

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KELUARGA TERHADAP  
PERAWATAN PASIEN KUSTA DI WILAYAH PUSKESMAS PEGIRIAN  
SURABAYA**

**PENELITIAN DESKRIPTIK ANALITIK**

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
pada Program Studi Pendidikan Ners  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

**DAHLIA ULFA  
NIM : 131011096**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2015**

**SURAT PERNYATAAN**

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

Surabaya, 6 Maret 2015

Yang Menyatakan



Dahlia Ulfa  
131011096

**HALAMAN PERNYATAAN**

**PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN  
AKADEMIS**

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

Nama : Dahlia Ulfa  
NIM : 131011096  
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:

**Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Terhadap Perawatan Pasien Kusta di Wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif 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, 6 Maret 2015

Yang menyatakan



(Dahlia Ulfa)

NIM 131011096

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KELUARGA TERHADAP  
PERAWATAN PASIEN KUSTA DI WILAYAH PUSKESMAS PEGIRIAN  
SURABAYA**

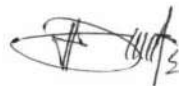
Oleh :  
Nama : Dahlia Ulfa  
NIM : 131011096

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 6 MARET 2015

Oleh  
Pembimbing I

Tintin Sukartini, S.Kep., M.Kes  
NIP: 197212172000032001

Pembimbing II



Herdina Maryanti, S.Kep. Ns., M.Kep  
NIP: 139101033

Mengatahui

a.n Dekan  
Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep  
NIP: 197904242006042002

SKRIPSI

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KELUARGA TERHADAP  
PERAWATAN PASIEN KUSTA DI WILAYAH PUSKESMAS PEGIRIAN  
SURABAYA

Oleh :  
Nama : Dahlia Ulfa  
NIM : 131011096

TELAH DIUJI

TANGGAL 12 FEBRUARI 2015

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ika Yuni W, M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB  
NIP: 197806052008122001

(  )

Anggota : 1. Ni Ketut Alit Armini S.,Kep, M.Kes  
NIP: 197410292003122002

(  )

2. Herdina Maryanti, S.Kep, Ns., M.Kep  
NIP: 139101033

(  )

Mengatahui

a.n Dekan  
Wakil Dekan I


Mita Triharini, S.Kp., M.Kep  
NIP: 197904242006042002

MOTTO

Always keep the faith, spirit, and  
pray

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat, nikmat, hidayah serta bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Terhadap Perawatan Pasien Kusta Diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Penulisan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan kepada yang terhormat ibu Tintin Sukartini, S.Kep., M.Kes selaku dosen pembimbing I yang dengan penuh kesabaran, kebijaksanaan serta motivasi dalam membimbing, mengarahkan, dan senantiasa membagi banyak ilmu dan pelajaran kehidupan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini dan ibu Herdina Maryanti, S.Kep, Ns., selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, petunjuk, serta motivasi sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Rasa terimakasih tak lupa pula penulis sampaikan kepada :

1. Bapak dan ibu tercinta Narimin dan Maryati selaku orang tua penulis yang selalu memberikan cinta, do'a dan banyak memberikan dukungan lahir dan bathin, “Terima kasih Tuhan Engkau telah menghadihakan dua Malaikat untuk menjagaku yang selama ini aku memanggilnya Ayah dan Ibu”
2. Ibu Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep.Ns., MANP dan ibu Ika Yuni W, M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB selaku dosen penguji proposal yang telah banyak memberikan saran dan nasehat sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
3. Ibu Ni Ketut Alit Armini S.,Kep, M.Kes yang tidak pernah berhenti memotivasi dan membantu penyusunan skripsi ini hingga terselesaikan.
4. Ibu Purwaningsih, S.Kp.,M.Kep selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
5. Kepala Puskesmas Pegirian Surabaya yang telah memberikan ijin untuk dapat melakukan penelitian di Puskesmas Pegirian Surabaya.
6. Bapak Hasan staf Puskesmas Pegirian Surabaya yang membantu dalam pengambilan data penelitian, dan membantu kelancaran penyusunan skripsi ini.
7. Semua responden (Keluarga pasien kusta) yang telah bersedia membantu dan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti.
8. Seluruh staff akademik, staff perpustakaan yang membantu kelancaran penyusunan skripsi ini.
9. Bapak dan Ibu dosen pengajar di Program Studi Pendidikan Ners Universitas Airlangga yang telah membimbing dan mendidik saya selama saya kuliah.

10. My lovely sister and nephew, Moeza, Abdie, Norine, dan Lientang yang tidak pernah bosan dengan cinta dan kasih sayang selalu mengingatkan dan memotivasi dalam pengerjaan skripsi ini.
11. Sahabat tercinta Sheila, Mae, Susi, Mbak Tri, Mbak Denok, Mbak Niluh, Ajeng, Mbak Yani, dan Mbak Itie dan semua yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang tidak pernah lelah memberikan semangat dan memotivasi dalam penyelesaian penelitian ini.
12. Teman seperjuangan A10 yang selalu memberikan semangat, do'a dan pengertiannya selama ini semoga tetap kompak dan sukses bersama.
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian penelitian ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas segala dukungan baik moril maupun materiil sehingga terselesaikannya penelitian ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas segala amal yang telah diberikan, semoga skripsi ini berguna bagi diri sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Penulis menyadari bahwa penulisan ini jauh dari kata sempurna dan banyak kekurangan serta kelemahan, untuk itu segala kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak selalu kami harapkan demi sempurnanya penyusunan skripsi ini.

Surabaya, 6 Maret 2015

Penulis

Dahlia Ulfa



**ABSTRACT**

RELATION OF KNOWLEDGE AND ATTITUDE TOWARD FAMILY CARE

LEPROSY PATIENTS IN PUSKESMAS PEGIRIAN SURABAYA

Descriptive Research Analytical

By: Dahlia Ulfa

**Introduction.** In the case of leprosy families only brought the patient to an intensive treatment, but the family did not take action further treatment of the patient after the patient was declared cured or completed treatment, while the patient is still at risk of disability if not treated further as prevention of disability.

**Methods.** This research design using analytic descriptive design with cross sectional approach. The population was leprosy adult family members were 20 people in the region Puskesmas Pegirian Surabaya. The independent variables of this research was the knowledge and attitude of the family. The dependent variable of this study was the treatment of leprosy patients. Collecting data using questionnaires and analyzed using Spearman Rho correlation test.

**Result and analysis.** Family knowledge had no connection with leprosy patient care in the Puskesmas Pegirian Surabaya ( $p=0.657$ ). There was a relation between the attitude of families with leprosy patient care in Puskesmas Pegirian Surabaya with a significance value for the attitude ( $p=0.001$ ).

**Discussion and conclusion.** There was a strong relation between attitudes families with behavioral treatment of leprosy patients in Puskesmas Pegirian surabaya. So that the family should be more responsive in seeking information about leprosy and leprosy patient care is good and right according to the standard.

**Keywords:** *knowledge, attitude, family, care, leprosy*

## DAFTAR ISI

|  |           |
|--|-----------|
| Halaman Judul.....   | i         |
| Halaman Dalam.....   | ii        |
| Surat Pernyataan.....  | iii       |
| Halaman Pernyataan.....  | iv        |
| Lembar Persetujuan.....  | v         |
| Lembar Penetapan Panitia Penguji.....                              | vi        |
| Motto.....   | vii       |
| Ucapan Terima Kasih.....   | viii      |
| Abstract.....  | ix        |
| Daftar Isi.....  | x         |
| Daftar Tabel.....  | xiii      |
| Daftar Gambar.....   | xiv       |
| Daftar Lampiran.....   | xv        |
| Daftar Lambang, singkatan dan Istilah.....                         | xvi       |
| <b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>                                      | <b>1</b>  |
| 1.1 Latar Belakang.....  | 1         |
| 1.2 Identifikasi Masalah.....                                      | 5         |
| 1.3 Rumusan Masalah.....   | 5         |
| 1.4 Tujuan Penelitian.....   | 5         |
| 1.4.1 Tujuan Umum.....   | 5         |
| 1.4.2 Tujuan Khusus.....   | 6         |
| 1.5 Manfaat Penelitian.....  | 6         |
| 1.5.1 Teoritis.....  | 6         |
| 1.5.2 Praktis.....   | 6         |
| <b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>                                 | <b>7</b>  |
| 2.1 Konsep Kusta.....  | 7         |
| 2.1.1 Definisi Penyakit Kusta.....                                 | 7         |
| 2.1.2 Etiologi.....  | 8         |
| 2.1.3 Masa Inkubasi.....   | 8         |
| 2.1.4 Klasifikasi.....   | 9         |
| 2.1.5 Diagnosa.....  | 13        |
| 2.1.6 Pengobatan.....  | 14        |
| 2.1.7 Komplikasi Kusta.....  | 26        |
| 2.1.8 Pencegahan Kecacatan.....                                    | 28        |
| 2.2 Konsep Pengetahuan.....  | 31        |
| 2.2.1 Definisi Pengetahuan.....                                    | 31        |
| 2.2.2 Tingkat Pengetahuan.....                                     | 32        |
| 2.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan.....                    | 33        |
| 2.3 Konsep Sikap.....  | 36        |
| 2.4 Konsep Perilaku.....   | 37        |
| 2.5 Konsep Teori Lawrence Green.....                               | 39        |
| 2.6 Keaslian Penelitian.....                                       | 40        |
| <b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS<br/>PENELITIAN.....</b> | <b>42</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....  | 42        |
| 3.2 Hipotesis Penelitian .....   | 44        |
| <b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>  | <b>45</b> |
| 4.1 Desain Penelitian .....  | 45        |
| 4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel ( <i>Sample Size</i> ), dan Teknik<br>Pengambilan ..... | 46        |
| 4.2.1 Populasi .....   | 46        |
| 4.2.2 Sampel .....   | 46        |
| 4.2.3 Besar sampel ( <i>Sample Size</i> ) .....  | 47        |
| 4.2.4 Teknik pengambilan.....  | 47        |
| 4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....                                     | 48        |
| 4.3.1 Klasifikasi variabel .....   | 48        |
| 4.3.2 Definisi operasioal .....  | 48        |
| 4.4 Instrumen Penelitian.....  | 49        |
| 4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian.....   | 49        |
| 4.6 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data .....                                       | 49        |
| 4.7 Cara Analisa Data.....   | 50        |
| 4.8 Kerangka Operasional/Kerja.....  | 53        |
| 4.9 Masalah Etik.....  | 53        |
| 4.10 Keterbatasan Peneliti.....  | 54        |
| <b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>  | <b>56</b> |
| 5.1 Hasil Penelitian.....  | 56        |
| 5.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....  | 56        |
| 5.1.2 Karakteristik Demografi Responden.....   | 57        |
| 5.1.3 Data Khusus.....   | 60        |
| 5.2 Pembahasan.....  | 62        |
| <b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>   | <b>68</b> |
| 6.1 Kesimpulan.....  | 68        |
| 6.2 Saran.....   | 68        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>   | <b>70</b> |
| <b>LAMPIRAN.....</b>   | <b>72</b> |

## DAFTAR TABEL

|            |  |    |
|------------|--|----|
| Tabel 2.1  | Pemberian Prednisolon.....   | 24 |
| Tabel 2.2  | Gambaran Kecacatan Klien Kusta Karena Terganggunya Fungsi Syaraf-syaraf..... | 25 |
| Tabel 2.3  | Keaslian Penelitian.....   | 40 |
| Tabel 4.1  | Definisi Operasional.....  | 48 |
| Tabel 5.1  | Jenis Kelamin Responden.....   | 57 |
| Tabel 5.2  | Usia Responden.....  | 58 |
| Tabel 5.3  | Pendidikan Responden.....  | 58 |
| Tabel 5.4  | Hubungan Responden.....  | 58 |
| Tabel 5.5  | Pekerjaan Responden.....   | 59 |
| Tabel 5.6  | Pendapatan Keluarga.....   | 59 |
| Tabel 5.7  | Pengetahuan.....   | 60 |
| Tabel 5.8  | Sikap.....   | 60 |
| Tabel 5.9  | Perawatan Pasien Kusta.....  | 61 |
| Tabel 5.10 | Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Perawatan Pasien Kusta.....             | 61 |
| Tabel 5.11 | Hubungan Sikap Keluarga Dengan Perawatan Pasien Kusta.....                   | 62 |

DAFTAR GAMBAR

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Gambar 1.1 | Identifikasi Masalah Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Tentang perawatan Pasien Pasca Kusta Dirumah.....  | 5  |
| Gambar 3.1 | Kerangka Konseptual Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Tentang Perawatan Pasien Pasca Kusta Dirumah.....   | 42 |
| Gambar 4.1 | Kerangka Metode Penelitian.....   | 45 |
| Gambar 4.2 | Kerangka Kerja Penelitian Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Tentang Perawatan Pasien Pasca Kusta dirumah diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya..... | 53 |

**DAFTAR LAMPIRAN**

|            |  |    |
|------------|--|----|
| Lampiran 1 | Permohonan menjadi Responden.....                                      | 72 |
| Lampiran 2 | Persetujuan menjadi Responden.....                                     | 73 |
| Lampiran 3 | Data Demografi.....  | 74 |
| Lampiran 4 | Kuesioner Kusta.....   | 75 |
| Lampiran 5 | Tabulasi Pengkodean Data Demografi Responden dan Hasil Penelitian..... | 80 |
| Lampiran 6 | Hasil Uji Statistik.....   | 84 |
| Lampiran 7 | Surat Permohonan Bantuan Penelitian.....                               | 85 |

**DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH**

|           |   |
|-----------|---|
| MDT       | : <i>Multi Drug Treatment</i>             |
| BTA       | : Bakteri Tahan Asam                      |
| TT        | : Tipe Tuberkoloid                        |
| BT        | : <i>Boderline Tuberkoloid</i>            |
| BB        | : <i>Mid Borderline</i>                   |
| BL        | : <i>Borderline Lepromatus</i>            |
| LL        | : <i>Lepromatosa</i>                      |
| PB        | : <i>Pause Basiler</i>                    |
| MB        | : <i>Multi Basiler</i>                    |
| WHO       | : <i>World Health Organization</i>        |
| DDS       | : <i>Diamnio Difenil Sulfon</i>           |
| ENL       | : <i>Erythema Nodusum Leprosum</i>        |
| RFT       | : <i>Release from Treatment</i>           |
| RFC       | : <i>Release From Control</i>             |
| ROM       | : <i>Rifampicin Ofloxacin Minocyclin</i>  |
| M.leprae  | : <i>Microbacterium Leprae</i>            |
| POD       | : <i>Prevention Of Disabilities</i>       |
| Depkes RI | : Departemen Kesehatan Republik Indonesia |

# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Berdasarkan keterangan dari pihak keluarga dengan pasien kusta pada bulan Mei 2014, selama ini pada kasus kusta keluarga hanya membawa pasien untuk melakukan pengobatan secara intensif sampai pasien dinyatakan tuntas berobat, tetapi keluarga tidak melakukan tindakan perawatan lebih lanjut terhadap pasien setelah pasien dinyatakan sembuh atau tuntas berobat dikarenakan keluarga belum tahu apa saja tindakan-tindakan perawatan yang dapat dilakukan, sehingga kebanyakan dari keluarga hanya memberi dukungan dengan membawa pasien kusta untuk berobat ke puskesmas sampai dinyatakan tuntas berobat, sedangkan pasien yang dinyatakan sembuh masih beresiko mengalami kecacatan jika tidak dilakukan perawatan-perawatan lebih lanjut sebagai upaya pencegahan kecacatan.

Penyakit Morbus Hansen/Kusta/Lepra merupakan salah satu penyakit menular bersifat kronik dan dapat menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah tersebut bukan hanya dari segi medis saja tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional. Sekitar 50% penderita kemungkinan tertular karena berhubungan dekat dengan seseorang yang terinfeksi. Infeksi juga mungkin ditularkan melalui tanah, armadillo (sejenis trenggiling yang mudah dipakai untuk pembiakkan kuman kusta, tetapi hingga kini belum berhasil dibiakkan dalam medium buatan), kutu busuk dan nyamuk. Sekitar 95% orang yang terpapar oleh

kuman kusta tidak menderita kusta karena sistem kekebalan tubuhnya yang berhasil melawan infeksi kuman kusta. Infeksi dapat terjadi pada semua usia, infeksi paling sering mulai dari usia 20-an dan 30-an.

Penyakit Kusta pada umumnya sering dijumpai di negara-negara yang sedang berkembang sebagai akibat keterbatasan kemampuan negara dalam pemberian pelayanan kesehatan yang baik dan memadai kepada masyarakat. Penyakit ini sampai saat ini masih ditakuti oleh masyarakat, keluarga termasuk sebagian petugas kesehatan. Hal ini disebabkan karena masih kurangnya pengetahuan, kepercayaan yang keliru terhadap kusta dan cacat yang ditimbulkannya.

