapat disimpulkan bahwa Kusta merupakan penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* yang menyerang saraf tepi, kulit dan organ lainnya.

### 2.1.2 Epidemiologi Kusta

Kuman penyakit Kusta pertama kali ditemukan oleh Hansen pada tahun 1873. Penyakit Lepra atau yang sering disebut Kusta ini merupakan penyakit yang sudah mendunia. Terbukti dengan adanya kasus baru hampir di seluruh dunia. Pada tahun 2011 kasus Kusta sebanyak 219.095 penderita. Urutan pertama ditempati oleh regional Asia Tenggara sebesar 160.132 penderita. Posisi Kedua ditempati dengan jumlah penderita sebanya 36.832 di regional Amerika. Selanjutnya dengan 12.673 penderita di regional Afrika (Kementerian Kesehatan RI, 2012).



Gambar 2.1 Data Pravelensi Penyakit Kusta Awal Januari 2012 (WHO, 2012)

Di Regionl Asia Tenggara pada tahun 2012, Indonesia merupakan penyumbang penderita Kusta terbanyak pertama yaitu sebanyak 18994 penderita. Meskipun Indonesia termasuk penyumbang penderita terbesar, namun jumlah ini mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yang sebanyak 20023 penderita. Jawa Timur sendiri merupakan salah satu penyumbang terbesar di Indonesia. Penemuan penderita baru di Jawa Timur cukup banyak yaitu sebanyak 18.853 penderita 25,5% dari kasus baru di Indonesia. Daerah yang tersebar penderita Kusta yaitu pantai utara Jawa dan Madura (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2013). Menurut Kemenkes RI (2012) dalam satu negara atau wilayah yang sama kondisi lingkungannya, didapatkan bahwa faktor etnik mempengaruhi distribusi tipe kusta. Kasus yang masuk dari negara lain ternyata tidak menularkan kepada orang sosial ekonominya tinggi. Sedangkan penularan Kusta terbanyak terjadi umur pada usia muda dan produktif. Sebagian besar negara di dunia kecuali di beberapa negara di Afrika menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak terserang dari pada perempuan.

Tabel 2.1 Angka Kasus Kusta se-Asia Tenggara Tahun 2005-2012

	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Bangladesh	3688	3970	3848	5239	5249	5357	6280	7882
Bhutan	18	23	14	12	18		16	15
Democratic People's Republic of Korea	0	0						0
India	134752	127295	126800	133717	134184	137685	139252	161457
Indonesia	18994	20023	17012	17260	17441	17723	17682	19695
Maldives	7	14	7	11	6		8	15
Myanmar	3013	3082	2936	3147	3365	3637	3721	3571
Nepal	3492	3184	3118	4394	4708	4436	4253	6150
Sri Lanka	2191	2178	2027	1875	1979		1993	1924
Thailand	220	280	405	300	401	506	665	638
Timor- Leste	70	83	87	160	154	184	248	288

Sumber: WHO (2013)

### 2.1.3 Tanda dan gejala Kusta

Menurut WHO dalam Eichelman (2013) tiga gejala utama (*cardinal sign*) utama pada penderita Kusta yaitu *hypopigmented* atau *erythema macules* dengan kehilangan saraf sensoris, penebalan saraf perifer, dan hasil tes biopsi kulit menunjukkan hasil positif. Menurut Widodo (2011) *cardinal sign* penyakit Kusta adalah makula hipopigmentasi atau anastesi pada kulit, kerusakan pada saraf perifer, pemeriksaan laboratorium dari kerokan kulit menunjukkan BTA positif. Menurut Saonare (2011) Tanda gejala penyakit Kusta akan muncul 3-5 tahun setelah orang itu terinfeksi bakteri *Mycobacterium leprae* tanda yang terjadi sebagai berikut:

1. Luka pada kulit yang mencolok dari kulit normal, penurunan sensasi saat disentuh, panas, nyeri dan luka tidak akan sembuh beberapa minggu sampai bulan
2. Terjadinya mati rasa pada tangan, lengan dan kaki
3. Kelemahan pada otot
4. Masalah pada mata
5. Ruam pada kulit
6. Rasa kaku pada kulit.

### 2.1.4 Klasifikasi penyakit Kusta

Menurut WHO dalam Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta penyakit Kusta dibagi atas dua klasifikasi yaitu PB (*Pausibasiler*) dan MB (*Multi basiler*) (Kementerian Kesehatan RI, 2012). Cara mengklarifikasikan penderita ke tipe *Pausibasiler* maupun tipe *Mutibasiler* dengan cara menghitung bercak, jika bercaknyanya sebanyak 1-5 bercak termasuk jenis Kusta PB. Sedangkan jika

bercaknyanya lebih dari 5 berarti Kusta jenis MB (WHO, 2000). Menurut Kandun (2006) Kusta bentuk *borderline* mempunyai gambaran dari kedua tipe kusta dan lebih labil, jika mereka diobati dengan benar akan menjadi tipe *Pausibasiler* sedangkan jika tidak diobati akan menjadi tipe *Multibasiler*. Pada tipe *Paubasiler* tidak diperlukan isolasi untuk penderita, sedangkan pada *Multibasiler* isolasi kontak harus dilakukan sampai saat pengobatan kombinasi diberikan. Dapat disimpulkan jika kusta tipe *Multibasiler* lebih menular dari pada tipe *Pausibasiler*.

Tabel 2.2 Tanda Kusta pada tipe PB dan MB

<b>Tanda</b>	<b>PB</b>	<b>MB</b>
Bercak Kusta	Jumlah 1-5	Jumlah >5
Penebalan saraf tepi disertai gangguan fungsi (mati rasa dan atau kelemahan otot, di daerah yang dipersarafi saraf yang bersangkutan)	Hanya 1 saraf	Lebih dari 1 saraf
Kerokan jaringan kulit	BTA negative	BTA positif
Distribusi	Unilateral atau bilateral asimetris	Bilaterar simetris
Permukaan bercak	Kering, kasar	Halus, mengkilap
Batas bercak	Tegas	Kurang tegas
Mati rasa pada bercak	Jelas	Biasanya kurang jelas
Derformitas	Proses terjadi lebih cepat	Terjadi pada tahap lanjut
Ciri-ciri khas	-	Madarosis, hidung pelana, wajah singa (facies leonina), ginekomastia pada laki-laki

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2012)

Penyakit Kusta dapat menyebabkan kecacatan, kecacatan ini diakibatkan karena kerusakan dari fungsi saraf tepi. Reaksi Kusta merupakan reaksi hipersensitifitas. Reaksi ini dibagi menjadi dua, yang pertama hipersensitifitas seluler (reaksi tipe 1) yang kedua reaksi hipersensitifitas humoral (reaksi tipe 2). Jika reaksi tersebut tidak ditangani dengan segera lalu mengenai saraf tepi maka akan berakibat fatal yaitu kecacatan. Reaksi ini dapat terjadi sebelum pengobatan

namun juga dapat terjadi selama maupun setelah pengobatan (Kementerian Kesehatan RI, 2012).

Tabel 2.3 Reaksi Perbedaan Reaksi Tipe 1 dan 2

No	Gejala tanda	Reaksi tipe 1	Reaksi tipe 2
1	Tipe kusta	Dapat terjadi pada kusta tipe PB maupun MB	Hanya pada kusta tipe MB
2	Waktu timbulnya	Biasanya segera setelah pengobatan	Biasanya setelah mendapatkan pengobatan yang lama, umumnya lebih dari 6 bulan
3	Keadaan umum	Umumnya baik, demam ringan (sub-febris) atau tanpa demam	Ringan sampa berat disertai kelemahan umum dan demam tinggi
4	Peradangan di kulit	Bercak kulit lama menjadi meradang (merah), bengkak, berkilat, hangat. Kadang-kadang hanya pada sebagian lesi. Dapat timbul bercak baru	Timbul nodus kemerahan, lunak dan nyeri tekan. Biasanya pada lengan dan tungkai. Nodus dapat pecah
5	Saraf	Sering terjadi, umumnya berupa nyeri saraf dan atau gangguan fungsi saraf. <i>Silent neuritis</i> (+)	Dapat terjadi
6	Udem pada ekstrimitas	(+)	(-)
7	Peradangan pada mata	Anestesi kornea dan lagoftalmos karena keterlibatan N. V dan N. VII	Iritis, iridosiklitis, glaucoma, katarak dll
8	Peradangan pada organ lain	Hampir tidak ada	Terjadinya pada testis, sendi, ginjal, kelenjar getah bening, dll

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2012)

Sedangkan tingkat kecacatan Kusta dibagi menjadi 3 tingkatan yaitu tingkat 0, tingkat 1 dan tingkat 2. Berikut ini adalah tabel tentang tingkat kecacatan Kusta menurut WHO:

Tabel 2.4 Tingkat Cacat Kusta Menurut WHO

Tingkat	Mata	Telapak tangan/ kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata akibat Kusta	Tidak ada cacat akibat Kusta



1	Ada kerusakan karena Kusta (anestesi pada kornea, tetapi gangguan visus tidak berat visus > 6/60: masih menghitung jari pada jarak 6 meter	Anestesi, kelemahan otot (tidak ada cacat/ kerusakan yang kelihatan akibat Kusta)
2	Ada lagofthalmos, iridosiklitis, opasitas pada kornea serta gangguan visus berat (visus , 6/60: tidak mampu menghitung jari dari jarak 6 meter)	Ada cacat/ kerusakan yang kelihatan akibat Kusta, misalnya ulkus, jari kiting, kaki semper

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2012)

### 2.1.5 Penularan Kusta

Menurut Saonare (2011) orang yang beresiko tinggi terkena penyakit Kusta adalah orang yang tinggal di daerah endemik Kusta dengan kondisi yang tidak layak/ kumuh. Kusta dapat disebabkan dari orang ke orang melalui *droplet* dari saluran pernapasan penderita, orang tua dengan Kusta, anak-anak dari seseorang dengan Kusta, saudara dengan Kusta, tingkat paparan, genetik dan kondisi lingkungan. Sedangkan menurut Kementerian Kesehatan RI (2012), cara penularan Kusta yaitu *Mycobacterium leprae* dari tubuh pasien masuk ke tubuh orang lain. Cara masuk kuman tersebut melalui kontak kulit dan saluran pernapasan bagian atas. Penularan ini akan terjadi jika kontak yang lama dengan pasien. Masa inkubasinya pun cukup lama yaitu 2-5 tahun bahkan ada yang bertahun-tahun. Penderita Kusta yang sudah menjalani MDT tidak akan menjadi sumber penularan ke orang lain. Orang yang mempunyai kekebalan tubuh tinggi tidak akan mudah tertular penyakit Kusta.

Menurut Kandun (2006) penularan Kusta melalui saluran pernapasan atas dan melalui luka pada kulit. Sedangkan pada kasus anak dibawah 1 tahun penularan diduga melalui plasenta. Sedangkan menurut WHO (2014) manusia merupakan salah satu tempat terjadinya infeksi Kusta, kuman ini juga ditemukan pada Armadilo di selatan Amerika Serikat. Dua cara keluarnya *Mycobacterium leprae*

adalah kulit dan mukosa hidung. Cara masuk *Mycobacterium leprae* belum diketahui pasti, cara masuknya pun diperkirakan melalui saluran nafas bagian atas dan melalui kulit.

#### 1. Penularan melalui kontak (kulit)

Keluarga dengan anggota yang sakit Kusta mempunyai resiko tertular lebih besar. Cara penularannya melalui kulit ke kulit, intim dan berulang.

#### 2. Penularan melalui kontak (pernafasan)

Penularan juga terjadi dengan melalui rute pernafasan. Kemungkinan penularan melalui rute pernafasan berdasarkan (a) organisme tidak ditemukan dipermukaan kulit (b) jumlah besar organisme dihidung (c) tingginya proporsi disekresi hidung (d) bukti bahwa *Mycobacterium leprae* dapat bertahan diluar tubuh manusia untuk beberapa jam atau hari.

Penularan Kusta masih belum diketahui pasti namun diperkirakan *Mycobacterium leprae* masuk melalui luka pada kulit yang terkontaminasi dan juga pada mukosa hidung. Tiga pengaruh yang mempengaruhi penyebaran penyakit ini:

1. Keparahan infeksi pasien yang terinfeksi
2. Kemudahan tertular setelah kontak
3. Kedekatan, frekuensi, lamanya kontak penderita

Kepadatan penduduk, sanitasi yang buruk, serta malnutrisi juga merupakan faktor pendukung terjadinya penularan (Yuliartha, 2004). Menurut Depkes RI (2007) dalam Permani (2009) faktor yang mempengaruhi penularan Kusta adalah

perilaku kontak atau orang yang tinggal serumah dengan penderita Kusta, jika kontak serumah selalu bersikap acuh tak acuh dan selalu berhubungan erat dengan penderita seperti tidur bersama, membiarkan penderita tidak minum MDT secara teratur. Meskipun cara penularannya yang pasti belum diketahui dengan jelas penularannya di dalam rumah tangga dan kontak/ hubungan dekat dalam waktu yang lama berperan dalam penularan (Kandun, 2006).

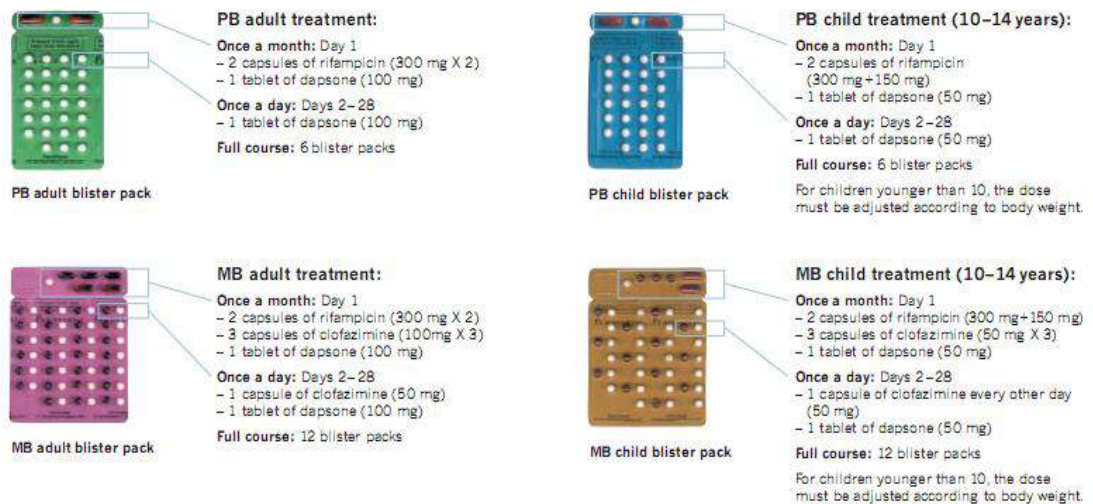
#### 2.1.6 Pencegahan penularan Kusta

Menurut Leavell, dkk (1985) dalam Friedman (2010) membagi tingkat pencegahan kedalam tiga tingkat. Tingkat pencegahan ini merupakan tujuan keperawatan komunitas, yaitu pencegahan primer/ pemeliharaan kesehatan (promosi kesehatan, tindakan pencegahan spesifik, tindakan perlindungan kesehatan), pencegahan sekunder (diagnosa dini, deteksi dan terapi) dan pencegahan tersier (tahap pemulihan dan rehabilitasi). Menurut Nurjanti (2002) dalam Nurlatifah dkk (2010) berdasarkan hasil *Report of the International Leprosy Association Technical Forum* di Paris pada 22-28 Februari 2002 dilaporkan adanya kuman *Micobacterium leprae* pada debu, air untuk mandi dan mencuci di rumah penderita. Perlunya kondisi fisik rumah yang memenuhi syarat kesehatan agar dapat mencegah penyebaran *Micobacterium leprae* di lingkungan. Kondisi fisik rumah mencakup jenis bahan bangunan rumah dan lokasi rumah seperti jenis dinding, lantai dan atap. Jenis bahan bangunan rumah akan mempengaruhi peresapan air dan jumlah debu dalam rumah. Menurut Ehler dan Steel dalam Nurlatifah dkk (2010) sanitasi lingkungan sebagai pencegahan penyakit dengan cara menghilangkan atau mengawasi faktor-faktor lingkungan yang berkaitan dengan mata rantai perpindahan penyakit. Sanitasi rumah yang

perlu ditingkatkan untuk mencegah penyebaran bakteri kusta antara lain pengadaan jamban rumah tangga yang sehat, sarana air bersih yang memenuhi syarat, sarana pembuangan limbah, pencahayaan dan ventilasi yang baik serta kepadatan hunian yang sesuai.

Program pemberantasan Kusta bertujuan untuk mengobati, menyembuhkan, mencegah kecacatan dan memutuskan rantai penularan. Tahun 1981 WHO Study Group on Chemotherapy of Leprosy memberikan rekomendasi pengobatan kusta dengan MDT (Harahap, 2000). Pemutusan rantai penularan penyakit kusta ada 2 cara yang pertama melalui pengobatan MDT pada penderita kusta, yang kedua dengan vaksinasi BCG. Namun di Indonesia hanya menggunakan MDT karena vaksi BCG belum menjadi kebijakan Indonesia. Penderita yang sudah melakukan pengobatan MDT tidak akan menjadi sumber penularan (Kementerian Kesehatan RI, 2012). Menurut Afifah (2011) salah satu cara mencegah penularan kusta adalah menjaga kesehatan, menjaga kesehatan dengan cara hidup bersih dan sehat. Perilaku hidup bersih dan sehat sebagai berikut memperhatikan kebersihan sehari-hari, membersihkan bak mandi setiap dua hari sekali, mencuci pakaian setiap habis dipakai dalam satu hari, rumah dan lingkungan bersih dan jauh dari resiko kuman bersarang. Sesering mungkin mencuci tangan pakai sabun karena tangan merupakan tempat berpindahnya kuman, menjaga daya tahan tubuh. Dapat disimpulkan jika cara pencegahan penularan Kusta dapat dilakukan dengan cara:

1. Mendukung pengobatan penderita Kusta
2. Menjaga kebersihan diri
3. Menjaga kebersihan lingkungan
4. Meningkatkan daya tahan tubuh



Gambar 2.2 Pengaturan Pengobatan MDT (WHO, 2000)

## 2.2 Konsep Keluarga

### 2.2.1 Pengertian keluarga

Menurut Friedman (2010) keluarga merupakan sekumpulan dua orang atau lebih disatukan karena kebersamaan dan kedekatan emosional serta mengakui dirinya bagian dari keluarga.

