

## 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 Tinggi manapun.

Surabaya, 24 Juli 2007

Yang menyatakan

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nomi Inggar Variani', enclosed within a hand-drawn rectangular box.

(Nomi Inggar Variani)  
010310585 B

**LEMBAR PERSETUJUAN**

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 24 JULI 2007

Oleh :  
Pembimbing I



Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes

NIP : 132 255 152

Pembimbing II



Makhfudli, S.Kep., Ns

NIK : 139 040 679

Mengetahui

a.n Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Wakil Ketua II



Dr. Nufuslam, M.Nurs (Hons)

NIP : 140 238 226

## LEMBAR PENGESAHAN

Telah Dipertahankan Di Depan Tim Penguji Skripsi

Pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Pada Tanggal 30 Juli 2007

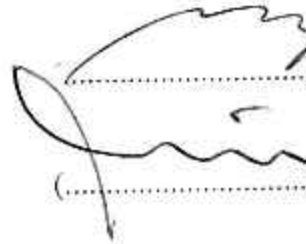
Mengesahkan

Tim Penguji

Ketua : 1. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si



Anggota : 2. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes



Anggota : 3. Makhfudli, S.Kep., Ns

Mengetahui

Sebagai Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)  
Ketua II



NIP : 140 238 226

**MOTTO**

.....Jadikanlah sabar dan sholat sebagai penolongmu  
Sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar  
(Al-Baqarah : 153)

*Sesungguhnya pada dirimu ada dua perangai yang dicintai Allah,  
yaitu sifat lemah lembut (sabar) dan sifat tenang (tidak tergesa-gesa)*

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan ke hadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Persepsi Masyarakat Tentang Penyakit Kusta”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr, SpP(K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk menjadi mahasiswa pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
2. Prof. H. Eddy Soewandojo, dr. SpPD, KTI, selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
3. Dr. Nursalam M.Nurs (Hons), selaku Wakil Ketua II Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga dan penanggung jawab skripsi yang juga memberikan bimbingan dan arahan.
4. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes, selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu memberikan bimbingan, arahan dan saran kepada saya sehingga skripsi ini akhirnya terselesaikan.

5. Makhfudli, S.Kep., Ns, selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, arahan dan saran kepada saya sehingga skripsi ini akhirnya terselesaikan.
6. Ferry Effendi, S.Kep., Ns, terima kasih telah meluangkan waktu untuk membimbing dan memberi banyak saran dan ide
7. Bu Retno, selaku staf Promkes Dinkes Surabaya yang telah dengan senang hati membimbing dan memberikan arahan dalam penyelesaian skripsi ini
8. Bapak Subur, selaku staf P2M (Pemberantasan Penyakit Menular) Dinkes Surabaya yang sudah memberikan informasi tentang penyakit kusta
9. Bapak Slamet dan seluruh staf di Puskesmas Pegirian yang sudah memberikan saya data tentang penyakit kusta
10. Drs. Imam Suhri, MM selaku kepala Bakesbanglinmas yang telah memberikan ijin kepada saya untuk melakukan penelitian ini
11. Bu Titik, selaku staf Bakesbanglinmas yang telah membantu saya membuat surat perijinan dalam penelitian saya
12. Pentarto, S.Sos., M.Si selaku Camat Semampir yang telah mengijinkan saya untuk melakukan penelitian di wilayah kecamatan Semampir
13. Bapak Tatang, selaku staf di Kecamatan Semampir yang telah membantu saya dalam perijinan penelitian saya
14. Yunus, S.STP selaku lurah Ujung terima kasih atas kesediaannya untuk mengijinkan saya melakukan penelitian
15. Bapak Munir, selaku staf di Kelurahan Ujung yang telah dengan senang hati memberikan saya informasi tentang penderita kusta

16. Pak Iwan, selaku staf kelurahan Ujung yang telah membantu saya dalam perijinan penelitian
17. Bapak Heri selaku ketua RW X, Bapak Suripno selaku ketua RW XI dan Bapak Kandar selaku ketua RW XII Kelurahan Ujung yang telah mengizinkan saya melakukan penelitian dan membantu dalam mencari responden
18. Bapak Hadi, selaku ketua RT 04, terima kasih telah membantu saya dalam mencari responden
19. Bapak-bapak/Ibu-ibu di wilayah kerja Kelurahan Ujung, terima kasih atas kesediaannya menjadi responden
20. Kedua orang tuaku tercinta, terima kasih atas cinta, doa, motivasi dan dukungannya, semoga semuanya menjadi tidak lain selain manfaat dunia dan akhirat
21. Suami dan anakku tercinta, kalian berdua telah memberikan semangat dalam penyelesaian skripsi ini
22. Kedua adikku tercinta di rumah, terima kasih atas doa dan dukungannya selama ini
23. Pak Hendy, selaku staf perpustakaan dan tata usaha PSIK FK Unair Surabaya, terima kasih atas bantuan yang diberikan
24. Sahabat-sahabatKu yang ada di "Genk Karmenhita" (Wiwin 'Poh', Ana, Rwin, Rina, Tea\_ka dan Roheni), makasih atas dukungan dan semangat yang sudah kalian berikan

25. Teman-teman PSIK, terima kasih atas bantuannya selama ini dan kerja samanya yang kompak, serta semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu, terima kasih

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

Saya sadari bahwa skripsi ini jauh dari kesempurnaan, tetapi saya berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 30 Juli 2007

Penulis

**NOMI INGGAR VARIANI**



## ABSTRACT

**INFLUENCE OF HEALTH EDUCATION TO CHANGE SOCIETY  
PERCEPTION ABOUT LEPROSY DISEASE IN REGION SUB-DISTRICT  
OF UJUNG SURABAYA**

By :  
Nomi Inggar Variani

Sub-District of Ujung represent region with the greatest number of leper in Surabaya in 2007. Counted 50% society experience wrong perception about leprosy disease. Cause of the wrong perception because bad society stigmatisation to leprosy disease, lack of society knowledge about leprosy disease. If problem of this perception do not immediately overcome by hence will result in leper feel lower itself. The wrong perception society have to is immediately eliminated in order that leper do not be excommunicated again. This research purpose to analyse influence of health education to change of society perception about leprosy disease.

Research desain the used is *Quasy Experimental Two Pre-Post Test Design*. Its population is society residing in work region sub-district of Ujung. Research done from june '20 until July '5, 2007. Interpretation method of sampel use *Cluster Random Sampling* totally sample 32 responder. Independent variable is health education. Dependen variable is society perception about leprosy disease. Data collecting use qusioner sheet perception about leprosy. Data analysed to use *Wilcoxon Signed Rank Test* and *Mann Whitney U Test* with meaning level of  $p \leq 0,05$ .

Result of test *Wilcoxon Signed Rank Test* show at control have level of significanci each that is  $p=0,102$  and  $p=0,317$  meaning there no change of perception, while at treatment group have level of significanci each that is  $p=0,001$  and  $p=0,003$  meaning there is change of perception. Result of test *Mann Whitney U Test* obtained by value of knowledge of  $p=0,000$  and attitude of  $p=0,001$ , so hypothesis accepted.

At this research earn concluded that health education can change society perception in region Sub-District of Ujung. This can become suggestion to puskesmas to do health education utilize to degrade society perceptionf.

Keyword : Health Education, perception, leprosy, society.

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>MOTTO</b> .....	<b>v</b>
<b>UCAPAN TERIMA KASIH</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xvi</b>
<b>BAB 1 : PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
<b>BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>7</b>
2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan.....	7
2.1.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan.....	7
2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan.....	8
2.1.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan.....	9
2.1.4 Pentingnya pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan.....	11
2.1.5 Metode Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan.....	13
2.1.6 Alat Bantu dan Media Pendidikan Kesehatan.....	18
2.2 Konsep Persepsi.....	22
2.2.1 Pengertian persepsi.....	22
2.2.2 Proses terjadinya persepsi.....	23
2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi.....	23
2.2.4 Faktor-faktor yang berperan dalam persepsi.....	25
2.2.5 Tahap-tahap dalam proses persepsi.....	25
2.3 Konsep Belajar.....	28
2.3.1 Pengertian.....	28
2.3.2 Proses Belajar.....	29
2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi proses belajar.....	29
2.3.4 Konsep Belajar.....	32
2.3.5 Prinsip Belajar.....	33
2.3.6 Metode Belajar.....	34
2.4 Konsep Kusta.....	35
2.4.1 Pengertian.....	35

2.4.2 Etiologi.....	35
2.4.3 Epidemiologi.....	36
2.4.4 Gejala dini penyakit kusta.....	38
2.4.5 Bentuk-bentuk Klinis Penyakit Kusta.....	39
2.4.6 Klasifikasi Penyakit Kusta.....	41
2.4.7 Masalah-masalah yang terjadi pada penderita kusta.....	42
2.4.8 Pemeriksaan klinis.....	43
2.4.9 Penatalaksanaan pada penderita kusta.....	45
2.4.10 Rehabilitasi.....	51
2.4.11 Pencegahan terhadap penyakit kusta.....	52
2.5 Persepsi Masyarakat Tentang Kusta.....	53
<b>BAB 3 : KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS.....</b>	<b>55</b>
3.1 Kerangka Konseptual.....	55
3.2 Hipotesis.....	56
<b>BAB 4 : METODE PENELITIAN.....</b>	<b>57</b>
4.1 Rancangan Penelitian.....	57
4.2 Kerangka Operasional.....	59
4.3 Populasi, Sampel dan Sampling.....	60
4.3.1 Populasi.....	60
4.3.2 Sampel.....	60
4.3.3 Sampling.....	61
4.4 Identifikasi Variabel.....	62
4.4.1 Variabel Independen.....	62
4.4.2 Variabel Dependen.....	62
4.5 Definisi Operasional.....	63
4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data.....	65
4.6.1 Instrumen.....	65
4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	65
4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data.....	65
4.7 Cara Analisis Data.....	67
4.8 Masalah Etika.....	68
4.9 Keterbatasan Penelitian.....	69
<b>BAB 5 : HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>71</b>
5.1 Hasil Penelitian.....	71
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	71
5.1.2 Karakteristik Demografi Responden.....	72
5.1.2.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur.....	72
5.1.2.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	73
5.1.2.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir....	74
5.1.2.4 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Pekerjaan.....	75
5.1.3 Variabel Yang diukur.....	76
5.1.3.1 Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan.....	77
5.1.3.2 Sikap Responden Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan.....	79

5.1.3.3 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Persepsi Masyarakat Tentang Penyakit Kusta.....	81
5.2 Pembahasan .....	83
<b>BAB 6 : SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>88</b>
6.1 Simpulan.....	88
6.2 Saran.....	88
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>90</b>
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN.....</b>	<b>92</b>

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Zona spektrum kusta menurut berbagai klasifikasi.....	42
Tabel 2.2 Klasifikasi cacat pada penderita kusta.....	51
Tabel 4.1 Kerangka kerja penelitian.....	58
Tabel 4.2 Definisi operasional.....	63
Tabel 5.1 Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan Masyarakat tentang penyakit kusta.....	81
Tabel 5.2 Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan sikap masyarakat tentang penyakit kusta.....	82

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skema hubungan Status Kesehatan, Perilaku dan Pendidikan Kesehatan.....	12
Gambar 2.2 Kerucut Edgar Gale.....	18
Gambar 2.3 Proses Terjadinya Persepsi.....	23
Gambar 2.4 Kerangka Konsep Proses Belajar.....	29
Gambar 2.5 Perjalanan Penyakit Kusta.....	38
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	55
Gambar 4.1 Kerangka Operasional.....	58
Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur Pada Kelompok Perlakuan .....	72
Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur Pada Kelompok Kontrol .....	73
Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis kelamin Pada Kelompok Perlakuan .....	73
Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pada Kelompok Kontrol .....	74
Gambar 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Pada Kelompok Perlakuan .....	74
Gambar 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Pada Kelompok Kontrol .....	75
Gambar 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Pekerjaan Pada Kelompok Perlakuan .....	75
Gambar 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Pekerjaan Pada Kelompok Kontrol .....	76

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1	Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian .....	92
Lampiran 2	Surat Ijin Penelitian dari BaKesBang dan LinMas .....	93
Lampiran 3	Surat Ijin Penelitian dari Kecamatan Semampir .....	94
Lampiran 4	Surat Ijin Penelitian dari Kelurahan Ujung .....	95
Lampiran 5	Surat Pengantar Telah Melakukan Penelitian dari Kelurahan Ujung.....	96
Lampiran 6	Lembar Permintaan menjadi Responden .....	97
Lampiran 7	Lembar Persetujuan Menjadi Peserta Penelitian .....	98
Lampiran 8	Lembar Kuesioner .....	99
Lampiran 9	Satuan Acara Pembelajaran .....	104
Lampiran 10	Materi Pendidikan Kesehatan Tentang Penyakit Kusta .....	107
Lampiran 11	Data Demografi Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol	113
Lampiran 12	Tabulasi Data.....	114
Lampiran 13	Analisis Data.....	122

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar belakang

Persepsi masyarakat tentang penyakit kusta masih cukup tinggi. Masyarakat masih menganggap bahwa penyakit kusta merupakan penyakit kotor dan penyakit kutukan. Masih banyak masyarakat yang mengucilkan penderita dan keluarganya (Anonim, 2006). Pandangan yang salah tentang kusta sebagai penyakit kutukan, penyakit keturunan atau akibat guna-guna mempersulit upaya pengobatan (Hasan, 2006). Tidak tepatnya persepsi masyarakat tersebut diduga karena kurangnya pengetahuan masyarakat tentang penyakit kusta dan informasi atau pendidikan kesehatan yang diberikan petugas kesehatan masih kurang. Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses perubahan perilaku secara terencana pada diri individu, kelompok atau masyarakat dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat (Herawani, 2001). Tujuan pendidikan kesehatan dalam keperawatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan, mencegah timbulnya penyakit dan bertambahnya masalah kesehatan, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan. Stigmatisasi masyarakat terhadap penderita kusta menjadi masalah utama (Sulung, 2006). Hal ini juga yang menyebabkan penderita dan keluarganya masih malu untuk memeriksakan penyakitnya ke pusat pelayanan kesehatan. Akibatnya penyakit yang



diderita semakin parah dan semakin membuka peluang untuk penularan penyakit.

Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2005 mengungkapkan bahwa Indonesia menduduki urutan ketiga sebagai negara terbanyak penderita kusta setelah India dan Brazil (Anonim, 2006). Pada tahun 2005 tercatat 21.537 penderita kusta dengan 8,74% diantaranya sudah mengalami cacat tingkat dua, sedangkan 9,09% diantaranya penderita anak. Penyakit ini banyak ditemukan di masyarakat miskin terutama di NTT, Sulawesi Tenggara, Maluku, Papua dan Irian Jaya Barat (Erlangga, 2005).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Propinsi Jatim, hasil kegiatan GPP (Gerakan Penanggulangan Penyakit) tahun 2004 adalah penderita yang telah diobati sebanyak 6.061 orang, prevalensi 1,67 per 10 ribu penduduk, penderita baru ditemukan 5.628 orang, penderita anak ditemukan 694 orang (12%) dan penderita cacat II sebanyak 561 orang (Erlangga, 2005). Sedangkan hingga akhir tahun 2005, 35% penderita kusta nasional berada di Jawa Timur (peringkat ke tujuh di Indonesia), dengan prevalensi 1,72 per 10 ribu penduduk (Anonim, 2006). Penderita terbanyak berasal dari 16 kabupaten/kota yang berada di Pulau Madura dan daerah pesisir pantai. Sementara penderita kusta di Jawa Timur tahun 2006 dalam urutan ke 7 (tujuh) diantara propinsi lain yang ada di Indonesia dengan angka 1,39% per 10 ribu penduduk. Jumlah ini masih diatas angka nasional yaitu 0,80% per 10 ribu penduduk (Nanda, 2002). Menurut data Dinas Kesehatan kota Surabaya pada bulan Februari 2007

penderita kusta sebanyak 164 kasus yang terbagi atas kusta tipe PB sebanyak 6 kasus dan kusta tipe MB sebanyak 158 kasus. Penderita terbanyak pertama terdapat di wilayah Puskesmas Pegirian dengan 15 kasus kusta tipe MB. Jumlah penderita terbanyak terdapat di wilayah Kelurahan Ujung dengan 4 kasus kusta tipe MB. Sisanya tersebar di daerah lain yang masuk ke wilayah Puskesmas lain yang berobat ke Puskesmas Pegirian (Dinkes Surabaya, 2007).

Persepsi masyarakat tentang penyakit kusta merupakan penyakit kutukan, penyakit keturunan, menular dan menjijikkan membuat penderita dan keluarganya dikucilkan dari masyarakat. Banyak keluarga penderita yang menyembunyikan anggota keluarganya yang sakit sehingga petugas kesehatan tidak bisa menemukan dan mengobatinya sedini mungkin. Penyakit kusta memang mempunyai stigma yang buruk di masyarakat sehingga penderitanya seringkali dijauhi dari pergaulan (Sulung, 2006). Akibatnya penyakit yang diderita semakin parah dan semakin membuka peluang untuk penularan penyakit. Anggapan masyarakat yang hanya dengan bersentuhan kulit dengan penderita kusta akan tertular, masih membuat masyarakat merasa takut apabila bergaul dengan penderita kusta. Persepsi masyarakat yang salah terhadap penderita kusta menimbulkan dampak yang buruk pada penderita dan keluarganya (Alam, 2002). Hal ini akan menyebabkan makin banyaknya penderita yang dapat menularkan penyakitnya dan target global secara menyeluruh tentang pencapaian program eliminasi kusta yang sudah ditetapkan melalui resolusi WHO pada tahun 2025 akan sulit terwujud.

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu upaya yang bisa dilakukan untuk merubah persepsi masyarakat yang kurang baik menjadi lebih baik. Berdasarkan uraian tersebut maka penting bagi perawat dan atau petugas kesehatan lainnya untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang kusta pada masyarakat, sehingga stigma sosial dalam masyarakat terhadap penderita kusta akan berangsur-angsur menghilang. Selain itu, agar benar-benar dapat dipahami dan dapat memberikan manfaat kepada masyarakat.

## **1.2 Rumusan Masalah**

1. Bagaimanakah persepsi masyarakat tentang kusta sebelum diberikan pendidikan kesehatan
2. Bagaimanakah persepsi masyarakat tentang kusta setelah diberikan pendidikan kesehatan
3. Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan persepsi masyarakat tentang kusta

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menjelaskan pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan persepsi masyarakat tentang penyakit kusta.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi persepsi masyarakat tentang penyakit kusta sebelum diberikan pendidikan kesehatan.
2. Mengidentifikasi persepsi masyarakat tentang penyakit kusta setelah diberikan pendidikan kesehatan.
3. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan persepsi masyarakat tentang penyakit kusta.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi Ilmu Keperawatan Komunitas untuk pengembangan lebih lanjut khususnya dalam hal pemberian pendidikan kesehatan tentang penyakit kusta.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

1. Dengan diketahuinya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan persepsi masyarakat tentang penyakit kusta maka pendidikan kesehatan dapat digunakan dalam memberikan informasi kepada masyarakat untuk mengarahkan masyarakat kepada perilaku yang sehat.

2. Sebagai masukan kepada pengelola program kesehatan dan instansi terkait untuk selalu melakukan pendidikan kesehatan tentang penyakit kusta kepada masyarakat agar stigma masyarakat terhadap penyakit kusta perlahan-lahan akan berangsur-angsur hilang.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada tinjauan pustaka ini akan disajikan beberapa konsep dasar, yaitu 1) konsep dasar pendidikan kesehatan, 2) konsep persepsi, 3) konsep belajar, 4) konsep kusta dan 5) persepsi masyarakat tentang kusta.

#### **2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan**

##### **2.1.1 Pengertian**

Pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti di dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat.

Menurut Herawani (2001), pendidikan kesehatan merupakan usaha kegiatan untuk membantu individu, kelompok dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap maupun keterampilan untuk mencapai hidup sehat secara optimal.

Menurut Green yang dikutip oleh Notoatmodjo (1997) mengemukakan bahwa pendidikan kesehatan adalah istilah yang diterapkan pada penggunaan proses pendidikan secara terencana untuk mencapai tujuan kesehatan yang meliputi beberapa kombinasi dan kesempatan pembelajaran.

Pada kesimpulannya pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan perilaku secara terencana pada diri individu, kelompok atau masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam pencapaian tujuan hidup sehat. Dengan demikian

pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran.

### 2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Secara umum, tujuan pendidikan kesehatan menurut WHO yang dikutip oleh Notoatmodjo (1997) adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat dibidang kesehatan yang dapat diperinci lebih lanjut sebagai berikut :

1. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai dimasyarakat
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada

Secara operasional, tujuan pendidikan kesehatan diperinci oleh Wong (1974) yang dikutip Herawani (2001) sebagai berikut :

1. Agar penderita (masyarakat) memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatannya (dirinya), keselamatan lingkungan dan masyarakatnya.
2. Agar seseorang melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah ketergantungan melalui rehabilitasi cacat yang disebabkan oleh penyakit.
3. Agar seseorang memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan sistem dan cara memanfaatkannya dengan efisien dan efektif.

4. Agar seseorang mempelajari apa yang dapat dilakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada sistem pelayanan kesehatan yang formal.

Dari uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa pada dasarnya pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengubah pemahaman individu, kelompok dan masyarakat dibidang kesehatan agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bermilai, mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai.

### 2.1.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Menurut Herawani (2001), ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain :

#### 1. Sasaran Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu :

- a. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu
- b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok
- c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat

#### 2. Tempat Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, sehingga sarasanya juga berbeda. Misalnya :

- a. Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran para murid yang pelaksanaannya diintegrasikan dalam Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).



- b. Pendidikan kesehatan di pelayanan kesehatan, dilakukan di pusat kesehatan masyarakat, balai kesehatan, rumah sakit umum maupun khusus dengan sasaran pasien dan keluarga pasien.
- c. Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan.

### 3. Tingkat Pelayanan Pendidikan Kesehatan

Menurut Leavel dan Clark yang dikutip Herawani (2001), pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*), yaitu :

#### a. Promosi kesehatan (*Health Promotion*)

Pendidikan kesehatan diperlukan misalnya dalam kebersihan perseorangan, perbaikan sanitasi lingkungan, pemeriksaan kesehatan berkala, peningkatan gizi dan kebiasaan hidup sehat.

#### b. Perlindungan khusus (*Specific Protection*)

Pendidikan kesehatan diperlukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat, misalnya tentang imunisasi sebagai cara perlindungan terhadap penyakit pada anak maupun orang dewasa.

#### c. Diagnosa dini dan pengobatan segera (*Early Diagnosis and Prompt Treatment*)

Pendidikan kesehatan diperlukan karena rendahnya tingkat pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan kesehatan dan penyakit yang terjadi di masyarakat, misalnya pencarian kasus individu atau massal, survey penyaringan kasus, penyembuhan dan pencegahan berlanjutnya proses

penyakit, pencegahan penyebaran penyakit menular dan pencegahan komplikasi.

d. Pembatasan cacat (*Disability Limitation*)

Pendidikan kesehatan diperlukan karena masyarakat sering tidak mau melanjutkan pengobatannya sampai tuntas atau tidak mau melakukan pemeriksaan dan pengobatan penyakitnya secara tuntas, misalnya perawatan untuk menghentikan penyakit, pencegahan komplikasi lebih lanjut, serta fasilitas untuk mengatasi cacat dan mencegah kematian.

e. Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

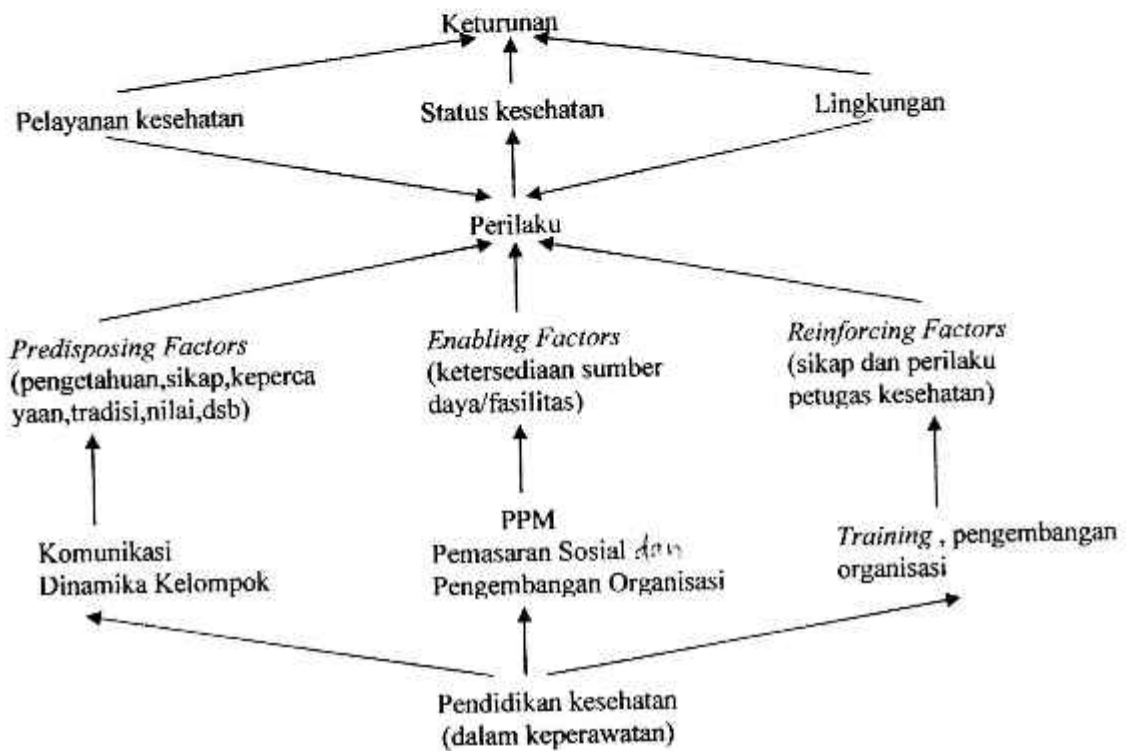
Pendidikan kesehatan diperlukan karena setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, seseorang mungkin menjadi cacat. Untuk memulihkan kecacatannya tersebut diperlukan latihan-latihan yang baik dan benar sesuai program yang ditentukan. Oleh karena itu, diperlukan adanya pengertian dan kesadaran dari masyarakat.