Masalah penyakit Kusta tidak hanya disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae*, tetapi juga dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain status sosio-ekonomi, ras, kultur, kebiasaan, dan pandangan masyarakat. Berbagai faktor sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, kepercayaan dan nilai-nilai kebiasaan dari keluarga berpengaruh terhadap usaha penderita dalam mencari kesembuhan dan juga mempengaruhi keteraturan berobat penderita (Fajar, 2004).

Keluarga merupakan *support system* utama bagi seorang pasien dalam mempertahankan kesehatannya. Keluarga memegang peranan yang penting dalam perawatan maupun pencegahan kesehatan pada anggota keluarga lainnya. Oleh karena itu, keluarga harus memiliki pengetahuan tentang perawatan maupun pencegahan kesehatan. Seperti teori yang dikemukakan oleh Friedman mengenai *family-centered nursing*, dimana keluarga juga ikut berperan dalam perawatan anggota keluarga yang sakit.

Perawatan kusta yang kurang dapat meningkatkan risiko timbulnya masalah kecacatan, kekambuhan, maupu penularan virus kusta sendiri. Keluarga sebagai sistem pendukung bagi penderita kusta diharapkan mampu memberikan dukungan penuh dalam upaya perawatan penderita kusta. Terlebih dengan kondisi penyakit kusta dan masalah psikososial yang bisa muncul akibat penyakit kusta, diantaranya: masalah terhadap diri penderita kusta, masalah terhadap keluarga penderita kusta, dan masalah terhadap masyarakat sekitar penderita kusta (Zulkifli, 2003).

Deteksi dini kasus dan pengobatan dengan terapi multidrug (MDT) masih menjadi strategi utama dalam mengurangi beban penyakit karena kusta. MDT juga memperpendek durasi infektivitas dan mengurangi risiko penularan lebih lanjut untuk orang sehat di masyarakat. Tiga dekade lalu, sejumlah besar kasus kusta yang membutuhkan MDT dilaporkan lebih dari 122 negara dan sekitar 16 juta pasien yang disembuhkan. Pada 2012, statistik kusta dunia menunjukkan bahwa kurang dari 20 negara yang dilaporkan > 1000 kasus baru, menunjukkan kasus kusta yang secara bertahap menjadi berkurang di sejumlah negara.

Penemuan penderita Kusta di Indonesia merupakan urutan ketiga di bawah India dan Brazil. Dan secara nasional, Provinsi Jawa Timur merupakan penyumbang penderita kusta terbanyak di antara provinsi lainnya. Rata-rata penemuan penderita Kusta di Provinsi Jawa Timur per tahun antara 4.000-5.000 orang. Pada tahun 2012, penemuan penderita baru di Indonesia sebanyak 18.853 orang, sedangkan penemuan penderita baru di Provinsi Jawa Timur sebanyak 4.807 orang (25,5% dari jumlah penderita baru di Indonesia).

Penemuan penderita kusta di wilayah puskesmas Pegirian Surabaya yang merupakan wilayah dengan angka pelaporan penderita kusta tertinggi di kota Surabaya sebanyak 26 orang yang dinyatakan tuntas berobat pada rentang waktu tahun 2012-2013.

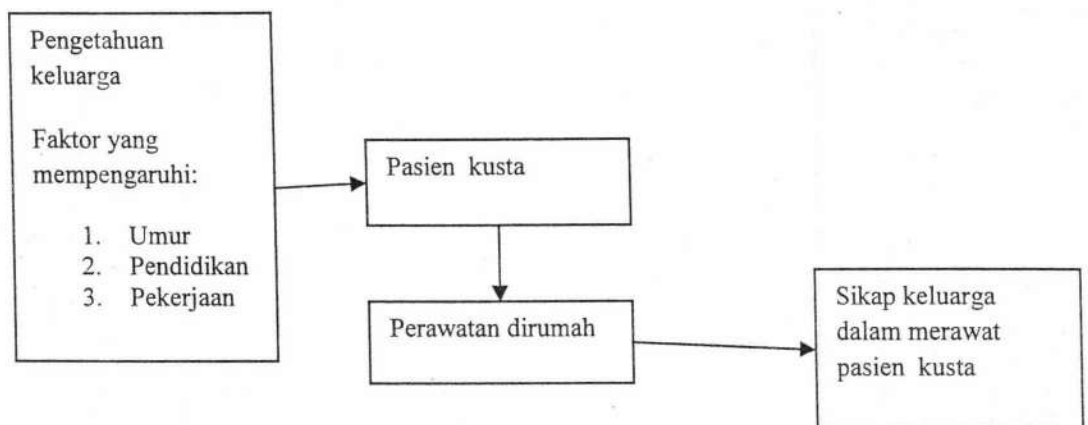
Kurangnya pengetahuan tentang kusta menyebabkan pengidap terlambat berobat sehingga dapat menimbulkan kecacatan dan berpotensi menularkan kuman kusta. Masa inkubasi kusta yang panjang, bisa lebih dari 10 tahun dan tanpa menimbulkan rasa sakit menyebabkan pengidap sering kali tidak menyadari dirinya terkena kusta (Permanasari 2010).

Perawatan pasca kusta yang kurang dapat meningkatkan resiko peningkatan terhadap kejadian kecacatan pada penderita kusta seperti dari hasil penelitian Ganapati et al., (2003), mengatakan bahwa terdapat 30 sampai 56 persen penderita kusta baru telah terjadi kerusakan fungsi saraf. Pengkajian yang dilakukan terhadap 454 pasien dengan kecacatan didapatkan hasil bahwa ada perbaikan status tingkat kecacatan setelah empat tahun menderita kusta dengan perawatan yang baik. Perawatan diri yang baik dapat membantu memperbaiki tingkat kecacatan lebih dari 50% dari pasien. Kurangnya perawatan diri pada penderita kusta dapat mengakibatkan kerusakan akan bertambah semakin berat. Menentukan dan mengobati dengan tepat merupakan salah satu aspek pencegahan cacat yang penting.

Angka penderita kusta yang tinggi di wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya masih memerlukan perhatian, karena pengobatan dan perawatan kusta yang kurang baik dapat meningkatkan resiko kecacatan, kekambuhan, maupun penularan virus kusta. Sehingga pengetahuan dan sikap keluarga

mengenai perawatan pasien pasca kusta perlu ditingkatkan. Berdasarkan uraian diatas hubungan pengetahuan dan sikap keluarga tentang perawatan pasien pasca kusta dirumah di wilayah Puskesmas Pegirian surabaya yang merupakan daerah dengan angka penderita kusta yang tinggi di kota Surabaya masih memerlukan penjelasan.

## 1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi Masalah Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Terhadap Perawatan Pasien Kusta

## 1.3 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga dan sikap keluarga terhadap perawatan pasien kusta?

## 1.4 Tujuan Penelitian

### 1.4.1 Tujuan Umum

Menjelaskan hubungan pengetahuan dan sikap keluarga terhadap perawatan pasien kusta di wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya

#### 1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis hubungan pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien kusta di wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya
2. Menganalisis hubungan sikap keluarga terhadap perawatan pasien kusta di wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya

### **1.5 Manfaat Penelitian**

#### 1.5.1 Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan adanya hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga dan sikap keluarga dalam merawat pasien kusta

#### 1.5.2 Praktis

Hasil penelitian ini digunakan sebagai acuan bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan keluarga maupun membenahi sikap keluarga dalam merawat pasien kusta

**BAB 2**  
**TINJAUAN PUSTAKA**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Kusta

##### 2.1.1 Definisi Penyakit Kusta

Penyakit kusta adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh mikroorganisme intraseluler atau kuman *Mycobacterium leprae* (*M.leprae*) yang pertama kali menyerang saraf tepi dan selanjutnya menyerang kulit serta organ tubuh lainnya. Penyakit kusta dapat mengakibatkan kecacatan tubuh serta menimbulkan masalah psikososial akibat masih adanya stigma dan persepsi masyarakat yang jelek pada penderitanya (Jopling, 1996). Kusta adalah penyakit infeksi kronis yang di sebabkan oleh *mycobacterium lepra* yang interseluler obligat, yang pertama menyerang saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa mulut, saluran nafas bagian atas, sistem endotelial, mata, otot, tulang, dan testis(Djuanda, 1997).

Kusta merupakan penyakit kronik yang disebabkan oleh infeksi mikobakterium *leprae*. Istilah kusta berasal dari bahasa Sansekerta, yakni "kushtha" yang berarti kumpulan gejala-gejala kulit secara umum. Penyakit kusta disebut juga Morbus Hansen, sesuai dengan nama yang menemukan kumannya yaitu Dr. Gerhard Armauer Hansen pada tahun 1874 di Norwegia, sehingga penyakit ini disebut Morbus Hansen (Mansjoer, 2000). Penyakit kusta adalah salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks(Zulkifli, 2003). Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi, dan psikologis (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006)



### 2.1.2 Etiologi

Penyebab terjadinya kusta yakni oleh kuman *Mycobacterium leprae* yang ditemukan oleh G.A. Hansen pada tahun 1874 di Norwegia, yang sampai sekarang belum juga dapat dibiakkan dalam media artifisial. *M. leprae* berbentuk basil dengan ukuran 3-8 Um x 0,5 Um, tahan asam dan alkohol serta Gram- positif. Kuman *Mycobacterium leprae* merupakan Basil Tahan Asam (BTA) bersifat obligat intraseluler, yang menyerang saraf perifer, kulit dan organ lain seperti mukosa saluran nafas bagian atas, hati, sumsum tulang kecuali susunan saraf pusat. Masa membelah diri kuman *Mycobacterium leprae* 12-21 hari dan masa tunasnya antara 40 hari - 40 tahun. Kuman *Mycobacterium leprae* ini berbentuk batang dengan ukuran panjang 1 - 8 micron, lebar 0,2 - 0,5 micron, biasanya berkelompok dan ada yang disebar satu-satu, hidup dalam sel dan BTA (Djuanda, 2007)

### 2.1.3 Masa Inkubasi

Kuman kusta memiliki masa inkubasi yang bervariasi antara 40 hari sampai 40 tahun, dengan rata-rata 3-5 tahun. Masa inkubasi kuman kusta berkaitan dengan pembelahan sel yang lama, yaitu antara 2 - 3 minggu dan di luar tubuh manusia (kondisi tropis) kuman kusta dapat bertahan sampai 9 hari.

### 2.1.4 Klasifikasi

Menurut klasifikasi Ridley dan Jopling (1962) ada beberapa tipe reaksi kusta, yaitu :

### 1. Tipe Tuberkoloid ( TT )

- 1) Mengenai kulit dan saraf.
- 2) Lesi bisa satu atau kurang, dapat berupa makula atau plak, batas jelas, regresi, atau, kontrol healing ( + ).
- 3) Permukaan lesi bersisik dengan tepi meninggi, bahkan hampir sama dengan psoriasis atau tinea sirsirata. Terdapat penebalan saraf perifer yang teraba, kelemahan otot, sedikit rasa gatal.
- 4) Infiltrasi Tuberkoloid ( + ), tidak adanya kuman merupakan tanda adanya respon imun pejamu yang adekuat terhadap basil kusta.

### 2. Tipe Borderline Tuberkoloid ( BT )

- 1) Hampir sama dengan tipe tuberkoloid
- 2) Gambar Hipopigmentasi, kekeringan kulit atau skauma tidak sejelas tipe TT.
- 3) Gangguan saraf tidak sejelas tipe TT. Biasanya asimetris.
- 4) Lesi satelit ( + ), terletak dekat saraf perifer menebal.

### 3. Tipe Mid Borderline ( BB )

- 1) Tipe paling tidak stabil, jarang dijumpai.
- 2) Lesi dapat berbentuk macula infiltrate.
- 3) Permukaan lesi dapat berkilat, batas lesi kurang jelas, jumlah lesi melebihi tipe BT, cenderung simetris.
- 4) Lesi sangat bervariasi baik ukuran bentuk maupun distribusinya.
- 5) Bisa didapatkan lesi punched out, yaitu hipopigmentasi berbentuk oralpada bagian tengah dengan batas jelas yang merupakan ciri khas tipe ini.

#### 4. Tipe Borderline Lepromatus ( BL )

Dimulai makula, awalnya sedikit lalu menjadi cepat menyebar ke seluruh tubuh. Makula lebih jelas dan lebih bervariasi bentuknya, beberapa nodus melekuk bagian tengah, beberapa plag tampak seperti punched out. Tanda khas saraf berupa hilangnya sensasi, hipopigmentasi, berkurangnya keringat dan gugurnya rambut lebih cepat muncul daripada tipe LL dengan penebalan saraf yang dapat teraba pada tempat prediteksi.

#### 5. Tipe Lepromatosa ( LL )

- 1) Lesi sangat banya, simetris, permukaan halus, lebih eritoma, berkilap, batas tidak tegas atau tidak ditemuka anestesi dan anhidrosis pada stadium dini.
- 2) Distribusi lesi khas :
  1. Wajah : dahi, pelipis, dagu, cuping telinga.
  2. Badan : bahian belakang, lengan punggung tangan, ekstensor tingkat bawah.
- 3) Stadium lanjutan :
  1. Penebalan kulit progresif
  2. Cuping telinga menebal
  3. Garis muka kasar dan cekung membentuk fasies leonine, dapat disertai madarosis, intis dan keratitis.
- 4) Lebih lanjut :
  1. Deformitas hidung
  2. Pembesaran kelenjar limfe, orkitis atrofi, testis
  3. Kerusakan saraf luas gejala stocking dan glouses anestesi.

4. Penyakit progresif, makula dan popul baru.
  5. Tombul lesi lama terjadi plak dan nodus.
- 5) Stadium lanjut

Serabut saraf perifer mengalami degenerasi hialin/fibrosis menyebabkan anestasi dan pengecilan tangan dan kaki.

Menurut klasifikasi Internasional Madrid (1953), yaitu :Klasifikasi Madrid merupakan klasifikasi yang paling sederhana yang ditentukan atas dasar kriteria klinik, bakteriologik, dan histopatologik. Ini sesuai dengan rekomendasi Internasional Leprosy Association di Madrid tahun 1953 (Sekula, B.S, 2003). Klasifikasi Madrid tersebut memutuskan bahwa penyakit kusta dibagi atas :

1. Tipe Indeterminate

Kelainan kulitnya berupa makula hipopigmentasi 1-2 buah, batas kurang tegas kadang dijumpai hipoestesi

2. Tipe Tuberkuloid

Lesi kulit berupa macula/plak eritematosa atau hipopigmentasi dengan batas tegas, jumlah 1-4 buah, permukaan lesi kering, bersisik dan rambut pada lesi berkurang atau tidak ada sama sekali. Nyeri , hipoestesi atau anaestnesi dan penebalan syaraf. BTA negative, tes lepromin positif sangat kuat

3. Tipe Lepromatosa

Lesi dimulai dengan makula yang menyebar dan terdistribusi secara bilateral sinutris. Lesi terbatas tidak tegas, hipopigmentasi,

atau sedikit eritematosa. Pada fase lanjut terdapat pembesaran saraf dengan glove and stocking anaesthesia. Gejala yang lain adalah pelebaran hidung, penebalan, lobules telinga dan edema kaki. BTA positif lima atau enam (+5/+6). Test lepromin negative

#### 4. Tipe Borderline (dimorphous)

Lesi dimulai dengan macula kemudian menyebar secara simetris. Lesi punched-out lebih multiformis, banyak dan tersebar. Permukaan lesi halus, mengkilat dengan batas tegas. Anestesi pada tangan dan kaki simetris. BTA positif empat atau lima (+4/+5). Test lapromin negatif

Menurut klasifikasi WHO, kusta dibagi menjadi:

#### 1. Tipe Pause - Basiler (PB)

Tipe PB ini sesuai dengan tipe tuberkuloid pada klasifikasi Madrid atau tipe TT dan BT pada klasifikasi Ridley & Jopling dengan syarat BTA (-)

#### 2. Tipe Multi – Basiler (MB)

Tipe MB ini sesuai dengan tipe lepromatosa atau borderline pada klasifikasi Madrid atau tipe BB, BL dan LL pada klasifikasi Ridley & Jopling

### 2.1.5 Diagnosa

Sesuai dengan pernyataan dari WHO (1995) diagnosa kusta ditegakkan bila terdapat satu dari tanda kardinal berikut:

1. Adanya lesi kulit yang khas dan kehilangan sensibilitas. Lesi kulit dapat tunggal atau multipel biasanya hipopigmentasi tetapi kadang-kadang lesi kemerahan atau berwarna tembaga biasanya berupa: makula, papul, nodul. Kehilangan sensibilitas pada lesi kulit merupakan gambaran khas. Kerusakan saraf terutama saraf tepi, bermanifestasi sebagai kehilangan sensibilitas kulit dan kelemahan otot.
2. BTA positif, Pada beberapa kasus ditemukan BTA dikerokan jaringan kulit. Penebalan saraf tepi, nyeri tekan, parastesi.