Pengertian lain menurut Friedman (2010) tentang keluarga sebagai berikut:

#### 1. Keluarga Inti (terkait dengan pernikahan)

Suatu keluarga terbentuk karena ikatan pernikahan, terdiri dari suami, istri dan anak secara biologis, adopsi maupun keduanya.

#### 2. Keluarga Orientasi (keluarga asal)

Sebuah keluarga dimana seseorang dilahirkan.

#### 3. *Extended family*

Dimana sebuah keluarga inti bersama individu lain yang masih ada hubungan darah seperti sanak saudara, nenek, kakek, bibi, paman, keponakan, dan sepupu.

Tabel 2.5 Perbedaan Bentuk Keluarga Tradisional dan Non tradisional

<b>Bentuk Keluarga Tradisional</b>	<b>Bentuk Keluarga Nontradisional</b>
1. Keluarga inti (salah satu orang tua bekerja, tinggal dalam satu rumah) a. Keluarga pada pernikahan pertama b. Keluarga orang tua tiri c. Keluarga adopsi	1. Keluarga dengan orang tua yang tidak pernah menikah dan anak (biasanya ibu dan anak) 2. Keluarga pasangan yang tidak menikah dengan anak (biasanya tipe pernikahan dengan kesepakatan)
2. Keluarga inti-dual-erener/ dual-career (suami, istri dan anak-anak tinggal dalam satu rumah) a. Keluarga pada pernikahan pertama b. Keluarga campuran atau dengan orang tua tiri c. Keluarga adopsi	3. Pasangan heteroseksual cohabiting/ kumpul kebo (pasangan yang tinggal bersama tanpa menikah) 4. Keluarga homoseksual (individu dengan jenis kelamin sama tinggal bersama layaknya pasangan menikah)
3. Pasangan inti (suami dan istri saja; tanpa anak atau tidak ada anak-anak yang tinggal serumah) a. salah satu pasangan bekerja (single career) b. Pasangan sama-sama bekerja (dual career)	5. <i>Augmented family</i> (rumah tangga yang terdistribusi keluarga inti atau keluarga orang tua bersama dengan satu individu yang tidak memiliki hubungan darah atau lebih) 6. Keluarga Komuni (rumah tangga yang terdiri atas lebih dari satu pasangan monogami dengan anak, saling berbagi fasilitas yang sama, sumber daya dan pengalaman: sosialisasi anak-anak merupakan aktivitas kelompok)
4. Keluarga orang tua tunggal (dikepalai oleh satu orang wanita atau pria sebagai akibat perceraian, penelantaran, atau perpisahan) a. Bekerja b. Pengangguran	7. Keluarga asuh (rumah tangga yang terdiri atas satu orang tua atau dua orang tua dengan anak asuh dan dapat juga anak kandung orang tua tersebut)
5. Dewasa lajang yang tinggal sendiri	
6. Extended family tiga generasi (dapat ditandai oleh salah satu bentuk keluarga yang disebutkan dari no 1-4 yang tinggal dalam satu rumah)	
7. Pasangan usia pertengahan atau lansia (suami sebagai pencari nafkah, istri dirumah dengan anak-anak telah kuliah, bekerja dan atau menikah)	
8. Jaringan kekerabatan yang luas. Dua rumah tangga inti atau lebih dari kerabat dekat atau anggota keluarga yang belum menikah tinggal berdekatan dan bekerja sama dalam sistem pertukaran timbal balik barang dan jasa.	

Sumber: Susman (1974) dan Macklin (1988) dalam Friedman (2010)

### 2.2.2 Fungsi keluarga

Menurut Friedmen (2010) menjelaskan bahwa fungsi keluarga ada lima yaitu:

#### 1. Fungsi afektif

Fungsi internal keluarga berhubungan fungsi afektif keluarga. Dalam fungsi ini individu dibentuk karakternya oleh interaksi kelompok primer yaitu keluarga. Yaitu kasih sayang, cinta dukungan, penghargaan dan pengakuan.

#### 2. Fungsi sosialisasi dan status sosial

Pada fungsi sosialisasi, disini keluarga memberikan pengalaman untuk mendidik anak bagaimana menjalankan tugas peran seperti ayah-ibu mereka. Sedang pada status sosial merupakan asal mereka mewarisi status keluarganya seperti ras, budaya, agama, ekonomi, politik, pendidikan dan kebangsaan.

#### 3. Fungsi reproduksi

Pada fungsi ini keluarga mempertahankan keberlangsungan generasi penerus keluarga.

#### 4. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi ini berhubungan dengan finansial, ruang dan materi yang dapat diberikan keluarga untuk memenuhi kepuasan anggota.

#### 5. Fungsi perawatan kesehatan

Pemenuhan perawatan bagi kesehatan anggota keluarga. Pemenuhan perawatan kesehatan ini dapat menjadi sulit karena faktor eksternal-internal.

### 2.2.3 Interaksi sehat dan sakit di keluarga

Masalah kesehatan anggota keluarga dipengaruhi oleh keluarga itu sendiri. Saat salah satu anggota keluarga menjadi seorang pasien, keputusan dan peristiwa yang diambil melibatkan hubungan keluarga, teman dan petugas kesehatan. Peran keluarga akan berbeda tergantung dengan situasi yang terjadi. Terdapat enam tahap sehat/ sakit dan interaksi keluarga. Keenam tahap ini mengkombinasikan lima tahap penyakit dan perawatan medis, menurut Doherty dan Campbell (1988) dalam (Friedman, 2010), yaitu:

1. Tahap 1: upaya keluarga dalam promosi kesehatan

Meskipun promosi kesehatan dapat menurunkan resiko akan gangguan kesehatan, namun keluarga juga bisa menjerumuskan keluarganya dalam bahaya karena kebiasaan hidup yang salah

2. Tahap 2: penilaian keluarga terhadap gejala

Keluarga dapat mempengaruhi persepsi individu terhadap gejala awal. Karena keluarga merupakan acuan dasar mengkaji perilaku kesehatan anggotanya.

3. Tahap 3: mencari perawatan

Pada tahap ini keluarga mencari informasi dari berbagai sumber untuk mengetahui penyakit anggota keluarga, setelah itu keluarga akan mendiskusikan apa yang selanjutnya dilakukan. Keluarga yang mempunyai anggota yang sakit seperti sakit jiwa akan malu mengakuinya ke masyarakat.

4. Tahap 4: merujuk dan mendapatkan perawatan

Pada tahap ini keluarga akan merujuk tempat perawatan mana yang akan di kunjungi sesuai keyakinan yang menurut keluarga anggap benar. Keluarga akan memilih berbagai tempat kesehatan seperti pengobatan tradisional, pengobatan alternatif maupun pengobatan superspesialis.



5. Tahap 5: respon akut klien dan keluarga terhadap penyakit

Tahap dimana keluarga berespon terhadap klien yang sedang sakit. Seperti Klien yang sedang sakit dilarang untuk berkeja maupun mereka akan tetap bekerja.

6. Tahap 6: adaptasi terhadap penyakit dan pemulihan

Pada tahap yang terakhir ini keluarga beradaptasi dengan penyakit keluarga. Keluarga pada tahap ini diharapkan memberikan dukungan untuk pemulihan anggota yang sakit. Pemberian dukungan keluarga akan kesembuhan anggota yang sakit akan memberikan dampak yang signifikan untuk pemulihan

#### 2.2.4 Tahap kehidupan keluarga

Duvall pada tahun 1962 membagi siklus kehidupan keluarga menjadi delapan tahap dan tugas pada setiap tahap. Pembagian ini berdasarkan berdasarkan perubahan utama pada keluarga, tahap perkembangan anak tertua, status pekerjaan yang mencari nafkah (Friedman, 2010).

Tabel 2.6 Delapan Tahap Siklus Kehidupan Keluarga Duvall

<b>Tahap</b>	<b>Perkembangan</b>
Tahap I	Keluarga pasangan baru
Tahap II	<i>Childbearing family</i> (melahirkan pertama hingga anak tertua berusia 30 bulan)
Tahap III	Keluarga dengan anak prasekolah (anak tertua berumur 2,5 tahun sampai 6 tahun)
Tahap IV	Keluarga dengan anak sekolah (anak tertua berusia 6-13 tahun)
Tahap V	Keluarga dengan anak remaja (anak tertua berusia 13 sampai 20 tahun)
Tahap VI	Keluarga melepas anak dewasa muda (dari anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)
Tahap VII	Orang tua paruh baya (semua anak meninggalkan rumah sampai orang tua pensiun)
Tahap VIII	Keluarga lansia pensiun

Sumber: (Duval (1977) dan Duval & Miller (1985) dalam Friedman (2010)

### 2.2.5 Karakteristik keluarga sehat

Menurut Beavers dan Hampson (1993) dalam Friedman (2010) keluarga yang sehat adalah keluarga yang berfungsi secara optimal. Fungsi secara optimal ini ditandai dengan:

1. Menunjukkan kemampuan negosiasi dalam menyelesaikan masalah
2. Mengungkapkan perasaan, kepercayaan dan perbedaan secara jelas, terbuka dan spontan
3. Saling menghargai perasaan anggota keluarga
4. Memberikan motivasi pada otonomi anggota keluar
5. Berharap anggota keluarganya bertanggung jawab atas apa yang dilakukan.
6. Menunjukkan kedekatan dan kehangatan antar anggota.

## 2.3 Konsep *Health Promotion Model*

### 2.3.1 Asumsi mayor

*Health Promotion Model* berdasarkan asumsi di bawah, yang menggambarkan antara keperawatan dan perspektif ilmu perilaku (Pender, 2011):

1. Manusia mencari membuat kondisi agar tetap sehat dimana mereka dapat mewujudkan keunikannya.
2. Manusia mempunyai kapasitas untuk merefleksikan kesadaran dirinya, termasuk pengkajian terhadap kompetensi yang dimiliki.

3. Penilaian manusia tentang perkembangan dipandang sebagai pandangan yang positif mencapai keseimbangan antara perubahan dan stabilitas.
4. Individu secara aktif berusaha mengatur perilaku mereka sendiri.
5. Semua individu merupakan makhluk biopsikososial yang kompleks berinteraksi dengan lingkungan, mengubah lingkungan secara terus menerus.
6. Profesi kesehatan merupakan bagian dari interpersonal lingkungan, dimana yang mempengaruhi manusia sepanjang hidup.
7. Pembentukan kembali integritas manusia dengan lingkungan diperlukan untuk perubahan perilaku.

### 2.3.2 Teori yang melatarbelakangi

*Health Promotion Model* merupakan suatu cara untuk menggambarkan interaksi manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam beberapa dimensi. Dalam model ini menggabungkan 2 teori yaitu (Nursalam, 2013):

1. Teori Nilai Pengharapan (*Expectancy-Value Theory*)

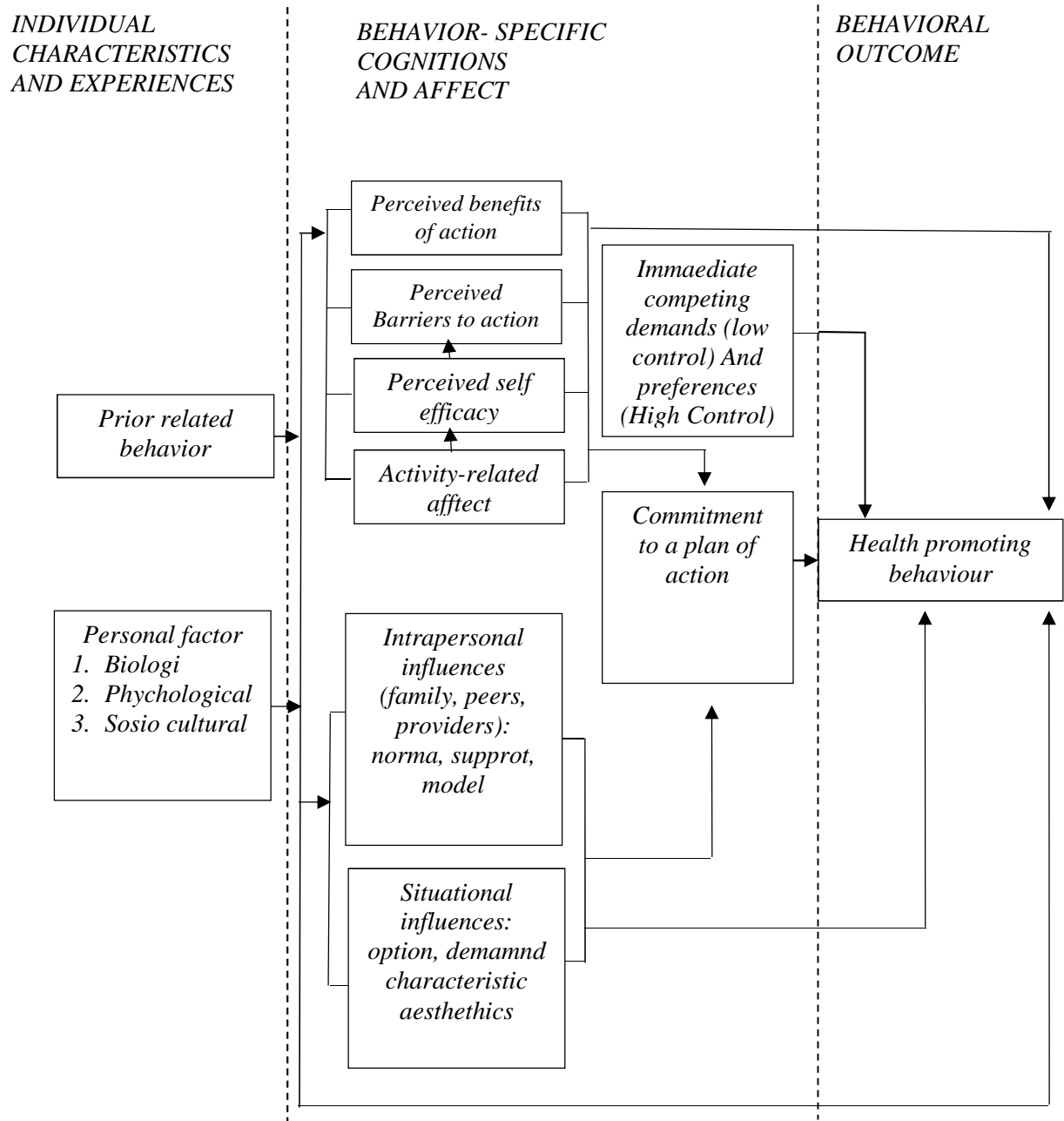
Feather pada tahun 1982 menjelaskan tentang model nilai penghargaan dari motivasi manusia, yang dimana model ini mendukung bahwa perilaku itu *rational* dan *economical*, merupakan bagian terpenting dalam perkembangan model (Alligood dkk, 2006).

2. Teori Pembelajaran Sosial (*Sosial Cognitive Theory*)

Pusat dari HPM adalah pembelajaran sosial oleh Albert Bandura di tahun 1977, teori ini menerangkan jika pentingnya proses kognitif untuk mengubah perilaku. *Sosial learning theory* yang sekarang berjudul *social cognitive theory*, yang didalamnya mencakup kepercayaan diri: atribut diri sendiri, evaluasi diri sendiri, dan kemampuan diri sendiri (Alligood dkk, 2006).

### 2.3.3 Pengertian *health promotion model*

Pada tahun 1987 Pender mengembangkan teori *Health Promotion Model*. Model teori ini menjelaskan tentang interaksi individu dengan lingkungan fisik dan interpersonal. Teori *Health Promotion Model* menggabungkan teori Nilai Pengharapan (*Expectary-Value*) dan Teori Pembelajaran Sosial (*Sosial Cognitive Teori*) (Nursalam, 2013). Model ini memunculkan teori hubungan antara karakteristik dan pengalaman (pengaruh perilaku yang terkait sebelumnya, faktor biologis, psikologis dan sosial budaya), kognisi dan afek spesifik perilaku (motivator primer pelaku meliputi manfaat tindakan, hambatan terhadap tindakan, kecakapan diri yang dirasakan, sikap terkait aktivitas, pengaruh interpersonal, dan pengaruh situasional), kemudian hasil akhir perilaku individu (hasil perilaku merupakan tindakan perilaku promosi kesehatan yang dipengaruhi oleh komitmen) (Friedman, 2010).



Gambar 2.3 Revised Health Promotion Model (Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. dalam Alligood (2006)

2.3.4 Komponen Health Promotion Model

Pada Model Promosi Kesehatan Pender yang sudah direvisi, menekankan pada kognisi, dan sikap perilaku yang spesifik sebagai motivator primer perilaku (Friedman, 2010). Pada revisi yang terbaru dari HPM yang sudah direvisi fokus

pada 10 kategori (Alligood dkk, 2006). Komponen dari *Health Promotion Model* sebagai berikut:

1. *Individual characteristics and experiences* (karakteristik dan pengalaman individu)

1) *Prior related behavior* (perilaku yang terkait sebelumnya)

Perilaku yang sama pada masa lalu maupun yang serupa. Secara langsung atau tidak langsung akan mempengaruhi perilaku promosi kesehatan.

2) *Personal factor* (faktor personal)

Faktor personal dikategorikan dalam biologi, psikologi dan sosiokultural

(1) Faktor biologi

Variabel dalam faktor ini adalah umur, jenis kelamin, BMI (*Body Mass Index*), pubertas, menopause, kapasitas aerobik, kekuatan, ketangkasan, atau keseimbangan

(2) Faktor psikologi

Variabel faktor ini adalah penghargaan diri sendiri, motivasi diri sendiri, kemampuan personal, persepsi status kesehatan, dan pengetahuan kesehatan.

(3) Faktor *sociocultural*

Variabel faktor ini adalah ras, etnik, pencampuran budaya, dan status sosio-ekonomi.

2. *Behavior-specific cognitions and affect* (kognisi dan sikap spesifik perilaku)

1) *Perceived benefits of action* (manfaat tindakan yang dirasakan)

Manfaat tindakan yang dirasakan adalah antisipasi hasil yang positif yang akan terjadi pada perilaku kesehatan

2) *Perceived barriers to action* (hambatan terhadap tindakan yang dirasakan)

Hambatan terhadap tindakan yang dirasakan adalah antisipasi, bayangan, atau hambatan nyata dan biaya personan untuk melakukan perilaku yang diberikan

3) *Perceived self-efficacy* (kemampuan diri yang dirasakan)

Kecakapan diri yang dirasakan adalah keputusan kesanggupan individu untuk mengatur dan melaksanakan perilaku promosi kesehatan

4) *Activity-related Affect* (sikap terkait aktivitas)

Sikap terkait aktivitas digambarkan perasaan perilaku subjek positif atau negatif yang terjadi sebelum, selama, dan selanjutnya berdasarkan stimulus perilaku diri sendiri

5) *Interpersonal influences* (Pengaruh interpersonal)

Pengaruh ini adalah perilaku kognitif, keyakinan, atau sikap yang lain. Pengaruh Interpersonal termasuk norma, dukungan sosial, dan model peraga. Sumber utama pengaruh interpersonal adalah keluarga, teman sebaya, petugas kesehatan

6) *Situational influences* (pengaruh situasional)

Pengaruh situasional adalah persepsi personal dan kesadaran atau keadaan yang dapat memudahkan atau menghalangi perilaku

3. *Behavioral outcome* (hasil akhir perilaku)

1) *Immediate competing demand and preferences* (persaingan ketat antara tuntutan dan pilihan)

Persaingan ketat terhadap tuntutan perilaku lain yang individu mempunyai pengendalian yang rendah karena berbagai kemungkinan lingkungan.