#### 2.1.4 Pentingnya Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan

Pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah melalui kegiatan pembelajaran, yang didalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik.

Tujuan pendidikan kesehatan dalam keperawatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan, mencegah timbulnya penyakit dan bertambahnya masalah kesehatan, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan.

Menurut Notoatmodjo (1993) yang dikutip Herawani (2001), pentingnya pendidikan kesehatan dalam keperawatan dapat digambarkan tentang hubungan status kesehatan, perilaku dan pendidikan kesehatan dengan memodifikasi konsep Blum dan Green seperti pada gambar berikut ini :



Gambar 2.1 Skema Hubungan Status Kesehatan, Perilaku Dan Pendidikan Kesehatan

Skema tersebut menggambarkan empat faktor yang mempengaruhi status kesehatan individu atau masyarakat yang saling mempengaruhi dan berinteraksi satu sama lain. Faktor-faktor tersebut yaitu :

1. Keturunan, merupakan kondisi yang ada pada manusia serta organ manusia yang ada.
2. Pelayanan kesehatan, petugas kesehatan berupaya dan bertanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan pada individu dan masyarakat. Mutu pelayanan yang profesional akan mempengaruhi status kesehatan masyarakat.

3. Perilaku, perilaku dapat dipengaruhi dari individu tersebut dan dapat pula dari luar misalnya pengaruh dari budaya, nilai-nilai ataupun keyakinan yang ada dalam masyarakat.
4. Lingkungan, suatu kondisi yang menggambarkan lingkungan kehidupan manusia yang dihubungkan dengan status kesehatan.

Pendidikan kesehatan dalam keperawatan merupakan tahap intervensi yang diarahkan pada faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor yang memperkuat masalah perilaku baik individu, kelompok maupun masyarakat

#### 2.1.5 Metode Pembelajaran dalam Pendidikan kesehatan

Metode pendidikan kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk penyampaian pesan kepada sasaran pendidikan kesehatan, yaitu individu, kelompok atau keluarga dan masyarakat (Herawani, 2001)

Metode pendidikan individual pada pendidikan kesehatan digunakan untuk membina perilaku baru serta membina perilaku individu yang mulai tertarik pada perubahan perilaku sebagai proses inovasi. Metode pendidikan yang biasa digunakan adalah bimbingan dan penyuluhan, konsultasi pribadi dan wawancara

Metode pendidikan kelompok dapat dibagi ke dalam kategori kelompok kecil yang beranggotakan kurang dari 15 orang dan kelompok besar yang beranggotakan lebih dari 15 orang. Pada kelompok kecil metode pendidikan yang dapat digunakan adalah diskusi kelompok, *buzz group*, permainan peran, simulasi dan demonstrasi. Pada kelompok besar metode pendidikan yang dapat digunakan adalah ceramah, seminar, simposium dan forum panel

Metode pendidikan massa digunakan pada sasaran yang bersifat umum dan tidak membedakan sasaran dari umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi dan tingkat pendidikan. Metode pendidikan yang dapat digunakan adalah ceramah umum, pidato, artikel di majalah dan papan reklame.

Suatu metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan dipilih berdasarkan tujuan pendidikan kesehatan, kemampuan perawat sebagai tenaga pengajar, kemampuan individu/keluarga/kelompok/masyarakat, besarnya kelompok, waktu pelaksanaan pendidikan kesehatan serta ketersediaan fasilitas pendukung.

Menurut Herawani (2001), beberapa bentuk metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan yaitu :

#### I. Metode ceramah

##### a. Pengertian

Adalah pidato yang disampaikan oleh seorang pembicara didepan sekelompok pengunjung. Dalam proses ceramah ada tiga elemen yang penting yaitu pengajar, materi pengajaran dan sasaran belajar.

##### b. Penggunaan

Metode ceramah digunakan pada sifat sasaran sebagai berikut :

- 1) Sasaran belajar mempunyai perhatian yang selektif
- 2) Sasaran belajar mempunyai lingkup perhatian yang terbatas
- 3) Sasaran belajar memerlukan informasi yang kategoris atau sistematis
- 4) Sasaran belajar perlu menyimpan informasi
- 5) Sasaran belajar perlu menggunakan informasi yang diterima

## 2. Metode diskusi kelompok

### a. Pengertian

Diskusi kelompok adalah percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan diantara tiga orang atau lebih tentang topik tertentu dengan seorang pemimpin

### b. Penggunaan

Metode diskusi kelompok digunakan bila sasaran pendidikan kesehatan diharapkan :

- 1) Dapat saling mengemukakan pendapat
- 2) Dapat mengenal dan mengolah masalah kesehatan yang dialami
- 3) Mengharapkan suasana informal
- 4) Agar masalah kesehatan yang dihadapi lebih menarik untuk dibahas

## 3. Metode panel

### a. Pengertian

Panel adalah pembicaraan yang sudah direncanakan di depan pengunjung tentang sebuah topik dan diperlukan tiga panelis atau lebih serta seorang pemimpin

### b. Penggunaan

Metode panel digunakan :

- 1) Pada waktu mengemukakan pendapat yang berbeda tentang satu topik
- 2) Jika tersedia panelis dan moderator yang memenuhi persyaratan
- 3) Jika topik pembicaraan terlalu luas untuk didiskusikan dalam kelompok

- 4) Jika peserta tidak diharapkan memberi tanggapan secara verbal dalam diskusi

#### 4. Metode forum panel

##### a. Pengertian

Forum panel adalah panel yang didalamnya pengunjung ikut berpartisipasi dalam diskusi

##### b. Penggunaan

Metode forum panel digunakan :

- 1) Jika ingin menggabungkan penyajian topik/materi dengan reaksi pengunjung
- 2) Jika anggota kelompok diharapkan memberikan reaksi pada diskusi
- 3) Jika tersedia waktu yang cukup
- 4) Jika pengunjung mengajukan pandangan yang berbeda-beda

#### 5. Metode permainan peran

##### a. Pengertian

Permainan peran adalah pemeranan sebuah situasi dalam kehidupan manusia tanpa diadakan latihan, dilakukan oleh dua orang atau lebih untuk dipakai sebagai bahan analisis oleh kelompok

##### b. Penggunaan

Metode permainan peran digunakan apabila :

- 1) Peserta perlu mengetahui pandangan yang berlawanan
- 2) Peserta mempunyai kemampuan untuk melakukan metode tersebut
- 3) Pada waktu membantu peserta memahami suatu masalah
- 4) Untuk pemecahan masalah

## 6. Metode symposium

### a. Pengertian

Symposium adalah serangkaian pidato pendek di depan peserta dengan seorang pemimpin yang mengemukakan aspek-aspek yang berbeda dari topik tertentu.

### b. Penggunaan

Metode symposium digunakan :

- 1) Untuk mengemukakan aspek-aspek yang berbeda dari topik tertentu
- 2) Pada kelompok besar
- 3) Kelompok membutuhkan keterangan ringkas
- 4) Jika tidak memerlukan reaksi pengunjung
- 5) Ketika pokok pembicaraan sudah ditentukan

## 7. Metode demonstrasi

### a. Pengertian

Metode demonstrasi adalah metode pembelajaran yang menyajikan suatu prosedur atau tugas, cara menggunakan alat dan cara berinteraksi demonstrasi dapat dilakukan secara langsung atau menggunakan media seperti video dan film

### b. Penggunaan

Metode demonstrasi digunakan :

- 1) Jika memerlukan contoh prosedur atau tugas dengan benar
- 2) Bila tersedia pengajar yang terampil
- 3) Membandingkan sesuatu cara dengan cara yang lain



- 4) Untuk mengetahui serta melihat kebenaran sesuatu, bila berhubungan dengan mengatur sesuatu, dan proses mengerjakan atau menggunakan

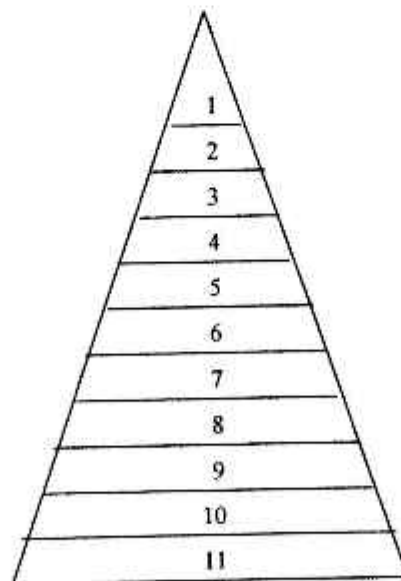
### 2.1.6 Alat Bantu dan Media Pendidikan Kesehatan

#### 1. Alat bantu pendidikan kesehatan

##### a. Pengertian

Menurut Notoatmodjo (2003) alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Alat peraga pada dasarnya dapat membantu sasaran didik untuk menerima pelajaran dengan menggunakan panca inderanya (Herawani, 2001).

Seseorang atau masyarakat didalam proses pendidikan dapat memperoleh pengalaman/pengetahuan melalui berbagai alat bantu pendidikan. Edgar Dale yang dikutip Notoatmodjo (2003) membagi alat peraga menjadi 11 macam dan menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat tersebut dalam suatu bentuk kerucut dibawah ini :



Keterangan :

1. Kata-kata
2. Tulisan
3. Rekaman, radio
4. Film
5. Televisi
6. Pameran
7. Kunjungan lapangan
8. Demonstrasi
9. Sandiwara
10. Benda tiruan
11. Benda asli

Gambar 2.2 Kerucut Edgar Gale

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa lapisan yang paling dasar adalah benda asli dan yang paling atas adalah kata-kata. Hal ini berarti bahwa dalam proses pendidikan, benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersepsi bahan pendidikan/pengajaran. Sedangkan penyampaian bahan yang hanya dengan kata-kata saja sangat kurang efektif atau intensitasnya paling rendah.

b. Kegunaan alat bantu pendidikan

Menurut Herawani (2001) kegunaan alat bantu dalam pendidikan kesehatan adalah :

1. Menimbulkan minat sasaran pendidikan kesehatan
2. Dapat mencapai sasaran yang lebih banyak
3. Membantu mengatasi hambatan bahasa
4. Mempermudah penyampaian materi pendidikan kesehatan oleh pendidik
5. Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan kesehatan
6. Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan kesehatan
7. Membantu menegakkan pengetahuan yang diperoleh
8. Merangsang sasaran pendidikan kesehatan untuk melakukan pesan kesehatan

c. Macam-macam alat bantu pendidikan

Herawani (2001) membagi macam-macam alat bantu pendidikan kesehatan sebagai berikut :

1. Alat bantu pandang

Alat bantu pandang berguna untuk merangsang indera penglihatan pada waktu terjadi proses pembelajaran, misalnya : slide, film, gambar, peta dan bagan

2. Alat bantu dengar

Alat bantu dengar adalah alat yang dapat menstimulasi indera pendengaran pada waktu proses pembelajaran, misalnya : piringan hitam, radio dan pita suara

3. Alat bantu pandang dengar

Alat bantu pandang dengar adalah alat bantu pendidikan kesehatan yang lebih dikenal dengan nama "Audio Visual Aids" (AVA) yang dapat membantu stimulasi indera penglihatan dan pendengaran pada waktu proses pembelajaran, misalnya : televisi, VCD dan kaset video

4. Alat bantu berdasarkan pembuatannya

- 1) Alat bantu elektronik yang rumit, contohnya : film, terawang film yang memerlukan alat elektronik
- 2) Alat bantu sederhana, contohnya : *leaflet*, model buku bergambar, papan tulis, *flip chart*, poster dan spanduk.

Dari uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa dalam proses pendidikan kesehatan terjadi penyampaian pesan dari petugas kesehatan/perawat

sebagai komunikator kepada sasaran didik, yaitu individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai komunikan.