### 2.1.6 Pengobatan

Obat antikusta yang paling banyak dipakai pada saat ini adalah DDS (diamniodifeni sulfon) kemudian kloafizimin, dan rifampisin. Pada tahun 1998 WHO menambahkan 3 obat antibiotik lain untuk pengobatan alternatif yaitu ofloksasin, minosiklin dan klaritromisin.

Penggunaan multi drug treatment (MDT) telah dilaksanakan sejak 1951 untuk mencegah resistensi pengobatan tuberkulosis, sedangkan untuk kasus resistensi pengobatan kusta penggunaan multi drug treatment (MDT) baru dimulai pada tahun 1971. Pada saat ini ada berbagai macam dan cara MDT dan yang dilaksanakan di Indonesia sesuai rekomendasi WHO, dengan obat alternatif sejalan dengan kebutuhan dan kemampuan.

Hal yang paling dirisaukan ialah resistensi terhadap DDS karena DDS adalah obat antikusta yang paling banyak dipakai dan paling murah. Obat ini sesuai dengan para penderita yang ada di negara berkembang dengan sosial ekonomi rendah.

Adanya program multi drug treatment (MDT) merupakan usaha untuk:

- 1) Mencegah dan mengobati resistensi
- 2) Memperpendek masa pengobatan
- 3) Mempercepat pemutusan mata rantai penularan

Dalam penyusunan kombinasi obat ada beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain:

- 1) Efek terapeutik obat
- 2) Efek samping obat
- 3) Ketersediaan obat
- 4) Harga obat
- 5) Kemungkinan penerapannya

Berikut ini sediaan obat-obatan yang digunakan sesuai dengan tipe kusta:

#### 1. DDS

DDS merupakan obat pertama yang berhasil untuk mengobati *M leprae* yang dalam keadaan dorman atau sleeping. Dengan DDS kuman aktif kembali dan akhirnya bisa mati karena efek DDS. Memang ada

beberapa kasus kusta yang resisten terhadap DDS, kusta yang resisten terhadap DDS adalah tipe multibasiler tidak pernah dilaporkan ada kusta tipe pausibasiler yang resisten terhadap DDS, karena pada kusta pausibasiler kadar SIS dalam darah penderita tinggi dan tidak perlu waktu lama untuk membunuh kuman yang tersisa.

Resistensi terhadap DDS dapat primer maupun sekunder. Resistensi primer terjadi pada penderita yang ditulari oleh *M leprae* yang telah resisten dan manifestasinya dapat dalam berbagai tipe (TT, BT, BB, BL, LL), bergantung pada kadar SIS penderita. Derajat resistensinya yang rendah dapat diobati dengan dosis DDS yang lebih tinggi, sedangkan pada derajat resistensi yang tinggi DDS tidak dapat dipakai lagi. Resistensi dari DDS dapat terjadi karena monoterapi DDS, dosis yang terlalu rendah, minum obat tidak teratur, minum obat tidak adekuat baik dosis maupun lama pemberiannya, pengobatan terlalu lama, setelah 4-24 tahun.

Efek samping DDS antara lain nyeri kepala, erupsi obat, anemia hemolitik, leukopenia, insomnia, neuropati perifer, sindrom DDS, nekrosis epidermal toksis, hepatitis, hipoalbuminemia dan methemoglobinemia.



## 2. Rifampisin

Rifampisin adalah salah satu obat yang menjadi salah satu komponen kombinasi DDS dengan dosis 10 mg / kg berat badan; diberikan setiap hari atau setiap bulan. Rifampisin tidak boleh diberikan sebagai monoterapi, oleh karena memperbesar kemungkinan terjadinya resistensi, tetapi pada pengobatan kombinasi selalu diikutkan tidak boleh diberikan setiap minggu karena efek sampingnya. Efek samping yang dapat terjadi adalah hepatotoksik, nefrotoksik, gejala gastrointestinal, flu-like syndrome, dan erupsi obat.

## 3. Klofazimin (Iamprene)

Dosis klofazimin sebagai antikusta adalah 50 mg setiap hari atau 100 mg selang sehari, atau 3 x 100 mg setiap minggu. Juga bersifat antiinflamasi sehingga dapat digunakan pada ENL dengan dosis yang lebih besar yaitu 200-300 mg/hari namun awitan kerja baru timbul setelah 2-3 minggu. Resistensi pertama pada satu kasus telah dibuktikan pada tahun 1982.

Efek sampingnya adalah perubahan warna kulit menjadi merah kecoklatan pada kulit dan warna kekuningan pada sklera, sehingga mirip ikterus, apalagi pada dosis yang lebih besar. Hal ini bisa terjadi karena Klofazimin merupakan zat warna yang dideposit terutama pada sel sel sistem retikuloendotelial, mukosa dan kulit. Pigmentasi bersifat reversibel, meskipun menghilangnya lambat sejak penggunaan obat

dihentikan. Efek samping lain yang terjadi karena penggunaan dosis besar adalah nyeri abdomen, mual, diare, anoreksia, dan vomitus. Selain itu dapat terjadi penurunan berat badan.

#### 4. Protionamid

Dosis protionamid diberikan 5-10 mg/kg berat badan setiap hari, dan untuk Indonesia obat ini jarang digunakan. Distribusi protionamid di dalam tubuh tidak merata sehingga kadar hambat minimalnya sukar ditentukan.

#### 5. Ofloksasin

Ofloksasin merupakan turunan fluorokuinolon yang paling aktif terhadap *Mycobacterium leprae* in vitro. Dosis optimal harian adalah 400 mg. Dosis tunggal yang diberikan dalam 22 dosis akan membunuh kuman *Mycobacterium leprae* hidup sebesar 99,99%. Efek sampingnya adalah mual, diare, dan gangguan saluran cerna lainnya, berbagai gangguan susunan saraf pusat termasuk insomnia, nyeri kepala, *dizziness*, nervousness dan halusinasi. Walaupun demikian hal ini jarang membutuhkan penghentian pemakaian obat. Penggunaan pada anak, remaja, wanita hamil dan menyusui harus hati-hati, karena dalam percobaan pada hewan muda kuinolon mengakibatkan atropati.

## 6. Minosiklin

Minosiklin termasuk kedalam golongan tertasiklin, mempunyai efek bakterisid yang lebih tinggi dari pada klofazimin tetapi lebih rendah dibandingkan rifampisin. Dosis harian yang bisa diberikan adalah 100 mg. Efek samping dari penggunaan minoksidil adalah sama seperti tertrasiklin dapat mengakibatkan berubahnya warna gigi pada anak, kadang-kadang dapat menyebabkan hiperpigmentasi kulit dan membran mukosa, berbagai saluran cerna dan susunan saraf pusat, termasuk dizzined, dan unsteadiness. Oleh sebab itu minosiklin tidak boleh diberikan pada anak-anak dan ibu yang hamil.

## 7. Klaritromisin

Klaritromisin merupakan kelompok antibiotik makrolif dan mempunyai aktivitas baktisid terhadap *M leprae*. Pada penderita kusta lepromatosa dosis harian 500 mg dapat membunuh 99% kuman hidup dalam 28 hari dan lebih dari 99,9% dalam 56 hari. Efek diare yang terbukti sering ditemukan bila obat ini diberikan dengan dosis 200 mg.

Berikut adalah kombinasi obat-obatan untuk MDT:

1. MDT untuk multibasiler (BB, BL, LL atau semua tipe dengan BTA positif)

Untuk kusta tipe multibasiler dapat digunakan:

- 1) Rifampisin 600 mg setiap bulan, dalam penggunaannya harus diawasi

- 2) DDS 100 mg setiap hari
- 3) Klofazimin: 300 mg setiap bulan, dalam pengawasan, diteruskan 50 mg sehari atau 100 mg selama sehari atau 3 kali 100 mg setiap minggu.

Mula-mula kombinasi obat ini diberikan 24 dosis dalam 24 sampai 36 bulan dengan syarat bakterioskopis harus negatif. Apabila bakterioskopis harus negatif. Apabila bakterioskopis masih positif, pengobatan harus dilanjutkan sampai bakterioskopis negatif. Selama pengobatan dilakukan pemeriksaan secara klinis setiap bulan dan secara bakterioskopis minimal setiap 3 bulan. Jadi besar kemungkinan pengobatan kusta multibasiler ini hanya selama 2 sampai 3 tahun. Hal ini adalah waktu yang relatif sangat singkat dan dengan batasan waktu yang tegas, jika dibandingkan dengan cara sebelumnya yang memerlukan waktu minimal 10 tahun sampai seumur hidup. Penghentian pemberian obat lazim disebut Release From Treatment (RFT). Setelah RFT dilakukan tindak lanjut (tanpa pengobatan) secara klinis dan bakterioskopis tetap negatif dan klinis tidak ada keaktifan baru, maka dinyatakan bebas dari pengamatan atau disebut Release From Control (RFC).

Pemberian obat oral dapat dihentikan, tanpa perlu memperhatikan bakterioskopis, jika secara klinis sudah terjadi penyembuhan.

2. MDT untuk pausibasilar (I, TT, BT dengan BTA negatif) adalah:
  - 1) Rifampisin 600 mg setiap bulan, dengan pengawasan
  - 2) DDS 100 mg setiap hari

Rifampisin dan DDS diberikan dalam 6 dosis selama 6 bulan sampai 9 bulan, berarti RFT setelah 6-9 bulan sampai 9 bulan, berarti RFT setelah 6-9 bulan. Selama pengobatan pemeriksaan secara klinis setiap bulan dan bakterioskopis. Kalau tidak ada keaktifan baru secara klinis, dan bakterioskopis tetap negatif, maka dinyatakan RFC.

Tahun 1995 WHO tidak lagi menganjurkan pelaksanaan RFC. Apabila RFT telah tercapai tanpa memperhatikan hasil bakterioskopis, penderita tidak lagi diawasi sampai RFC, walaupun akhir-akhir ini banyak yang menganjurkan diberlakukan kembali antara lain untuk mengawasi adanya reaksi dan relaps.

Klasifikasi WHO (1997) memutuskan untuk kepentingan pengobatan, penderita kusta dibagi menjadi 3 grup, yaitu pausibasiler dengan lesi tunggal, pausibasiler dengan lesi 2-5 buah, dan penderita multibasiler dengan lesi lebih dari 5 buah.

WHO Expert Committee pada tahun 1998 telah memperpendek masa pengobatan sebagai standar menjadi 12 dosis dalam 12-18 bulan, sedangkan pengobatan untuk kasus PB dengan lesi kulot 2-5 bulan tetap 6 dosis dalam 6-9 bulan. Bagi kasus PB dengan lesi tunggal pengobatan adalah Rifampisin 600 mg ditambah dengan Ofloksasin 400 mg dan

Minosiklin 100 mg (ROM) dosis tunggal. Kalau susunan MDT tersebut tidak dapat dilaksanakan karena berbagai alasan, WHO Expert Committee mempunyai rejimen untuk situasi khusus.

Penderita MB yang resisten dengan rifampisin biasanya akan resisten pula dengan DDS sehingga hanya bisa mendapat klofa-zimin. Dalam hal ini rejimen pengobatan menjadi klofazimin 50 mg, ofloksasin 400mg dan minoksiklin 100 mg setiap hari selama 6 bulan, diteruskan klofazimin 50 mg ditambah ofloksasin 400mg atau minoksiklin 100 mg setiap hari selama 18 bulan.

### 3. Pengobatan ENL

Dalam hal ini obat yang paling sering dipakai ialah tablet kortikosteroid, antara lain prednisolon. Dosisnya bergantung pada berat ringannya reaksi, biasanya prednisolon 15-30 mg sehari, kadang-kadang lebih. Makin berat reaksinya makin tinggi dosisnya, tetapi perlu diberikan 15-30 mg sehari, kadang-kadang lebih. Makin berat reaksinya makin tinggi dosisnya, tetapi sebaliknya bila reaksinya terlalu ringan tidak perlu diberikan. Sesuai dengan perbaikan reaksi, dosisnya diturunkan secara bertahap sampai diberhentikan sama sekali. Perhatikan kontraindikasi pemakaian kortikosteroid. Dapat ditambahkan obat analgetik-antipiretik dan sedative atau bila berat, penderita dapat menjalani rawat-inap. Ada kemungkinan kortikosteroid dapat mengakibatkan ketergantungan, ENL akan timbul kalau obat tersebut

dihentikan atau diturunkan pada dosis tertentu, sehingga penderita ini harus mendapatkan kortikostreoid terus menerus.

Obat yang dianggap sebagai obat pilihan pertama adalah talidomid, tetapi harus berhati-hati karena mempunyai efek teratogenik. Jadi tidak boleh diberikan kepada orang hamil atau masa subur. Di Indonesia obat ini tidak didapat.

Klofazimin kecuali sebagai obat antikusta dapat juga dipakai sebagai anti-reaksi ENL, tetapi dengan dosis yang lebih tinggi. Juga bergantung pada berat ringannya reaksi, makin berat makin tinggi dosisnya, biasanya antara 200-300 mg sehari. Khasiatnya lebih lambat daripada kortikosteroid. Juga dosisnya diturunkan secara bertahap disesuaikan dengan perbaikan ENL. Keuntungan lain klofazimin dapat dipakai sebagai usaha untuk lepas dari ketergantungan kortikosteroid. Salah satu efek samping yang tidak dikehendaki oleh banyak penderita ialah bahwa kulit menjadi bewarna merah kecoklatan, apalagi pada dosis tinggi. Tapi masih bersifat reversible, meskipun menghilangnya lambat sejak obatnya dihentikan. Masih ada obat-obat lain, tetapi tidak begitu lazim dipakai. Selama penanggulangan ENL ini, obat-obat antikusta yang sedang diberikan diteruskan tanpa dikurangi dosisnya.

#### 4. Pengobatan reaksi reversal

Dalam pengobatan reaksi reversal perlu diperhatikan apakah reaksi ini disertai neuritis atau tidak. Sebab kalau tanpa neuritis akut tidak perlu diberi pengobatan tambahan. Kalau ada neuritis akut, obat pilihan pertama adalah kortikosteroid yang dosisnya disesuaikan dengan berat ringannya neuritis, makin berat makin tinggi dosisnya. Biasanya diberikan prednisolon 40 mg sehari, kemudian diturunkan perlahan-lahan. Pengobatan harus secepat-cepatnya dan dengan dosis yang adekuat untuk mengurangi terjadinya kerusakan saraf secara mendadak. Jarang terjadi ketergantungan terhadap kortikosteroid. Anggota gerak yang terkena neuritis akut harus diistirahatkan. Analgetik dan sedativ kalau diperlukan dapat diberikan. Klofazimin untuk reaksi reversal kurang efektif, oleh karena itu tidak pernah dipakai, begitu juga talidomid tidak efektif untuk reaksi reversal.

Pengobatan reaksi kusta yang dianjurkan Sub Direktorat Kusta – Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (PP & PL) Departemen Kesehatan Indonesia dapat dilihat skema di bawah ini.



Tabel 2.1 Pemberian Prednisolon

| Minggu pemberian | Dosis harian yang dianjurkan |
|------------------|------------------------------|
| Minggu 1-2       | 40 mg                        |
| Minggu 3-4       | 30 mg                        |
| Minggu 5-6       | 20 mg                        |
| Minggu 7-8       | 15 mg                        |
| Minggu 9-10      | 10 mg                        |
| Minggu 11-12     | 5 mg                         |

## 5. Pemberian lampren

Pada kasus ENL yang berat dan bekepanjangan dan terdapat ketergantungan pada steroid (pemberian prednisolon tidak dapat diturunkan sampai 0), perlu ditambahkan klofazimin untuk dewasa 300 mg/ hari selama 2-3 bulan. Bila ada perbaikan diturunkan menjadi 200 mg/hari selama 2-3 bulan. Jika ada perbaikan diturunkan menjadi 100mg/hari selama 2-3 bulan dan selanjutnya kembali ke dosis klofazimin semula, 50 mg/hari, kalau penderita masih dalam pengobatan MDT, atau dihentikan bila penderita sudah dinyatakan RFT. Pada saat yang sama, dosis prednisolon diturunkan secara bertahap.