Sedangkan persaingan terhadap pilihan adalah perilaku alternatif saat terdesak dengan pengendalian yang tinggi

2) *Commitment to a plan of action* (komitmen terhadap rencana tindakan)

Komitmen ini menggambarkan maksud dan pengenalan konsep dari rencana strategi untuk melakukan perilaku kesehatan

3) *Health promoting behavior* (perilaku promosi kesehatan)

Perilaku promosi kesehatan adalah akhir dari tindakan yang dilakukan langsung ke arah hasil kesehatan yang positif.

### 2.3.5 Pengaruh personal (*personal influences*)

Menurut Becker (1974) dalam Wills dkk (2009) individu dipengaruhi oleh bagaimana mereka mempersepsikan diri mereka sendiri menjadi sakit, terluka atau bahaya (kelemahan mereka) dan bagaimana usaha mereka membuat diri mereka menjadi kuat. Menurut Edelman dkk (2010) individu sendirilah yang memutuskan promosi kesehatan seperti apa yang diinginkan. Menurut Linsley dkk (2011) Intrapersonal faktor adalah karakteristik yang mempengaruhi perilaku contohnya pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan sifat individu. Menurut Pender (2011), empat komponen *personal influences* yang mempengaruhi perilaku promosi kesehatan yaitu:

1. *Perceived benefits of action*

*Perceived benefits of action* merupakan manfaat tindakan yang secara langsung memotivasi perilaku dan tidak langsung mendetermin rencana kegiatan untuk mencapai manfaat sebagai hasil. Manfaat penting yang paling diharapkan dan secara tempo berhubungan dengan potensi individu (Nursalam, 2013). Menurut Novita dkk (2011) jika individu merasa dirinya



rentan untuk penyakit yang dianggap gawat (serius), maka ia akan melakukan sesuatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan hambatan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Persepsi kemanfaatan tentang perilaku ini akan menjadi motivasi yang kuat melalui manfaat intrinstik maupun ekstrinsik (Nies dkk, 2011).

2. *Perceived barriers to action*

*Perceived barriers to action* merupakan hambatan dari tindakan yang akan dilakukan. Misalnya ketidak sediaan, tidak cukup, mahal, sukar atau waktu yang dilakukan dari kegiatan utama (Nursalam, 2013). Menurut Nies dkk (2011) Hambatan yang dirasakan adalah tidak tersedianya, kenyamanan, kesulitan atau waktu yang dibutuhkan dalam melakukan perilaku kesehatan.

3. *Perceived self – efficacy*

Kemampuan seseorang untuk melakukan perilaku promosi kesehatan dari skil yang dimiliki dan keputusan yang diambil dari skil yang dimiliki. Terdapat empat tipe pengetahuan seseorang tentang *efficacy* diri, yaitu: *feed back eksternal* yang diberikan orang lain, pengalaman orang lain, ajakan orang lain, status psikologis (Nursalam, 2013). Menurut Badura (1977) dalam Wills (2009) *perceptions of self-efficacy* merupakan pengenalan dirinya sendiri tentang pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki untuk mengubah perilaku mereka. Menurut Nies dkk (2011) *self-efficacy* adalah keyakinan seseorang bahwa dia mampu melaksanakan perilaku kesehatan. Jika seseorang mempunyai *self efficacy* tinggi akan melakukan perilaku kesehatan tersebut.

#### 4. *Activity- related affect*

Sikap yang berhubungan dengan aktivitas yaitu emosi yang timbul pada kegiatan itu, tindakan diri, lingkungan dimana tindakan tersebut berlangsung. Emosi yang muncul bisa positif atau negatif, lucu, menyenangkan menjijikkan, tidak menyenangkan. Perilaku yang menghasilkan emosi positif akan diulang dan perilaku yang menghasilkan emosi negatif akan dibatasi atau dikurangi (Nursalam, 2013). Perasaan yang berhubungan dengan perilaku cenderung akan mempengaruhi seseorang untuk mengulangi atau mempertahankan perilaku (Mceven dkk, 2011). Menurut Nies dkk (2011) Sikap merupakan respon tertutup dari seseorang terhadap stimulus. Sikap belum merupakan suatu tindakan namun merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku.

#### 2.3.6 Perilaku *health promotion*

Menurut Pender (2011) perilaku kesehatan merupakan akhir dari keinginan atau hasil keputusan yang dibuat untuk kesehatan dan persiapan untuk bertindak. Pada akhirnya perilaku ini bertujuan pada hasil yang positif untuk individu. Perilaku ini terintegrasi dalam gaya hidup yang sehat dan meningkatkan peningkatan kesehatan (Nursalam, 2013). Tujuan dari health promotion model adalah bertujuan pada perilaku promosi kesehatan yang positif (Nies, 2011). Menurut Anggraeni faktor-faktor yang mempengaruhi upaya pencegahan penyakit Kusta adalah karakteristik individu (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, keadaan sosial ekonomi), pengetahuan, sikap, persepsi, perilaku higiene dan sanitasi rumah.

## 2.4 Keaslian Penulisan

Tabel 2.7 Keaslian Penulisan

NO.	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Faktor-faktor yang mempengaruhi penularan kusta pada kontak serumah Provinsi DIY dan Kabupaten Klaten (Marini, 2007)	D: Case Control S: Penderita yang berada di wilayah Kabupaten Sleman, Kotamadya Yogyakarta dan Kabupaten Klaten V: <i>Independent</i> -Usia -Status pernikahan -Pengetahuan -Faktor resiko lingkungan <i>Dependent</i> -Kejadian penularan kusta kontak serumah I: Observasi A: -Bivariat (Chi Square, Odds Ratio) -multivariat (regresi logistik).	Kasus penularan pada kontak serumah sangatlah kecil, faktor risiko penularan dari individu adalah usia, status pernikahan dan pengetahuan, sedangkan faktor dari lingkungan adalah ventilasi rumah, namun dibutuhkan lebih banyak data untuk mengambil kesimpulan. Faktor risiko yang memiliki kontribusi besar pada penularan kusta secara bersama adalah status pernikahan, kontak dengan penderita, pengetahuan, ventilasi dan pencahayaan rumah.
2.	Hubungan Karakteristik Rumah dengan Kejadian Kusta (Morbus Hansen) pada Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Taman Kabupaten Pemalang (Raharjati, 2009)	D: Case Control S: Penderita kusta wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Taman Kabupaten Pemalang V: Independen: -Karakteristik Rumah Dependen: -Kejadian Kusta (Morbus Hansen) I: Survey A: Bivariat Chi Square dan Odds Ratio (OR)	Hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan antara kejadian kusta dengan karakteristik rumah yaitu jenis lantai rumah mempunyai OR=5,469, luas ventilasi OR=3,750, ventilasi dalam kamar tidur OR=5,4, ventilasi dalam ruang keluarga OR=4,126, pencahayaan alami dalam kamar tidur OR=5,041, pencahayaan alami dalam ruang keluarga OR=4,235, kelembaban dalam kamar tidur OR=4,103, kelembaban dalam ruang keluarga OR=3,2, suhu dalam kamar tidur OR=3,077, suhu dalam

			<p>ruang keluarga OR=2,692, penularan kusta pada kontak serumah OR=6,250. Dan tidak ada hubungan kepadatan hunian kamar tidur OR=1,129. Kesimpulan dari penelitian ini adalah variabel yang berpengaruh terhadap kejadian kusta yaitu jenis lantai rumah.</p>
3	<p>Pengetahuan, Sikap dan Peran Keluarga dalam Upaya Penyembuhan Penderita Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Kramatsari Kota Pekalongan Tahun 2002 (Sofiarini, 2003)</p>	<p>D: Deskriptif S: 10 keluarga penanggung jawab penderita, 10 orang tetangga terdekat, dan petugas kesehatan V: Independen: Pengetahuan tentang penyakit kusta, sikap subyek tentang penderita kusta, peran keluarga dalam upaya penyembuhan Dependen: Penderita Kusta I: Wawancara dan observasi</p>	<p>A. Pengetahuan tentang penyakit kusta: sebagian besar subjek tidak mengetahui penyebab dan cara penularan penyakit kusta. B. sikap subek terhadap penderita kusta 1) menerima sebagaimana mestinya 2) tidak mengucilkan 3) membawa penderita ke pelayanan kesehatan untuk berobat C. peran keluarga dalam upaya penyembuhan 1) memberikan bantuan materiil kepada penderita 2) menjalin komunikasi aktif dengan penderita 3) melibatkan penderita dalam aktivitas sehari hari 4) memberikan nasihat dan infomasi.</p>
4	<p>Analisis Kualitas Hidup Penderita Kusta di Puskesmas Kedaung Wetan Kota Tangerang Tahun 2012 (Rahayuningsih, 2012)</p>	<p>D: Cross Sectional S: Seluruh penderita Kusta yang terdaftar di buku pendaftaran Puskesmas Kedaung Wetan Tahun 2012 V: Independen: Kualitas hidup Dependen: <i>perceived stigma</i> I: Kuesioner A: analisis univariabel, analisis biavariabel dan analisis multivariabel</p>	<p>1. Kualitas hidup penderita kusta diwilayah puskesmas diwilayah kedaung wetan lebih banyak yang memiliki kualitas hidup kurang yaitu sebesar 57,45% dan terdapat 42,55% yang memiliki kualitas hidup baik. Karakteristik responden sebagian besar adalah perempuan ( 82,98, ), berumur 18-40 tahun (b 72,34% ), lama pendidikan 0-6 tahun ( pendidikan dasr) sebesar 76,60% dan memiliki</p>

---

penghasilan dibawah UMR Kota Tangerang(91,49%).

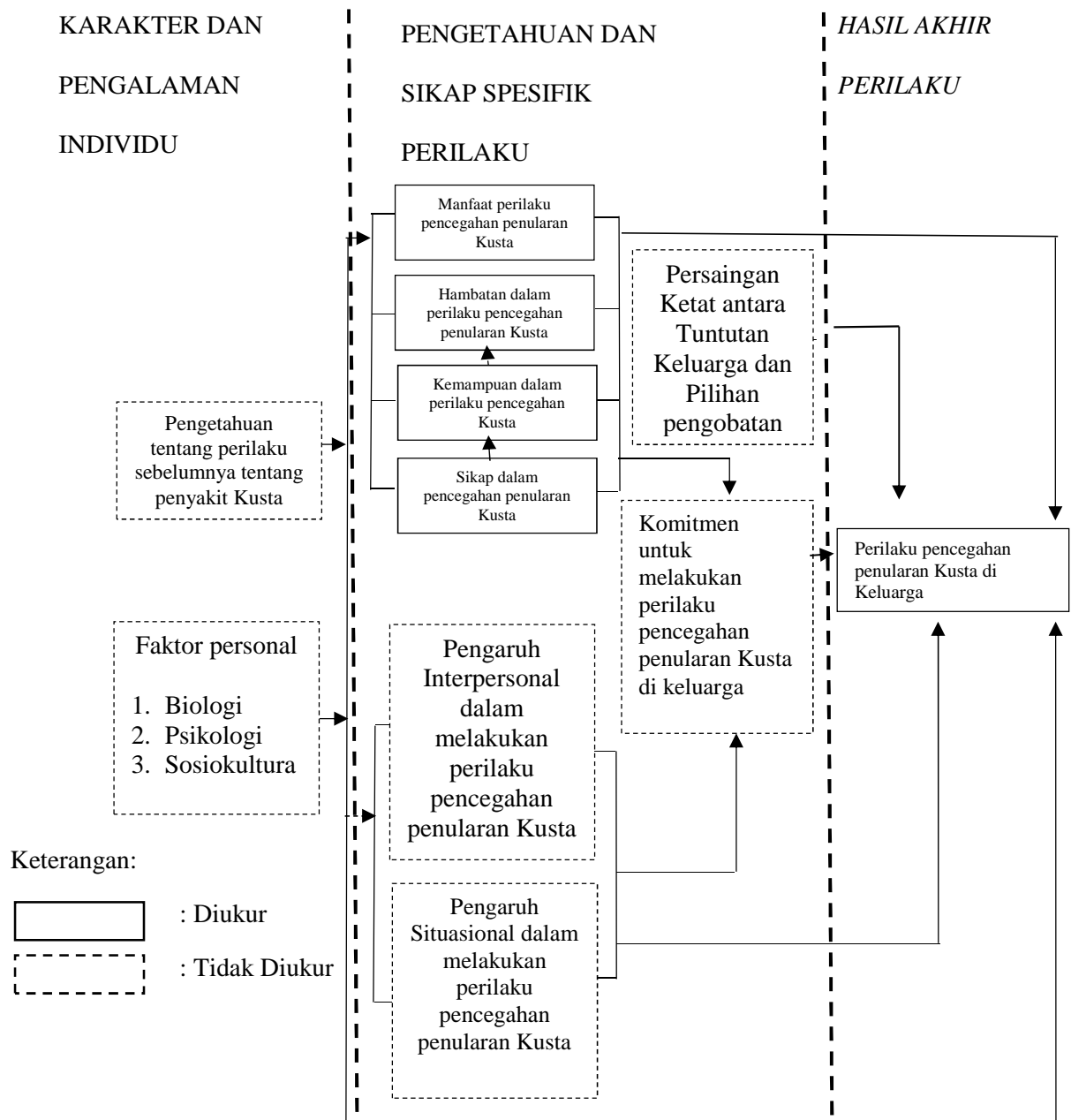
2. Terdapat hubungan signifikan antara perceived stigma dengan kualitas hidup penderita kusta setelah dikontrol variabel penghasilan. Diadapatkan persamaan regresi dengan determinasi sebesar 0,3745 yang menunjukkan bahwa variabel perceived stigma dan penghasilan dapat menjelaskan 37,45% variasi skor kualitas hidup penderita kusta dengan persamaan sebagai berikut: Skor KH=53,13-0,21 perceived stigma + 12.2 penghasilan

---



### BAB 3 KERANGKA KONSEP

#### 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Penularan Kusta di Keluarga

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga. Menurut teori HPM (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2001) dalam Friedman (2010), bahwa promosi kesehatan bertujuan pada status promosi kesehatan dan kesejahteraan. Pada teori ini dijelaskan hubungan antara karakteristik dan pengalaman, kognisi dan afek spesifik perilaku, dan hasil akhir adalah individu. Pada teori ini menekankan pada pentingnya afek dan kognisi perilaku sebagai motivator primer dalam melakukan perilaku pencegahan penularan Kusta. *Perceived benefits of action*, *perceived barriers to action*, *perceived self-efficacy*, dan *activity-related affect* merupakan sebagian dari komponen kognisi dan spesifik perilaku yang diteliti oleh peneliti. Keempat komponen tersebut akan mempengaruhi perilaku keluarga dalam melakukan pencegahan penularan kusta di keluarga karena komponen tersebut merupakan motivator primer. Pada akhirnya model ini bertujuan pada hasil akhir pada kesehatan yang positif dan pengalaman yang positif.

### 3.2 Hipotesis

Dalam penelitian ini dapat dirumuskan hipotesis sebagai berikut:

H1:

1. Ada hubungan *perceived benefit of action* dengan perilaku pencegahan penularan kusta di keluarga
2. Ada hubungan *perceived barrier to action* dengan perilaku pencegahan penularan kusta di keluarga



3. Ada hubungan *perceived self efficacy* dengan perilaku pencegahan penularan kusta di keluarga
4. Ada hubungan *activity related affect* dengan perilaku pencegahan penularan kusta di keluarga

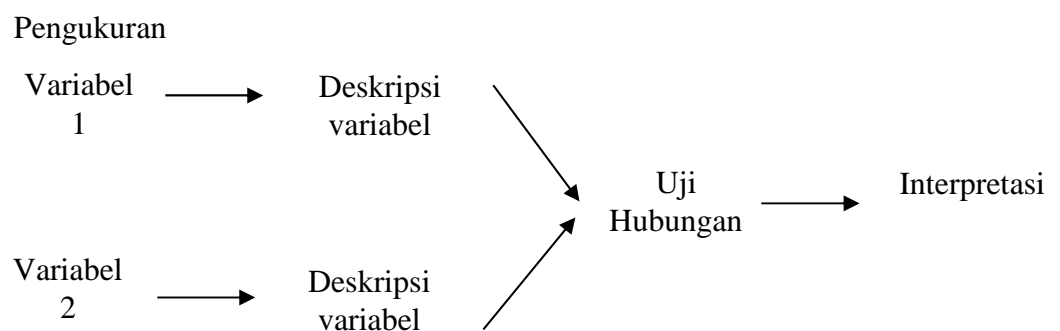


## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik. Tujuan penelitian ini untuk mendiskripsikan (memaparkan) peristiwa-peristiwa penting yang terjadi. Jenis penelitian ini lebih menekankan pada data faktual apa adanya tanpa adanya manipulasi. Sementara desain yang digunakan adalah *cross sectional*. Penggunaan design ini karena observasi data variabel independen dan dependen hanya dilakukan satu kali saat itu tanpa adanya *follow up* (Nursalam, 2013). Pada penelitian ini pengambilan data dilakukan dengan kuesioner pada *personal influences: perceived benefit of action, perceived barrier to action, perceived self-efficacy, activity related-affect*, dan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga. Kemudian dilakukan analisa menggunakan Regresi logistik berganda untuk mengetahui hubungan antar variabel.



Gambar 4.1 Skema Penelitian (Nursalam, 2013)

## 4.2 Populasi, Sampel dan Sampling

### 4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga pasien Kusta yang tercatat di Puskesmas Pegirian. Sementara populasi terjangkaunya adalah keluarga pasien Kusta yang masih aktif atau berkunjung pada bulan Maret 2014 di Puskesmas Pegirian sejumlah 9 orang. Di Puskesmas Sidotopo berjumlah 3 pasien yang masih aktif berobat dan di Puskesmas Wonokusumo berjumlah 5 orang yang masih aktif berobat. Sehingga jumlah penderita Kusta yang masih aktif berobat di wilayah Kecamatan Semampir sebanyak 17 penderita

### 4.2.2 Sampel

Keluarga penderita Kusta yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

#### 1. Kriteria inklusi

- 1) Anggota keluarga yang berusia 20-45 tahun.
- 2) Keluarga merupakan salah satu orang terdekat (bapak, ibu, suami, istri dan anak) yang tinggal bersama.
- 3) Keluarga bisa membaca dan menulis.