## 2. Media pendidikan kesehatan

Media pendidikan kesehatan adalah alat bantu pendidikan yang merupakan alat untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan fungsinya sebagai media penyaluran pesan-pesan kesehatan, Notoatmodjo (2003) membagi media ini menjadi 3 yaitu :

### a. Media cetak

Media cetak sebagai alat-alat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain :

- 1) *Booklet*, adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar
- 2) *Leaflet*, adalah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi
- 3) *Flyer* (selebaran), adalah seperti leaflet, tetapi tidak dalam bentuk lipatan
- 4) *Flip chart* (lembar balik), adalah media penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik
- 5) Rubrik adalah tulisan pada surat kabar atau majalah membahas suatu masalah kesehatan atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan

6) Poster, adalah bentuk media cetak berisi pesan-pesan/informasi kesehatan yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum atau di kendaraan umum

7) Foto, adalah media yang mengungkapkan informasi kesehatan

b. Media elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan, yang terbagi antara lain :

1) Televisi, 2) Radio, 3) Video, 4) Slide dan 5) Film strip

c. Media papan (*Bill board*)

Papan (*bill board*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai dan diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi)

## 2.2 Konsep Persepsi

### 1. Pengertian Persepsi

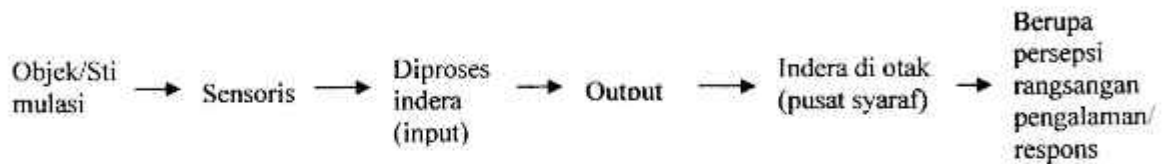
Persepsi merupakan suatu proses yang didahului oleh proses penginderaan, yaitu merupakan proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indera (Walgito, 2004).

Menurut William James yang dikutip Widayatun (1999), persepsi adalah suatu pengalaman yang terbentuk berupa data-data yang didapat melalui indera, hasil pengolahan otak dan ingatan.

## 2. Proses Terjadinya Persepsi

Menurut Widayatun (1999) persepsi terjadi karena adanya objek/stimulus yang merangsang untuk ditangkap oleh panca indera, kemudian dibawa ke otak dan terjadi adanya jawaban (respons) adanya stimulus berupa kesan atau respons yang dikembalikan ke indera kembali berupa tanggapan.

Dalam diagram berikut akan dijelaskan uraian tersebut



Gambar 2.1 Proses Terjadinya Persepsi  
(Widayatun, 1999)

## 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi Persepsi

Seseorang dalam mempersepsikan sesuatu dipengaruhi oleh dua faktor (Widayatun, 1999), yaitu :

### 1. Faktor Intrinsik

#### 1) Usia

Usia yang lebih matang membuat seseorang mempersepsikan sesuatunya dengan baik.

#### 2) Pembawaan

Pembawaan yang lebih dewasa membantu seseorang untuk mempersepsikan segala sesuatunya dengan baik, walaupun usianya belum matang.

#### 3) Kematangan

Kematangan dalam proses berpikir membuat seseorang melangkah dalam hal yang positif.

#### 4) Pengalaman

Dalam mempersepsikan sesuatu, seseorang bisa belajar banyak dari pengalaman, karena pengalaman banyak memberikan pelajaran yang berharga bagi seseorang.

#### 5) Fisik dan Kesehatan

Fisik dan kesehatan yang baik akan membuat seseorang mempersepsikan segala sesuatu dengan baik pula.

### 2. Faktor Ekstrinsik

#### 1) Lingkungan

Lingkungan yang sehat dan mendukung membuat seseorang berpikiran jernih sehingga bisa mempersepsikan diri dengan baik.

#### 2) Keluarga

Faktor keluarga sangat mempengaruhi seseorang untuk mempersepsikan sesuatu, karena keluarga yang selalu memberi masukan tentang segala hal yang baik dan buruk.

#### 3) Sosial Budaya

Walaupun sesuatu tersebut adalah hal yang positif, tetapi kalau sosial budaya seseorang berlawanan, mungkin akan sangat sulit bagi seseorang untuk mempersepsikan sesuatu.

#### 4) Norma Masyarakat

Apabila dalam suatu masyarakat tidak mendukung adanya sesuatu hal yang positif, seseorang tidak akan bisa mempersepsikan yang positif juga terhadap hal tersebut.

#### 4. Faktor-faktor Yang Berperan Dalam Persepsi

Faktor-faktor yang berperan dalam persepsi antara lain :

##### 1. Objek yang dipersepsi

Objek menimbulkan stimulus yang mengenai alat indera atau reseptor. Stimulus dapat datang dari luar individu yang mempersepsi, tetapi juga dapat datang dari dalam diri individu yang bersangkutan yang langsung mengenai saraf penerima yang bekerja sebagai reseptor.

##### 2. Alat indera, syaraf dan pusat susunan syaraf

Alat indera atau reseptor merupakan alat untuk menerima stimulus. Di samping itu juga harus ada saraf sensoris sebagai alat untuk meneruskan stimulus yang diterima reseptor ke pusat susunan saraf, yaitu otak sebagai pusat kesadaran. Sebagai alat untuk mengadakan respon diperlukan saraf motoris.

##### 3. Perhatian

Untuk mengadakan persepsi diperlukan adanya perhatian, yang merupakan langkah pertama sebagai suatu persiapan dalam rangka mengadakan persepsi. Perhatian merupakan pemusatan atau konsentrasi dari seluruh aktivitas individu yang ditujukan kepada sesuatu atau sekumpulan objek.

#### 5. Tahap-tahap Dalam Proses Persepsi

Persepsi bukanlah sebagai suatu proses tunggal melainkan suatu rangkaian yang berurutan. Menurut Parek yang dikutip Widayatun (1999) tahapan dalam persepsi adalah :



### 1. Proses Menerima

Proses pertama dalam persepsi adalah menerima rangsang atau data dari berbagai sumber data diterima melalui panca indera sehingga proses ini disebut sebagai penginderaan. Menurut Diserado (Widayatun, 1999) menyebut proses ini sebagai sensasi.

### 2. Proses Menyeleksi Rangsang

Setelah menerima rangsang atau data maka terjadi proses penyeleksian. Terdapat 2 faktor dalam mempengaruhi penyeleksian rangsang, yaitu faktor internal yang berkaitan dengan diri pengamat yang terdiri dari kebutuhan psikologis, latar belakang, pendidikan, kepribadian dan penerimaan diri (Walgito, 2004).

### 3. Proses Pengorganisasian

Data atau rangsang yang diterima selanjutnya diorganisasikan dalam suatu bentuk. Proses ini meliputi prinsip ekonomi sebagai berikut :

#### a. Pengelompokan atau *grouping*

Pengelompokan ini didasarkan atas kesamaan atau kemiripan. Rangsang-rangsang yang mirip satu sama lain cenderung dikelompokkan menjadi satu. Pengelompokan yang lain didasarkan kedekatan, dimana hal-hal yang berdekatan satu sama lain cenderung untuk dikelompokkan menjadi satu.

#### b. Bentuk timbul (*figur*) dan latar (*ground*)

Dalam melihat rangsang ada kecenderungan tertentu untuk memusatkan perhatian terhadap objek sebagai *figur*. Sedangkan yang lain sebagai latar. Hal ini tergantung kepada perhatian yang telah terbentuk.

c. Kemantapan persepsi

Bahwa ada suatu kecenderungan untuk menstabilkan persepsi dan perubahan-perubahan konteks yang tidak mempengaruhi. Kecenderungan ini mengakibatkan kesan yang diterima relatif menetap dalam waktu dan keadaan yang berbeda.

4. Proses Penafsiran dan Pemberian Arti

Ada beberapa faktor yang dapat membantu dalam pembuatan penafsiran terhadap data atau peristiwa, yaitu :

a. Perangkat persepsi

Perangkat persepsi merupakan kepercayaan yang dianut sebelumnya tentang persepsi yang lalu. Pendapat umum atau sikap yang dimiliki seseorang adalah merupakan perangkat ini.

b. Membuat stereotipe atau efek "hallo"

Membuat stereotipe berarti orang telah membentuk pendapat atau sikap terhadap suatu objek.

c. Pembelaan persepsi

Hal ini digunakan oleh pembuat persepsi untuk menghadapi pesan-pesan dan data yang bertentangan. Jika data yang diterima merupakan ancaman terhadap kepercayaan dan informasi yang telah diterima sebelumnya, maka akan terjadi pembelaan perseptual untuk menghadapi gejala tersebut.

d. Faktor-faktor konteks

Hal ini merupakan faktor lain yang memberi pengaruh tentang proses penafsiran atau pemberian arti, faktor ini meliputi konteks antar pribadi, latar belakang orang lain dan konteks keorganisasian.

5. Proses Pengambilan Keputusan

Menurut Bruner ada 3 tahap dalam pengambilan keputusan :

1. Kategori primitif, dimana objek atau peristiwa yang diamati diselesaikan dan ditandai berdasarkan ciri-ciri tersebut.
2. Mencari tanda, pengamat secara tepat memeriksa lingkungan untuk mencari tambahan informasi untuk mengadakan kategori yang tepat.
3. Konfirmasi, terjadi setelah objek mendapat penggolongan sementara. Pada tahap ini pengamat tidak lagi terbuka untuk sembarang masukan, melainkan hanya menerima informasi yang memperkuat keputusannya, masukan-masukan yang tidak relevan dihindari.

## 2.3 Konsep Belajar

### 1. Pengertian

Belajar adalah suatu proses usaha yang dilakukan seseorang untuk memperoleh suatu perubahan tingkah laku yang baru secara keseluruhan sebagai hasil pengalamannya sendiri dalam interaksi dengan lingkungannya (Suryani, 2005).

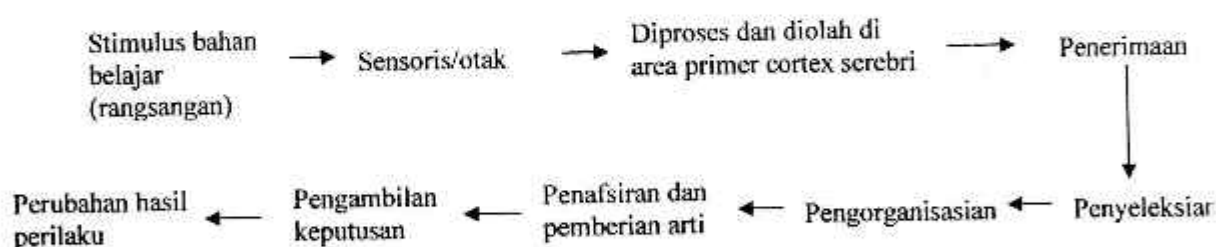
Menurut Widayatun (1999) belajar merupakan perubahan tingkah laku hasil pengalaman dan latihan serta bersifat relatif permanen.

Menurut Notoatmodjo (2003) yang dikutip oleh Suryani (2005) belajar adalah memperoleh sesuatu yang baru yang sebelumnya belum ada, yang sebelumnya belum diketahui menjadi tahu, yang sebelumnya belum mengerti menjadi mengerti.

## 2. Proses belajar

Menurut Widayatun (1999) belajar terjadi karena adanya stimulus bahan belajar (rangsangan) yang kemudian dibawa ke otak, diproses dan diolah di area primer cortex serebri menghasilkan langkah-langkah penerimaan, penyeleksian, pengorganisasian, penafsiran dan pemberian arti serta pengambilan keputusan sehingga terjadi perubahan hasil perilaku.

Dalam diagram berikut akan dijelaskan uraian tersebut :



Gambar 2.4 Kerangka Konsep Proses Belajar (Widayatun, 1999)

## 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses belajar

Proses belajar berhasil atau tidak dipengaruhi oleh beberapa faktor (Suryani, 2005). Faktor-faktor tersebut adalah :

## 1. Faktor manusia

Faktor ini bisa menyangkut pendidik maupun peserta didik. Hal yang berperan disini adalah :

### a. Kematangan

Kematangan disini termasuk kematangan fisik, psikis dan sosial

### b. Pengetahuan yang diperoleh sebelumnya

Sejauh mana pengetahuan yang diperoleh baik oleh pendidik maupun peserta didik sangat berpengaruh pada proses belajar

### c. Motivasi

Bila pendidik dan peserta didik sama-sama memiliki motivasi yang lebih tinggi terhadap materi yang dipelajari hasilnya akan lebih baik

## 2. Faktor beban tugas dan materi pendidikan kesehatan

### a. Bentuk beban tugas

Beban tugas untuk mengubah perilaku yang memerlukan keterampilan otot akan berbeda dengan hanya perilaku yang menggunakan kata-kata

### b. Banyaknya materi beban tugas

Bila beban tugas banyak dan kompleks akan lebih berat daripada materi pembelajaran itu hanya sedikit dan sederhana

### c. Jelas

Materi yang jelas membuat proses belajar akan lebih baik

d. Lingkungan

Lingkungan masyarakat menentang beban tugas pendidikan, tentu akan sulit untuk berhasil baik

3. Cara pelaksanaan

Hal-hal yang berkaitan dengan proses belajar dalam hal ini adalah :

a. Fasilitas dan sumber

Bila fasilitas untuk belajar memadai, sumber materinya cukup tentu akan lebih berhasil

b. Rutinitasnya

Proses belajar yang dilakukan secara rutin akan jauh lebih berhasil daripada hanya yang bersifat insidental

c. Minat dan motivasi

Cara pembelajaran yang dilaksanakan sedemikian rupa sehingga membangkitkan minat dan motivasi peserta didik akan lebih berhasil

d. Persiapan mental

Kesiapan mental untuk mengikuti pendidikan kesehatan sangat diperlukan. Bila peserta didik belum siap mental atau sedang ada masalah yang mengganggu ketenteraman jiwanya proses belajar akan kurang sukses

e. *Feed back* atau umpan balik

*Feed back* atau umpan balik cukup penting untuk dilaksanakan karena untuk mengetahui kesalahan seseorang

#### 4. Konsep belajar

Menurut Azwar (1983) yang dikutip oleh Suryani (2005) konsep belajar dibagi menjadi dua yaitu :

##### 1. Konsep Asosiasi (*Associative Learning*)

Dasar konsep ini adalah stimulus-respon (rangsangan-tanggapan). Karena adanya rangsangan kepada seseorang, maka akan ada tanggapan berupa perilaku. Ada beberapa konsep belajar yang masuk kategori konsep asosiasi ini yaitu :

##### a. *Trial and error*

Bila ada stimulus pada seseorang, maka orang tersebut akan memberi tanggapan berupa upaya mengatasi masalah tersebut. Hanya saja perilaku yang dilakukan bersifat coba-coba. Bila kelak kemudian hari terjadi kesalahan, akan diperbaiki pada masa yang lain.