### 2.1.7 Komplikasi Kusta

Mansjoer *et al* ( 2000) menyatakan bahwa cacat merupakan komplikasi yang paling dapat terjadi pada pasien Kusta yang merupakan akibat dari kerusakan saraf tepi maupun neuritis sewaktu terjadi reaksi Kusta. Depkes RI (2006) menduga kecacatan tersebut karena dua proses yaitu :

## 1. Infiltrasi Langsung M. leprae ke Susunan Saraf Tepi dan Organ

Fungsi saraf mempunyai tiga fungsi yaitu motorik, sensorik dan otonom. Kecacatan tergantung komponen saraf mana yang terkena. Berikut ini tabel yang memperlihatkan kecacatan karena gangguan fungsi saraf.

Tabel 2.2 Gambaran Kecacatan Klien Kusta Karena Terganggunya Fungsi Syaraf-syaraf

| Syaraf                    | Fungsi   |  |  |
|---------------------------|--|--|--|
|                           | Motorik  | Sensorik   | Otonom   |
| <i>Facialis</i>           | Kelopak mata tidak menutup                                 |  |  |
| <i>Ulnaris</i>            | Jari manis dan kelingking lemah/ lumpuh/ kitting           | Mati rasa telapak tangan bagian jari manis dan kelingking                |  |
| <i>Mediamus</i>           | Ibu jari, telunjuk, dan jari tengah lemah/ lumpuh/ kitting | Mati rasa telapak tangan bagian ibu jari, jari telunjuk, dan jari tengah | Kekeringan dan kulit retak akibat kerusakan kelenjar keringat dan minyak, serta aliran darah |
| <i>Radialis</i>           | Tangan lunglai   |  |  |
| <i>Peroneus</i>           | Kaki semper  |  |  |
| <i>Tibialis posterior</i> | Jari kaki kitting  | Mati rasa telapak kaki   |  |

## 2. Melalui Reaksi Kusta

Reaksi kusta dibedakan menjadi dua yaitu :

### 1) Reaksi Tipe 1

Reaksi ini sering terjadi pada klien yang berada di spektrum borderline karena pada spektrum ini merupakan tipe yang tidak stabil. Reaksi ini terjadi karena adanya peningkatan respon imun seluler secara tiba-tiba yang mengakibatkan radang pada kulit dan saraf. Peradangan pada saraf akan bermanifestasi kecacatan bila tidak segera ditangani. Gejala yang sering muncul pada reaksi tipe 1 adalah peradangan

pada kulit dan saraf yang berupa kemerahan, bengkak, terasa panas, dan nyeri

## 2) Reaksi Tipe 2

Reaksi ini terjadi pada pasien tipe MB dan merupakan hasil dari respon imun humoral dimana tubuh membuat antibodi karena banyaknya antigen dari *M. leprae*. Gejala yang sering muncul pada pasien adalah reaksi pada kulit yang berupa nodul merah dengan konsistensi yang lunak dan nyeri. Perjalanan reaksi berlangsung selama 3 minggu atau lebih

### 2.1.8 Pencegahan kecacatan

Selain melakukan pengobatan sesuai anjuran sampai tuntas pasien dan keluarga dianjurkan untuk mewaspadai dampak dari pengobatan dan penyakit kusta itu sendiri seperti kecacatan. Cara terbaik untuk melakukan pencegahan cacat atau prevention of disabilities (POD) adalah dengan melaksanakan diagnosis dini gejala kusta, pemberian pengobatan MDT yang cepat dan tepat jika diagnosis positif. Meski demikian, mungkin sudah ada kerusakan saraf permanen sebelum lepra terdiagnosis dan meski upaya pencegahan telah dilakukan sebaik mungkin, masih dapat terjadi kerusakan tambahan pada saat pengobatan. Kerusakan saraf awal disebut kecacatan primer. Bentuk kecacatan primer dapat berupa kelemahan otot dan/atau kehilangan sensorik, dengan derajat yang bervariasi dari ringan sampai cacat total. Cacatan primer juga dapat berupa kehilangan kemampuan produksi keringat yang dapat menyebabkan kulit lebih rentan

cedera. Kecacatan primer dapat berlanjut kepada kecacatan sekunder, yang dapat berupa luka, ulkus, osteomyelitis, kehilangan jaringan (jari tangan/kaki), kontraktur/deformitas fiksasi pada tangan atau kaki, kerusakan kornea dan kebutaan. Upaya pencegahan cacat terdiri atas (Depkes RI, 2006) :

1. Upaya pencegahan cacat primer meliputi penemuan dini penderita sebelum cacat, pengobatan secara teratur dan penanganan reaksi untuk mencegah terjadinya kerusakan fungsi saraf.
2. Upaya pencegahan cacat sekunder meliputi perawatan diri sendiri untuk mencegah luka dan perawatan mata, tangan atau kaki yang sudah mengalami gangguan fungsi saraf.

Penghentian proses kerusakan saraf permanen atau kecacatan primer berlanjut menjadi kecacatan sekunder harus menjadi prioritas. Untuk mencapai tujuan ini, penderita dan keluarga harus diberi informasi dan diberdayakan sehingga mereka dapat bertindak mencegah kerusakan lebih lanjut. Kerusakan lebih lanjut dapat dicegah dengan :

1. Mencegah cedera pada tangan dan kaki sedapat mungkin, dengan cara:
  - 1) Tangan dan kaki harus diperiksa untuk mencari kerusakan ada tidaknya memar, luka, atau ulkus.
  - 2) Tangan dan kaki direndam, disikat, dan diminyaki setiap agar tidak kering dan pecah-pecah.
  - 3) Minyak-minyak seperti minyak sayur, minyak zaitun atau lotion dioleskan ke kulit untuk membantu menjaga kondisi kulit tetap baik.
  - 4) Menggunakan sarung tangan saat menggunakan atau melakukan pekerjaan yang berhubungan dengan benda tajam atau benda yang panas.

- 5) Memakai sepatu yang pas dan terpasang kuat yang dapat melindungi kaki yang kehilangan rasa raba dari benda-benda yang dapat menimbulkan cedera.
  - 6) Mengistirahatkan anggota gerak yang terkena segera setelah ditemukan adanya cedera: Melakukan istirahat sebentar-sebentar tapi sering dapat membantu mencegah cedera akibat aktifitas yang berulang-ulang.
2. Penderita yang tidak mampu berkedip atau menutup kelopak mata mudah mengalami cedera mata. Perawatan pada mata yang dapat dilakukan antara lain:
- 1) Memeriksa mata mereka setiap hari untuk mencari benda asing (bisa dengan menggunakan kaca).
  - 2) Memakai penutup kepala dan kacamata gelap untuk menjaga mata dari benda asing, seperti debu, pasir dan lalat yang dapat merusak mata.
  - 3) Mencuci mata menggunakan air bersih, adanya benda-benda asing dapat dibersihkan.
  - 4) Berikan tetes mata atau setetes minyak kastoli untuk menjaga mata agar tidak kering.
  - 5) Menutup mata dengan kasa saat tidur agar tidak ada benda asing yang masuk.

## 2.2 Konsep Pengetahuan

### 2.2.1 Definisi Pengetahuan

Stanhope & Lancaster (2002) mengemukakan bahwa pengetahuan terdiri dari mengingat, mengerti, memberi alasan, dan menyelesaikan masalah, dan dibagi menjadi beberapa klasifikasi dari perilaku. Sebelumnya Notoatmojo (1993) menyebutkan Green menyatakan bahwa pengetahuan merupakan faktor awal dari suatu perilaku yang diharapkan dan pada umumnya berkorelasi positif dengan perilaku. Selain itu, menurut Azwar (2007) pengetahuan berfungsi sebagai dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencari penalaran dan untuk mengorganisasikan pengalamannya. Notoatmojo (2003) menyatakan pengetahuan merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Masduki (1993) menjelaskan bahwa pengetahuan mempunyai hubungan terhadap kepatuhan berobat pada penderita kusta. Apabila penderita kusta memiliki pengetahuan yang baik dan memadai tentang penyakit kusta, cara pengobatannya, jenis obat, cara memakan obat tersebut dan akibat bila tidak patuh meminum obat yang akan berakibat buruk terhadap dirinya akan mampu mengimplementasikannya di dalam kehidupannya sehari-hari maka diharapkan angka kesembuhan pada penderita kusta meningkat. Rendahnya pengetahuan tentang kusta dan masih kuatnya stigma terhadap penyakit kusta sangat berpengaruh terhadap ketaatan penderita untuk minum obat.

### 2.2.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan mempunyai tingkat yang berbeda-beda Stanhope & Lancaster (2002) membaginya menjadi 6 tingkat pengetahuan yaitu :

#### 1. Tahu (know)

Tahu dikatakan sebagai kemampuan memanggil ingatan dari informasi yang diterima. Pengetahuan tentang pencegahan Kusta dapat diingat lagi setelah pemberian materi, misalnya peserta pendidikan kesehatan mampu mengingat kembali tentang penyebab penyakit Kusta adalah bakteri *M.leprae*

#### 2. Memahami (comprehension)

Memahami merupakan gabungan dari kemampuan memanggil ingatan dengan kemampuan memahami sesuatu yang telah diterima, misalnya peserta pendidikan kesehatan tidak hanya mampu menyebutkan bakteri penyebab Kusta tapi juga mampu menginterpretasikan secara benar bagaimana *M.lepra* mampu menularkan dari orang ke orang

#### 3. Aplikasi (application)

Aplikasi merupakan kemampuan dalam menggunakan materi atau suatu obyek yang telah diterima dalam suatu kondisi nyata setelah memahami obyek yang dipelajari, misalnya peserta promosi kesehatan setelah paham tentang bagaimana Kusta itu menular, mereka mampu mengatisipasi dalam kehidupannya agar tidak tertular Kusta;

#### 4. Analisis (analysis)

Analisis merupakan suatu kemampuan seseorang dalam menjabarkan suatu materi atau obyek ke dalam komponen-komponen kemudian

dicari hubungan antara komponen-komponen tersebut, misalnya peserta pendidikan kesehatan mulai menentukan untuk berperilaku hidup sehat dan bersih agar tidak tertular M. lepra yang menyebabkan penyakit Kusta;

#### 5. Sintesis (synthesis)

Sintesis adalah kemampuan seseorang dalam merangkum hubungan yang logis antara komponen-komponen materi atau suatu obyek. Hal ini dapat dikatakan bahwa sintesis adalah kemampuan dalam membuat formulasi baru dari formulasi yang telah ada sebelumnya, misalnya peserta pendidikan kesehatan mampu menghubungkan perilaku yang tidak bersih dengan risiko tertular penyakit Kusta;

#### 6. Evaluasi (evaluation)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang dalam memberikan penilaian terhadap materi atau obyek tertentu, misalnya peserta pendidikan kesehatan menilai keadaannya sekarang telah hidup bersih dan sehat sehingga mampu mencegah tertularnya penyakit Kusta.

### 2.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan menurut Mubarak *et al* (2007) dapat diukur melalui wawancara atau angket yang isinya berdasarkan materi yang telah diberikan atau mengenai obyek tertentu. Pengetahuan antara individu berbeda karena dipengaruhi beberapa faktor yaitu :

#### 1. Pendidikan

Pendidikan diartikan sebagai bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu informasi agar dapat dimengerti.



Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin banyak informasi yang didapat dan akhirnya pengetahuan yang didapat semakin banyak. Sebaliknya, jika tingkat pendidikannya rendah akan menghambat penerimaan informasi dan nilai-nilai yang baru sehingga pengetahuannya tidak bertambah banyak;

#### 2. Umur

Bertambahnya umur menjadikan seseorang terjadi perubahan fisik dan psikologis. Pada aspek fisik yang berubah dari perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri lama, dan munculnya ciri baru. Pada aspek psikologi seseorang semakin bertambahnya umur semakin matang dan dewasa pemikirannya

#### 3. Minat

Minat merupakan keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat membuat orang mencari informasi yang baru untuk meningkatkan pengetahuannya

#### 4. Pengalaman

Pengalaman adalah kejadian yang pernah dialami oleh seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Pengalaman yang buruk membuat orang cenderung untuk melupakannya, tetapi pengalaman yang baik cenderung untuk diingat. Pengalaman yang positif akan menimbulkan kesan dan membekas dalam emosi kejiwaanya yang akhirnya akan membentuk sikap positif dalam kehidupannya

#### 5. Kebudayaan Lingkungan Sekitar

Kebudayaan memiliki pengaruh yang besar terhadap pembentukan sikap. Misalnya bila seseorang lingkungannya memiliki budaya hidup bersih maka sikap pribadi akan mengikuti lingkungannya untuk berperilaku hidup bersih

#### 6. Informasi

Kemudahan dalam mendapat informasi mempercepat seseorang dalam mendapatkan ilmu baru yang meningkatkan pengetahuannya

### 2.3 Konsep Sikap

Newcomb menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Thurstone dan Likert menyatakan sikap adalah suatu bentuk evaluasi, reaksi perasaan yang mendukung, memihak maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak pada objek tersebut. Taylor menyatakan bahwa ketaatan penderita minum obat sering diartikan sebagai usaha pasien untuk mengendalikan perilakunya apakah pasien mengikuti apa yang dianjurkan oleh petugas untuk dilaksanakan guna mencapai kesembuhan (Azwar, 2007).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek yang dibagi dalam tiga komponen pokok yakni:

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu obyek
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Warner mengemukakan tiga postulat yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi pandangan umum mengenai hubungan sikap dengan perilaku, yaitu:

1. Postulat konsistensi

Postulat konsistensi mengatakan bahwa sikap verbal merupakan petunjuk yang cukup akurat untuk memprediksi apa yang akan dilakukan seseorang bila ia dihadapkan pada suatu obyek sikap. Jadi postulat ini mengasumsikan adanya hubungan langsung antara sikap dan perilaku.

2. Postulat variasi independen

Postulat variasi independen mengatakan bahwa tidak ada alasan untuk menyimpulkan bahwa sikap dan perilaku berhubungan secara konsisten. Mengetahui sikap tidak berarti dapat memprediksi perilaku.

3. Postulat konsistensi tergantung

Postulat konsistensi tergantung menyatakan bahwa hubungan sikap dan perilaku sangat ditentukan oleh faktor-faktor situasional tertentu.

4. Praktek atau tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum tentu secara otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain yaitu fasilitas dan faktor dukungan (*support*) (Azwar, 2003).

## 2.4 Konsep Perilaku

Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku merupakan suatu respon seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. (Notoatmodjo, 2003).

Bentuk respon terhadap stimulus dibedakan menjadi dua, yakni:

### 1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

### 2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perilaku manusia dari tingkat kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga, yakni:

### 1. Faktor-faktor Predisposisi (*predisposing factor*)

Yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku yang mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.

## 2. Faktor-faktor Pemungkin (*enabling factor*)

Yaitu faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku meliputi tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan misalnya puskesmas, obat-obatan, alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.

## 3. Faktor-faktor Penguat (*reinforcing factor*)

Yaitu faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku yang meliputi orang tua, tokoh masyarakat, petugas kesehatan, atau petugas yang lain.

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok, yaitu:

### 1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*)

Perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bila sakit.

### 2. Perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*)

Upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit atau kecelakaan.

### 3. Perilaku kesehatan lingkungan

Apabila seseorang merespon lingkungan, baik itu lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya.

## 2.5 Konsep Teori Lawrence Green

Model ini mengkaji masalah perilaku manusia dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, serta cara menindaklanjutinya dengan berusaha mengubah, memelihara atau meningkatkan perilaku tersebut kearah yang lebih positif. Proses pengkajian atau pada tahap tahap precede dan proses penindaklanjutan pada tahap proceed. Dengan demikian suatu program untuk memperbaiki perilaku kesehatan adalah penerapan keempat proses pada umumnya ke dalam model pengkajian dan penindaklanjutan.

1. Kualitas hidup adalah sasaran utama yang ingin dicapai di bidang pembangunan sehingga kualitas hidup ini sejalan dengan tingkat kesejahteraan. Diharapkan semakin sejahtera maka kualitas hidup semakin tinggi. Kualitas hidup ini salah satunya dipengaruhi oleh derajat kesehatan.
2. Derajat kesehatan adalah sesuatu yang ingin dicapai dalam bidang kesehatan, dengan adanya derajat kesehatan akan tergambaran masalah kesehatan yang sedang dihadapi. Pengaruh yang paling besar terhadap derajat kesehatan seseorang adalah faktor perilaku dan faktor lingkungan.
3. Faktor lingkungan adalah faktor fisik, biologis, dan sosial budaya yang langsung/tidak mempengaruhi derajat kesehatan.
4. Faktor perilaku dan gaya hidup adalah suatu faktor yang timbul karena adanya aksi dan reaksi seseorang atau organisme terhadap lingkungannya. Faktor perilaku akan terjadi apabila ada rangsangan, sedangkan gaya hidup merupakan pola kebiasaan seseorang atau sekelompok orang yang dilakukan karena jenis pekerjaannya mengikuti trend yang berlaku dalam kelompok sebayanya, ataupun hanya untuk meniru tokoh idolanya.