### 4.2.3 Sampling

Dalam penelitian ini menggunakan teknik *non probability sampling* dengan metode *purposive sampling*, pemilihan sampel di antara populasi sesuai yang dikehendaki peneliti.

### 4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

#### 4.3.1 Variabel independen

Dalam penelitian ini sebagai variabel independen tersaji dalam tabel berikut:

Tabel 4.1 Variabel Independen Penelitian

Variabel	Sub Variabel	Indikator
Independen X <i>Personal Influences</i>	X1 <i>perceived benefit of action</i>	Manfaat perilaku pencegahan penularan Kusta, meliputi: 1. Manfaat mendukung pengobatan penderita Kusta 2. Manfaat menjaga kebersihan diri 3. Manfaat menjaga kebersihan lingkungan 4. Manfaat meningkatkan daya tahan tubuh
	X2 <i>perceived barrier to action</i>	Hambatan dalam melakukan perilaku pencegahan penyakit Kusta, meliputi: 1. Hambatan dalam mendukung pengobatan penderita Kusta 2. Hambatan menjaga kebersihan diri 3. Hambatan menjaga kebersihan lingkungan 4. Hambatan meningkatkan daya tahan tubuh
	X3 <i>self perceived efficacy</i>	Kemampuan tentang perilaku pencegahan penyakit Kusta, meliputi: 1. Kemampuan mendukung pengobatan penderita Kusta 2. Kemampuan menjaga kebersihan diri 3. Kemampuan menjaga kebersihan lingkungan 4. Kemampuan meningkatkan daya tahan tubuh
	X4 <i>activity related affect.</i>	Sikap terhadap perilaku pencegahan penyakit Kusta: 1. Respon emosi dalam mendukung pengobatan penderita Kustaan 2. Respon emosi dalam menjaga kebersihan diri 3. Respon emosi dalam menjaga kebersihan lingkungan 4. Respon emosi dalam meningkatkan daya tahan tubuh

#### 4.3.2 Variabel dependen

Dalam penelitian ini sebagai variabel dependen tersaji dalam tabel berikut:

Tabel 4.2 Variabel Dependen Penelitian

Variabel	Indikator
Y: Perilaku pencegahan penularan Kusta	Upaya pencegahan penularan penyakit Kusta: 1. Mendukung pengobatan penderita Kusta 2. Menjaga kebersihan diri 3. Menjaga kebersihan lingkungan 4. Meningkatkan daya tahan tubuh

#### 4.3.3 Definisi operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2007)

Tabel 4.3 Definisi Operasional Analisis Faktor- Faktor Perilaku Pencegahan Penularan Penularan Kusta di Keluarga

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skoring
Variabel Independen					
<i>Personal Influences</i>					
(X)					
Sub Variabel:					
a. <i>Perceived Benefits of action</i> (X1)	Persepsi responden dari kemanfaatan perilaku pencegahan penularan Kusta di Keluarga	Manfaat perilaku pencegahan penularan Kusta 1. Manfaat mendukung pengobatan penderita Kusta 2. Manfaat menjaga kebersihan diri 3. Manfaat menjaga kebersihan lingkungan 4. Manfaat meningkatkan daya tahan tubuh	Kuesioner	Ordinal	Skor: Jawaban <i>Favorable</i> Sangat Setuju = 4 Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat Tidak Setuju = 1 <i>Unfavorable</i> Sangat Setuju = 1 Setuju = 2 Tidak Setuju = 3 Sangat Tidak Setuju = 4  Menggunakan rumus: $T = 50 + 10 \frac{\omega - \bar{\omega}}{s}$ (Azwar, 2013)  Kriteria: Persepsi negatif (T < mean) Persepsi positif (T > mean) Skor minimal 13

						Skor maksimal 52
b. <i>Perceived barriers to action</i> (X2)	Persepsi responden tentang hambatan yang dihadapi responden dalam melakukan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga	Hambatan dalam melakukan perilaku pencegahan penyakit Kusta: 1. Hambatan dalam mendukung pengobatan penderita Kusta 2. Hambatan menjaga kebersihan diri 3. Hambatan menjaga kebersihan lingkungan 4. Hambatan meningkatkan daya tahan tubuh	Kuesioner	Ordinal		Skor: Jawaban Skor: Jawaban <i>Unfavorable</i> Sangat Setuju = 1 Setuju = 2 Tidak Setuju = 3 Sangat Tidak Setuju = 4 <i>Favorable</i> Sangat Setuju = 4 Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat Tidak Setuju = 1  Menggunakan rumus: $T = 50 + 10 \frac{\omega - \bar{\omega}}{s}$ (Azwar, 2013)  Kriteria: Tidak ada hambatan (T < mean) Ada hambatan (T > mean) Skor minimal 15 Skor maksimal 60
c. <i>Perceived Self efficacy</i> (X3)	Keyakinan responden terhadap	Kemampuan tentang perilaku pencegahan	Kuesioner	Ordinal		Skor: Jawaban



	kemampuan yang dimiliki dalam melakukan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga	penyakit Kusta: 1. Kemampuan mendukung pengobatan penderita Kusta 2. Kemampuan menjaga kebersihan diri 3. Kemampuan menjaga kebersihan lingkungan 4. Kemampuan meningkatkan daya tahan tubuh			Skor: Jawaban <i>Favorable</i> Sangat Setuju = 4 Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat Tidak Setuju = 1 <i>Unfavorable</i> Sangat Setuju = 1 Setuju = 2 Tidak Setuju = 3 Sangat Tidak Setuju = 4  Menggunakan rumus: $T = 50 + 10 \frac{\omega - \varpi}{s}$ (Azwar, 2013)  Kriteria: Lemah ( $T < \text{mean}$ ) Kuat ( $T \geq \text{mean}$ ) Skor minimal 14 Skor maksimal 56	45
d. <i>Activity related affect (X4)</i>	Sikap responden dalam perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga	Sikap terhadap perilaku pencegahan penyakit Kusta: 1. Respon emosi dalam mendukung	Kuesioner	Ordinal	Skor: Jawaban Skor: Jawaban <i>Favorable</i>	

		pengobatan penderita Kusta			Sangat Setuju = 4 Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat Tidak Setuju= 1 <i>Unfavorable</i>
		2. Respon emosi dalam menjaga kebersihan diri			Sangat Setuju = 1 Setuju = 2 Tidak Setuju = 3 Sangat Tidak Setuju= 4
		3. Respon emosi dalam menjaga kebersihan lingkungan			Sangat Setuju = 1 Setuju = 2 Tidak Setuju = 3 Sangat Tidak Setuju= 4
		4. Respon emosi dalam meningkatkan daya tahan tubuh			Menggunakan rumus: $T = 50 + 10 \frac{\omega - \varpi}{s}$
					(Azwar, 2013)
					Kriteria: Sikap negatif (T<mean) Sikap positif (T > mean) Skor minimal 15 Skor maksimal 60
Variabel Dependen	Tindakan responden dalam melakukan upaya pencegahan penularan Kusta di keluarga (Y)	Upaya pencegahan penularan penyakit Kusta: 1. Mendukung pengobatan penderita Kusta 2. Menjaga kebersihan diri	Kuesioner dan observasi	Ordinal	Skor: Jawaban <i>Favorable</i> Ya = 1 Tidak = 0 <i>Unfavorable</i> Ya = 0 Tidak = 1

- 
3. Menjaga kebersihan lingkungan  
4. Meningkatkan daya tahan tubuh

Menggunakan rumus:

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

(Azwar, 2013)

Kriteria:

Baik 75-100%

Sedang 50-74%

Kurang <50%

(Peristiani, 2011)

Skor minimal 0

Skor maksimal 14

---

47

#### 4.4 Instrumen Penelitian

Pengumpulan data pada penelitian ini melalui kuisisioner yang dibuat oleh peneliti sendiri, pada jenis pengukuran ini peneliti mengumpulkan data secara formal kepada subjek untuk menjawab pertanyaan terstruktur yaitu subjek hanya menjawab sesuai dengan pedoman yang sudah ditetapkan dan tidak terstruktur yaitu subjek menjawab secara bebas tentang sejumlah pertanyaan yang diajukan secara terbuka oleh peneliti secara tertulis dengan berbagai pilihan jawaban pada responden yang diteliti.

##### 1. Kuisisioner Data Demografi

Kuisisioner data demografi merupakan kuisisioner yang dilampirkan untuk mengetahui informasi secara umum pada responden. Ada 8 pertanyaan yang terdiri atas nama, usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, penghasilan keluarga, hubungan dengan penderita.

##### 2. Kuisisioner *Perceived Benefit of Action*

Kuisisioner diukur dengan skala likert, dengan pilihan jawaban yang terdiri dari sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Ada 13 pernyataan, nomor 1, 2, 4,7,8, 9, 10, 11, 12, 13 merupakan *favorable* dan nomor 3, 5, 6 merupakan *unfavorable*.

##### 3. Kuisisioner *Perceived Barrier to Action*

Kuisisioner diukur dengan skala likert, dengan pilihan jawaban yang terdiri dari sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Ada 14

pernyataan, nomor 1, 5, 14 merupakan *unfavorable* dan nomor 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15 merupakan *favorable*.

#### 4. Kuisisioner *Perceived Self Efficacy*

Kuisisioner diukur dengan skala likert, dengan pilihan jawaban yang terdiri dari sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Ada 15 pernyataan, nomor 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12 merupakan *favorable* dan nomor 1, 3, 5, 7, 11, 13, 14 merupakan *unfavorable*.

#### 5. Kuisisioner *Activity Related Affect*

Kuisisioner diukur dengan skala likert, dengan pilihan jawaban yang terdiri dari sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Ada 15 pernyataan, nomor 4, 7, 10, 11, 12, 14, 15 merupakan *favorable* dan no 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 12, 13 merupakan *unfavorable*

#### 6. Kuisisioner Perilaku Pencegahan Penularan Kusta di Keluarga

Kuisisioner dengan pilihan jawaban yang terdiri dari sangat ya dan tidak. Ada 14 pernyataan, nomer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 merupakan *favorable*.

### 4.5 Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas untuk kuesioner perilaku dilakukan di keluarga penderita di wilayah kerja Puskesmas Geneng Ngawi. Teknik mengukur uji validitas dan reliabilitas menggunakan *Alpha Cronbach's*, instrumen dianggap valid jika nilai *Corrected Item-Total Correlation* lebih besar dibandingkan 0,3 dan instrumen dikatakan reliabel jika memiliki koefisien alpha lebih besar dari 0,60.

Hasil validitas terhadap 18 item kuesioner perilaku (N=16 responden uji validitas) 13 item tidak valid (nomor 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 18) tetapi nomor 1, 3, 6, 10, 12, 14, 16, 18 masuk dalam parameter peneliti sehingga item tersebut tetap digunakan dan dimodifikasi. Satu item belum diuji validitas yaitu kuesioner tentang riwayat imunisasi BCG pada nomor 14. Instrumen ini memiliki reabilitas sebesar 0,606 maka instrumen ini reliabel.

Pada kuisisioner *perceived benefits of action*, *perceived barriers to action*, *perceived self-efficacy*, dan *activity related affect* dilakukan uji validitas dan reliabilitas bersamaan dengan penelitian karena keterbatasan waktu peneliti. Teknik mengukur uji validitas dan reliabilitas menggunakan *Alpha Cronbach's*, instrumen dianggap valid jika nilai *Corrected Item-Total Correlation* lebih besar dibandingkan 0,3 dan instrumen dikatakan reliabel jika memiliki koefisien alpha lebih besar dari 0,60. Hasil uji validitas 13 item kuesioner *perceived benefits of action*, 9 item valid (1, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13) dan 4 item tidak valid (2, 3, 5, 6) tetap digunakan. Nilai reliabilitas pada kuesioner *perceived benefits of action* sebesar 0,833, maka kuesioner *perceived benefits of action* reliabel.

Hasil uji validitas 15 item kuesioner *perceived barriers to action*, 11 item valid (1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13) dan 4 item tidak valid (2, 5, 14, 15) tetap digunakan. Nilai reliabilitas pada kuesioner *perceived barriers to action* sebesar 0,741, maka kuesioner *perceived barriers to action* reliabel. Hasil uji validitas 14 item kuesioner *perceived self-efficacy*, 6 valid (2, 4, 6, 8, 9, 10) dan 8 item tidak valid (1, 3, 5, 7, 11, 12, 13, 14) tetap digunakan. Nilai reliabilitas pada kuesioner *perceived self-efficacy* sebesar 0,642, maka kuesioner *perceived self-efficacy*

reliabel. Hasil uji validitas 15 item kuesioner *activity related affect*, 13 valid (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15) dan 2 item tidak valid (5, 9) tetap digunakan. Nilai reliabilitas pada kuesioner *perceived self-efficacy* sebesar 0,745, maka kuesioner *perceived self-efficacy* reliabel.

#### **4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pegirian, Puskesmas Sidotopo dan Puskesmas Wonokusumo pada tanggal 23 Mei 2014 sampai 8 Juni 2014.

#### **4.7 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data**

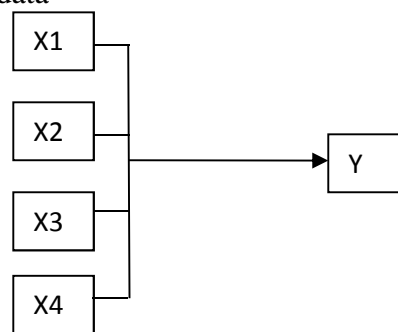
Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti sebelumnya mengajukan surat permohonan untuk mendapatkan rekomendasi dari Dekan Fakultas Keperawatan dan permintaan izin kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Semampir. Setelah mendapatkan persetujuan kemudian peneliti mengajukan surat permohonan untuk mendapatkan data awal di Puskesmas Pegirian, Puskesmas Wonokusumo dan Puskesmas Sidotopo Surabaya.

Pengumpulan data dilakukan dengan mengacu pada kriteria inklusi. Dengan menggunakan metode *purposive sampling*. Kemudian peneliti mendatangi responden ke rumah masing-masing. Peneliti kemudian memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian yang akan dilakukan dan meminta persetujuan menjadi responden (*informed consent*). Peneliti memberikan lembaran kuesioner

pada responden yang bersedia, yang diisi sesuai petunjuk pengisian yang terdiri dari data responden, kuesioner data demografi, *Personal Influences: perceived benefit of action*, *perceived barrier of action*, *perceived self efficacy*, *activity related affect* dan perilaku pencegahan penularan Kusta. Selama responden mengisi kuesioner didampingi peneliti, sampai semua pertanyaan terisi dengan lengkap. Kunjungan dirumah dilakukan satu kali kerumah responden. Kemudian responden diberikan lembar observasi. Setelah tujuh hari lembar observasi akan diambil oleh peneliti dirumah responden.

## 4.8 Analisa Data

### 4.8.1 Kerangka analisa data



Gambar 4.2 Kerangka Kerangka Analisa Data

Keterangan:

X1: *perceived benefit of action*

X2: *perceived barrier of action*

X3: *perceived self efficacy*

X4: *activity related affect*

Y: Perilaku pencegahan penularan

### 4.8.2 Langkah- langkah analisis data

#### 1. Persiapan

- 1) Mengecek nama dan kelengkapan identitas responden.



- 2) Mengecek kelengkapan data dan isi.
  - 3) Mengecek macam isian data.
2. Tabulasi data
- 1) Memberikan kode terhadap item-item yang tidak diberi skor
    - (1) Umur
      - 20-25 tahun : diberi kode 1
      - 26-35 tahun : diberi kode 2
      - 36-45 tahun : diberi kode 3
    - (2) Jenis kelamin
      - Laki-laki : diberi kode 1
      - Perempuan : diberi kode 2
    - (3) Pendidikan terakhir
      - Tidak sekolah : diberi kode 1
      - SD : diberi kode 2
      - SMP/MTs : diberi kode 3
      - SMU/SMK/SMA : diberi kode 4
      - Perguruan tinggi : diberi kode 5
    - (4) Pekerjaan
      - Tidak bekerja : diberi kode 1
      - TNI/POLRI : diberi kode 2
      - Wiraswasta : diberi kode 3
      - PNS : diberi kode 4
      - Petani : diberi kode 5

Lain- lain : diberi kode 6

(5) Penghasilan

< 2.200.000/bulan : diberi kode 1

2.200.000/bulan : diberi kode 2

(6) Jumlah anggota keluarga dalam satu rumah

2 orang : kode 1

3 orang : kode 2

4 orang : kode 3

5 orang : kode 4

(7) Hubungan dengan penderita

Ayah : diberi kode 1

Ibu : diberi kode 2

Anak : diberi kode 3

Suami : diberi kode 4

Istri : diberi kode 5

Lain-lain : diberi kode 6

2) Memberikan kode terhadap item-item yang diberi skor

1. Skor untuk kuisisioner *perceived benefit of action*

Untuk pernyataan *favorable*:

Sangat Setuju = 4

Setuju = 3

Tidak Setuju = 2

Sangat Tidak Setuju = 1

Untuk pernyataan *unfavorable*:

Sangat Setuju = 1

Setuju = 2

Tidak Setuju = 3

Sangat Tidak Setuju = 4

Menggunakan rumus:

$$T = 50 + 10 \frac{\omega - \bar{\omega}}{s}$$

Keterangan:

= skor responden pada skala yang akan dirubah menjadi skor T

= mean skor kelompok

s = deviasi standar skor kelompok (Azwar, 2013)

Kriteria:

Persepsi negatif ( $T < \text{mean}$ ) = kode 0Persepsi positif ( $T \geq \text{mean}$ ) = kode 1

Skor minimal 13

Skor maksimal 52

## 2. Skor untuk kuesioner *perceived barrier to action*

Untuk pernyataan *unfavorable*:

Sangat Setuju = 1

Setuju = 2

Tidak Setuju = 3

Sangat Tidak Setuju = 4

Untuk pernyataan *favorable*:

Sangat Setuju = 4

Setuju = 3

Tidak Setuju = 2

Sangat Tidak Setuju = 1

Menggunakan rumus:

$$T = 50 + 10 \frac{\omega - \bar{\omega}}{s}$$

Keterangan:

= skor responden pada skala yang akan dirubah menjadi skor T

= mean skor kelompok

s = deviasi standar skor kelompok (Azwar, 2013)

Kriteria:

Tidak ada hambatan ( $T < \text{mean}$ ) = kode 0

Ada hambatan ( $T \geq \text{mean}$ ) = kode 1

Skor minimal 15

Skor maksimal 60

### 3. Skor untuk kuesioner *perceived self-efficacy*

Untuk pernyataan *favorable*:

Sangat Setuju = 4                      Setuju = 3

Tidak Setuju = 2                      Sangat Tidak Setuju = 1

Untuk pernyataan *unfavorable*:

Sangat Setuju = 1                      Setuju = 2

Tidak Setuju = 3                      Sangat Tidak Setuju = 4

Menggunakan rumus:

$$T = 50 + 10 \frac{\omega - \bar{\omega}}{s}$$

Keterangan:

= skor responden pada skala yang akan dirubah menjadi skor T

= mean skor kelompok

s = deviasi standar skor kelompok (Azwar, 2013)

Kriteria:

Lemah ( $T < \text{mean}$ ) = kode 0

Kuat ( $T > \text{mean}$ ) = kode 1

Skor minimal 14

Skor maksimal 56

#### 4. Skor untuk kuesioner *activity related affect*

Untuk pernyataan *favorable*:

Sangat Setuju = 4

Setuju = 3

Tidak Setuju = 2

Sangat Tidak Setuju = 1

Untuk pernyataan *unfavorable*:

Sangat Setuju = 1

Setuju = 2

Tidak Setuju = 3

Sangat Tidak Setuju = 4

Dihitung dengan:

$$T = 50 + 10 \frac{\omega - \bar{\omega}}{s}$$

Keterangan:

= skor responden pada skala yang akan dirubah menjadi skor T

= mean skor kelompok

s = deviasi standar skor kelompok (Azwar, 2013)

Kriteria:

Sikap negatif ( $T < \text{mean}$ ) = kode 0

Sikap positif ( $T > \text{mean}$ ) = kode 1

Skor minimal 15

Skor maksimal 60

## 5. Skor untuk perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga

Untuk pernyataan *favorable*:

$$Ya = 1 \quad \text{Tidak} = 0$$

Untuk pernyataan *unfavorable*:

$$Ya = 0 \quad \text{Tidak} = 1$$

Dihitung dengan:

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P = prosentase

f = jumlah jawaban yang benar

N = jumlah skor maksimal, jika jawaban benar (Azwar, 2013)

Kriteria:

Baik: 76-100% = kode 2

Sedang: 50-75% = kode 1

Kurang: <50% = kode 0

Skor minimal 0

Skor maksimal 14

(3) *Entry* yaitu suatu kegiatan memasukan data dari hasil penelitian kedalam master tabel atau *database* komputer berdasarkan kriteria yang telah ada.