##### b. *Conditioning*

Bila seseorang biasa menerima rangsangan tertentu, maka akan ada respon berupa perilaku tertentu pula.

##### c. *Imitation and identification*

Perilaku yang terjadi disebabkan karena meniru orang lain atau pengidentifikasian terhadap orang lain.

##### 2. Konsep Kognitif (*Cognitive Learning*)

Perilaku terjadi karena adanya persepsi, imajinasi dan penalaran dari orang tersebut. Seseorang disini bersifat aktif, berusaha menemukan hal-hal baru, bahkan pada hal-hal yang abstrak.

## 5. Prinsip belajar

Menurut Suryani (2005) prinsip-prinsip belajar adalah sebagai berikut :

1. Berdasarkan persyaratan cara-cara belajar
  - a. Selama mengikuti belajar peserta didik harus mengikuti aktif, memiliki minat tinggi dan penuh perhatian guna mencapai tujuan instruksional.
  - b. Belajar harus dapat menumbuhkan penguatan (*reinforcement*) dan motivasi yang tinggi guna mencapai tujuan instruksional.
  - c. Belajar perlu ada interaksi peserta didik dengan lingkungan belajar.
2. Berdasarkan fasilitas tempat belajar
  - a. Tempat belajar harus menarik, termasuk sanitasi ruangan, temperatur ruang dan bebas dari gangguan yang dapat menyebabkan konsentrasi belajar terganggu.
  - b. Suasana harus dapat membuat kelangsungan proses belajar tenang dan tidak terganggu oleh berbagai polusi, seperti polusi suara gaduh, polusi udara kotor dsb.
  - c. Sarana belajar memadai, seperti OHP, *white board* dan semua peralatan belajar tersedia sempurna.
3. Berdasarkan hakikat belajar
  - a. Belajar adalah proses yang berkesinambungan, sehingga harus tahap demi tahap sesuai dengan perkembangannya.
  - b. Belajar adalah suatu proses pengorganisasian, beradaptasi, eksplorasi dan *discovery*.



- c. Belajar adalah suatu proses hubungan pengertian yang satu dengan pengertian yang lain sehingga diperoleh satu pengertian yang utuh yang diharapkan.
4. Berdasarkan materi yang diberikan
    - a. Belajar bersifat keseluruhan, sementara materinya diberikan secara berurutan dan sederhana mudah dimengerti oleh peserta didik.
    - b. Belajar harus dapat mengembangkan suatu kemampuan tertentu sesuai dengan tujuan instruksional yang hendak dicapai.
  5. Berdasarkan teknik pemberian materi
    - a. Metode pemberian sederhana dan mudah dimengerti, pengajarnya harus menguasai penuh materi yang diberikan serta memiliki gaya pengajaran yang tidak membosankan.
    - b. Evaluasi berulang-ulang untuk menilai keberhasilan belajar.
    - c. Teknik *two way method* berjalan dengan lancar dan bebas dari perasaan bersalah atau malu, penuh keyakinan akan percaya diri pada setiap peserta didik
  6. Metode belajar

Pada garis besarnya metode belajar dibagi dua macam (Suryani, 2005) yaitu :

1. Metode *didaktik*

Metode ini didasarkan pada cara satu arah atau *one way method*.

Pendidik aktif dan peserta didik pasif. Contohnya siaran radio, tulisan

di media cetak, tv dan film

## 2. Metode *sokratik*

Metode ini didasarkan pada cara dua arah atau *two way traffic method*. Peserta didik dapat aktif dan kreatif. Contohnya diskusi kelompok, diskusi panel, diskusi *buzz*, diskusi forum, seminar, symposium, demonstrasi, *role playing*, studi kasus dan latihan lapangan

## 2.4 Konsep Kusta

### 1. Pengertian kusta

Kusta atau juga disebut dengan “lepra” merupakan penyakit yang menyerang saraf *peripheral* dan kulit (Anonim, 2006).

Kusta adalah infeksi menahun yang terutama ditandai oleh adanya kerusakan saraf perifer (saraf diluar otak dan *medulla spinalis*), kulit, selaput lendir hidung, buah zakar (testis) dan mata (Ana, 2005).

Penyakit kusta bukanlah penyakit keturunan atau kutukan tuhan, melainkan penyakit yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium leprae* yang dapat ditularkan dari seorang penderita ke orang lain.

### 2. Etiologi

Mikroorganisme yang menjadi penyebab penyakit ini adalah suatu kuman berbentuk batang (basil) disebut *mycobacterium leprae* yang ditemukan oleh Gerhard Armauer Hansen pada tahun 1873 di Norwegia. Basil ini berukuran 3-8 Um x 0,5 Um, tahan asam dan alkohol, bersifat obligat intraseluler serta positif-gram (Mansjoer dkk, 2000). Basil ini menyerang saraf perifer, kulit dan organ lain seperti mukosa saluran napas

bagian atas, hati dan sumsum tulang kecuali susunan saraf pusat (Indropo, 1990). Masa membelah diri *mycobacterium leprae* adalah 12-21 hari dan masa tunasnya antara 40 hari-40 tahun.

Penyakit kusta umumnya mempengaruhi kelompok masyarakat yang miskin, rentan dan terpinggirkan dan secara tradisional berhubungan dengan mitos atau takhayul (Anonim, 2006).

Penyakit kusta selain disebabkan oleh faktor biologis (*mycobacterium leprae*) dan faktor kemiskinan, juga dapat disebabkan oleh faktor lingkungan sosial, ekonomi, ras, kebiasaan, adat budaya serta gaya hidup dari masyarakat itu sendiri. Berbagai faktor sosial budaya seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, kondisi ekonomi, pengetahuan, sikap dan nilai dalam keluarga merupakan suatu hal yang dianggap sangat mempengaruhi pengobatan dini dan keteraturan berobat pada penderita kusta (Alam, 2002).

### 3. Epidemiologi

Sumber penularan penyakit kusta adalah penderita kusta tipe lepromatosa yang belum mendapat pengobatan (Indropo, 1990). Penularan penyakit ini tidak semudah seperti penyakit-penyakit menular lainnya. Penularan penyakit kusta dipengaruhi banyak faktor, antara lain sumber penularan, kuman kusta, daya tahan tubuh, soaial ekonomi dan iklim, sehingga tidak semua orang yang kemasukan kuman kusta kedalam tubuhnya akan menderita penyakit ini.

Menurut Indropo (1990), penularan penyakit kusta dapat terjadi lewat kontak langsung yang lama, intim dan berlangsung terus-menerus. Hal ini

sesuai dengan faktor dimana angka kejadian anak-anak yang menderita kusta dengan ibu sebagai sumber penularan lebih besar daripada suami yang tertular dari istrinya.

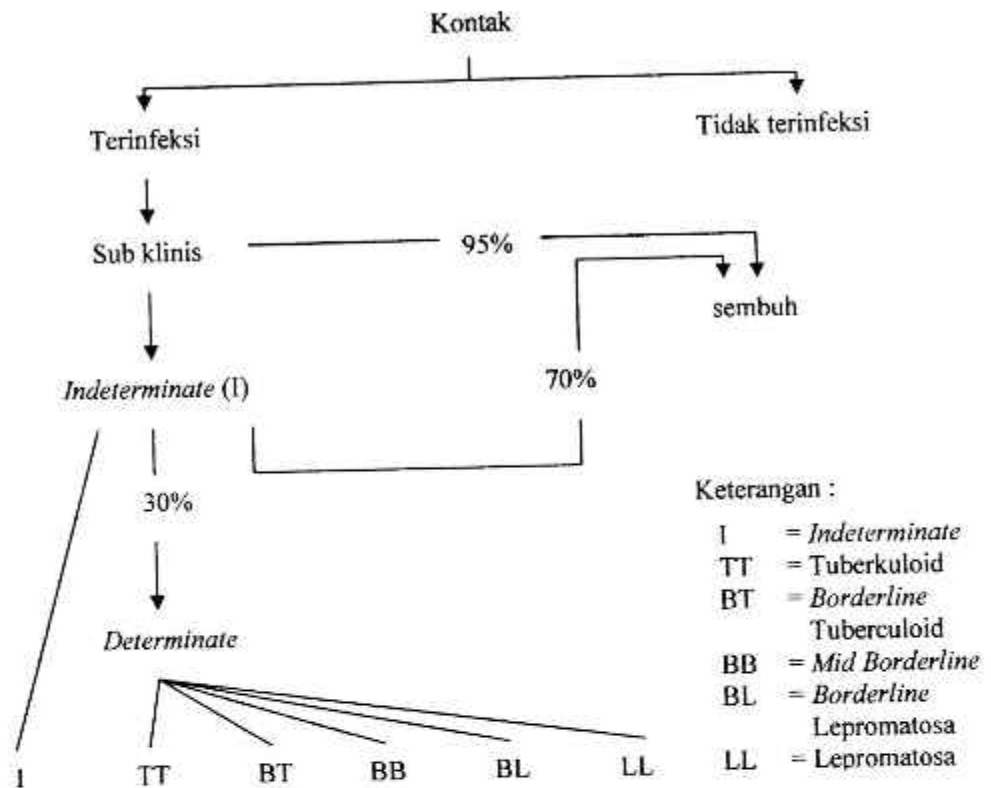
Penularan penyakit kusta juga dapat lewat tetesan lendir hidung dalam udara pernafasan (*droplet infection*) dari seorang penderita lepra tipe lepromatosa, dimana pada permukaan selaput lendir hidungnya banyak sekali kuman yang mudah terbawa keluar lewat tetesan-tetesan kecil udara pernafasan.

Masa inkubasi kuman *mycobacterium leprae* sejak terinfeksi hingga timbulnya gejala penyakit rata-rata dua hingga lima tahun (Sisca, 2006).

Kusta dapat menyerang semua umur, anak-anak lebih rentan daripada orang dewasa. Frekuensi tertinggi pada kelompok dewasa adalah umur 25-35 tahun, sedangkan pada kelompok anak umur 10-12 tahun. Penyakit kusta paling banyak menyerang masyarakat golongan rendah seperti tunawisma, kuli bangunan, tukang becak dll dimana mereka umumnya kekurangan gizi, hygiene rendah, hidup tidak teratur serta lingkungan yang padat penduduknya (*over crowded*). Kehidupan ekonomi yang pas-pasan akan mengakibatkan kekurangan pangan, sandang dan papan yang meningkatkan kerentanan tubuh terhadap penyakit (Hasan, 2006).

Bila seseorang terinfeksi *mycobacterium leprae*, sebagian besar (95%) akan sembuh sendiri dan 5% akan menjadi *indeterminate*. Dari 5% *indeterminate*, 30% bermanifestasi klinis menjadi *determinate* dan 70% sembuh (Mansjoer dkk, 2000).

Dari uraian diatas akan dijelaskan dalam gambar sebagai berikut :



Gambar 2.5 Perjalanan Penyakit Kusta

#### 4. Gejala dini penyakit kusta

Gejala awal dari penyakit kusta disebut sebagai *fase indeterminate* (fase yang sulit dipastikan jenisnya) dimana gejalanya masih belum jelas, biasanya sebagai suatu bercak putih mirip penyakit panu, tidak gatal ataupun nyeri, ada bagian tubuh tidak berkeringat, rasa kesemutan pada anggota badan atau bagian raut muka dan mati rasa karena kerusakan saraf tepi (Sulung, 2006).