Dengan demikian suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi atau perilaku tertentu. Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor:

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*), merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.
3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*) merupakan faktor yang menguatkan perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, teman sebaya, orang tua, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.



## 2.6 Keaslian Penelitian

Tabel 2.3 Keaslian Penelitian

| No | Judul Karya Ilmiah dan Penulis  | Variabel  | Jenis Penelitian                     | Hasil   |
|----|---|---|--------------------------------------|---|
| 1  | Pengaruh faktor internal dan eksternal terhadap kepatuhan minum obat penderita kusta di kabupaten Asahan tahun 2007 (Hutabarat, 2008)     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faktor internal dan eksternal</li> <li>2. Kepatuhan minum obat</li> </ol>   | Sekat silang (cross sectional study) | Berdasarkan uji Chi Square faktor internal yang tidak berhubungan dengan kepatuhan minum obat adalah pekerjaan, kepercayaan, dan sikap. Faktor eksternal yang tidak berhubungan dengan kepatuhan minum obat adalah variabel lama minum obat.  |
| 2  | Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kecacatan pada penderita kusta di Puskesmas Kamoning Kabupaten Sampang (Adharisqina, 2011) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faktor-faktor (tipe kusta, reaksi kusta, lama sakit, keterlambatan diagnosis, kepatuhan berobat)</li> <li>2. Kejadian kecacatan pada penderita kusta</li> </ol> | Cross sectional                      | Terdapat hubungan antara tipe kusta ( $p=0,001$ ), lama sakit ( $p=0,041$ ), keterlambatan diagnosis ( $p=0,026$ ) dan kepatuhan berobat ( $p=0,026$ ) dengan kejadian kecacatan pada penderita kusta di Puskesmas Kamoning Kabupaten Sampang. Tidak terdapat hubungan antara reaksi kusta dengan kejadian kecacatan pada penderita kusta di Puskesmas Kamoning Kabupaten Sampang ( $p=1,000$ ) |
| 3  | Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecacatan penderita kusta kajian di Kabupaten Sukoharjo (Susanto, 2006)                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faktor-faktor</li> <li>2. Tingkat kecacatan</li> </ol>  | Observasional potong lintang         | Terdapat hubungan yang bermakna antara umur, pendidikan, tipe kusta, reaksi, pengetahuan, ketaatan berobat, diagnosis, dan perawatan diri dengan tingkat kecacatan penderita kusta, sedangkan antara jenis kelamin, lama sakit dan lama   |

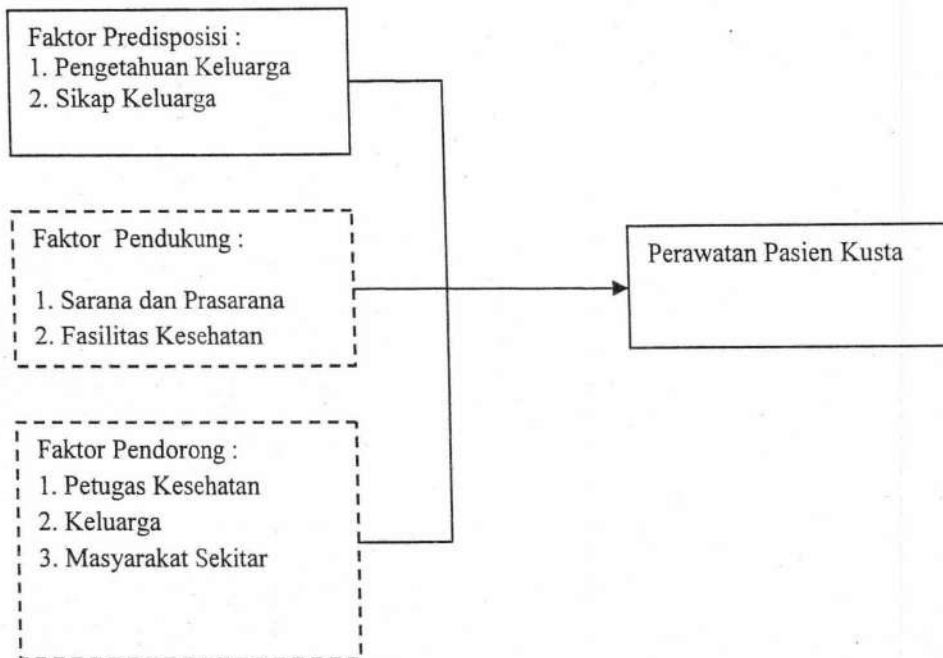
|   |  |  |                     |   |
|---|--|--|---------------------|---|
|   |  |  |                     | kerja tidak terdapat hubungan yang bermakna dengan tingkat kecacatan penderita kusta  |
| 4 | Dukungan psikososial keluarga penderita kusta di Kabupaten Pekalongan (Rahayu, 2012)   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan psikososial keluarga</li> <li>2. Penderita kusta</li> </ol> | Cross sectional     | Dukungan psikososial care giver penderita kusta di 2 puskesmas (Buaran dan Tirto 1) Kabupaten Pekalongan, mencajup dukungan psikologis baik (73,8%), cukup (23,8%), dan kurang (2,4%), sedangkan dukungan sosial meliputi dukungan baik (73,8%), dan cukup (26,2%). Dukungan tersebut diberikan oleh care giver yang mayoritas perempuan (73,8%), mayoritas merupakan keluarga inti (81%), mempunyai pendidikan menengah (52,4%) dan bekerja (71,4%) dengan rentan usia 20-58 tahun |
| 5 | Hubungan dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di kabupaten jember (Fadilah, 2013) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukunga keluarga</li> <li>2. Depresi penderita kusta</li> </ol>      | Deksriptik analitik | rata-rata nilai dukungan keluarga responden pada penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru, Kabupaten Jember adalah 119,39. Rata-rata nilai depresi responden pada penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember adalah 43,50.   |

**BAB 3**  
**KERANGKA KONSEPTUAL DAN**  
**HIPOTESIS PENELITIAN**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Keterangan:  : Diukur  : Tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Terhadap Perawatan Pasien Kusta (mengadopsi teori Lawrence Green 1999 dalam Notoatmodjo 2007 yang dimodifikasi)

Gambar 3.1 Menurut teori Lawrence Green (1999), Perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*) dan faktor penguat (*reinforcing factors*). Dijelaskan dari masing-masing faktor tersebut sebagai berikut : (1) faktor predisposisi (*predisposing factor*): faktor ini mencakup individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya, dimana masalah ini bisa dijelaskan sebagai berikut: bahwa perawatan pasien kusta berhubungan dengan pengetahuan dan sikap keluarga, (2) faktor pemungkin (*enabling factors*): faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat untuk melakukan satu tindakan, misalnya fasilitas kesehatan yang ada, puskesmas, rumah sakit, dan poliklinik, dengan penjelasan misalnya keluarga mendapatkan pengetahuan mengenai perawatan pasien kusta setelah datang ke pelayanan kesehatan tersebut, (3) faktor penguat (*reinforcing factors*): faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku keluarga, masyarakat sekitar, dan petugas kesehatan.

### 3.2 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

H1:

1. Ada hubungan antara pengetahuan keluarga terhadap perawatan pasien kusta
2. Ada hubungan antara sikap keluarga terhadap perawatan pasien kusta

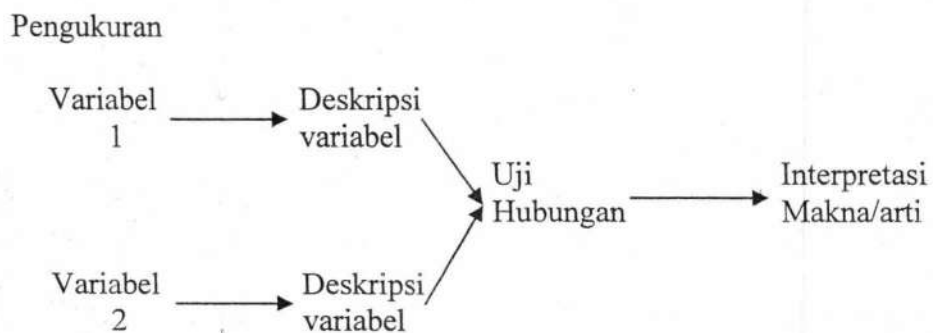
**BAB 4**  
**METODE PENELITIAN**

## BAB 4

## METODE PENELITIAN

## 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan rancangan *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Rancangan *cross sectional* dilakukan dengan cara mengidentifikasi tindakan perawatan pasien kusta dirumah hanya satu kali pada satu saat tanpa adanya *follow up*, kemudian dihubungkan terhadap pengetahuan dan sikap keluarga. Dalam penelitian ini akan menganalisis pengetahuan dan sikap keluarga terhadap perawatan pasien kusta.



Gambar 4.1 Kerangka Metode Penelitian Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Terhadap Perawatan Pasien Kusta



## 4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel (*Sample Size*), dan Teknik Pengambilan

### 4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga dengan anggota keluarga kusta dewasa yang tuntas berobat sebanyak 20 orang yang dirawat di rumah di wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya.

### 4.2.2 Sampel

Sampel yang mewakili penelitian ini yaitu keluarga dengan anggota keluarga kusta yang dirawat di rumah di wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya dengan kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi (karateristik umum subjek penelitian yang akan diteliti)
  - 1) Keluarga dengan anggota keluarga kusta
  - 2) Pasien kusta yang dirawat di rumah
  - 3) Pasien kusta dewasa
  - 4) Pasien kusta yang tuntas pengobatan
2. Kriteria Eksklusi (karateristik untuk mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi penelitian)
  - 1) Keluarga dengan anggota keluarga pasien kusta yang masih dalam masa pengobatan
  - 2) Keluarga dengan anggota keluarga pasien kusta yang dirawat di rumah sakit
  - 3) Keluarga dengan anggota keluarga pasien kusta anak-anak dan remaja

#### 4.2.3 Besar Sampel (*Sample Size*)

Setelah mendapatkan populasi dalam penelitian ini yaitu keluarga dengan anggota keluarga kusta yang dirawat dirumah, peneliti mengambil sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti yang dianggap mewakili seluruh populasi untuk menjadi sampel dan menggunakan rumus berikut dalam menentukan besar sampel. Jumlah populasi yang akan diteliti sebanyak 20.

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

$$n = \frac{20}{1 + 20(0,05)^2}$$

$$n = \frac{20}{1 + 0,05}$$

$$n = \frac{20}{1,05}$$

$$n = 19,047 = 20$$

Keterangan :

n : besar sampel

N : besar populasi

d : tingkat signifikansi (p)

#### 4.2.4 Teknik Pengambilan

Penelitian ini menggunakan *purposive sampling* atau *judgement sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian), yaitu untuk menganalisis pengetahuan dan sikap keluarga.

### 4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

#### 4.3.1 Klasifikasi Variabel

##### 1. Variabel Independen ( Variabel bebas )

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap keluarga

##### 2. Variabel Dependen ( Variabel terikat )

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perawatan pasien kusta

#### 4.3.2 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

| No. | Variabel  | Definisi Operasional                             | Parameter   | Alat Ukur   | Skala   | Skor  |
|-----|---|--|---|-------------|---------|---|
| 1.  | Variabel <i>Independent</i> :<br>Pengetahuan keluarga | Segala aspek yang mencakup konsep penyakit kusta | Konsep penyakit kusta:<br>1. Definisi kusta<br>2. Etiologi kusta<br>3. Diagnosa kusta<br>4. Penularan kusta<br>5. Pengobatan kusta<br>6. Perawatan pasien kusta | Kuisisioner | Ordinal | Terdapat 16 pertanyaan dengan nilai:<br>Benar=1<br>Salah=0<br><br>kategori:<br>Baik= 76%-100%<br>Cukup= 56%-75%<br>Kurang= <56% |
|     | Sikap keluarga  | Sikap keluarga mengenai tindakan perawatan kusta | Sikap keluarga tentang perawatan kusta:<br>1. Sangat setuju<br>2. Setuju  | Kuisisioner | Ordinal | Terdapat 10 pertanyaan dengan nilai:<br>SS=3<br>S=4<br>KS=2<br>TS=1   |

|    |   |   |  |             |         |  |
|----|---|---|--|-------------|---------|--|
|    |   |   |  |             |         | Skor total=194   |
|    |   |   |  |             |         | kategori:<br>Positif = $T \geq$<br>Mean data<br>Negatif = $T <$<br>Mean data |
| 2. | Variabel<br><i>Dependent</i> :<br>perawatan<br>pasien kusta | Perawatan yang<br>dilakukan<br>keluarga untuk<br>pasien kusta | Perawatan yang<br>dilakukan:                         | Kuisisioner | Ordinal | Terdapat 10<br>pertanyaan<br>dengan<br>nilai:<br>Benar=1<br>Salah=0          |
|    |   |   | 1. Membawa<br>pasien<br>berobat                      |             |         |  |
|    |   |   | 2. Mengawasi<br>pasien                               |             |         | kategori:<br>Baik= 76%-<br>100%  |
|    |   |   | 3. Mengingat<br>kan pasien<br>untuk<br>minum<br>obat |             |         | Cukup=<br>56%-75%  |
|    |   |   | 4. Membantu<br>melakukan<br>perawatan<br>pasien      |             |         | Kurang=<br><56%  |

#### 4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen pada penelitian ini menggunakan kuesioner modifikasi dari kuesioner penelitian hubungan pengetahuan dan sikap keluarga dengan proses penyembuhan pada penderita kusta di kabupaten Bengkalis Riau tahun 2010 (E Syahrial, 2010) yang diisi oleh responden.

#### 4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 23-27 Januari 2015 dengan metode *home visit* setelah mendapatkan ijin dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Bakesbangpol Linmas, Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan Puskesmas Pegirian Surabaya.

#### 4.6 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya pada tanggal 23-27 Januari 2015.

1. Mengurus surat izin penelitian ke bagian akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, kemudian menyerahkan kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan Bakesbangol Linmas.
2. Melakukan pengumpulan data dengan memilih keluarga dengan anggota keluarga kusta sebagai responden yang didapat dari database Puskesmas Pegirian Surabaya. Dari 36 data keluarga yang didapat dari Puskesmas Pegirian Surabaya, peneliti mengambil 20 keluarga yang ditetapkan menjadi responden melalui seleksi kriteria inklusi dan eksklusi, kemudian peneliti melakukan *home visit* kepada

keluarga untuk meminta kesediaan keluarga menjadi responden dalam penelitian ini.

3. Menjelaskan tujuan dan langkah dari penelitian pada masing-masing responden serta memberikan surat persetujuan (*inform consent*) menjadi responden penelitian untuk ditandatangani.
4. Meminta responden untuk mengisi data demografi dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang telah tertulis dalam kuesioner yang diberikan.
5. Membantu menjelaskan dan memberikan pendampingan dalam pengisian kuesioner pada responden yang kurang memahami dan membantu menuliskan jawaban responden pada lembar kuesioner.

Kuesioner yang telah diisi dan terkumpul, kemudian dicatat dalam lembar pengumpulan data. Masing-masing kegiatan akan dilakukan satu kali (tidak ada *follow up*) dalam satu waktu.

#### 4.7 Cara Analisis Data

Pada penelitian ini data yang terkumpul, kemudian dilakukan editing, tabulasi data, dan analisis data deskriptif inferensial dengan menggunakan uji statistik korelasi *Spearman Rho*. Analisis data dalam penelitian ini digunakan untuk melihat hubungan antara pengetahuan dengan sikap keluarga terhadap perawatan pasien kusta di wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya.

##### 1. Analisis data deskriptif

###### 1) Variabel pengetahuan

Aspek pengetahuan dinilai dengan menggunakan rumus:

$$P = f/N \times 100\%$$

Keterangan: P = prosentase

f = jumlah jawaban yang benar

N = jumlah skor maksimal, jika pertanyaan dijawab benar

(Azwar, 2003)

Prosentase hasil yang diketahui kemudian diinterpretasikan dengan kriterial:

Baik = 76% - 100%

Cukup = 56% - 75%

Kurang = <56%

(Arikunto, 1998)

## 2) Variabel sikap

Variabel sikap diukur menggunakan 4 jawaban yaitu: sangat setuju = 3, setuju = 4, kurang setuju = 2, tidak setuju = 1. Hasil yang didapat kemudian diperhitungkan nilai skornya dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

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

keterangan: X = skor responden

$\bar{X}$  = nilai rata-rata kelompok

s = standar deviasi (simpangan baku)

Hasil perhitungan yang diperoleh kemudian diinterpretasikan dengan

kriteria: sikap dikatakan positif bila nilai skor =  $T \geq \text{Mean data}$

sikap dikatakan negatif bila nilai skor =  $T < \text{Mean data}$

(Azwar, 2003)

## 3) Variabel perawatan pasien kusta

Skor perawatan pasien kusta yang diperoleh diverhitungkan dengan cara yang sama seperti pada pengukuran variabel pengetahuan

## 2. Analisis statistik

Teknik statistik yang telah digunakan dalam penelitian ini adalah uji korelasi *Spearman Rho* ( $r$ ) dengan nilai kemaknaan  $\alpha \leq 0,05$  artinya apabila  $p < 0,05$   $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan yang bermakna antara dua variabel yang diukur yaitu ada hubungannya antara pengetahuan dengan sikap keluarga terhadap perawatan pasien kusta yang baik.