## 4.8.3 Analisis inferensial

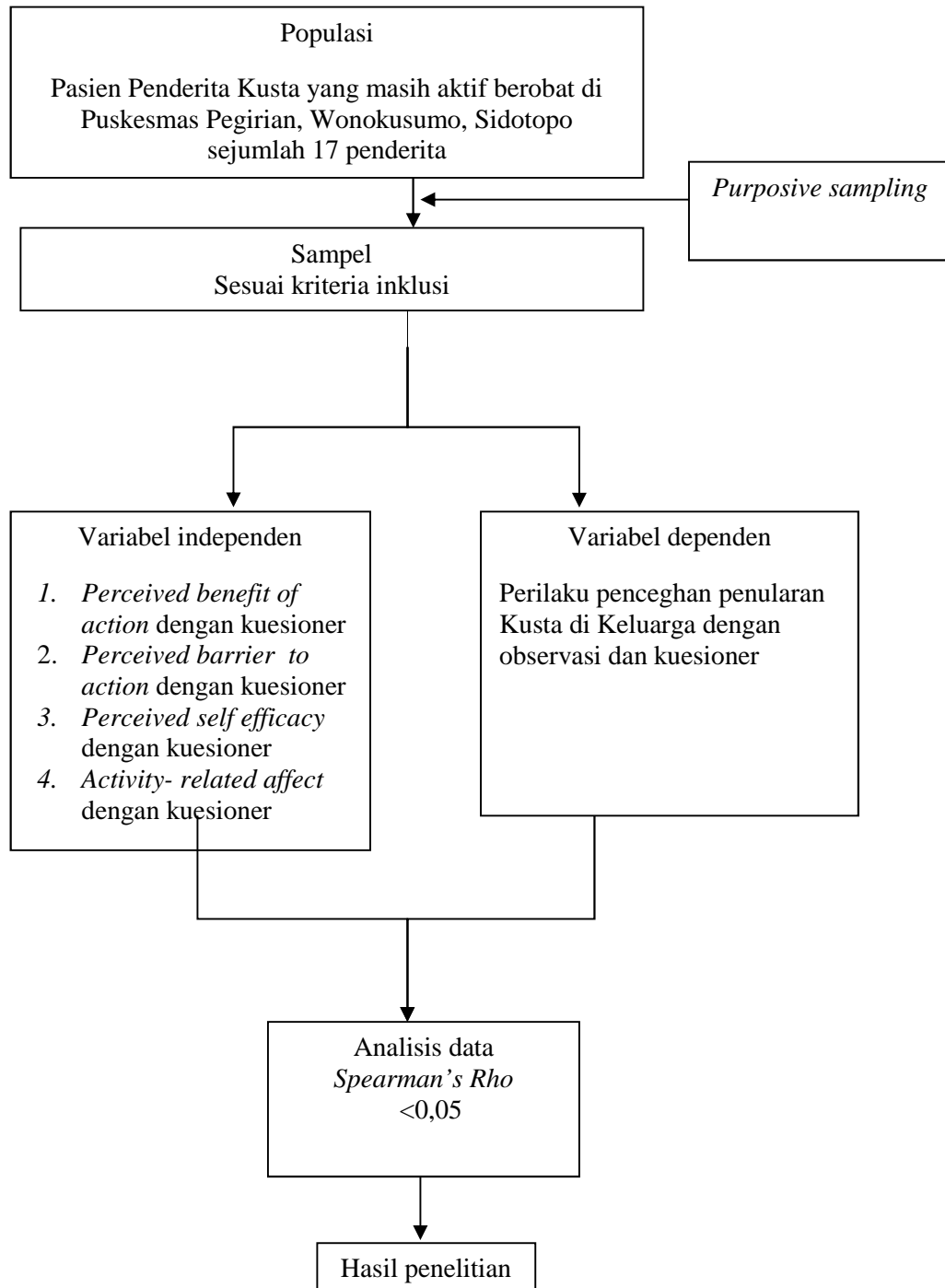
Uji korelasi digunakan untuk melihat hubungan antara dua variabel yang tidak menunjukkan hubungan fungsional. Jika sampel data lebih dari 30 maka menggunakan uji korelasi Pearson. Namun jika jumlah sampel kurang dari 30 dan

kondisi data tidak normal maka menggunakan korelasi Spearman atau Kendall (Sujianto, 2009)

Untuk menguji hipotesis digunakan pedoman sebagai berikut, jika nilai *p-value* pada kolom *sig.(2-tailed) < level of significant ( )* maka  $H_a$  diterima dan apabila nilai *p-value* pada kolom *sig.(2-tailed) > level of significant* maka  $H_o$  diterima. Menurut Sujianto (2009), nilai korelasi dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1. 0,00 - 0,20 = korelasi keeratan sangat lemah
2. 0,21 – 0,40 = korelasi keeratan lemah
3. 0,41 – 0,70 = keeratan kuat
4. 0,71 – 0,90 = korelasi keeratan sangat kuat
5. 0,91 – 0,99 = korelasi keeratan sangat kuat sekali
6. 1 = berarti korelasi keeratan sempurna

#### 4.9 Kerangka Kerja



Gambar 4.3 Kerangka Kerja Analisis Faktor Perilaku Pencegahan Penularan Kusta di Keluarga Berbasis *Health Promotion Model*



#### 4.10 Etik Penelitian

Masalah etika pada penelitian yang menggunakan subyek manusia menjadi isu yang berkembang saat ini. Pada penelitian ilmu keperawatan, karena hampir 90% subyek yang digunakan adalah manusia, maka peneliti harus memahami prinsip-prinsip etika penelitian. Jika hal ini tidak dilaksanakan, maka peneliti akan melanggar hak-hak (otonomi) manusia yang secara kebetulan sebagai klien (Nursalam, 2013).

##### 4.10.1 Lembar persetujuan (*informed consent*)

Responden akan diberikan lembar persetujuan, untuk mengikuti maupun menolak menjadi responden penelitian. Dan apabila seorang responden menolak maka peneliti tidak akan memaksakan kehendaknya.

##### 4.10.2 Tanpa nama (*Anonymity*)

Identitas sebagai responden akan dijaga. Maka peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner. Peneliti hanya memberi nomor pada masing-masing lembar.

##### 4.10.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Informasi yang diberikan oleh reponden akan benar-benar dijaga kerahasiaannya.

#### 4.11 Keterbatasan

1. Terbatasnya jumlah sampel penelitian menyebabkan kurangnya variasi data.
2. Metode penelitian menggunakan *nonprobability sampling*, sehingga hasil penelitian tidak dapat digeneralisasikan.

3. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner dan observasi memungkinkan responden menjawab secara subyektif.
4. Penelitian hanya dilakukan satu kali, sehingga hasilnya kurang dapat mewakili realita keseharian responden.

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan tentang hasil penelitian yang meliputi gambaran umum lokasi penelitian dan variabel penelitian yang meliputi data *perceived benefits of action*, *perceived barriers to action*, *perceived self-efficacy*, *activity related affect* dan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga wilayah Kecamatan Semampir Surabaya serta hubungan *perceived benefits of action* dan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga, hubungan *perceived barriers to action* dan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga, hubungan *perceived self-efficacy* dan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga, dan hubungan *activity related affect* dan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga.

Untuk mengetahui signifikansi atau hubungan antar variabel dilakukan uji statistik Regresi Logistik Berganda dengan menggunakan SPSS dengan tingkat kemaknaan  $< 0,05$ .

#### 5.1 Hasil

##### 5.1.1 Gambaran umum lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kecamatan Semampir Surabaya pada tiga wilayah kerja Puskesmas, yaitu Puskesmas Pegirian (wilayah Kerja Kelurahan Ujung dan Pegirian), Puskesmas Wonokusumo (wilayah kerja Kelurahan Wonokusumo) dan Puskesmas Sidotopo (wilayah kerja Kelurahan Ampel dan Sidotopo). Waktu pelaksanaan penelitian ini selama 23 Mei 2014- 8Juni 2014.

Kecamatan Semampir termasuk wilayah Surabaya bagian utara. Luas Kecamatan Semampir adalah 768.210,37 m<sup>2</sup> dengan jumlah penduduk sebesar 117.119. Batas wilayah Kecamatan Semampir sebelah utara: Selat Madura; sebelah timur: Kecamatan Kenjeran; sebelah selatan: Kecamatan Simokerto; sebelah barat: Kecamatan Pabean Cantikan. Jumlah fasilitas kesehatan di Kecamatan Semampir Kota Surabaya berjumlah 3 Puskesmas (Puskesmas Pegirian, Puskesmas Wonokusumo dan Puskesmas Sidotopo), 2 Pustu (Pustu Pegirian dan Pustu Wonokusumo), 1 Rumah Sakit (Rumah Sakit Paru Surabaya). Berdasarkan data Puskesmas jumlah pasien yang masih aktif berobat Kusta adalah sebanyak 9 pasien di Puskesmas Pegirian, 5 pasien di Puskesmas Wonokusumo dan 3 pasien di Puskesmas Sidotopo.

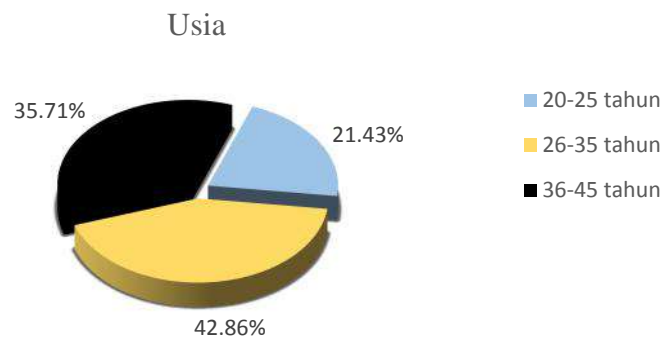
Program Pemberantasan Penyakit Menular (P2M) di Puskesmas Kecamatan Semampir, khususnya pada penyakit Kusta adalah:

1. Pencarian dan penemuan pasien Kusta
2. Penyuluhan pada pasien, keluarga dan masyarakat
3. Pengobatan pada pasien Kusta
4. Pengawasan dan pemeriksaan kontak
5. Pemeriksaan anak SD/ TK/ sederajat
6. Survei khusus
7. Menentukan diagnosa

### 5.1.2 Data umum responden

Data responden ini menguraikan tentang usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, penghasilan, jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, dan hubungan dengan penderita.

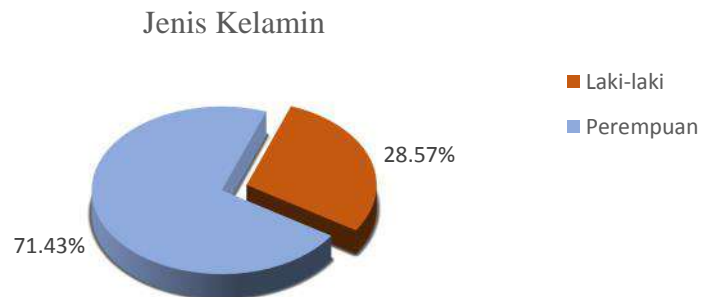
#### 1. Distribusi responden berdasarkan usia



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan usia, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014

Gambar 5.1 menunjukkan banyaknya jumlah responden berdasarkan usia. Hampir setengah dari responden sebanyak 6 orang (42,86%) berusia 26-35 tahun, dan paling sedikit adalah responden yang berusia antara 20-25 tahun sebanyak 3 orang (21,43%).

## 2. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014

Gambar 5.2 menunjukkan banyaknya jumlah responden berdasarkan jenis kelamin. Mayoritas responden sebanyak 10 orang (71,43%) adalah responden perempuan.

## 3. Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir

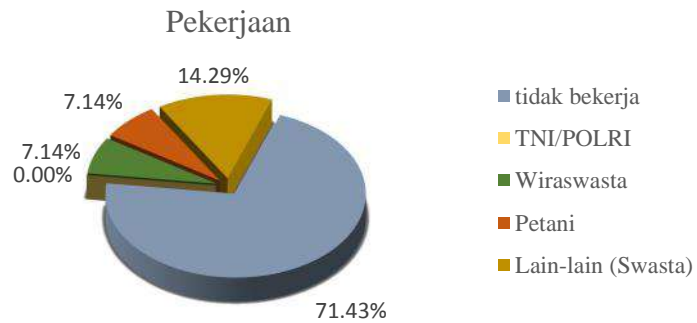


Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014

Gambar 5.3 menunjukkan banyaknya jumlah responden berdasarkan pendidikan terakhir. Hampir setengah dari responden sebanyak terbanyak 6 orang (42,86%) adalah berpendidikan SMP/MTs, sedangkan yang paling sedikit (14,29%) adalah berpendidikan SMU/SMK/SMA.

berpendidikan SMU/SMK/SMA sebanyak 2 orang (14,29%) dan tidak sekolah sebanyak 2 orang (14,29%).

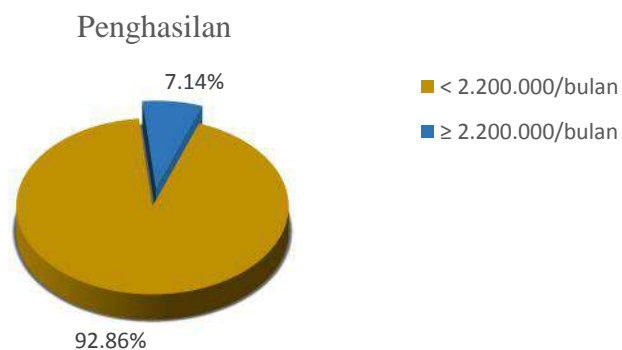
#### 4. Distribusi responden berdasarkan pekerjaan



Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014

Gambar 5.4 menunjukkan banyaknya jumlah responden berdasarkan pekerjaan. Mayoritas dari responden, yaitu sebanyak 10 orang (71,14%) tidak bekerja. Dan tidak seorangpun dari responden bekerja sebagai TNI/ POLRI.

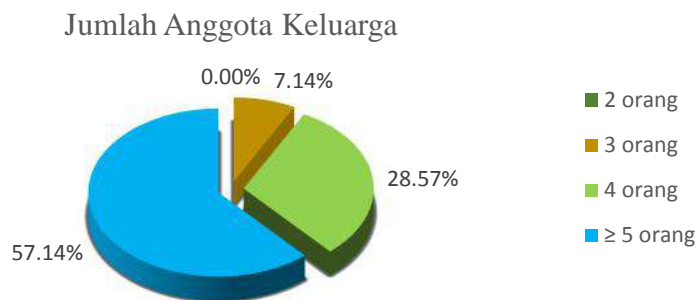
#### 5. Distribusi responden berdasarkan penghasilan



Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan penghasilan, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014

Gambar 5.5 menunjukkan banyaknya jumlah responden berdasarkan penghasilan. Mayoritas responden sebanyak 13 orang (92,86%) adalah responden dengan penghasilan dibawah UMR Surabaya (<2.200.000/bulan).

#### 6. Distribusi responden berdasarkan jumlah anggota keluarga dalam satu rumah



Gambar 5.6 Distribusi responden berdasarkan jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, di Kecamatan Semampir Surabaya, 24 Mei 2014- 8 Juni 2014

Gambar 5.6 menunjukkan banyaknya jumlah responden berdasarkan jumlah anggota keluarga. Mayoritas responden sebanyak 8 orang (57,14%) adalah responden dengan anggota tinggal serumah 5 orang dan tidak seorangpun dari responden dengan anggota keluarga yang tinggal serumah 2 orang.

#### 7. Distribusi responden berdasarkan hubungan penderita





Gambar 5.7 Distribusi responden berdasarkan hubungan dengan penderita, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014

Gambar 5.7 menunjukkan banyaknya jumlah responden berdasarkan hubungan dengan penderita. Hampir setengah dari responden sebanyak 5 orang (35,71%) mempunyai hubungan lain-lain (adik, kakak) dan tidak seorangpun dari responden mempunyai hubungan sebagai suami.

### 5.1.3 Data Khusus

Pada bagian ini akan disajikan hasil penelitian mengenai *perceived benefits of action*, *perceived barriers to action*, *perceived self- efficacy*, *activity related affect*, dan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga.