Bercak kulit ini lambat laun akan menjadi lebih jelas, selanjutnya akan berubah menjadi kelainan kulit yang khas untuk penyakit kusta (Indropo,

1990). Bila daya tahan tubuh seseorang tersebut masih kuat, maka gejala penyakit akan menuju ke tipe tuberkuloid (kusta kering). Sedangkan pada seseorang yang daya tahan tubuhnya rendah, gejala penyakit akan menuju ke tipe lepromatosa (kusta basah).

#### 5. Bentuk-bentuk klinik penyakit kusta

Menurut Indropo (1990), kelainan kulit pada penyakit kusta dapat berupa :

##### a. Bercak (makula)

Umumnya berwarna keputihan seperti panu, permukaannya kering dan tidak mengeluarkan keringat.

##### b. Penebalan (papula)

Biasanya agak kemerahan, menebal di daerah tepi disertai dengan hilangnya rasa di kulit tersebut.

##### c. Benjolan (nodula)

Berwarna kemerahan, sering pada tipe basah, bisa tersebar di daerah muka, daun telinga dan badan.

##### d. Luka (ulcera)

Biasanya sebagai komplikasi akibat tidak adanya rasa di daerah kulit tersebut, terjadi luka yang tidak terasa dan mudah terinfeksi oleh kuman lainnya.

Bentuk klinis penyakit kusta dibedakan atas 2 jenis (Indropo, 1990), yaitu :

#### 1. Kusta bentuk kering (tipe PB/tuberkuloid)

1) Merupakan bentuk yang tidak menular.

- 2) Kelainan kulit berupa bercak keputihan, jumlahnya hanya beberapa, sering di pipi, punggung, pantat, paha atau lengan. Bercak tampak kering, rasa kulit hilang sama sekali.
  - 3) Pada tipe ini lebih sering didapatkan kelainan urat saraf tepi, gejala kulit tidak begitu menonjol tetapi gangguan saraf lebih jelas.
  - 4) Komplikasi saraf serta kecacatan relatif lebih sering terjadi.
  - 5) Pemeriksaan bakteriologis seringkali negatif, berarti tidak ditemukan adanya kuman penyebab.
  - 6) Terjadi pada orang yang daya tahan tubuhnya terhadap kusta cukup tinggi.
2. Kusta bentuk basah (tipe MB/lepromatosa)
- 1) Merupakan bentuk menular karena banyak kuman dapat ditemukan di selaput lendir hidung, kulit maupun organ tubuh lain.
  - 2) Jumlahnya lebih sedikit dan terjadi pada orang yang daya tahan tubuhnya rendah dalam menghadapi kuman kusta.
  - 3) Kelainan kulit bisa berupa bercak kemerahan, kecil-kecil dan tersebar di seluruh badan atau sebagai penebalan kulit yang luas (infiltrat), tampak mengkilap dan berminyak.
  - 4) Dapat terjadi kecacatan sebagai akibat fase lanjut dari perjalanan penyakit.

## 6. Klasifikasi penyakit kusta

Ridley & Jopling memperkenalkan istilah spektrum *determinate* pada penyakit kusta yang terbagi atas berbagai tipe (Djuanda, 2001) yaitu :

1. TT : Tuberkuloid polar, bentuk yang stabil
2. T : Tuberkuloid *indefinite*, bentuk yang labil
3. BT : *Borderline Tuberkuloid*, bentuk yang labil
4. BB : *Mid Borderline*, bentuk yang labil
5. B : *Borderline lepromatous*, bentuk yang labil
6. L : Lepromatosa *indefinite*, bentuk yang labil
7. LL : Lepromatosa polar, bentuk yang stabil

Tipe I (*Indeterminate*) tidak termasuk dalam spektrum. TT adalah tipe tuberkuloid polar, yaitu tuberkuloid 100%, merupakan tipe yang stabil jadi berarti tidak mungkin berubah tipe. Begitu juga LL adalah tipe lepromatosa polar, yaitu lepromatosa 100%, juga merupakan tipe yang stabil yang tidak mungkin berubah tipe. Sedangkan tipe antara T dan L disebut tipe *borderline* atau campuran antara tuberkuloid dan lepromatosa. BB adalah tipe campuran yang terdiri atas 50% tuberkuloid dan 50% lepromatosa. BT dan T lebih banyak tuberkuloidnya, sedangkan BL dan L lebih banyak lepromatosanya. Tipe-tipe campuran ini adalah tipe yang labil, berarti dapat bebas beralih tipe, baik ke arah TT maupun ke arah LL.

Zona spektrum kusta menurut berbagai klasifikasi (Djuanda, 2001) dapat dilihat pada tabel berikut :



Tabel 2.1 Zona spektrum kusta menurut berbagai klasifikasi

KLASIFIKASI	ZONA SPEKTRUM KUSTA				
	Ridley & Jopling	TT	BT	BB	BL
Madrid	Tuberkuloid		<i>Borderline</i>		Lepromatosa
WHO	Pausibasiler (PB)		Multibasiler (MB)		
Puskesmas	PB		MB		

Multibasiler berarti mengandung banyak basil adalah tipe LL, BL, BL dan BB sedangkan pausibasiler berarti mengandung sedikit basil yaitu tipe TT, BT dan I.

Untuk kepentingan program pengobatan pada tahun 1987 telah terjadi perubahan. Yang dimaksud dengan kusta PB adalah kusta dengan BTA negatif pada pemeriksaan kerokan kulit, yaitu tipe-tipe I, TT dan BT menurut klasifikasi Ridley & Jopling. Sedangkan kusta MB adalah semua penderita kusta tipe BB, BL dan LL termasuk dalam kusta dengan BTA positif (Djuanda, 2001).

#### 7. Masalah-masalah yang terjadi pada penderita kusta

Masalah yang sering dihadapi oleh mantan penderita kusta yang telah diobati adalah bahwa mereka tetap dianggap sebagai pengidap kusta karena adanya cacat yang tidak bisa kembali, meskipun mereka sudah dinyatakan sembuh (Indropo, 1990). Di lain pihak ada penderita kusta yang menular (tipe basah) masih tetap berkeliaran tanpa diobati, karena tidak ada kecacatan yang terlihat dan penderita sendiri tidak sadar bahwa dia berpenyakit menular.

Sikap penolakan masyarakat akan kehadiran seorang penderita kusta didalam lingkungannya, seringkali membuat penderita ini diusir ataupun

meninggalkan kampung halamannya serta dikeluarkan dari tempat mereka bekerja.

Pandangan yang miring terhadap penderita kusta, membuat penderita kusta jatuh pada penderitaan selanjutnya, yaitu diskriminasi dan tekanan hidup dari sesama (nanda, 2002). Gizi yang rendah serta hygiene yang buruk membawa penderita kusta kepada keadaan yang lebih buruk dari penyakitnya. Terjadilah suatu "lingkaran setan" (*circulus vitiosus*) dimana seorang penderita kusta yang terusir dari lingkungannya menjadi bertambah sakit dan cacat. Hal ini semakin menimbulkan rasa jijik yang melihatnya dan penderita semakin diasingkan lagi.

Dari segi kesehatan, masyarakat yang mengusir penderita kusta malah merugi karena kesempatan untuk mendapatkan pengobatan yang teratur menjadi kecil dan kemungkinan timbulnya kasus yang menular malah meningkat (Indropo, 1990). Beban psikologis yang berat akibat penyakit kusta ini juga menyebabkan penderita kusta menarik diri dari pergaulan yang menambah terisolasinya dari lingkungan masyarakat.

#### 8. Pemeriksaan klinis

Pemeriksaan klinis pada penderita kusta menggunakan pemeriksaan bakteriologis (Mansjoer dkk, 2000). Pemeriksaan bakteriologis untuk membantu menegakkan diagnosis dan pengamatan pengobatan. Sediaan dibuat dari kerokan kulit atau mukosa hidung yang diwarnai dengan pewarnaan terhadap basil tahan asam, antara lain dengan *Ziehl Neelsen* (Djuanda dkk, 2001). Bakterioskopik negatif pada seorang penderita, bukan berarti orang tersebut tidak mengandung *mycobacterium leprae*.

*Mycobacterium leprae* tergolong basil tahan asam (BTA), akan tampak merah pada sediaan. Dibedakan dalam bentuk batang utuh (*solid*), batang terputus (*fragmented*) dan butiran (*granular*). Bentuk solid adalah basil hidup, sedangkan *fragmented* dan *granular* bentuk mati. Penting untuk membedakan antara bentuk solid dan nonsolid, berarti membedakan antara yang hidup dan mati, sebab bentuk yang hidup itu yang lebih berbahaya, karena dapat berkembang biak dan dapat menularkan ke orang lain (Djuanda dkk, 2001).

Kepadatan BTA tanpa membedakan solid dan nonsolid pada sebuah sediaan dinyatakan dengan Indeks Bakteri (IB) dengan nilai dari 0 sampai 6+ menurut Ridley. 0 bila tidak ada BTA dalam 100 lapang pandang (LP).

1+ bila 1-10 BTA dalam 100 LP

2+ bila 1-10 BTA dalam 10 LP

3+ bila 1-10 BTA rata-rata dalam 1 LP

4+ bila 11-100 BTA rata-rata dalam 1 LP

5+ bila 101-1000 BTA rata-rata dalam 1 LP

6+ bila >1000 BTA rata-rata dalam 1 LP

semuanya dilihat dengan mikroskop cahaya dengan minyak emersi. IB seseorang adalah IB rata-rata semua lesi yang dibuat sediaan.

Indeks Morfologi (IM) adalah prosentase bentuk solid dibandingkan dengan jumlah solid dan nonsolid.

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah solid}}{\text{Jumlah solid} + \text{jumlah nonsolid}} \times 100\% = \dots\%$$

Syarat perhitungan IM :

1. Jumlah minimal kuman tiap lesi 100 BTA
  2. IB 1+ tidak usah dibuat IM nya, karena untuk mendapat 100 BTA harus mencari dalam 1000 sampai 10.000 lapangan
  3. Mulai dari IB 3+ ke atas harus dicari IM nya, sebab dengan IB 3+ hanya maksimal harus dicari dalam 100 lapangan
9. Penatalaksanaan pada penderita kusta

Tujuan utama program pemberantasan kusta adalah menyembuhkan penderita kusta dan mencegah timbulnya cacat serta memutuskan rantai penularan dari penderita kusta terutama tipe yang menular kepada orang lain untuk menurunkan insidens penyakit (Mansjoer dkk, 2000).

Program *Multi Drug Therapy* (MDT) dengan kombinasi rifampisin, klofazimin dan DDS (diaminodifenil sulfon) yang dimulai tahun 1981. Program ini bertujuan untuk mengatasi resistensi dapson yang semakin meningkat, mengurangi ketidaktaatan penderita, menurunkan angka putus obat dan mengeliminasi persistensi kuman kusta dalam jaringan.

#### 1. Rifampisin

Ditemukan dan dipakai sebagai obat anti tuberkulosis pada tahun 1965 dan sebagai obat kusta pada tahun 1970 oleh Rees dkk, Leiker dan Kamp. Resistensi pertama terhadap *mycobacterium leprae*

dibuktikan pada tahun 1976 oleh Jacobson dan Hastings (Djuanda dkk, 2001).

Rifampisin adalah obat yang menjadi salah satu komponen kombinasi dengan 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 atau setiap 2 minggu mengingat efek sampingnya.

Efek samping yang harus diperhatikan adalah hepatotoksik, nefrotoksik, gejala gastrointestinal, *flu-like* syndrom dan erupsi kulit (Wahyu, 2007).

## 2. Klofazimin

Obat ini mulai dipakai sebagai obat kusta pada tahun 1962 oleh Brown dan Hoogerzeil. Dosis sebagai anti kusta ialah 50 mg setiap hari atau 100 mg selang sehari atau 3x100 mg setiap minggu. Juga bersifat anti-inflamasi sehingga dapat dipakai pada penanggulangan ENL (Eritema Nodusum Leprosum) dengan dosis lebih tinggi. Resistensi pertama pada satu kasus dibuktikan pada tahun 1982 (Mansjoer dkk, 2001).

Efek sampingnya ialah warna kecoklatan pada kulit dan warna kekuningan pada sklera sehingga mirip ikterus (Hastings, 1990). Hal tersebut disebabkan karena klofazimin adalah zat warna dan tertimbun di tempat tersebut. Obat ini menyebabkan pigmentasi kulit yang sering

merupakan masalah dalam ketaatan berobat penderita. Efek sampingnya hanya terjadi dalam dosis tinggi, berupa gangguan gastrointestinal (nyeri abdomen, diare dan anoreksia). Selain itu dapat terjadi penurunan berat badan. Dapat juga tertimbun di hati. Perubahan warna tersebut akan menghilang setelah obat dihentikan.

### 3. DDS (Diaminodifenil sulfon)

Pada tahun 1948 DDS digunakan secara monoterapi. Dosis DDS 1-2 mg/kg berat badan setiap hari.

Efek samping yang mungkin timbul antara lain nyeri kepala, anemia, insomnia, sindrom DDS, hepatitis dan hipoalbumemia).