#### 4.8 Kerangka Operasional/Kerja



Gambar 4.2 Kerangka Kerja Penelitian Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Terhadap Perawatan Pasien Kusta diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya

#### 4.9 Masalah Etik

Tujuan penelitian harus etik, dalam arti hak responden dan yang lainnya harus dilindungi. Subjek penelitian pada keluarga dengan anggota keluarga kusta di wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya. Untuk itu perlu mengajukan perijinan kepada pihak puskesmas, kemudian menemui subjek yang akan dijadikan responden untuk menekankan permasalahan yang meliputi :

#### 4.9.1 *Informed consent* (Lembar persetujuan)

Untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan responden ditetapkan setelah terlebih dahulu mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data, setelah responden bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan kesediaan untuk menjadi responden. Calon responden yang tidak setuju tidak akan dipaksa dan tetap dihormati haknya.

#### 4.9.2 *Anonimity* (Tanpa nama)

Nama subjek tidak akan dicantumkan pada lembar pengumpulan data dan hasil penelitian, untuk mengetahui keikutsertaannya hanya digunakan kode dalam bentuk nomor pada masing-masing lembar pengumpulan data.

#### 4.9.3 *Confidentialy* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah diperoleh dari responden akan dijamin kerahasiaannya.

### **4.10 Keterbatasan Peneliti**

Berdasarkan hasil-hasil penelitian yang telah dikemukakan pada bagian sebelumnya, masih terdapat beberapa keterbatasan yang perlu dikemukakan sebagai referensi bagi pembaca dan penelitian selanjutnya yang relevan dengan penelitian ini. Keterbatasan yang dimaksud antara lain:

1. Variabel perawatan hanya disimpulkan dari hasil pengisian kuesioner yang berupa soal tes tertulis berbentuk pilihan ganda pada setiap responden yang juga merupakan keterbatasan penelitian ini.

**BAB 5**  
**HASIL DAN PEMBAHASAN**

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang hasil penelitian yang telah dilakukan. Penjelasan hasil penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik demografi responden yang terdiri dari jenis kelamin, usia, pendidikan, hubungan dengan penderita kusta, dan dilanjutkan dengan identifikasi hasil penelitian sesuai variabel yang telah ditetapkan pada tujuan penelitian. Identifikasi variabel hasil penelitian tersebut selanjutnya dianalisis dan dibahas sesuai tujuan penelitian yang ditetapkan. Variabel yang diukur antara lain pengetahuan dan sikap keluarga. Pengambilan data dilakukan pada responden yakni keluarga penderita kusta yang berada di wilayah puskesmas Pegirian Surabaya tanggal 23 Januari 2015 – 27 Januari 2015 dengan menggunakan kuesioner.

#### 5.1 Hasil Penelitian

##### 5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan pada keluarga penderita kusta di wilayah puskesmas Pegirian Surabaya yang terletak di Jl. Karang Tembok No. 39 Surabaya melayani selama hari kerja: Senin - Sabtu (07:30 AM - 03:30 PM). Wilayah kerja dari Puskesmas Pegirian meliputi 2 kelurahan yaitu Kelurahan Ujung dan Kelurahan Pegirian. Puskesmas Pegirian memiliki beberapa pelayanan kesehatan dasar antara lain poli umum yang mencakup pemeriksaan dan pengobatan semua penyakit, poli gigi, P2 tentang PSN DBD, Spesialis Paru, THT, Poli Batra, poli KIA yang meliputi pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan bayi dan

balita, imunisasi, pendampingan balita gizi buruk dan KB. Puskesmas pegirian juga sering mengadakan pendidikan kesehatan seperti konsultasi psikolog pada posyandu remaja, posyandu balita dan posyandu lansia. Puskemas Pegirian juga mempunyai program SBH (Saka Bakti Husada) dan UKS.

Pelayanan untuk pasien kusta di Puskesmas Pegirian hanya dilaksanakan pada hari senin di jam kerja. Penderita kusta yang terdaftar di puskesmas pegirian surabaya periode 2014-2015 sebanyak 25 orang. Penderita kusta yang datang untuk berobat ke Puskesmas Pegirian Surabaya rata-rata dengan status kondisi yang baik tanpa adanya cacat, hanya 1 yang memiliki komplikasi diabetes, dan para penderita kusta selalu kontrol dengan teratur sesuai jadwal. Sampai saat ini belum ada kasus penderita kusta yang telah dinyatakan tuntas berobat datang kembali ke puskesmas dengan reaksi kekambuhan. Puskesmas Pegirian Surabaya rutin mengadakan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat sekitar setiap 3 bulan sekali, termasuk penyuluhan tentang kusta.

### 5.1.2 Karakteristik Demografi Penelitian

Karakteristik responden penelitian yang diperoleh pada saat pengumpulan data meliputi:

#### 1. Jenis kelamin responden

Tabel 5.1 Jenis Kelamin Responden Keluarga Penderita Kusta Diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya

| No | Jenis Kelamin | Frekuensi | Presentase (%) |
|----|---------------|-----------|----------------|
| 1  | Laki-laki     | 6         | 30             |
| 2  | Perempuan     | 14        | 70             |
|    | Total         | 20        | 100            |

Tabel 5.1 menunjukkan keluarga penderita kusta diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya sebagian besar berjenis kelamin perempuan (70%)

## 2. Usia Responden

Tabel 5.2 Usia Responden Keluarga Penderita Kusta Diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya

| No    | Usia          | Frekuensi | Presentase (%) |
|-------|---------------|-----------|----------------|
| 1     | < 20 tahun    | 3         | 15             |
| 2     | 21 – 35 tahun | 13        | 65             |
| 3     | >35 tahun     | 4         | 20             |
| Total |               | 20        | 100            |

Tabel 5.2 menunjukkan keluarga penderita kusta diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya sebagian besar berusia 21 – 35 tahun (65%)

## 3. Pendidikan Responden

Tabel 5.3 Pendidikan Responden Keluarga Penderita Kusta Diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya

| No    | Pendidikan       | Frekuensi | Presentase (%) |
|-------|------------------|-----------|----------------|
| 1     | SD               | 6         | 30             |
| 2     | SMP              | 7         | 35             |
| 3     | SMA              | 4         | 20             |
| 4     | Perguruan Tinggi | 2         | 10             |
| Total |                  | 20        | 100            |

Tabel 5.3 menunjukkan keluarga penderita kusta diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya sebagian besar berpendidikan SMP (35%)

#### 4. Hubungan Responden

Tabel 5.4 Hubungan Responden Keluarga Penderita Kusta Diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya

| No    | Hubungan    | Frekuensi | Presentase (%) |
|-------|-------------|-----------|----------------|
| 1     | Orang Tua   | 2         | 10             |
| 2     | Suami/Istri | 6         | 30             |
| 3     | Anak        | 4         | 20             |
| 4     | Kakak/Adik  | 8         | 40             |
| Total |             | 20        | 100            |

Tabel 5.4 menunjukkan keluarga penderita kusta diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya sebagian besar memiliki hubungan kakak/adik dengan penderita kusta (40%)

#### 5. Pekerjaan Responden

Tabel 5.5 Pekerjaan Responden Keluarga Penderita Kusta Diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya

| No    | Pekerjaan      | Frekuensi | Presentase (%) |
|-------|----------------|-----------|----------------|
| 1     | PNS            | 0         | 0              |
| 2     | Pegawai Swasta | 8         | 40             |
| 3     | Wirausaha      | 5         | 25             |
| 4     | Petani         | 0         | 0              |
| 5     | Nelayan        | 0         | 0              |
| 6     | Lain-lain      | 7         | 35             |
| Total |                | 20        | 100            |

Tabel 5.5 menunjukkan keluarga penderita kusta diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya sebagian besar berprofesi sebagai pegawai swasta (40%)

## 6. Pendapatan keluarga

Tabel 5.6 Pendapatan Keluarga Penderita Kusta Diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya

| No    | Pendapatan              | Frekuensi | Presentase (%) |
|-------|-------------------------|-----------|----------------|
| 1     | < Rp. 900.000           | 16        | 80             |
| 2     | Rp. 900.000 – 1.800.000 | 4         | 20             |
| 3     | > Rp. 1.800.000         | 0         | 0              |
| Total |                         | 20        | 100            |

Tabel 5.6 menunjukkan keluarga penderita kusta diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya sebagian besar berpenghasilan dibawah Rp. 900.000 (80%)

## 5.1.3 Data khusus

Pengetahuan dan sikap keluarga terhadap perawatan pasien kusta.

## 1. Pengetahuan

Tabel 5.7 Pengetahuan Keluarga Pasien Kusta Di Wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya Pada 23 Januari 2015 – 27 Januari 2015.

| Kategori | Pengetahuan |     |
|----------|-------------|-----|
|          | frekuensi   | %   |
| Baik     | 0           | 0   |
| Cukup    | 9           | 35  |
| Kurang   | 11          | 55  |
| Total    | 20          | 100 |

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan kurang

## 2. Sikap

Tabel 5.8 Sikap Keluarga Pasien Kusta Di Wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya Pada 23 Januari 2015 – 27 Januari 2015.

| Kategori | Sikap     |     |
|----------|-----------|-----|
|          | frekuensi | %   |
| Positif  | 20        | 100 |
| Negatif  | 0         | 0   |
| Total    | 20        | 100 |



Tabel 5.8 menunjukkan bahwa seluruh responden memiliki sikap yang positif

### 3. Perawatan pasien kusta

Tabel 5.9 Perawatan Pasien Kusta Di Wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya Pada 23 Januari 2015 – 27 Januari 2015.

| Kategori | Perawatan |     |
|----------|-----------|-----|
|          | f         | %   |
| Baik     | 4         | 20  |
| Cukup    | 11        | 55  |
| Kurang   | 5         | 25  |
| Total    | 20        | 100 |

Tabel 5.9 menunjukkan responden yang diteliti memiliki kemampuan perawatan keluarga terhadap pasien kusta dalam kategori cukup

### 4. Hubungan pengetahuan keluarga dengan perawatan pasien kusta

Tabel 5.10 Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Perawatan Pasien Kusta Di Wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya Pada 23 Januari 2015 – 27 Januari 2015.

| Pengetahuan | Perawatan |    |       |    |        |    | Total |     |
|-------------|-----------|----|-------|----|--------|----|-------|-----|
|             | Baik      |    | Cukup |    | Kurang |    | N     | %   |
|             | f         | %  | f     | %  | f      | %  |       |     |
| Baik        | 0         | 0  | 0     | 0  | 0      | 0  | 0     | 0   |
| Cukup       | 2         | 10 | 7     | 35 | 2      | 10 | 11    | 55  |
| Kurang      | 2         | 10 | 4     | 20 | 3      | 15 | 9     | 45  |
| Total       | 4         | 20 | 11    | 55 | 5      | 25 | 20    | 100 |

Signifikasi ( $p$ ): 0,657

Koefisien korelasi *Spearman Rho* ( $r$ ): 0,106

Tabel 5.10 menunjukkan hasil analisa statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman Rho* dengan tingkat keamanan  $p < 0,05$  didapatkan hasil korelasi  $r=0,106$  dan nilai  $p=0,657$ . Nilai  $p$  lebih besar dari 0,05 yang berarti  $H_0$  diterima, yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan keluarga dengan perawatan pasien kusta di wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya.

## 5. Hubungan sikap keluarga dengan perawatan pasien kusta

Tabel 5.11 Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Perawatan Pasien Kusta Di Wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya Pada 23 Januari 2015 – 27 Januari 2015.

| Sikap   | Perawatan |    |       |    |        |    | Total |     |
|---------|-----------|----|-------|----|--------|----|-------|-----|
|         | Baik      |    | Cukup |    | Kurang |    | N     | %   |
|         | f         | %  | f     | %  | f      | %  |       |     |
| Positif | 4         | 20 | 11    | 55 | 5      | 25 | 20    | 100 |
| Negatif | 0         | 0  | 0     | 0  | 0      | 0  | 0     | 0   |
| Total   | 4         | 20 | 11    | 55 | 5      | 25 | 20    | 100 |

Signifikasi ( $p$ ): 0,001  
Koefisien korelasi *Spearman Rho* ( $r$ ): 0,662

Tabel 5.11 menunjukkan hasil analisa statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman Rho* dengan tingkat keamanan  $p < 0,05$  didapatkan hasil korelasi  $r=0,662$  dan nilai  $p=0,001$ . Nilai  $p$  lebih kecil dari 0,05 yang berarti  $H_1$  diterima, yang artinya ada hubungan antara sikap keluarga dengan perawatan pasien kusta di wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya.

## 5.2 Pembahasan

### 1. Hubungan pengetahuan keluarga dengan perawatan pasien kusta.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara variabel pengetahuan keluarga dengan perawatan pasien kusta di wilayah puskesmas pegirian surabaya dengan nilai kemaknaan untuk pengetahuan  $p=0,657$  yang berarti lebih besar dari  $p 0,05$  sehingga  $H_0$  diterima, dan koefisien korelasi 0,106 yang diinterpretasikan sebagai tingkat korelasi lemah.

Stanhope & Lancaster (2002) mengemukakan bahwa pengetahuan terdiri dari mengingat, mengerti, memberi alasan, dan menyelesaikan masalah, dan dibagi menjadi beberapa klasifikasi dari perilaku.

Berdasarkan hasil wawancara yang didapatkan dari keluarga bahwa pengetahuan tidak berhubungan dengan perawatan pasien kusta dikarenakan keluarga menggunakan perawatan sesuai dengan kebiasaan yang dilakukan bila merawat orang yang sakit, meskipun perawatan tersebut belum sesuai standar perawatan pasien kusta yang baik. Keluarga melakukan perawatan-perawatan pada pasien kusta yang mereka anggap benar tanpa ditunjang dengan dasar pengetahuan tentang perawatan yang baik pada pasien kusta.

Faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga dalam melakukan perawatan yakni pengetahuan, sikap, ciri-ciri individual meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status sosial, dan partisipasi keluarga serta sumber daya keluarga, diantaranya keuangan, tenaga, sarana dan prasarana, dan sumber daya perawatan, diantaranya adalah pengetahuan, keterampilan dan waktu. Hal ini menjelaskan bahwa pengetahuan bukan menjadi faktor utama atau faktor mutlak yang dapat mempengaruhi perilaku keluarga terhadap perawatan pasien kusta. Keluarga yang memiliki pengetahuan kurang juga mampu melakukan perawatan dengan baik, hal ini dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor perawatan yang lain yang ada pada keluarga.

Pada tingkat keluarga, beban perawatan terutama dipikul oleh perempuan dan anak perempuan, namun laki-laki lebih sering sanggup melakukan perawatan fisik dari pasangannya dan anggota keluarganya yang sakit (UNAIDS, 2000). Hasil data demografi menunjukkan bahwa 6 dari 20 responden berjenis kelamin laki-laki memiliki kemampuan perawatan yang cukup meskipun ada yang pengetahuannya kurang, sedangkan perempuan yang pengetahuannya cukup tidak sepenuhnya dapat melakukan perawatan cukup.

Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Suryabudhi (2003) menyatakan bahwa seseorang yang menjalani hidup secara normal dapat diasumsikan bahwa semakin lama hidup maka pengalaman semakin banyak, pengetahuan semakin luas, keahliannya semakin mendalam dan kearifannya semakin baik dalam pengambilan keputusan tindakannya. Hasil data demografi menunjukkan bahwa 4 dari 20 responden yang berusia >35 tahun mampu melakukan perawatan yang baik dan cukup meskipun responden memiliki pengetahuan yang kurang.