#### 1. *Perceived benefits of action*

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan *perceived benefits of action* tentang perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014

<i>Perceived benefits of action</i>	frekuensi	prosentase (%)
Persepsi positif	13	92,9%
Persepsi negatif	1	7,1%
Total	14	100%

Tabel 5.1 menunjukkan banyaknya jumlah responden berdasarkan *perceived benefits of action*. Mayoritas dari responden sebanyak 13 orang (92,9%) mempunyai persepsi positif dan sangat sedikit dari responden memiliki persepsi negatif sebanyak 1 orang (7,1%).

#### 2. *Perceived barriers to action*

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan *perceived barriers to action* tentang perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014

<i>Perceived barriers to action</i>	frekuensi	prosentase (%)
Ada hambatan	13	92,9%
Tidak ada hambatan	1	7,1%

Total	14	100%
-------	----	------

Tabel 5.2 menunjukkan banyaknya jumlah responden berdasarkan *perceived barriers to action*. Mayoritas dari responden sebanyak 13 orang (92,9%) ada hambatan dan sangat sedikit dari responden tidak ada hambatan sebanyak 1 orang (7,1%).

### 3. *Perceived self- efficacy*

Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan *perceived self- efficacy* tentang perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014

<i>Perceived self-efficacy</i>	frekuensi	prosentase (%)
Kuat	12	85,7%
Lemah	2	14,3%
Total	14	100%

Tabel 5.3 menunjukkan banyaknya jumlah responden berdasarkan *perceived self-efficacy*. Mayoritas responden sebanyak 12 orang (85,7%) kuat dan sangat sedikit dari responden lemah sebanyak 2 orang (14,3%).

### 4. *Activity related affect*

Tabel 5.4 Distribusi responden berdasarkan *activity related affect* tentang perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014

<i>Activity related-affect</i>	frekuensi	prosentase (%)
Sikap positif	10	71,4%
Sikap negatif	4	28,6%
Total	14	100%

Tabel 5.4 menunjukkan banyaknya responden berdasarkan *activity related affect*. Mayoritas responden sebanyak 10 orang (71,4%) memiliki sikap positif dan sebagian kecil dari responden memiliki sikap negatif 4 orang (28,6%).

### 5. Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga

Tabel 5.5 Distribusi responden berdasarkan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga, di Kecamatan Semampir Surabaya, 23 Mei 2014- 8 Juni 2014

Perilaku	frekuensi	prosentase (%)
----------	-----------	----------------

Baik	10	71,4%
Sedang	4	28,6%
Kurang	0	0%
Total	14	100%

Tabel 5.5 menunjukkan banyaknya responden berdasarkan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga. Mayoritas responden sebanyak 10 orang (71,4%) memiliki perilaku baik, sebagian kecil dari responden memiliki perilaku sedang sebanyak 4 orang (28,6%) dan tidak ada seorangpun dari responden memiliki perilaku kurang 0%. dari 14 responden.

#### 5.1.4 Variabel yang diukur

Pada bagian ini akan disajikan hasil penelitian yang menunjukkan hubungan antara *perceived benefits of action*, *perceived barriers to action*, *perceived self-efficacy*, *activity related affect*, dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga.

#### 1. Faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga

Faktor yang mempengaruhi individu melakukan perilaku pencegahan penularan Kusta diantaranya *perceived benefits of action*, *perceived barriers to action*, *perceived self-efficacy*, *activity related affect*. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 5.6 Hasil analisis *Spearman's Rho* faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di Keluarga Kecamatan Semampir Surabaya Tahun 2014

Faktor yang mempengaruhi perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga	p ( =0,05)	r	Keterangan
<i>perceived benefits of action</i>	0,478	-0,207	Tidak signifikan
<i>perceived barriers to action</i>	0,478	-0,207	Tidak signifikan

<i>perceived self- efficacy</i>	0,679	0,122	Tidak signifikan
<i>activity related affect</i>	0,519	0,189	Tidak signifikan

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui bahwa dari hasil uji statistik menggunakan *spearman's rho* dengan nilai signifikansi *perceived benefit of action*  $p = 0,478$ , *perceived barrier to action*  $p = 0,478$ , *perceived self-efficacy*  $p = 0,679$ , *activity related affect*  $p = 0,519$  lebih besar dari  $p$  yang ditetapkan yaitu  $<0,05$  maka hipotesis ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara *perceived benefit of action*, *perceived barrier to action*, *perceived self-efficacy*, dan *activity related affect* dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga.

## 5.2 Pembahasan

Mayoritas *perceived benefit of action* dari responden mempunyai persepsi positif dan sangat sedikit dari responden memiliki persepsi negatif . Sebagian besar responden memiliki persepsi positif dan memiliki perilaku baik, sebagian kecil responden memiliki persepsi positif dan memiliki perilaku sedang, tidak ada responden memiliki persepsi positif dan memiliki perilaku kurang. Sangat sedikit dari responden persepsi negatif tapi memiliki perilaku baik dan tidak seorangpun dari responden memiliki persepsi negatif dan memiliki perilaku sedang dan buruk.

*Perceived benefits of action* merupakan manfaat tindakan yang secara langsung memotivasi perilaku dan tidak langsung mendetermin rencana kegiatan untuk mencapai manfaat sebagai hasil. Manfaat penting yang paling diharapkan dan secara tempo berhubungan dengan potensi individu (Nursalam, 2013). Pada

penelitian ini *perceived benefits of action* merupakan persepsi responden dari kemanfaatan perilaku pencegahan penularan Kusta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki persepsi positif pada *perceived benefit of action* mencuci tangan dengan sabun, ganti pakaian setiap hari, membersihkan rumah, membuka jendela setiap pagi, makan buah, dan berolahraga. Berdasarkan hasil analisis didapatkan hasil pada tabel 5.6, pada tabel tersebut hasil statistik tersebut menunjukkan bahwa *perceived benefits of action* tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga. Ini tidak sesuai dengan teori *Health Promotion Model* yang menyatakan *perceived benefit of action* berhubungan dengan perilaku promosi kesehatan (Alligood dkk, 2006). Menurut Novita dkk (2011) jika individu merasa dirinya rentan untuk penyakit yang dianggap gawat (serius), maka ia akan melakukan sesuatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan hambatan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Menurut Wuryaningsih (2008) persepsi juga dipengaruhi oleh pengetahuan individu tersebut. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian (Budiman, 2008) tentang faktor pencegahan IMS (Infeksi Menular Seksual) dan HIV/AIDS yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara persepsi tentang manfaat pencegahan dengan pencegahan IMS (Infeksi Menular Seksual) dan HIV/AIDS.

Tidak adanya hubungan *perceived benefits of action* dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga dapat dikarenakan responden merasa rentan untuk tertular penyakit Kusta karena di keluarga responden sudah ada yang terkena. Namun mayoritas responden memiliki kebiasaan baik karena perilaku

yang dilakukan pada penelitian ini *persepsi benefits of action* dari pasien baru dan lama sama-sama memiliki persepsi positif. Persepsi dapat dipengaruhi oleh pengetahuan. Hal ini didukung data demografi pendidikan di mana hampir setengah dari responden adalah berpendidikan SMP/MTs, sedangkan yang paling sedikit berpendidikan SMU/SMK/SMA dan tidak sekolah.

Mayoritas *perceived barriers to action* dari responden ada hambatan dan sangat sedikit dari responden tidak ada hambatan. Sebagian besar responden ada hambatan tapi berperilaku baik, sebagian kecil responden ada hambatan tapi berperilaku sedang, tidak seorangpun dari responden ada hambatan dan berperilaku kurang, sangat sedikit dari responden tidak ada hambatan dan berperilaku baik, tidak seorangpun dari responden tidak ada hambatan dan berperilaku sedang dan tidak seorangpun dari responden tidak ada hambatan dan berperilaku kurang.

*Perceived barriers to action* merupakan hambatan dari tindakan yang akan dilakukan. Hambatan tersebut berupa ketidak sediaan, tidak cukup, mahal, sukar atau waktu yang dilakukan dari kegiatan utama (Nursalam, 2013). Pada penelitian ini *perceived barrier to action* merupakan persepsi responden tentang hambatan yang dihadapi responden dalam melakukan perilaku pencegahan penularan Kusta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki hambatan pada waktu membuang sampah, pengetahuan tentang vaksin BCG dan daya beli makanan sehat. Berdasarkan hasil analisis didapatkan hasil pada tabel 5.6, hasil statistik tersebut menunjukkan bahwa *perceived barriers to action* tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga. Ini tidak

sesuai dengan teori *Health Promotion Model* yang menyatakan *perceived barriers to action* berhubungan dengan perilaku promosi kesehatan (Allgood dkk, 2006). Menurut Nies dkk (2011) Hambatan yang dirasakan adalah tidak tersedianya, kenyamanan, kesulitan atau waktu yang dibutuhkan dalam melakukan perilaku kesehatan. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian (Budiman, 2008) tentang faktor pencegahan IMS (Infeksi Menular Seksual) dan HIV/AIDS, menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara persepsi tentang hambatan pencegahan dengan pencegahan IMS (Infeksi Menular Seksual) dan HIV/AIDS.

Tidak adanya hubungan *perceived barriers to action* dengan perilaku pencegahan dapat disebabkan adanya hambatan dalam melakukan perilaku pencegahan, namun hambatan tersebut tidak mempengaruhi secara langsung karena perilaku yang dilakukan sudah menjadi kebiasaan. Hal ini didukung dengan data demografi penghasilan, mayoritas responden berpenghasilan di bawah UMR surabaya, dan sangat sedikit memiliki penghasilan di atas UMR Surabaya. Mayoritas responden adalah responden dengan anggota tinggal serumah 5 orang dan tidak seorangpun dari responden dengan anggota keluarga yang tinggal serumah 2 orang. Ini menunjukkan sebagian responden berpendapatan dibawah upah pegawai di Surabaya. Pendapatan responden yang rendah menjadi salah satu penghambat dalam melakukan perilaku pencegahan. Meskipun pada *perceived barrier to action* ada hambatan namun masih memiliki perilaku baik karena 12 dari 2 perilaku pencegahan penularan Kusta tanpa menggunakan biaya, seperti mengingatkan pasien mengkonsumsi obat, mengingatkan pendeita kontrol, mencuci tangan dengan sabun, ganti pakaian,

memisahkan baju saat mencuci baju, menguras kamar mandi, menyapu rumah, membuang sampah, membuka jendela, olahraga, tidur 8 jam sehari dan imunisasi BCG.

Mayoritas *perceived self-efficacy* responden memiliki *self-efficacy* kuat dan sangat sedikit dari responden memiliki *self-efficacy* lemah. Sebagian besar dari responden memiliki *self-efficacy* kuat dan memiliki perilaku baik, sebagian kecil dari responden memiliki *self-efficacy* kuat dan memiliki perilaku sedang, tidak seorangpun dari responden memiliki *self-efficacy* kuat dan memiliki perilaku kurang, sangat sedikit responden memiliki *self-efficacy* lemah tapi memiliki perilaku kuat sedang sangat sedikit responden memiliki *self-efficacy* lemah tapi memiliki perilaku sedang, dan tidak seorangpun dari responden memiliki *self-efficacy* lemah dan memiliki perilaku kurang.

*Perceived self-efficacy* merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan perilaku promosi kesehatan dari *skill* yang dimiliki dan keputusan yang diambil dari *skill* yang dimiliki. Terdapat empat tipe pengetahuan seseorang tentang *efficacy* diri, yaitu: *feed back eksternal* yang diberikan orang lain, pengalaman orang lain, ajakan orang lain, status psikologis (Nursalam, 2013). Pada penelitian ini *perceived self-efficacy* merupakan keyakinan responden terhadap kemampuan yang dimiliki dalam melakukan perilaku pencegahan penularan Kusta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki *self-efficacy* kuat ditunjukkan melalui keyakinan pada pengobatan yang dijalani penderita bisa sampai tuntas, mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah memegang sesuatu, yakin bisa membersihkan kamar mandi seminggu 2 kali, yakin bisa



menyapu setiap pagi. Mayoritas Berdasarkan hasil analisis didapatkan hasil pada tabel 5.6, hasil statistik tersebut menunjukkan bahwa *perceived self-efficacy* tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga. Ini tidak sesuai dengan teori *Health Promotion Model* yang menyatakan *perceived self-efficacy* berhubungan dengan perilaku promosi kesehatan (Allgood dkk, 2006). Menurut Badura (1977) dalam Wills (2009) *perceptions of self-efficacy* merupakan pengenalan dirinya sendiri tentang pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki untuk mengubah perilaku mereka. Menurut Mceven dkk (2011) *self-efficacy* adalah keyakinan seseorang bahwa dia mampu melaksanakan perilaku kesehatan. Jika seseorang mempunyai *self efficacy* tinggi akan melakukan perilaku kesehatan tersebut. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian (Paun, 2014), tentang faktor pencegahan hipertensi menyatakan jika *self efficacy* tidak berpengaruh terhadap perilaku pencegahan Hipertensi.

Tidak ada hubungan *perceived self-efficacy* dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga mungkin disebabkan jumlah sampel yang diteliti terlalu sedikit sehingga tidak ada variasi responden. Hal ini didukung data demografi tentang pekerjaan, mayoritas dari responden tidak bekerja sehingga mempunyai banyak waktu untuk melakukan perilaku pencegahan, karena perilaku tersebut sudah biasa dilakukan didalam rumah tangga.

Mayoritas *activity related affect* responden memiliki sikap positif dan sebagian kecil dari responden memiliki sikap negatif. Setengah dari responden memiliki sikap positif dan perilaku baik, sangat sedikit dari responden memiliki sikap positif dan perilaku sedang, tidak seorangpun dari responden memiliki sikap

positif dan perilaku kurang, sangat sedikit dari responden memiliki persepsi negatif tapi perilaku baik, sangat sedikit dari responden memiliki persepsi negatif tapi perilaku sedang, dan tidak seorangpun dari responden memiliki persepsi negatif dan perilaku kurang.

Sikap yang berhubungan dengan aktivitas yaitu emosi yang timbul pada kegiatan itu, tindakan diri, lingkungan dimana tindakan tersebut berlangsung. Perilaku yang menghasilkan emosi positif akan diulang dan perilaku yang menghasilkan emosi negatif akan dibatasi atau dikurangi (Nursalam, 2013). Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki sikap positif pada *activity related affect* suka jika kamar mandi bersih, suka jika menyapu lantai setiap hari. Berdasarkan hasil analisis didapatkan hasil pada tabel 5.6, hasil statistik tersebut menunjukkan bahwa *activity related affect* tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga. Ini tidak sesuai dengan teori *Health Promotion Model* yang menyatakan *activity related affect* berhubungan dengan perilaku promosi kesehatan (Alligood dkk, 2006). Perasaan yang berhubungan dengan perilaku cenderung akan mempengaruhi seseorang untuk mengulangi atau mempertahankan perilaku (Nies dkk, 2011). Menurut Nesi dkk (2011) Sikap merupakan respon tertutup dari seseorang terhadap stimulus. Sikap belum merupakan suatu tindakan namun merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Pada penelitian ini *activity related affect* merupakan sikap responden dalam perilaku pencegahan penularan Kusta. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya tentang faktor pencegahan Kusta, menyatakan jika sikap tidak berpengaruh terhadap pencegahan penularan Kusta (Angreini, 2009).

Tidak adanya hubungan *activity related affect* terhadap perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga mungkin dapat disebabkan karena mereka beranggapan penyakit Kusta tidak akan menular karena pasien sudah berobat, sehingga mereka tidak merasa terancam akan penyakit Kusta dan perilaku pencegahan tersebut sudah merupakan kebiasaan yang dilakukan responden. Karena di keluarga perilaku tersebut masuk dalam norma kesehatan keluarga seperti pernyataan Effendy (1998), norma kesehatan keluarga adalah kesehatan normal dari setiap anggota keluarga (kesehatan fisik/ kebersihan diri, mental dan sosial), keadaan rumah-lingkungan dan sifat keluarga. Perilaku pencegahan tersebut merupakan perilaku hidup bersih dan sehat, dimana perilaku hidup bersih dan sehat merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi jika tidak dipenuhi akan mengganggu kelangsungan individu sesuai teori 14 kebutuhan dasar Henderson (Potter, 2005).

## **BAB 6**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kesimpulan dan saran dari hasil penelitian analisis faktor yang berpengaruh terhadap perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga.

#### **6.1 Simpulan**

1. Faktor *perceived benefits of action* tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga.
2. Faktor *perceived barriers to action* tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga.
3. *Perceived self- efficacy* tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga.
4. *Activity related affect* tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga.