Regimen penggunaan MDT di Indonesia sesuai rekomendasi WHO 1995 (Mansjoer dkk, 2000) sebagai berikut :

#### 1. Tipe PB

Jenis obat dan dosis untuk orang dewasa :

1. Rifampisin 600 mg/bulan di depan petugas
2. DDS tablet 100 mg/hari diminum di rumah

Pengobatan 6 dosis diselesaikan dalam 6-9 bulan dan setelah selesai minum 6 dosis dinyatakan RFT (*Release From Treatment*=berhenti minum obat kusta) meskipun secara klinis lesinya masih aktif. Menurut WHO (1995) tidak lagi dinyatakan RFT tetapi menggunakan istilah CTC (*Completion of Treatment Cure*) dan penderita tidak lagi dalam pengawasan.

#### 2. Tipe MB

Jenis obat dan dosis untuk orang dewasa :

1. Rifampisin 600 mg/bulan diminum di depan petugas
2. Klofazimin 300 mg/bulan diminum di depan petugas dilanjutkan dengan klofazimin 50 mg/hari diminum di rumah
3. DDS 100 mg/hari diminum di rumah

Pengobatan 24 dosis diselesaikan dalam waktu maksimal 36 bulan. Sesudah selesai minum 24 dosis dinyatakan RFT meskipun secara klinis lesinya masih aktif dan pemeriksaan bakteri positif. Menurut WHO (1998) pengobatan MB diberikan untuk 12 dosis yang diselesaikan dalam 12-18 bulan dan pasien langsung dinyatakan RFT.

#### **Dosis untuk anak**

Klofazimin : umur <10 tahun : bulanan 100 mg/bulan

harian 50 mg/ 2kali/minggu

umur 11-14 tahun : bulanan 100 mg/bulan

harian 50 mg/ 3 kali/minggu

DDS : 1-2 mg/kg berat badan

Rifampisin : 10-15mg/kg berat badan

#### **Pengobatan MDT terbaru**

Menurut WHO (1998) yang dikutip oleh Mansjoer, dkk (2000) penderita kusta tipe PB dengan lesi hanya 1 (satu) cukup diberikan dosis tunggal rifampisin 600 mg, ofloksasin 400 mg dan minosiklin

100 mg dan penderita langsung dinyatakan RFT, sedangkan untuk tipe PB dengan 2-5 lesi diberikan 6 dosis dalam 6 bulan. Untuk tipe MB diberikan sebagai obat alternatif dan dianjurkan digunakan sebanyak 24 dalam 24 bulan.

### **Putus Obat**

Pada penderita kusta tipe PB yang tidak minum obat sebanyak 4 dosis dari yang seharusnya maka dinyatakan DO, sedangkan penderita kusta tipe MB dinyatakan DO bila tidak minum obat 12 dosis dari yang seharusnya.

### **Evaluasi Pengobatan**

Evaluasi pengobatan menurut Buku Panduan Pemberantasan Penyakit Kusta Depkes (1999) yang dikutip oleh Mansjoer, dkk (2000) adalah sebagai berikut :

1. Penderita PB yang telah mendapat pengobatan MDT 6 dosis dalam waktu 6-9 bulan dinyatakan RFT tanpa diharuskan menjalani pemeriksaan laboratorium.
2. Penderita MB yang telah mendapat pengobatan MDT 24 dosis dalam waktu 24-36 bulan dinyatakan RFT tanpa diharuskan menjalani pemeriksaan laboratorium.
3. RFT dapat dilaksanakan setelah dosis dipenuhi tanpa diperlukan pemeriksaan laboratorium. Dikeluarkan dari register penderita dan



dimasukkan dalam register pengamatan (*surveillance*) dan dapat dilakukan oleh petugas kusta.

4. Masa pengamatan

Pengamatan setelah RFT dilakukan secara pasif :

- a. Tipe PB selama 2 tahun
- b. Tipe MB selama 5 tahun tanpa diperlukan pemeriksaan laboratorium

5. Hilang/*Out of Control* (OOC)

Penderita PB maupun MB dinyatakan hilang bilamana dalam 1 tahun tidak mengambil obat dan dikeluarkan dari register penderita.

6. Relaps (kambuh)

Terjadi bila lesi aktif kembali setelah pernah dinyatakan sembuh atau RFT.

### **Komplikasi**

Cacat merupakan komplikasi yang terjadi pada penderita kusta baik akibat kerusakan fungsi saraf tepi sewaktu terjadi reaksi kusta (Mansjoer dkk, 2000). *WHO Expert Committee on Leprosy* dalam laporan yang dimuat dalam *WHO Technical Report Series No.607 - 1977* telah membuat klasifikasi cacat bagi penderita kusta (Djuanda dkk, 2001) adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2      Klasifikasi cacat pada penderita kusta

---

**Cacat pada tangan dan kaki**

Tingkat 0 :    tidak ada gangguan sensibilitas, tidak ada kerusakan atau deformitas yang terlihat

Tingkat 1 :    ada gangguan sensibilitas, tanpa kerusakan atau deformitas yang terlihat

Tingkat 2 :    terdapat kerusakan atau deformitas

**Cacat pada mata**

Tingkat 0 :    tidak ada gangguan penglihatan

Tingkat 1 :    tidak ada gangguan yang berat pada penglihatan. Visus 6/60 atau lebih baik (dapat menghitung jari pada jarak 6 meter)

Tingkat 2 :    gangguan penglihatan berat (visus kurang dari 6/60; tidak dapat menghitung jari pada jarak 6 meter)

---

**10.      Rehabilitasi**

Usaha-usaha rehabilitasi meliputi medis, okupasi, kejiwaan dan sosial. Usaha medis yang dapat dilakukan untuk cacat tubuh antara lain operasi dan fisioterapi (Mansjoer dkk, 2000). Meskipun hasilnya tidak sempurna kembali ke asal, fungsinya dapat diperbaiki. Lapangan pekerjaan dapat diusahakan untuk penderita kusta yang sesuai dengan cacat tubuh. Terapi kejiwaan berupa bimbingan mental diupayakan sedini mungkin pada setiap penderita, keluarga dan masyarakat

sekitarnya untuk memberikan dorongan dan semangat agar menerima kenyataan dan menjalani pengobatan dengan teratur dan benar sampai dinyatakan sembuh secara medis. Rehabilitasi sosial bertujuan memulihkan fungsi sosial ekonomi penderita sehingga menunjang kemandiriannya dengan memberikan bimbingan sosial dan peralatan kerja, serta membantu pemasaran hasil usaha penderita.

#### 11. Pencegahan terhadap penyakit kusta

Pencegahan terhadap penyakit kusta adalah segala usaha yang perlu dilakukan agar tidak terjadi pemindahan kuman dari penderita kusta menular (tipe kusta basah) kepada orang lain (Andy, 1990). Penting juga diusahakan agar keluarga serumah (kontak serumah) menjaga kebersihan perseorangan dan lingkungan serta mempunyai daya tahan tubuh yang cukup tinggi.

Berbagai upaya yang dilakukan untuk pencegahan terhadap penyakit kusta (Andy, 1990) adalah sebagai berikut :

1. Dari lingkungan keluarga dan masyarakat, pencegahan yang dapat dilakukan adalah :
  - a. Menjaga kebersihan perorangan, antara lain :
    - (1) Mandi pagi dan sore memakai sabun.
    - (2) Mencuci tangan dengan sabun sebelum makan atau sesudah memegang benda-benda yang kotor.
    - (3) Mencuci tangan dan kaki sebelum tidur.
    - (4) Mengganti pakaian kotor dengan pakaian yang bersih sekali sehari, yaitu pada sore hari sesudah mandi.

(5) Tidak memakai air kotor sebagai alat untuk mandi.

b. Menjaga kebersihan lingkungan

Lingkungan harus selalu dijaga bersih agar kemungkinan hilang dan berlindungnya kuman-kuman penyakit dapat dicegah, dengan cara :

- (1) Sering membersihkan tempat tidur.
- (2) Menjemur kasur, bantal dan selimut.
- (3) Sering membersihkan dan menyapu rumah.

2. Dari segi penderita kusta

Ditujukan pada usaha-usaha mematikan atau menghancurkan kuman kusta dalam badan penderita kusta tipe menular (kusta basah) agar walaupun terjadi penularan kemungkinan timbulnya penderita kusta baru tidak ada atau sedikit mungkin.

Satu-satunya upaya yang perlu dilakukan adalah penderita kusta tipe menular (tipe lepromatosa) diberi pengobatan secara teratur dan terus-menerus dengan penuh kesadaran bahwa apabila mereka makan obat dengan teratur dan terus-menerus, kuman-kuman kusta akan mati atau hancur (lemah) dan tidak menularkan bagi penghuni (kontak) serumah maupun tetangga serta masyarakat lainnya.

## 2.5 Persepsi Masyarakat Tentang kusta

Persepsi masyarakat tentang kusta masih sangat rendah. Sebagian masyarakat masih menganggap bahwa kusta merupakan penyakit kutukan.

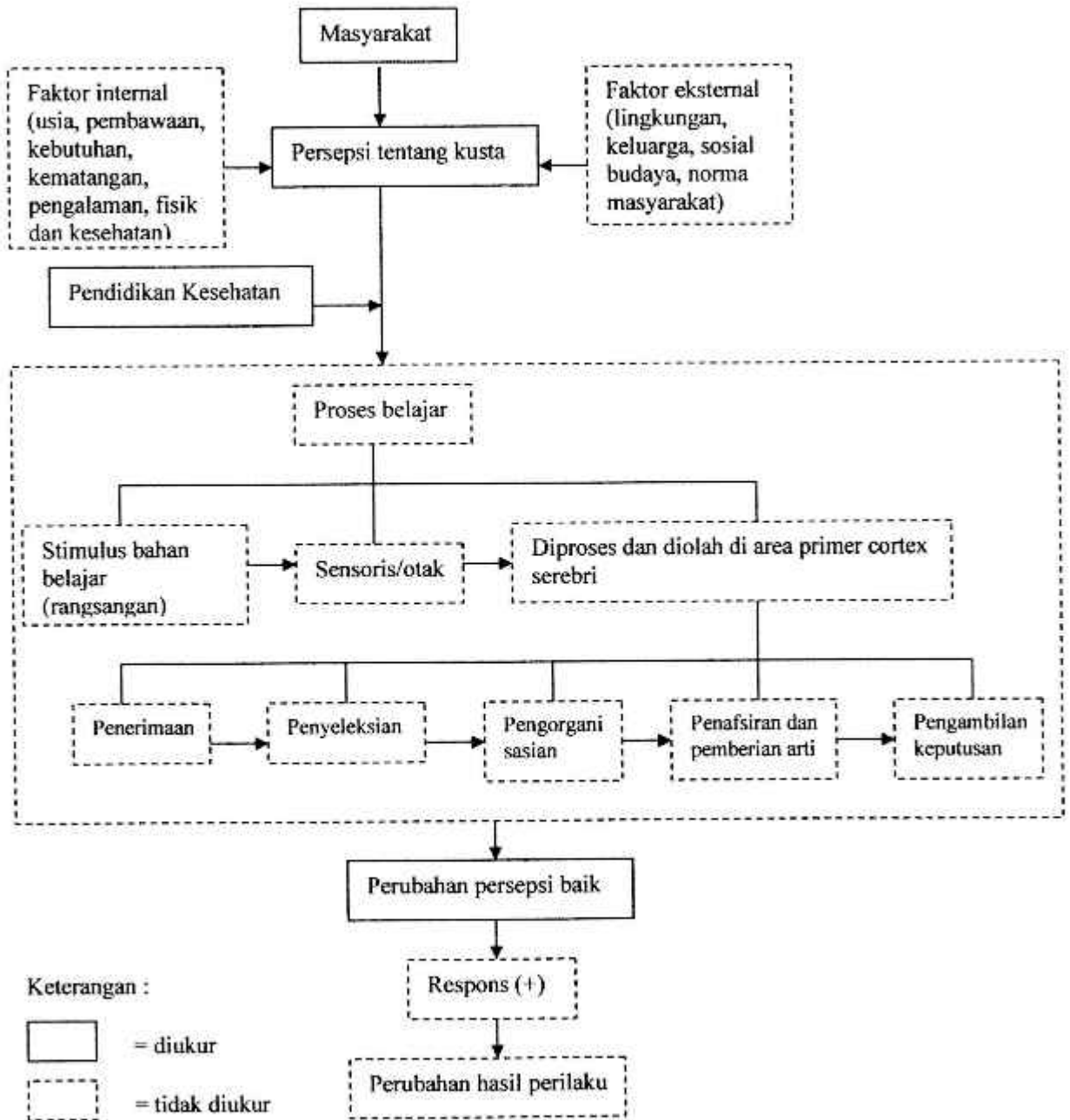
Banyak masyarakat yang masih mengucilkan penderita kusta. Stigmatisasi masyarakat terhadap penderita kusta masih menjadi masalah utama. Pandangan yang salah tentang kusta sebagai penyakit kutukan dan akibat guna-guna mempersulit petugas kesehatan untuk melakukan upaya pengobatan (Hasan, 2006). Masih banyak penderita dan keluarganya yang malu memeriksakan penyakitnya tersebut ke pusat pelayanan kesehatan. Kurangnya pengetahuan yang akhirnya memunculkan sikap masa bodoh. Akibatnya, penyakit yang diderita semakin parah dan semakin membuka peluang untuk penularan penyakit.