Hasil data demografi didapatkan bahwa 7 dari 20 responden keluarga penderita kusta di wilayah puskesmas pegirian surabaya berpendidikan hanya sampai tingkat SMP (35%), sehingga hal ini dapat disimpulkan sebagai salah satu alasan mengapa keluarga memiliki pengetahuan yang kurang, karena pendidikan merupakan salah faktor yang mempengaruhi perilaku perawatan umur, jenis kelamin, status sosial, dan partisipasi keluarga serta sumber daya keluarga, diantaranya keuangan, tenaga, sarana dan prasarana, dan sumber daya perawatan, diantaranya adalah pengetahuan, keterampilan dan waktu. Selain itu, pengetahuan juga dipengaruhi salah satunya oleh ingatan individu mengenai informasi yang telah didapat.

Tabulasi silang menunjukkan bahwa responden memiliki tingkat pengetahuan yang kurang dan tingkat perawatan yang cukup, artinya ada beberapa faktor lain yang dapat mempengaruhi pengetahuan responden. Perpaduan faktor yang dapat mempengaruhi kedua variabel misalnya minat, pengalaman, kebudayaan lingkungan sekitar, dan informasi ikut berpengaruh terhadap hasil yang didapatkan dalam penelitian.

## 2. Hubungan sikap keluarga dengan perawatan pasien kusta.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sikap memiliki hubungan terhadap perawatan pasien kusta di wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya.

Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap adalah suatu bentuk evaluasi, reaksi perasaan yang mendukung, memihak maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak pada objek tersebut (Azwar, 2007). Postulat konsistensi mengatakan bahwa sikap verbal merupakan petunjuk yang cukup akurat untuk memprediksi apa yang akan dilakukan seseorang bila ia dihadapkan pada suatu obyek sikap. Jadi postulat ini mengasumsikan adanya hubungan langsung antara sikap dan perilaku (Azwar, 2003).

Perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktivitas manusia, baik dapat diamati secara langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar. Dimana perilaku terdiri dari Persepsi (*perception*), Respon terpimpin (*Guided Respon*), Mekanisme (*mekanisme*), Adaptasi (*adaptation*) (Notoatmodjo, 2003). Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan hasil dari perubahan berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Pada garis besarnya perilaku manusia dapat terlihat dari 3 aspek yaitu aspek fisik, psikis, dan sosial. Akan tetapi dari aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia (Notoatmodjo, 2007).

Ada tiga factor yang merupakan penyebab perilaku, yaitu faktor pendorong (*predisposing*) seperti pengetahuan, sikap, keyakinan, dan nilai yang berkenaan dengan motivasi seseorang untuk bertindak. Faktor kedua adalah faktor

pendukung (*enabling*) yaitu tersedianya fasilitas, sarana atau prasarana yang mendukung dan memfasilitasi terjadinya perilaku. Faktor ketiga adalah faktor penguat (*reinforcing*) seperti keluarga, tokoh masyarakat, tokoh agama, petugas kesehatan dan juga termasuk undang-undang atau peraturan-peraturan (Notoatmojo, 2003). Perilaku muncul sebagai hasil interaksi antara tanggapan dari individu terhadap stimulus yang datang dari lingkungannya, agar bisa beradaptasi dan tetap *survive*. Timbulnya perilaku didasari oleh dorongan yang ada dalam diri manusia, jadi perilaku muncul karena adanya dorongan untuk *survive*. Sikap yang positif merupakan stimulus dan dorongan untuk memujudkan suatu perilaku.

Suatu sikap belum tentu secara otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain yaitu fasilitas dan faktor dukungan (*support*) (Azwar, 2003). Teori ini menjelaskan mengapa meskipun dari hasil penelitian responden seluruhnya memiliki sikap yang positif namun masih terdapat perilaku perawatan yang kurang, hal ini dipengaruhi oleh faktor pendukung atau kondisi dari keluarga.

Observasi dilapangan menunjukkan bahwa keluarga peduli dan memberi dukungan yang cukup baik dalam melakukan perawatan pasien kusta dikarenakan pasien masih produktif melakukan kegiatan sehari-hari, sehingga keluarga dengan sabar membantu melakukan perawatan pasien.

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden memiliki sikap yang positif dan tingkat perawatan yang cukup, artinya jika keluarga telah menunjukkan sikap yang positif maka hal tersebut secara tidak langsung akan

mendorong keluarga untuk melakukan tindakan yang baik dalam perawatan pasien kusta.

**BAB 6**  
**KESIMPULAN DAN SARAN**



## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kesimpulan dan saran dari hasil penelitian Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Terhadap Perawatan Pasien Kusta Diwilayah Puskesmas Pegirian Surabaya.

#### 6. 1 Kesimpulan

1. Pengetahuan keluarga tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku perawatan pasien kusta di wilayah puskesmas pegirian surabaya, hal ini dikarenakan sebagian besar keluarga belum mengetahui tentang pengetahuan yang terkait dengan penyakit kusta dan perawatan pasien kusta dengan baik.
2. Ada hubungan antara sikap keluarga dengan perilaku perawatan pasien kusta di wilayah puskesmas pegirian surabaya. Semakin positif sikap yang ditunjukkan keluarga, semakin tinggi dorongan untuk melakukan tindakan yang baik dalam perawatan pasien kusta oleh keluarga.

#### 6.2 Saran

1. Bagi peneliti

Perlu adanya penelitian lebih lanjut faktor-faktor lain yang lebih kuat terhadap perilaku keluarga dalam melakukan perawatan pasien kusta di wilayah puskesmas pegirian surabaya.

2. Bagi keluarga

Keluarga harus lebih tanggap dalam mencari informasi kesehatan baik secara umum maupun mengenai penyakit kusta dan perawatan pasien kusta yang baik dan benar sesuai standar.

3. Bagi petugas kesehatan

Petugas kesehatan diharapkan untuk terus berupaya memberikan informasi-informasi kesehatan yang lebih spesifik terutama mengenai perawatan pasien kusta kepada masyarakat dan keluarga pasien yang datang ke pelayanan kesehatan maupun yang berada dirumah dengan melakukan penyuluhan.

## DAFTAR PUSTAKA

**DAFTAR PUSTAKA**

- Adharisqina, Yulianida. (2011). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kecacatan pada Penderita Kusta di Puskesmas Kamoning Kabupaten Sampang*. Surabaya: FKp UA
- Azizah. (2011). *Analisa Dampak Penyakit Kusta Terhadap Interaksi Sosial Penderita di Kecamatan Brondong, Lamongan*
- Azwar, Saifuddin. (2003). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Azwar, Saifuddin. (2007). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya edisi 2*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Departemen Kesehatan RI Dirjen P2M dan PLP. (1996). *Buku Pedoman Pemberantasan Penyakit Kusta*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (1998). *Buku Pedoman Pemberantasan Penyakit Kusta, Cetakan ke-XII*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (2007). *Buku Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Penyakit Kusta*. Jakarta.
- Djuanda, Adi, Hamzah Mochtar, Aizah siti. (2005). *Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin edisi 4*. Jakarta: FK UI
- Djuanda, A. (2008). *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Ed.5*. Jakarta: FK UI
- E, Syahrial. (2010). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga dengan Proses Penyembuhan pada Penderita Kusta di Kabupaten Bengkalis Riau tahun 2010*
- Fadilah. (2013). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi Penderita Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta di Kabupaten Jember*
- Faturahman. (2011). *Faktor Lingkungan Fisik Rumah yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta di Kabupaten Cilacap Tahun 2010*
- Haryanto. (2009). *Optimalisasi Ceramah Spiritual (islam) Dalam Penurunan Tingkat Stress Penderita Kusta Reaktif*
- Hutabarat. (2008). *Pengaruh Faktor Internal dan Eksternal Terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita Kusta di Kabupaten Asahan Tahun 2007*

- Lamak, Margareta (2013). *Peningkatan Pengetahuan, Self Efficacy dan Penurunan Stress pada Pasien Kusta Melalui Penerapan Support Group dengan Pendekatan Teori Adaptasi Roy di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah*. Surabaya: FKp UA
- Mansjoer, Arif. (2000). *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 2 Ed. III*. Jakarta: Media Aeusculpius
- Mubarak, Wahit Iqbal, dkk. (2007). *Promosi Kesehatan Sebuah Metode Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Notoatmojo, Soekidjo. (2003). *Pendidikan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo. (2005). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam, (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Ed.3*. Jakarta : Salemba Medika
- Rahayu. (2012). *Dukungan Psikososial Keluarga Penderita Kusta di Kabupaten Pekalongan*
- Robby. (2013). *Hubungan Antara Kecerdasan Spiritual dengan Depresi pada Penyandang Cacat Pasca Kusta di Liposos Donorojo Binaan Yastimakin Bangsri Jepara*
- Suryabudhi, M. (2003). *Cara Merawat Bayi dan Anak-anak*. Bandung: Alfabeta
- Susanto. (2006). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kecacatan Penderita Kusta Kajian di Kabupaten Sukoharjo*
- Stanhope dan Lancaster. 2002. *Foundations of Nursing in the Community: Community-Oriented Practice*. Virginia : Mosby.

# LAMPIRAN

Lampiran 1

### LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dahlia Ulfa

NIM : 131011096

adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul :

“HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KELUARGA TENTANG PERAWATAN PASIEN KUSTA DI WILAYAH PUSKESMAS PEGIRIAN SURABAYA”

Untuk maksud di atas, maka saya mohon dengan hormat kepada Bapak/Ibu untuk mengizinkan anak Bapak/Ibu menjadi responden dalam penelitian ini :

1. Tujuan penelitian ini adalah Menganalisis hubungan pengetahuan dan sikap keluarga dalam tindakan perawatan pasien pasca kusta dirumah
2. Kesiediaan Bapak/Ibu untuk menandatangani *informed consent*.
3. Identitas Bapak/Ibu dan anak akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti.
4. Kerahasiaan informasi yang diberikan Bapak/Ibu dan anak 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.

Surabaya, 2015

Hormat saya,

.....

Lampiran 2

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

***(INFORMED CONSENT)***

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan untuk menjadi peserta / responden penelitian yang dilakukan oleh Dahlia Ulfa mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul :

**“HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KELUARGA TENTANG PERAWATAN PASIEN KUSTA DI WILAYAH PUSKESMAS PEGIRIAN SURABAYA”**

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

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 2015

Responden

( Tanda Tangan )

(Nama Terang)



## Lampiran 3

**DATA DEMOGRAFI**

Judul penelitian : "HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP  
KELUARGA TENTANG PERAWATAN PASIEN  
KUSTA DI WILAYAH PUSKESMAS PEGIRIAN  
SURABAYA"

Tanggal penelitian :

No Responden :

Petunjuk : Berikan tanda (X) pada jawaban yang tersedia

## Data Demografi Responden

1. Jenis kelamin:
  - a. Laki-laki
  - b. perempuan
2. Usia bapak/ibu saat ini:
  - a. < 20 tahun
  - b. 20-35 tahun
  - c. > 35 tahun
3. Pendidikan:
  - a. SD
  - b. SLTP/SMP
  - c. SMA/SLTA
  - d. Perguruan Tinggi
  - d. Lain-lain:
4. Hubungan dengan penderita kusta:
  - a. Orang tua
  - b. Suami/Istri
  - c. Anak
  - d. Kakak/Adik
5. Jenis pekerjaan yang dilakukan:
  - a. PNS
  - b. Pegawai Swasta
  - c. Wirausaha
  - d. Petani
  - e. Nelayan
  - f. Lain-lain:
6. Berapa pendapatan keluarga dalam 1 bulan?
  - a. < Rp. 900.000
  - b. Rp. 900.000 – 1.800.000
  - c. > Rp. 1.800.000

## Lampiran 4

**KUESIONER PENELITIAN  
(Menurut E. Syahril 2010)**

No. Urut Responden :  
Alamat Responden :  
Tanggal Wawancara :

**I. Karakteristik Responden**

Nama :  
Umur :  
Jenis Kelamin :  
Pendidikan :  
Pekerjaan :  
Lama menderita kusta :

**II. Sumber Informasi**

1. Dari mana informasi tentang penyakit kusta yang pernah saudara peroleh?  
(jawaban bisa lebih dari satu)
  - a. Televisi
  - b. Radio
  - c. Leaflet
  - d. Majalah/ Koran
  - e. Teman/ tetangga
  - f. Petugas kesehatan
  - g. Dll (sebutkan)
  
2. Informasi apa saja yang pernah saudara peroleh? (jawaban bisa lebih dari satu)
  - a. Tentang penyakit kusta dan penularannya
  - b. Cara pencegahan penyakit kusta
  - c. Tahapan-tahapan pengobatan kusta

**III. Pengetahuan**

Petunjuk Pengisian

Beri tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang saudara anggap benar!

1. Menurut saudara apakah penyakit kusta itu?
  - a. Penyakit menular dan menahun
  - b. Penyakit menular
  - c. Penyakit kutukan dan keturunan
  - d. Tidak tahuKunci A
  
2. Menurut saudara, apa penyebab penyakit kusta?
  - a. Kuman tahan asam
  - b. Mycobacterium leprae
  - c. Kuman
  - d. Tidak tahu

Kunci B

3. Apa tanda-tanda penyakit kusta yang saudara ketahui?
- Bercak putih tipis seperti panu dan semakin lebar
  - Bercak putih tipis seperti panu dan mati rasa
  - Bercak putih tipis terasa gatal - gatal dan tidak mati rasa
  - Tidak tahu

Kunci B

4. Apakah penyakit kusta dapat menular?

- Ya
- Tidak

Kunci A

5. Jika dapat menular, menurut saudara bagaimana cara penularannya?

- Bercakap-cakap dengan penderita kusta
- Menggunakan bekas peralatan penderita kusta
- Bersentuhan dengan penderita kusta dalam waktu lama

Kunci C

6. Apakah saudara tahu akibat yang ditimbulkan oleh penyakit kusta?

- Kecacatan
- Penderita tidak sembuh
- Kematian
- Tidak tahu

Kunci A

7. Apakah penyakit kusta dapat disembuhkan?

- Ya
- Tidak

Kunci A

8. Jika ya, berapa lama pengobatan kusta sampai sembuh?

- Dalam waktu 6-12 bulan
- Dapat sembuh setelah minum obat
- Sangat lama
- Tidak tahu

Kunci A

9. Apa akibat apabila tidak menyelesaikan pengobatan?

- Penyakitnya kambuh kembali dan bertambah parah
- Tidak bisa diobati lagi
- Penyakitnya kambuh kembali dan tidak bertambah parah

Kunci A

10. Apakah saudara tahu pengobatan kusta dengan MDT(*Multi Drug Therapi*)?

- Tahu
- Tidak tahu

Kunci A

11. Jika tahu, apa obat MDT(*Multi Drug Therapi*) tersebut?

- a. Obat kombinasi terdiri dari DDS dan rifampisin
  - b. Obat kombinasi terdiri dari DDS, rifampisin dan klofazimin
  - c. Obat terdiri dari DDS, rifampisi dan klofazimin yang tidak kombinasi
- Kunci B

12. Kapan saja penderita kusta harus mengambil obat?

- a. Setiap bulan
- b. Setiap 2 bulan
- c. 2 minggu sekali

Kunci A

13. Dari mana penderita kusta mendapatkan obat selama ini?

- a. Apotik
- b. Puskesmas dan Rumah Sakit
- c. Praktek dokter

Kunci B

14. Dimana saja penderita kusta dapat berobat?

- a. Praktek Dokter
- b. Rumah Sakit dan Puskesmas
- c. Dukun
- d. Tidak tahu

Kunci B

15. Apakah saudara tahu perawatan yang dapat dilakukan untuk penderita kusta?

- a. Tahu
- b. Tidak tahu

Kunci A

16. Jika tahu, perawatan apa saja yang perlu dilakukan?

- a. Perawatan tangan dan kaki
- b. Perawatan mata
- c. Perawatan kulit, mata, tangan dan kaki
- c. Tidak tahu

Kunci C

**IV. Sikap**

Berilah jawaban saudara dengan tanda chek list (√)

| No | Pertanyaan  | SS | S | KS | TS |
|----|---|----|---|----|----|
| 1  | Penderita kusta harus minum obat sesuai anjuran petugas kesehatan   | 3  | 4 | 2  | 1  |
| 2  | Keluarga mengawasi setiap penderita minum obat                      | 3  | 4 | 2  | 1  |
| 3  | Penderita kusta harus memakai alat pelindung                        | 3  | 4 | 2  | 1  |
| 4  | Keluarga menganjurkan penderita memakai alat pelindung              | 3  | 4 | 2  | 1  |
| 5  | Penderita kusta harus melakukan perawatan kulit setiap hari         | 3  | 4 | 2  | 1  |
| 6  | Keluarga mengawasi dan membantu penderita melakukan perawatan kulit | 3  | 4 | 2  | 1  |
| 7  | Penderita kusta harus selalu memakai alas kaki                      | 3  | 4 | 2  | 1  |
| 8  | Keluarga menyediakan alas kaki untuk penderita                      | 3  | 4 | 2  | 1  |
| 9  | Penderita kusta harus memakai kacamata                              | 3  | 4 | 2  | 1  |
| 10 | Keluarga membantu penderita menutup matanya dengan kasa saat tidur  | 3  | 4 | 2  | 1  |

Keterangan :

SS (Sangat Setuju)

S (Setuju)

KS (Kurang Setuju)

TS (Tidak Setuju)

**V. Pencegahan Kecacatan**

Beri tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang saudara anggap benar.