#### **6.2 Saran**

1. Pada keluarga penderita Kusta sebaiknya diberikan informasi tentang perilaku pencegahan penularan Kusta secara berkelanjutan.
2. Perawat dapat menggunakan hasil penelitian ini untuk mencari faktor yang dominan atau faktor lain di HPM yang berhubungan dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga.
3. Penelitian lebih lanjut dengan jumlah sampel yang lebih besar, diharapkan dapat dikembangkan dan dapat membuktikan hubungan yang signifikan

antara *perceived benefits of action*, *perceived barriers to action*, *perceived self-efficacy*, *activity related affect* dengan perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afifah 2011, Menjaga Kebersihan Cegah Kusta, Dinas Kesehatan Surabaya, diakses 10 Maret 2014 <<http://dinkes.sby.go.id>>
- Alligood dkk 2006, *Nursing Theorists and Their Work*, edisi 7, Mosby Elsever
- Anggraeni, ida ayu 2009, 'Faktor yang Mempengaruhi Upaya Pencegahan Penularan Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Kunir Kecamatan Kunir Kabupaten Lumajang', Universitas Airlangga, Surabaya
- Azwar, Saifuddin 2013, *Sikap manusia, teori dan pengukurannya*, edisi 2, Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- Budiman, Nurcholis Arif dkk 2008, 'Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Wanita Pekerja Seks (WPS) Jalanan dalam Upaya Pencegahan IMS dan HIV/AIDS di Sekitar Alun-alun dan Candi Prambanan Kabupaten Klaten'. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia* Vol.3, No. 2, diakses 29 Juni 2014, <<http://ejournal.undip.ac.id/index.php/jpki/article/view/2542>>
- Departemen Kesehatan RI 2005, *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta*. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2013, *Profil Kesehatan Povinsi Jawa Timur*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Surabaya.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya 2013, *Profil Kesehatan Surabaya 2012*. Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Surabaya.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya 2013, *Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kota Surabaya*. Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Surabaya.
- Edelman, Carole Lium dkk 2010, *Health Promotion Throughout The Life Span*, edisi 7, Mosby Elsevier, Canada
- Effendy, Nasrul 1998, *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, edisi 2, 1998, EGC, Jakarta
- Eichelmann, K dkk 2013, 'Leprosy an Update: Definition, Pathogenesis, Classification, Diagnosis, and Treatment', *Actas Dermosifiliogr*, vol. 100, no. 10, diakses 22 Maret 2014, <[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)>
- Friedman, dkk 2003, *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori & Pratika*, edisi 5, Terjemahan oleh Prof. Achir Yani S dkk 2010, EGC, Jakarta.
- Harahap, Marwali (Ed) 2000, *Ilmu Penyakit Kulit*, Hipocrates, Jakarta.
- Hidayat, A. Aziz Alimul 2007, *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*, Salemba Medika, Jakarta.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2012, Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
- Kandun, I. Nyoman 2006, *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*, CV. Infomedika, Jakarta
- Linsley, Paul, rosllyn kane, sara owen 2011, *Nursing For Public Health: Promotion, Principles, And Practice*, Oxford University Press, New York
- Muttaqin, Arif & Kumala Sari 2011, *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Integumen*, Salemba, Jakarta
- Netherland Leprosy Relief 2012, Annual Report NLR 2012
- Nies, Mary A. Nies & Melanie McEwen 2011, *Community Public Health Nursing: Promoting The Health Of Populations*, edisi 5, Elsevier Saunders, China
- Norlatifah dkk, 2010, 'Hubungan Kondisi Fisik Rumah, Sarana Air Bersih Dan Karakteristik Masyarakat Dengan Kejadian Kusta Di kabupaten Kalimantan Selatan', *Jurnal KES MAS*, Vol. 4, No. 3 hal 182-195 diakses 5 Mei 2014 <[www.portalgaruda.org](http://www.portalgaruda.org)>
- Novita, Nesi & Yunetra Franciska 2011, *Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan*, Salemba, Jakarta
- Nursalam 2013, *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktisi*, edisi 3, Salemba Medika, Jakarta
- Paun, Rafael 2014, 'Model Perilaku Pencegahan Hipertensi pada Masyarakat Kota Kupang', Universitas Airlangga, Surabaya
- Pender, Nola 2011, 'Health Promotion Model Manual', University of Michigan, diakses 13 April 2014, <[http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH\\_PROMOTION\\_MANUAL\\_Rev\\_5-2011.pdf?sequence=1](http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1)>
- Peristiani, MS 2011, 'Pengaruh Bermain Peran/ Drama Terhadap Perkembangan Perilaku Sosial Pada Anak Prasekolah (Usia 4-6 Tahun)', Universitas Airlangga, Surabaya
- Permani, Devi 2009, 'Hubungan Pengetahuan Sikap Dan Tindakan Kontak Serumah Dengan Kejadian Kusta Di Kabupaten Padang Pariaman', Universitas Andalas, Padang
- Potter, Patricia A 2005, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Praktik*, Edisi 4, EGC, Jakarta

- Raharjati, Enis Gancar 2009, 'Hubungan Karakteristik Rumah dengan Kejadian Kusta (Morbus Hansen) pada Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Taman Kabupaten Pemalang', Universitas Diponegoro, Semarang
- Rahayuningsih, Euis 2012, 'Analisis Kualitas Hidup Penderita kusta di Puskesmas Kedaung Wetan Kota Tangerang Tahun 2012', Universitas Indonesia, Jakarta
- Saonere, Jyotsna A 2011, 'Leprosy: An Overview', *Academic Journal*, vol 3, no. 14, hal. 234- 243, diakses 18 Maret 2014, <[http://academicjournals.org/article/article1379691884\\_Saonere.pdf](http://academicjournals.org/article/article1379691884_Saonere.pdf)>.
- Sofiarini, Dwi 2003, 'Pengetahuan, Sikap dan Peran Keluarga dalam Upaya Penyembuhan Penderita Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Kramatsari Kota Pekalongan Tahun 2002', Universitas Diponegoro, Semarang
- Sujianto, Agus Eko 2009, Aplikasi Statistik dengan SPSS 16.0, Prestasi Pustaka, Jakarta
- Yuliartha, I Gusti Putu 2004, 'Laporan Penelitian: Hubungan Antara Tipe Lepra dan Lama Kontak dengan Terjadinya Lepra Subklinis pada Narakontak Serumah', Universitas Diponegoro, Semarang.
- Warsini, Sri 2007, 'Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penularan Kusta pada Kontak Serumah Provinsi DIY dan Kabupaten Klaten', Universitas Gajah Mada, Yogyakarta
- Widodo 2011, Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan & Pemberantasan, edisi kedua, Erlangga, Jakarta
- Wills, Jane dkk 2009, *Foundations For Health Promotion*, edisi 3, Bailliere Tindal Elsevier, China
- World Health Organization 2000, *Guide to Eliminate Leprosy as a Public Health Problem*, 1st edn, Leprosy Eliminate Group World Health Organization, Switzerland.
- World Health Organizer 2013, *Leprosy: Number of Reported Cases by Country*, Diakses 9 Maret 2014, <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1639?lang=en>>.
- World Health Organizer 2014, *Transmission of Leprosy*, Diakses 9 April 2014, <<http://www.who.int/lep/transmission/en/>>
- World Health Organizer 2012, Map Showing Prevalence Rates of Leprosy at Start of 2012, <[http://www.who.int/lep/situation/Leprosy\\_PR\\_2011.pdf?ua=1](http://www.who.int/lep/situation/Leprosy_PR_2011.pdf?ua=1)>
- Wuryaningsih, Tyas 2008, 'Hubungan antara Pengetahuan dan Persepsi dengan Perilaku Masyarakat dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) di Kota Kediri', Universitas Sebelas Maret, Surakarta





Lampiran 1



Lampiran 2

Lampiran 3





Lampiran 4

### LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Agustin Prasetyo Winarno

NIM : 131011028

Adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul :

#### **“Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Penularan Kusta di Keluarga”**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berpengaruh terhadap perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga. Sehingga dapat digunakan untuk menyusun strategi pencegahan penularan Kusta di Keluarga. Maka saya mohon dengan hormat kepada Bapak/Ibu untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

1. Kesiediaan Bapak/Ibu untuk menandatangani *informed consent*
2. Identitas Bapak/Ibu akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti
3. Kerahasiaan informasi yang diberikan Bapak/Ibu dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

Atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu sekalian saya ucapkan terima kasih

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Surabaya, Mei 2014

Hormat saya,



Agustin Prasetyo Winarno

Lampiran 5

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN  
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bersedia menjadi peserta responden penelitian yang dilakukan oleh Agustin Prasetyo Winarno, mahasiswa S1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul:

**“Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Penularan Kusta di Keluarga”**

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, Mei 2014

Yang menyetujui,

(.....)

Kode responden:
-----------------

## Lampiran 6

**LEMBAR KUESIONER DATA RESPONDEN****Kuesioner Data Demografi Keluarga**

Petunjuk Pengisian :

1. Diisi oleh responden
2. Lingkari pada jawaban yang dianggap benar sesuai kondisi anda
3. Isilah jawaban pada titik-titik sesuai dengan kondisi anda

- 
1. Nama : ..... (inisial)
  2. Usia : a. 20-25 tahun  
b. 26-35 tahun  
c. 36-45 tahun
  3. Jenis kelamin : a. Laki-laki  
b. Perempuan
  4. Pendidikan terakhir : a. Tidak sekolah d. SMU/SMK/SMA  
b. SD e. Perguruan Tinggi  
c. SMP/MTs
  5. Pekerjaan : a. Tidak bekerja e. Petani  
b. TNI/POLRI f. Lain-lain..... (sebutkan)  
c. Wiraswasta  
d. PNS
  6. Penghasilan kepala keluarga : a. < 2.200.000/bulan  
b. 2.200.000/bulan
  7. Jumlah semua orang dalam satu rumah: a. 2 orang  
b. 3 orang  
c. 4 orang  
d. 5 orang
  8. Hubungan dengan penderita : a. Ayah d. Suami  
b. Ibu e. Istri  
c. Anak f. Lain-lain.....(sebutkan)

## Lampiran 7

**Kuesioner Pengaruh Personal****A. PERCEIVED BENEFITS OF ACTION**

Petunjuk pengisian:

- 1) Diisi oleh responden
- 2) Berikan tanda checklist ( ) pada pertanyaan yang anda anggap benar
- 3) Jika salah mengisi, coret jawaban tersebut dan beri tanda ( ) pada jawaban yang Anda anggap benar
- 4) Pilihlah salah satu jawaban
  - SS :Sangat setuju
  - S :Setuju
  - TS :Tidak setuju
  - STS : Sangat tidak setuju

No	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1	Menurut saya, obat MDT (obat Kusta) dapat memutus rantai penularan penyakit Kusta				
2	Menurut saya, dengan memberi dukungan kepada pasien dapat mencegah berhentinya pasien dari pengobatan				
3	Menurut saya, mencuci tangan dengan sabun maupun tanpa sabun sama saja				
4	Menurut saya, ganti pakaian setiap hari untuk menjaga kebersihan diri				
5	Menurut saya, memisahkan baju penderita dengan anggota yang lain akan membuat perbedaan di keluarga				
6	Menurut saya, mandi sehari 1 kali sudah dapat membersihkan diri dari kuman				
7	Menurut saya, membersihkan rumah dengan menyapu dapat menjaga kebersihan lingkungan				
8	Menurut saya, membuang sampah setiap hari dapat mencegah penyakit				
9	Menurut saya, dengan membuka jendela setiap pagi dapat membunuh kuman				
10	Menurut saya, makanan sayur setiap hari dapat menjaga kesehatan tubuh				
11	Menurut saya, makan buah bagus untuk menjaga kesehatan				
12	Menurut saya, berolahraga seminggu 2 kali dapat menjaga daya tahan tubuh saya				
13	Menurut saya, imunisasi BCG dapat mencegah penyakit Kusta				

## Lampiran 8

B. *PERCEIVED BARRIER TO ACTION*

Petunjuk pengisian:

- 1) Diisi oleh responden
- 2) Berikan tanda checklist ( ) pada pertanyaan yang anda anggap benar
- 3) Jika salah mengisi, coret jawaban tersebut dan beri tanda ( ) pada jawaban yang Anda anggap benar
- 4) Pilihlah salah satu jawaban
  - SS :Sangat setuju
  - S :Setuju
  - TS :Tidak setuju
  - STS : Sangat tidak setuju

No	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1	Meskipun muncul efek samping obat terhadap penderita, saya tetap mendukung pengobatan pasien				
2	Saya tidak ada waktu mengantar penderita kontrol				
3	Saya kesulitan mencuci tangan karena bukan kebiasaan saya				
4	Jika saya memisahkan baju dengan penderita akan membuang banyak waktu untuk mencuci				
5	Keluarga saya mempunyai peralatan mandi sendiri-sendiri				
6	Saya tidak ada waktu membersihkan kamar mandi setiap minggu sekali				
7	Saya tidak ada waktu untuk membersihkan ventilasi rumah				
8	Sampah di rumah saya akan dibuang jika sudah menumpuk				
9	Saya tidak pernah membuka jendela karena dirumah saya tidak ada jendela				
10	Saya kesulitan untuk mendapatkan air bersih				
11	Saya tidak ada waktu untuk berolahraga				
12	Menurut saya makan bergizi membutuhkan uang				
13	Saya tidak bisa membeli buah seminggu sekali karena tidak punya uang				
14	Saya punya banyak waktu untuk tidur 8 jam setiap hari				
15	Saya tidak tau tentang vaksin BCG				



## Lampiran 9

**C. PERCEIVED SELF EFFICACY**

Petunjuk pengisian:

- 1) Diisi oleh responden
- 2) Berikan tanda checklist ( ) pada pertanyaan yang anda anggap benar
- 3) Jika salah mengisi, coret jawaban tersebut dan beri tanda ( ) pada jawaban yang Anda anggap benar
- 4) Pilihlah salah satu jawaban
  - SS :Sangat setuju
  - S :Setuju
  - TS :Tidak setuju
  - STS : Sangat tidak setuju

No	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1	Saya tidak yakin pengobatan yang dijalani penderita bisa teratur				
2	Saya yakin pengobatan yang dijalani penderita bisa sampai tuntas				
3	Saya tidak yakin dapat menemani penderita pergi ke pelayanan kesehatan				
4	Saya yakin mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah memegang sesuatu				
5	Saya yakin bergantian handuk dengan anggota keluarga yang lain				
6	Saya yakin memisahkan baju dengan penderita saat mencuci baju				
7	Saya tidak yakin dapat membersihkan kamar mandi seminggu 2 kali				
8	Saya yakin dapat menyapu rumah setiap pagi				
9	Saya yakin membuang sampah setiap pagi				
10	Saya yakin membuka jendela setiap pagi				
11	Saya tidak yakin mengkonsumsi sayur setiap hari				
12	Saya yakin dapat membeli buah seminggu sekali				
13	Saya tidak yakin dapat menjaga kesehatan dengan berolahraga				
14	Saya tidak yakin dengan vaksin BCG mampu mencegah penularan penyakit Kusta				

## Lampiran 10

D. *ACTIVITY-RELATED TO ACTION*

Petunjuk pengisian:

- 1) Diisi oleh responden
- 2) Berikan tanda checklist ( ) pada pertanyaan yang anda anggap benar
- 3) Jika salah mengisi, coret jawaban tersebut dan beri tanda ( ) pada jawaban yang Anda anggap benar
- 4) Pilihlah salah satu jawaban
  - SS :Sangat setuju
  - S :Setuju
  - TS :Tidak setuju
  - STS : Sangat tidak setuju

No	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1	Saya lelah mengingatkan penderita untuk minum obat setiap hari				
2	Saya lelah menemanin penderita untuk kontrol				
3	Saya suka mencuci tangan dengan air saja				
4	Saya merasa nyaman setelah ganti baju setelah beraktivitas				
5	Saya tidak suka mencuci tangan dengan sabun				
6	Saya tidak suka memisahkan baju setiap anggota saat mencuci				
7	Saya suka jika kamar mandi saya bersih				
8	Saya tidak suka menyapu lantai setiap hari				
9	Saya suka jika anggota keluarga yang lain yang membuang sampah				
10	Saya suka membuka jendela setiap pagi				
11	Saya suka makan buah-buahan seminggu sekali				
12	Saya tidak suka makan sayuran setiap hari				
13	Saya tidak suka berolahraga karena ini membuat saya lelah				
14	Saya tidak suka bergadang malam				
15	Saya suka mendukung anggota keluarga saya untuk vaksin BCG				



## Lampiran 11

**Kuesioner Perilaku Keluarga dalam Pencegahan Kusta****Petunjuk pengisian:**

- 1) Diisi oleh responden
- 2) Berikan tanda checklist ( ) pada pertanyaan yang anda anggap benar
- 3) Jika salah mengisi, coret jawaban tersebut dan beri tanda ( ) pada jawaban yang anda anggap sesuai dengan kondisi anda
- 4) Isilah sesuai dengan kondisi anda sebenarnya
- 5) Tidak ada jawaban benar maupun salah ketika mengisi kuesioner ini
- 6) Pilihlah salah satu jawaban  
 Y : Ya  
 T : Tidak

No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Y	T
1.	Saya mengingatkan penderita untuk rutin mengkonsumsi obat		
2.	Saya mengingatkan penderita untuk kontrol sesuai jadwal control		
3.	Saya mencuci tangan menggunakan sabun sebelum dan sesudah melakukan sesuatu		
4.	Saya ganti pakaian minimal 1 kali dalam sehari		
5.	Kami memisahkan baju penderita dengan anggota keluarga lainnya ketika mencuci baju		
6.	Kami menguras kamar mandi minimal 2 kali seminggu		
7.	Kami menyapu rumah setiap hari		
8.	Kami membuang sampah setiap hari		
9.	Setiap pagi kami membuka jendela rumah		
10.	Saya mengkonsumsi buah minimal 1 kali dalam seminggu		
11.	Saya mengkonsumsi sayur setiap hari		
12.	Saya meluangkan waktu untuk olahraga minimal seminggu 2 kali		
13.	Saya tidur minimal 8 jam dalam sehari semalam		
14.	Saya sudah pernah melakukan imunisasi BCG		

## Lampiran 12

**Lembar Observasi Perilaku Keluarga dalam Pencegahan Kusta****Petunjuk pengisian :**

1. Diisi oleh responden
2. Isilah sesuai dengan kondisi anda yang sebenar-benarnya
3. Berikan tanda *checklist* ( ) pada kotak hari jika anda melakukan sesuai pernyataan
4. Jangan berikan tanda *checklist* ( ) pada kotak hari jika anda tidak melakukan sesuai pernyataan dan biarkan tetap kosong
5. Tidak ada penilaian benar salah dalam kuesioner ini

No.	Pernyataan	Hari ke-						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Mengingatkan penderita untuk rutin minum obat							
2.	Mengingatkan penderita untuk kontrol sesuai jadwal kontrol							
3.	Mencuci tangan dengan sabun sebelum makan							
4.	Mencuci tangan dengan sabun setelah dari toilet							
5.	Mencuci tangan dengan sabun sebelum menyiapkan makanan							
6.	Saya ganti pakaian setiap hari							
7.	Memisahkan baju penderita ketika mencuci							
8.	Menguras kamar mandi							
9.	Menyapu rumah							
10.	Membuang sampah di rumah ke tempat pengumpulan pembuangan sampah							
11.	Membuka jendela							
12.	Mengonsumsi buah							
13.	Mengonsumsi sayur							
14.	Berolahraga							
15.	Tidur 8 jam atau lebih							
16.	Pernah melakukan imunisasi BCG							

## Lampiran 13

**Tabulasi Data Demografi**

No.	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Penghasilan Keluarga	Jumlah Anggota Keluarga Dalam Satu Rumah	Hubungan dengan Penderita
1	2	2	3	1	1	4	3
2	3	2	1	1	1	4	2
3	2	2	2	1	1	3	6
4	2	1	3	1	1	3	6
5	3	2	2	1	1	4	2
6	1	2	3	1	1	3	6
7	3	2	1	1	1	3	2
8	1	1	4	6	2	4	6
9	2	2	3	1	1	2	5
10	3	2	2	1	1	4	5
11	1	2	3	1	1	2	5
12	3	1	2	5	1	4	1
13	2	1	3	3	1	4	3
14	2	2	4	6	1	4	6