1. Apakah keluarga melakukan perawatan setiap hari pada penderita kusta?

- a. Ya
- b. Tidak

Kunci A

2. Jika ya, dalam hal apa keluarga melakukan perawatan?

- a. Menjaga kulit penderita agar tetap lembab
- b. Merendam tangan dan kaki penderita dengan air setiap hari, kemudian diminyaki
- c. Menganta penderita berobat

Kunci B

3. Apabila terdapat luka pada penderita kusta, apakah keluarga membantu membersihkan?

- a. Ya
- b. Kadang-kadang
- c. Tidak

Kunci A

4. Apabila penderita mengalami cedera, apa yang keluarga lakukan?
- Membersihkan luka
  - Membersihkan luka penderita kemudian menutup luka dengan perban
  - Diam saja
- Kunci B

5. Apakah keluarga mengingatkan penderita untuk menggunakan alat pelindung?
- Ya
  - Kadang-kadang
  - Tidak
- Kunci A

6. Apakah keluarga mencegah penderita memegang benda panas dengan tangan kosong?
- Ya
  - Tidak
- Kunci A

7. Apakah keluarga pernah melarang penderita keluar rumah jika tanpa alas kaki dan kaca mata?
- Ya
  - Kadang-kadang
  - Tidak
- Kunci C

7. Apa yang keluarga lakukan jika penderita tidak dapat menutup mata pada saat tidur?
- Menutup mata penderita dengan kain atau kasa
  - Menganjurkan penderita menggunakan penutup mata
  - Diam saja
  - Kunci A

9. Apakah keluarga selalu menganjurkan penderita kusta untuk memakai alas kaki?
- Ya
  - Kadang-kadang
  - Tidak
- Kunci A

10. Apa yang keluarga lakukan agar penderita tidak mengalami cedera pada kaki?
- Menganjurkan penderita untuk selalu memakai alas kaki
  - Menyapu rumah sesering mungkin
  - Tidak melakukan apapun
- Kunci A

## Lampiran 5

## Tabulasi Pengkodean Data Demografi Responden

| No | Data Demografi Responden |   |            |   |           |            | Pengetahuan | Sikap | Perawatan |
|----|--------------------------|---|------------|---|-----------|------------|-------------|-------|-----------|
|    | JK                       | U | Pendidikan | H | Pekerjaan | Pendapatan |             |       |           |
| 1  | 2                        | 2 | 2          | 2 | 6         | 1          | 56          | 148   | 60        |
| 2  | 2                        | 2 | 3          | 3 | 3         | 1          | 69          | 170   | 90        |
| 3  | 2                        | 2 | 2          | 4 | 2         | 1          | 19          | 91    | 30        |
| 4  | 2                        | 2 | 2          | 4 | 6         | 1          | 50          | 194   | 80        |
| 5  | 2                        | 3 | 2          | 3 | 6         | 1          | 44          | 148   | 80        |
| 6  | 2                        | 2 | 2          | 4 | 2         | 1          | 50          | 80    | 40        |
| 7  | 1                        | 3 | 2          | 2 | 6         | 1          | 50          | 35    | 60        |
| 8  | 2                        | 2 | 2          | 2 | 2         | 1          | 44          | 91    | 20        |
| 9  | 2                        | 2 | 4          | 4 | 2         | 2          | 69          | 80    | 50        |
| 10 | 2                        | 2 | 4          | 4 | 2         | 2          | 75          | 57    | 50        |
| 11 | 2                        | 2 | 1          | 2 | 6         | 1          | 56          | 194   | 80        |
| 12 | 2                        | 1 | 1          | 1 | 2         | 1          | 31          | 91    | 60        |
| 13 | 2                        | 2 | 1          | 2 | 6         | 1          | 63          | 91    | 70        |
| 14 | 1                        | 2 | 2          | 3 | 3         | 1          | 63          | 57    | 60        |
| 15 | 1                        | 1 | 3          | 4 | 2         | 1          | 50          | 194   | 70        |
| 16 | 1                        | 2 | 1          | 4 | 3         | 1          | 56          | 148   | 60        |
| 17 | 2                        | 1 | 3          | 3 | 2         | 2          | 69          | 57    | 60        |
| 18 | 1                        | 3 | 1          | 4 | 3         | 1          | 44          | 148   | 70        |
| 19 | 2                        | 2 | 1          | 2 | 6         | 1          | 75          | 91    | 70        |
| 20 | 1                        | 3 | 3          | 1 | 3         | 2          | 69          | 91    | 60        |

Kode:

Jenis kelamin:

1. laki-laki
2. perempuan

Usia:

1. <20 tahun
2. 20-35 tahun
3. >35 tahun

Pendidikan:

1. SD
2. SMP
3. SMA
4. perguruan tinggi

Hubungan:

1. orang tua
2. suami/istri
3. anak
4. kakak/adik

Pekerjaan:

1. pns
2. pegawai swasta
3. wirausaha
4. petani
5. nelayan
6. lain-lain

Pendapatan:

1. < Rp. 900.000
2. Rp. 900.000 – Rp. 1.800.000
3. >Rp. 1.800.000

Singkatan:

JK: Jenis kelamin  
 U: Usia  
 H: Hubungan

Pengetahuan

| No. responden | No. Pertanyaan |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    | Nilai | Nilai akhir (%) | Keterangan |
|---------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|-------|-----------------|------------|
|               | 1              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |       |                 |            |
| 1             | 1              | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 9     | 56              | Cukup      |
| 2             | 1              | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 11    | 69              | Cukup      |
| 3             | 0              | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0  | 0  | 1  | 1  | 0  | 0  | 3     | 19              | Kurang     |
| 4             | 1              | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 7     | 44              | Kurang     |
| 5             | 0              | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0  | 0  | 0  | 1  | 1  | 0  | 0  | 8     | 50              | Kurang     |
| 6             | 0              | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 8     | 50              | Kurang     |
| 7             | 1              | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 8     | 50              | Kurang     |
| 8             | 0              | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 7     | 44              | Kurang     |
| 9             | 0              | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 11    | 69              | Cukup      |
| 10            | 0              | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 12    | 75              | Cukup      |
| 11            | 1              | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0  | 0  | 0  | 1  | 1  | 0  | 0  | 9     | 56              | Cukup      |
| 12            | 1              | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0  | 0  | 0  | 1  | 1  | 0  | 0  | 5     | 31              | Kurang     |
| 13            | 0              | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0  | 0  | 0  | 1  | 1  | 0  | 1  | 10    | 63              | Cukup      |
| 14            | 0              | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 10    | 63              | Cukup      |
| 15            | 1              | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 8     | 50              | Kurang     |
| 16            | 0              | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0  | 0  | 0  | 1  | 1  | 0  | 0  | 9     | 56              | Cukup      |
| 17            | 1              | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0  | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 11    | 69              | Cukup      |
| 18            | 1              | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 7     | 44              | Kurang     |
| 19            | 0              | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 12    | 75              | Cukup      |
| 20            | 1              | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 12    | 75              | Cukup      |
| 20            | 1              | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 11    | 69              | Cukup      |

Keterangan:

1=benar

0=salah



## Sikap

| No. Responden | No. Pertanyaan |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Nilai | Nilai akhir | Mean data | Keterangan |
|---------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|-------------|-----------|------------|
|               | 1              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |       |             |           |            |
| 1             | 4              | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2  | 36    | 148         | 32,9      | Positif    |
| 2             | 3              | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4  | 38    | 170         | 32,9      | Positif    |
| 3             | 3              | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2  | 31    | 91          | 32,9      | Positif    |
| 4             | 4              | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4  | 40    | 194         | 32,9      | Positif    |
| 5             | 4              | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4  | 36    | 148         | 32,9      | Positif    |
| 6             | 3              | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2  | 30    | 80          | 32,9      | Positif    |
| 7             | 3              | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1  | 26    | 35          | 32,9      | Positif    |
| 8             | 4              | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1  | 31    | 91          | 32,9      | Positif    |
| 9             | 3              | 4 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 4 | 1 | 2  | 30    | 80          | 32,9      | Positif    |
| 10            | 3              | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 4 | 1 | 1  | 28    | 57          | 32,9      | Positif    |
| 11            | 4              | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4  | 40    | 194         | 32,9      | Positif    |
| 12            | 4              | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 2  | 31    | 91          | 32,9      | Positif    |
| 13            | 3              | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4  | 31    | 91          | 32,9      | Positif    |
| 14            | 3              | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2  | 28    | 57          | 32,9      | Positif    |
| 15            | 4              | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4  | 40    | 194         | 32,9      | Positif    |
| 16            | 3              | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4  | 36    | 148         | 32,9      | Positif    |
| 17            | 3              | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 4 | 1 | 1  | 28    | 57          | 32,9      | Positif    |
| 18            | 4              | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2  | 36    | 148         | 32,9      | Positif    |
| 19            | 4              | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 1  | 31    | 91          | 32,9      | Positif    |
| 20            | 3              | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 1 | 2  | 31    | 91          | 32,9      | Positif    |

## Keterangan:

1=tidak setuju

3=sangat setuju

2=kurang setuju

4=setuju

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Perawatan

| No. Responden | No. Pertanyaan |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Nilai | Nilai akhir (%) | Keterangan |
|---------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|-----------------|------------|
|               | 1              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |       |                 |            |
| 1             | 1              | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1  | 6     | 60              | Cukup      |
| 2             | 1              | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1  | 9     | 90              | Baik       |
| 3             | 1              | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0  | 3     | 30              | Kurang     |
| 4             | 1              | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1  | 8     | 80              | Baik       |
| 5             | 1              | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1  | 8     | 80              | Baik       |
| 6             | 1              | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1  | 4     | 40              | Kurang     |
| 7             | 1              | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1  | 6     | 60              | Cukup      |
| 8             | 0              | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0  | 2     | 20              | Kurang     |
| 9             | 0              | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1  | 5     | 50              | Kurang     |
| 10            | 0              | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1  | 5     | 50              | Kurang     |
| 11            | 0              | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 8     | 80              | Baik       |
| 12            | 1              | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1  | 6     | 60              | Cukup      |
| 13            | 1              | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1  | 7     | 70              | Cukup      |
| 14            | 0              | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1  | 6     | 60              | Cukup      |
| 15            | 1              | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1  | 7     | 70              | Cukup      |
| 16            | 1              | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1  | 6     | 60              | Cukup      |
| 17            | 0              | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1  | 6     | 60              | Cukup      |
| 18            | 0              | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1  | 7     | 70              | Cukup      |
| 19            | 1              | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1  | 7     | 70              | Cukup      |
| 20            | 1              | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1  | 6     | 60              | Cukup      |

Keterangan:

1=benar

0=salah

## Lampiran 6

**Hasil Uji Hubungan Pengetahuan dengan Perawatan Pasien Kusta**

|                |             |                         | pengetahuan | perawatan |
|----------------|-------------|-------------------------|-------------|-----------|
| Spearman's rho | pengetahuan | Correlation Coefficient | 1,000       | ,106      |
|                |             | Sig. (2-tailed)         | .           | ,657      |
|                |             | N                       | 20          | 20        |
|                | perawatan   | Correlation Coefficient | ,106        | 1,000     |
|                |             | Sig. (2-tailed)         | ,657        | .         |
|                |             | N                       | 20          | 20        |

**Hasil Uji Hubungan Sikap dengan Perawatan Pasien Kusta**

|                |           |                         | sikap  | perawatan |
|----------------|-----------|-------------------------|--------|-----------|
| Spearman's rho | sikap     | Correlation Coefficient | 1,000  | ,662**    |
|                |           | Sig. (2-tailed)         | .      | ,001      |
|                |           | N                       | 20     | 20        |
|                | perawatan | Correlation Coefficient | ,662** | 1,000     |
|                |           | Sig. (2-tailed)         | ,001   | .         |
|                |           | N                       | 20     | 20        |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Standar Deviasi Sikap**

| Statistics         |         |       |
|--------------------|---------|-------|
| sikap              |         |       |
| N                  | Valid   | 20    |
|                    | Missing | 0     |
| Mean               |         | 32,90 |
| Std. Error of Mean |         | ,992  |
| Std. Deviation     |         | 4,436 |
| Minimum            |         | 26    |
| Maximum            |         | 40    |

Lampiran 7



## PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243  
Telp. (031) 8439473, 8439372, Fax. (031) 8483393

**SURAT IJIN  
SURVEY / PENELITIAN**  
Nomor : 072 / 3652 / 436.6.3 / 2015

Memperhatikan Surat  
Dari : Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan  
Perlindungan Masyarakat  
Nomor : 070/0679/436.7.3/2015  
Tanggal : 19 Januari 2015  
Hal : Penelitian  
Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :  
Nama : **Dahlia Ulfa**  
NIM : 131011096  
Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya  
Alamat : Jl. Kejawan Putih Tambak VII/22 Surabaya  
Tujuan Penelitian : Menyusun Skripsi  
Tema Penelitian : Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Terhadap  
Perawatan Pasien Kusta di Wilayah Puskesmas Pegirian  
Surabaya  
Lamanya : Bulan Januari s/d Pebruari Tahun 2015  
Penelitian  
Daerah / tempat : **Puskesmas Pegirian**  
Penelitian

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.  
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 27 Januari 2015  
a.n. KEPALA DINAS  
Sekretaris,



**Nanik Sukristina, SKM**  
Pembina  
NIP. 197001171994032008



**PEMERINTAH KOTA SURABAYA  
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jl. Jaks Agung Suprpto No. 2 - 4 Telp. ( 031 ) 5473284, Fax. 5343000  
SURABAYA ( 60272 )

Surabaya, 19 Januari 2015

Kepada

Nomor : 070 / 0679 / 436.7.3 / 2015  
Lampiran : -  
Hal : Pengambilan Data Penelitian

Yth. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya  
2. Camat Semampir Kota Surabaya  
3. Kepala UPTD Puskesmas Semampir Kota Surabaya

di -

SURABAYA

REKOMENDASI PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;  
2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tanggal 16 Januari 2015 Nomor : 162/UN3.1.12/PPd/2015 hal Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian
- Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :
- a. Nama : Dahlia Ulfa  
b. Alamat : Jl. Kejawan Putih Tambak VII / 22 Surabaya  
c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa  
d. Instansi/Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya  
e. Kewarganegaraan : Indonesia
- Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :
- a. Judul / Thema : Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Terhadap Perawatan Pasien Kusta Di Wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya  
b. Tujuan : Pengambilan Data Penelitian  
c. Bidang Penelitian : Kesehatan  
d. Penanggung Jawab : Tintin Sukartini, S.Kep., M.Kes  
e. Anggota Peserta : -  
f. Waktu : 1 (Satu) Bulan, TMT Surat dikeluarkan  
g. Lokasi : Dinas Kesehatan, Kecamatan Semampir, Puskesmas Pegirian
- Dengan persyaratan :
1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan / peraturan yang berlaku di Lokasi / Tempat dilakukan Penelitian/survey/kegiatan ;
  2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya ;
  3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI ;
  4. Rekomendasi ini akan dicabut / tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih.

Tembusan :

- Yth. 1. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya  
2. Saudara yang bersangkutan



NIP 19620304 198703 1 017



PEMERINTAH KOTA SURABAYA  
DINAS KESEHATAN  
**UPTD PUSKESMAS PEGIRIAN**

Jl Karang Tembok 39 Surabaya 60153  
Telp. (031) 3766179

**SURAT KETERANGAN**

NOMOR : 420 / 133 / 436.6.3.21 / 2015

Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. HENKY TK.  
NIP : 19550724 198403 1 002  
Pangkat / Golongan : Pembina Utama Madya / IVd  
Jabatan : Kepala Puskesmas Pegirian

Dengan ini menerangkan dengan sesungguhnya bahwa nama dibawah ini :

Nama : Dahlia Ulfa  
NIM : 131011096  
Fakultas : Keperawatan  
Universitas : Airlangga

Telah melakukan penelitian di Puskesmas Pegirian dengan judul "Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga terhadap Perawatan Pasien Kusta di wilayah Puskesmas Pegirian Surabaya" pada Januari – Februari 2015.

Demikian Surat Keterangan ini Saya buat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 04 Maret 2015

Kepala Puskesmas Pegirian

dr. HENKY TK.  
Pembina Utama Madya / IVd  
NIP. 19550724 198403 1 002