**Keterangan:**

Usia

-20-25 tahun

: diberi kode 1

-26-35 tahun

: diberi kode 2

-36-45 tahun

: diberi kode 3

Jenis Kelamin

-Laki-laki

: diberi kode 1

-Perempuan : diberi kode 2  
Pendidikan Terakhir

-Tidak sekolah : diberi kode 1  
-SD : diberi kode 2  
-SMP/MTs : diberi kode 3  
-SMU/SMK/SMA : diberi kode 4  
-Perguruan tinggi : diberi kode 5

Pekerjaan

-Tidak bekerja : diberi kode 1  
-TNI/POLRI : diberi kode 2  
-Wiraswasta : diberi kode 3  
-PNS : diberi kode 4  
-Petani : diberi kode 5  
-Lain- lain : diberi kode 6

Penghasilan Keluarga

-< 2.200.000/bulan : diberi kode 1  
- 2.200.000/bulan : diberi kode 2

Jumlah Anggota Keluarga dalam Satu Rumah

-2 orang : kode 1  
-3 orang : kode 2  
-4 orang : kode 3  
- 5 orang : kode 4

Hubungan dengan Penderita

-Ayah : diberi kode 1  
-Ibu : diberi kode 2  
-Anak : diberi kode 3  
-Suami : diberi kode 4  
-Istri : diberi kode 5  
-Lain-lain : diberi kode 6

## Lampiran 14

**Tabulasi Data Nilai *Perceived Benefits Of Action***

No	Skor yang Dinilai													Jumlah	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	38	1
2	4	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	42	1
3	4	4	3	4	1	3	4	4	4	4	4	4	4	47	1
4	4	2	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	47	1
5	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	37	1
6	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	36	0
7	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	39	1
8	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	41	1
9	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	37	1
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	39	1
11	4	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	40	1
12	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	37	1
13	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	38	1
14	4	4	3	4	1	3	4	4	4	4	4	4	4	47	1
Rata-rata nilai kelompok													11,35714		
Standard deviasi kelompok													1,780542		

**Keterangan**Pernyataan *favorable*

- sangat setuju = 4
- setuju = 3
- tidak setuju = 2

- sangat tidak setuju = 1

Pernyataan *unfavorable*

- sangat setuju = 1
- setuju = 2
- tidak setuju = 3
- sangat tidak setuju = 4

Kode

- Persepsi positif = 1
- Persepsi negatif = 0

## Lampiran 15

**Tabulasi Data Nilai *Perceived Barriers To Action***

No	Skor yang Dinilai															Jumlah	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	45	1
2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	4	4	4	2	2	40	1
3	1	2	2	2	1	2	2	2	4	2	2	4	4	1	4	35	1
4	1	2	2	3	1	2	2	4	2	2	2	2	2	3	2	32	1
5	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	37	1
6	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	33	1
7	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	33	1
8	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	35	1
9	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	4	35	1
10	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2	2	38	1
11	1	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	36	1
12	2	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	31	1
13	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	29	0
14	1	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	30	1
Rata-rata nilai kelompok															34,85714		
Standard deviasi kelompok															4,347539		

**Keterangan**Pernyataan *unfavorable*

- sangat setuju = 1
- setuju = 2
- tidak setuju = 3

- sangat tidak setuju = 4

Pernyataan *favorable*

- sangat setuju = 4
- setuju = 3
- tidak setuju = 2
- sangat tidak setuju = 1

Kode

- Ada hambatan = 1
- Tidak ada hambatan = 0



## Lampiran 16

**Tabulasi Data Nilai *Perceived Self-Efficacy***

No.	Skor yang Dinilai														Jumlah	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
1	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	39	1
2	3	4	2	3	2	3	3	3	3	3	4	2	3	3	41	1
3	1	3	3	3	3	2	1	3	3	3	2	3	3	3	36	0
4	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	3	2	3	3	46	1
5	4	4	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	39	1
6	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	36	0
7	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	39	1
8	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	2	3	3	2	40	1
9	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	40	1
10	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	39	1
11	4	4	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	38	1
12	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	39	1
13	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	38	1
14	3	4	2	4	3	4	3	4	4	4	3	4	3	3	48	1
Rata-rata nilai kelompok															39,85714	
Standard deviasi kelompok															3,347953	

**Keterangan**Pernyataan *favorable*

- sangat setuju = 4
- setuju = 3

- tidak setuju = 2
- sangat tidak setuju = 1

Pernyataan *unfavorable*

- sangat setuju = 1
- setuju = 2
- tidak setuju = 3
- sangat tidak setuju = 4

Kode

- Kuat = 1
- Lemah = 0

## Lampiran 17

**Tabulasi Data Nilai *Activity Related Affect***

No	Skor yang Dinilai															Jumlah	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	45	1
2	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	47	1
3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	41	1
4	3	3	3	4	3	3	4	3	1	4	4	3	3	4	4	49	1
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	44	1
6	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	39	0
7	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	39	0
8	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	38	0
9	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	45	1
10	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	40	0
11	4	3	3	3	4	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	44	1
12	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	42	1
13	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	41	1
14	3	3	3	4	3	3	4	3	1	4	4	3	3	4	4	49	1
Rata-rata nilai kelompok															43,07143		
Standard deviasi kelompok															3,647218		

**Keterangan**Pernyataan *favorable*

- sangat setuju = 4
- setuju = 3

- tidak setuju = 2
- sangat tidak setuju = 1

Pernyataan *unfavorable*

- sangat setuju = 1
- setuju = 2
- tidak setuju = 3
- sangat tidak setuju = 4

Kode

- Sikap positif = 1
- Sikap negatif = 0

## Lampiran 18

**Tabulasi Data Nilai Perilaku Pencegahan Penularan Penyakit Kusta**

No	Skor yang Dinilai														Jumlah	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11	2
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	11	2
3	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	10	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2
5	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	9	1
6	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	12	2
7	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	11	2
8	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	9	1
9	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12	2
10	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	10	1
11	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	10	1
12	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	11	2
13	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	2
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2

**Keterangan**

- Jawaban benar = 1
- Jawaban salah = 0

**Kode**

- Baik = 2
- Sedang = 1
- Kurang = 0

## Lampiran 19

**Uji Validitas dan Reabilitas***a. Perceived benefits of action***Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.833	13

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
benefit_1	37.07	12.071	.750	.798
benefit_2	37.36	14.093	.157	.859
benefit_3	37.29	15.451	.052	.841
benefit_4	37.14	12.747	.889	.797
benefit_5	38.00	18.308	-.507	.909
benefit_6	37.36	15.016	.152	.840
benefit_7	37.14	12.747	.889	.797
benefit_8	37.21	12.335	.802	.797
benefit_9	37.07	12.687	.816	.799
benefit_10	37.21	12.335	.802	.797
benefit_11	37.14	12.747	.889	.797
benefit_12	37.07	12.687	.816	.799
benefit_13	37.21	12.335	.802	.797

Nomor Item	<i>Corrected Item- Total Correlation</i>	Keterangan
Benefit_1	0,750	Valid
Benefit_2	0,157	Tidak valid
Benefit_3	0,052	Tidak valid
Benefit_4	0,889	Valid
Benefit_5	-0,507	Tidak valid
Benefit_6	0,152	Tidak valid
Benefit_7	0,889	Valid
Benefit_8	0,802	Valid
Benefit_9	0,816	Valid

Benefit_10	0,802	Valid
Benefit_11	0,889	Valid
Benefit_12	0,816	Valid
Benefit_13	0.802	Valid

b. *Perceived barriers to action*

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.741	15

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
barrier_1	33.07	16.687	.397	.723
barrier_2	32.50	16.577	.292	.735
barrier_3	32.64	15.940	.568	.706
barrier_4	32.57	16.571	.393	.723
barrier_5	32.64	18.247	.028	.762
barrier_6	32.79	17.412	.636	.721
barrier_7	32.71	16.989	.595	.716
barrier_8	32.21	16.797	.328	.729
barrier_9	32.36	16.709	.333	.729
barrier_10	32.71	17.143	.541	.719
barrier_11	32.43	15.187	.655	.694
barrier_12	32.29	15.451	.484	.711
barrier_13	32.29	15.297	.513	.707
barrier_14	32.64	18.401	.002	.765
barrier_15	32.14	18.132	.039	.762

No Item	<i>Corrected Item- Total Correlation</i>	Keterangan
Barrier_1	0,397	Valid
Barrier_2	0,292	Tidak valid
Barrier_3	0,568	Valid
Barrier_4	0,393	Valid
Barrier_5	0,028	Tidak valid
Barrier_6	0,636	Valid
Barrier_7	0,595	Valid

Barrier_8	0,328	Valid
Barrier_9	0,333	Valid
Barrier_10	0,546	Valid
Barrier_11	0,655	Valid
Barrier_12	0,484	Valid
Barrier_13	0,513	Valid
Barrier_14	0,002	Tidak valid
Barrier_15	0,039	Tidak valid

\

*c. Perceived Self efficacy*

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.642	14

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
self-efficacy_1	37.00	10.308	.062	.670
self_ efficacy_2	36.57	9.495	.356	.609
self-efficacy_3	37.29	12.374	-.395	.710
self_ efficacy_4	36.71	9.143	.881	.562
self-efficacy_5	37.07	10.841	.009	.664
self-efficacy_6	37.43	8.264	.680	.545
self-efficacy_7	37.00	10.308	.179	.638
self-efficacy_8	36.86	8.747	.656	.561
self-efficacy_9	36.86	8.747	.656	.561
self-efficacy_10	37.07	8.225	.622	.551
self-efficacy_11	37.00	10.154	.226	.631
self-efficacy_12	37.07	10.995	-.031	.670
self-efficacy_13	37.07	10.533	.179	.636
self-efficacy_14	37.14	10.901	.028	.655

No Item	<i>Corrected Item- Total Correlation</i>	Keterangan
Self-efficacy_1	0.062	Tidak valid



Self-efficacy_2	0.356	Valid
Self-efficacy_3	-0.395	Tidak valid
Self-efficacy_4	0.881	Valid
Self-efficacy_5	0.009	Tidak valid
Self-efficacy_6	0.680	Valid
Self-efficacy_7	0.179	Tidak valid
Self-efficacy_8	0.656	Valid
Self-efficacy_9	0.656	Valid
Self-efficacy_10	0.622	Valid
Self-efficacy_11	0.226	Tidak valid
Self-efficacy_12	-0.031	Tidak valid
Self-efficacy_13	0.179	Tidak valid
Self-efficacy_14	0.028	Tidak valid

d. *Activity related affect*

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.745	15

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
activity_1	40.00	11.231	.410	.725
activity_2	40.21	12.181	.390	.731
activity_3	40.43	11.033	.612	.706
activity_4	40.00	11.385	.528	.715
activity_5	40.14	12.593	.144	.750
activity_6	40.50	11.654	.395	.727
activity_7	39.93	11.610	.631	.714
activity_8	40.14	11.516	.484	.719
activity_9	40.71	17.143	-.713	.857
activity_10	40.14	9.978	.757	.681
activity_11	40.07	11.302	.454	.720
activity_12	40.29	11.451	.580	.713
activity_13	40.21	12.335	.327	.735

activity_14	40.21	10.489	.553	.706
activity_15	40.00	11.077	.633	.705

No Item	<i>Corrected Item- Total Correlation</i>	Keterangan
Activity_1	0,410	Valid
Activity_2	0,390	Valid
Activity_3	0,612	Valid
Activity_4	0,528	Valid
Activity_5	0,144	Tidak valid
Activity_6	0,395	Valid
Activity_7	0,631	Valid
Activity_8	0,484	Valid
Activity_9	-0,713	Tidak valid
Activity_10	0,757	Valid
Activity_11	0,454	Valid
Activity_12	0,580	Valid
Activity_13	0,327	Valid
Activity_14	0,553	Valid
Activity_15	0,633	valid

e. Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.606	13

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Perilaku_no1	12.1875	8.429	-.167	.646
Perilaku_no2	12.6250	7.317	.251	.587
Perilaku_no3	12.2500	7.400	.218	.592
Perilaku_no4	12.2500	6.467	.616	.524
Perilaku_no5	12.1250	6.917	.527	.549
Perilaku_no6	12.0000	8.267	-.093	.620
Perilaku_no7	12.1250	7.983	.022	.618

Perilaku_no8	12.3750	7.717	.076	.616
Perilaku_no9	12.1875	7.363	.261	.586
Perilaku_no10	12.2500	7.800	.062	.616
Perilaku_no11	12.1875	6.962	.438	.558
Perilaku_no12	12.1875	8.029	-.013	.625
Perilaku_no13	12.0625	7.529	.293	.584
Perilaku_no14	12.2500	7.667	.113	.609
Perilaku_no15	12.4375	6.129	.704	.501
Perilaku_no16	12.1250	7.983	.022	.618
Perilaku_no17	12.1875	6.696	.562	.538
Perilaku_no18	12.1250	7.983	.022	.618

No Item	<i>Corrected Item- Total Correlation</i>	Keterangan
Perilaku_1	-0.167	Tidak valid
Perilaku_2	0.251	Tidak valid
Perilaku_3	0.218	Tidak valid
Perilaku_4	0.616	Valid
Perilaku_5	0.527	Valid
Perilaku_6	-0.093	Tidak valid
Perilaku_7	0.022	Tidak valid
Perilaku_8	0.076	Tidak valid
Perilaku_9	0.261	Tidak valid
Perilaku_10	0.062	Tidak valid
Perilaku_11	0.438	Valid
Perilaku_12	-0.013	Tidak valid
Perilaku_13	0.293	Tidak valid
Perilaku_14	0.113	Tidak valid
Perilaku_15	0.704	Valid
Perilaku_16	0.022	Tidak valid
Perilaku_17	0.562	Valid
Perilaku_18	0.022	Tidak valid

**Usia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-25 tahun	3	21.4	21.4	21.4
	26-35 tahun	6	42.9	42.9	64.3
	36-45 tahun	5	35.7	35.7	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

**Jenis Kelamin**  
IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	4	28.6	28.6	28.6
	Perempuan	10	71.4	71.4	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

**Pendidikan Terakhir**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak sekolah	2	14.3	14.3	14.3
	SD	4	28.6	28.6	42.9
	SMP/MTs	6	42.9	42.9	85.7
	SMU/SMK/SMA	2	14.3	14.3	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

**Pekerjaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja	10	71.4	71.4	71.4
	Wiraswasta	1	7.1	7.1	78.6
	Petani	1	7.1	7.1	85.7
	Lain-lain	2	14.3	14.3	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

**Penghasilan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 2.200.000/bulan	13	92.9	92.9	92.9
	≥ 2.200.000/bulan	1	7.1	7.1	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

**Jumlah Anggota Keluarga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3 orang	2	14.3	14.3	14.3
	4 orang	4	28.6	28.6	42.9
	≥5 orang	8	57.1	57.1	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

**Hubungan dengan Penderita**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ayah	1	7.1	7.1	7.1
	ibu	3	21.4	21.4	28.6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid persepsi negatif	1	7.1	7.1	7.1
persepsi positif	13	92.9	92.9	100.0
Total	14	100.0	100.0	

Lampiran 20

## Frequency

### Perceived Barrier to action

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada hambatan	1	7.1	7.1	7.1
ada hambatan	13	92.9	92.9	100.0
Total	14	100.0	100.0	

### Perceived self-efficacy

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lemah	2	14.3	14.3	14.3
Kuat	12	85.7	85.7	100.0
Total	14	100.0	100.0	

### Activity related affect

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sikap negatif	4	28.6	28.6	28.6
Sikap positif	10	71.4	71.4	100.0
Total	14	100.0	100.0	

### Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sedang	5	35.7	35.7	35.7
baik	9	64.3	64.3	100.0
Total	14	100.0	100.0	

### Nonparametric Correlations

#### Correlations

			Perceived Benefit of action	Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga
Spearman's rho	Perceived Benefit of action	Correlation Coefficient	1.000	-.207
		Sig. (2-tailed)	.	.478
		N	14	14
	Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga	Correlation Coefficient	-.207	1.000
		Sig. (2-tailed)	.478	.
		N	14	14

### Nonparametric Correlations

#### Correlations

			Perceived Barrier to action	Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga
Spearman's rho	Perceived Barrier to action	Correlation Coefficient	1.000	-.207
		Sig. (2-tailed)	.	.478
		N	14	14
	Perilaku pencegahan	Correlation Coefficient	-.207	1.000

penularan Kusta di keluarga	Sig. (2-tailed)	.478	.
	N	14	14

### Nonparametric Correlations

Correlations			Perceived self- efficacy	Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga
Spearman's rho	Perceived self-efficacy	Correlation Coefficient	1.000	.122
		Sig. (2-tailed)	.	.679
		N	14	14
Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga		Correlation Coefficient	.122	1.000
		Sig. (2-tailed)	.679	.
		N	14	14

### Nonparametric Correlations

Correlations			Activity related affect	Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga
Spearman's rho	Activity related affect	Correlation Coefficient	1.000	.189
		Sig. (2-tailed)	.	.519
		N	14	14



Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga	Correlation Coefficient	.189	1.000
	Sig. (2-tailed)	.519	.
	N	14	14

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Perceived Benefit of action * Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga	14	100.0%	0	0.0%	14	100.0%

### Perceived Benefit of action \* Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga Crosstabulation

Count

		Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga		Total
		sedang	baik	
Perceived Benefit of action	persepsi negatif	0	1	1
	persepsi positif	5	8	13
Total		5	9	14

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.207	.111	-.732	.478 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.207	.111	-.732	.478 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		14			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

## Crosstabs

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Perceived Barrier to action * Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga	14	100.0%	0	0.0%	14	100.0%

**Perceived Barrier to action \* Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga Crosstabulation**

Count

		Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga		Total
		sedang	baik	
Perceived Barrier to action	tidak ada hambatan	0	1	1
	ada hambatan	5	8	13
Total		5	9	14

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.207	.111	-.732	.478 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.207	.111	-.732	.478 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		14			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

## Crosstabs

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Perceived self-efficacy * Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga	14	100.0%	0	0.0%	14	100.0%

**Perceived self-efficacy \* Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga**

**Crosstabulation**

Count

		Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga		Total
		sedang	baik	
Perceived self-efficacy	Lemah	1	1	2
	Kuat	4	8	12
Total		5	9	14

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.122	.278	.425	.679 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.122	.278	.425	.679 <sup>c</sup>

N of Valid Cases	14		
------------------	----	--	--

- Not assuming the null hypothesis.
- Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- Based on normal approximation.

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Activity related affect * Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga	14	100.0%	0	0.0%	14	100.0%

### Activity related affect \* Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga

#### Crosstabulation

Count

		Perilaku pencegahan penularan Kusta di keluarga		Total
		sedang	baik	
Activity related affect	sikap negatif	2	2	4
	Sikap positif	3	7	10
Total		5	9	14

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.189	.272	.665	.519 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.189	.272	.665	.519 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		14			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.