Untuk mengatasi merebaknya persepsi masyarakat tentang kusta, petugas kesehatan bersama tokoh masyarakat dan kepala desa hendaknya memberikan penyuluhan kesehatan tentang kusta. Sehingga stigma masyarakat bahwa kusta adalah penyakit kutukan milik orang berdosa akan berangsur-angsur hilang.

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS**

**3.1 Kerangka Konseptual**



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Perubahan Persepsi Masyarakat Tentang Kusta

Persepsi masyarakat tentang kusta dipengaruhi oleh faktor internal yang terdiri dari usia, pembawaan, kebutuhan, kematangan, pengalaman serta fisik dan kesehatan. Disamping itu faktor eksternal yang terdiri dari lingkungan, keluarga, sosial budaya dan norma masyarakat (Widayatun, 1999)

Metode pendidikan kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam penyampaian pesan yang bertujuan untuk merubah persepsi masyarakat tentang kusta menuju hal-hal positif secara terencana melalui proses belajar. Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses belajar yang terjadi karena adanya rangsangan berupa stimulus bahan belajar yang diproses dan diolah di area primer cortex serebri (Widayatun, 1999). Dalam pengelolaan di area primer corteks serebsi terdapat lima tahap sampai timbul suatu respon yaitu : 1) penerimaan, 2) penyeleksian, 3) pengorganisasian, 4) penafsiran dan pemberian arti, serta 5) pengambilan keputusan. Setelah tahap-tahap tersebut terlalui maka akan timbul suatu respon. Jika tahap tersebut dilalui dengan baik maka akan terjadi respon yang positif, terjadilah perubahan persepsi yang positif.

### **3.2 Hipotesis**

H1 : Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan persepsi masyarakat tentang kusta

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Pada metode penelitian ini akan diuraikan beberapa konsep, yaitu 1) rancangan penelitian, 2) kerangka operasional, 3) populasi, sampel dan sampling, 4) identifikasi variabel, 5) definisi operasional, 6) pengumpulan dan pengolahan data, 7) cara analisis data, 8) masalah etika dan 9) keterbatasan penelitian.

#### 4.1 Rancangan penelitian

Desain atau rancangan penelitian adalah seluruh dari beberapa perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Burns & Grove, 1991).

Penelitian ini merupakan penelitian *Quasy Experimental*. Rancangan ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol di samping kelompok eksperimental. Rancangan ini, kelompok eksperimen diberi perlakuan sedangkan kelompok kontrol tidak. Pada kedua kelompok diawali dengan *pre test*, dan setelah pemberian perlakuan diadakan *post test* (Nursalam, 2003).



Tabel 4.1 Kerangka Kerja Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Persepsi Dengan Penelitian *Quasy Experimental*

Subjek	<i>Pra test</i>	Perlakuan	<i>Post test</i>
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan :

KA : Subjek Perlakuan

KB : Subjek Kontrol

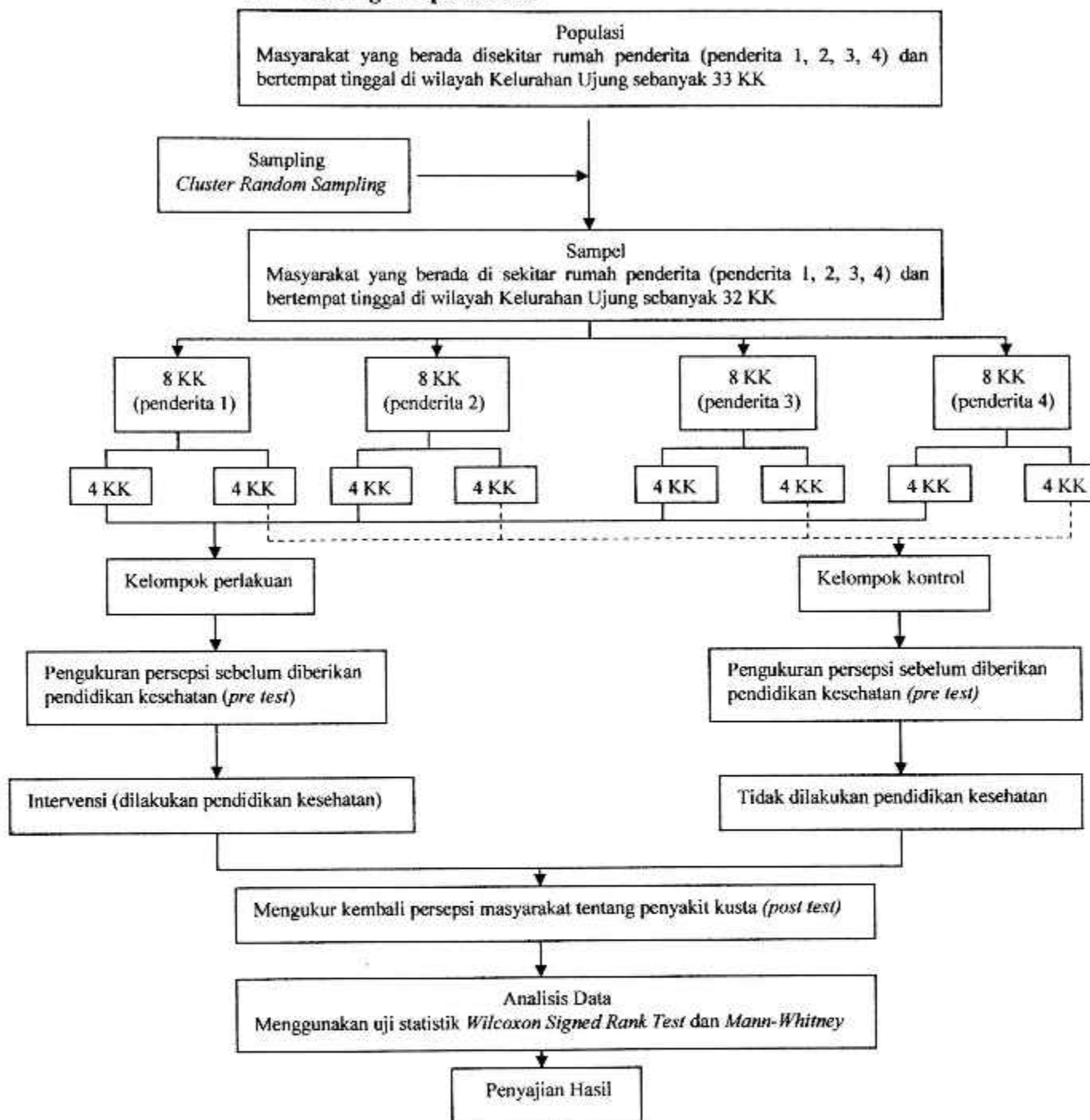
O : Observasi sebelum perlakuan

O1 : Observasi setelah perlakuan

I : diberikan perlakuan (intervensi)

- : tidak diberikan perlakuan

## 4.2 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Persepsi Masyarakat Tentang Penyakit Kusta di Wilayah Kelurahan Ujung

### 4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

#### 4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah setiap subjek (misalnya manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. (Nursalam, 2003)

Populasi dari penelitian ini adalah masyarakat yang berada di sekitar rumah penderita dan bertempat tinggal di wilayah Kelurahan Ujung sebanyak 33 KK.

#### 4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Srikandi K, 1997).

Rumus yang digunakan untuk menghitung besarnya sampel adalah:

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N \cdot Z \alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + Z \alpha^2 \cdot p \cdot q} \\
 &= \frac{33 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 (33-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \\
 &= \frac{33,614}{1,0454} \\
 &= 32 \text{ KK}
 \end{aligned}$$

Keterangan :

$n$  = perkiraan jumlah sampel

$N$  = perkiraan besar populasi

$Z$  = nilai standar normal untuk  $\alpha = 0,05$  (1,96)

$p$  = perkiraan proporsi (dianggap 0,5)

$q = 1-p = 1-0,5 = 0,5$

$d$  = tingkat kesalahan yang dipilih (0,05)

Untuk menentukan sampel maka terlebih dahulu ditentukan kriteria sampel. Adapun kriteria sampel secara garis besar dibedakan menjadi dua bagian yaitu :

#### 1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2003).

Pada penelitian ini kriteria inklusinya sebagai berikut :

- a. Masyarakat yang berada di sekitar rumah penderita yang bersedia menjadi subjek penelitian dari awal hingga akhir
- b. Usia dewasa ( $\geq 20$  tahun)
- c. Tinggal di lokasi penelitian minimal 5 tahun.

#### 2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2003)

Pada penelitian ini kriteria eksklusinya adalah :

- a. Masyarakat yang tidak kooperatif.
- b. Masyarakat yang menolak menjadi subjek penelitian.
- c. Usia  $\leq 20$  tahun
- d. Masyarakat yang tidak bisa membaca/buta aksara

#### 4.3.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini menggunakan

*cluster random sampling* yaitu pengelompokan sampel berdasarkan wilayah atau lokasi populasi (Nursalam, 2003). Peneliti mengambil sampel pada masyarakat yang berada di sekitar rumah penderita (penderita 1, 2, 3 dan 4) dimana penderita tersebut mempunyai karakteristik yang berbeda.

#### **4.4 Identifikasi Variabel**

##### **4.4.1 Variabel Independen**

Variabel Independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain suatu kegiatan menciptakan stimulus yang dimanipulasi untuk peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini variabel independen adalah pendidikan kesehatan.

##### **4.4.2 Variabel Dependen**

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain, faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan pengaruh dari variabel independent (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini variabel dependennya adalah persepsi masyarakat tentang kusta.

#### **4.5 Definisi Operasional**

Perumusan definisi operasional pada penelitian ini akan diuraikan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 4.2 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Persepsi Masyarakat Tentang Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1. Independen Pendidikan Kesehatan.	Pemberian informasi kepada masyarakat yang dilakukan peneliti tentang penyakit kusta	<p>Pemberian informasi tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengertian kusta</li> <li>- Penyebab penyakit kusta</li> <li>- Gejala awal penyakit kusta</li> <li>- Penularan penyakit kusta</li> <li>- Pemeriksaan klinis</li> <li>- Pengobatan penyakit kusta</li> <li>- Cara pencegahan penyakit kusta</li> </ul>	SAP		
2. Dependen Persepsi masyarakat tentang penyakit kusta.	Tanggapan-tanggapan/pem-dapat masyarakat tentang penyakit kusta	<p>Persepsi masyarakat tentang penyakit kusta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengetahuan</li> <li>- Sikap</li> </ul>	<p>Kuesioner terdiri dari 30 pertanyaan yang terbagi atas</p> <p>1. Aspek pengetahuan terdiri dari 13 pertanyaan</p>	Ordinal	<p>1. Aspek pengetahuan Pertanyaan benar = 1 Pertanyaan salah = 0</p> <p>Kriteria : Baik 76%-100% Sedang 56%-75% Kurang ≤55% (Arikunto, 1998)</p>

			<p>2. Aspek sikap</p> <p>Pernyataan positif no 14, 18, 19, 21, 23, 24, 27, 29, 30</p> <p>Pernyataan negatif no 15, 16, 17, 20, 22, 25, 26, 28</p>	<p>2. Aspek sikap</p> <p>Pernyataan positif                  SS=5      TS=2                  S=4      STS=1</p> <p>Pernyataan negatif                  SS=1      TS=4                  S=2      STS=5</p> <p>Kategori sikap                  Positif = T &gt; mean data                  Negatif = T &lt; mean data                  (Azwar, 2003)</p>
--	--	--	---	--

## 4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data

### 4.6.1 Instrumen

Instrumen atau alat pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner. Kuesioner merupakan daftar pertanyaan yang disusun secara tertulis dalam rangka pengumpulan data (Nursalam, 2003). Pengumpulan data dilakukan dengan pemberian kuesioner sebanyak 30 pertanyaan. Kuesioner untuk aspek pengetahuan menggunakan *multiple choice* yaitu dengan memilih jawaban yang paling tepat. Jawaban yang benar dinilai 1 sedangkan untuk jawaban yang salah dinilai 0. Aspek sikap menggunakan *skala Likert* dengan rentang sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju (Alimul, 2003). Aspek sikap terdiri dari 17 pernyataan, dengan 9 pernyataan positif no 14, 18, 19, 21, 23, 24, 27, 29, 30 dan 8 pernyataan negatif no 15, 16, 17, 20, 22, 25, 26, 28. Untuk penilaian aspek sikap menggunakan *skala Likert*, pernyataan positif menggunakan kode SS=5, S=4, TS=2 dan STS=1, sedangkan untuk pernyataan negatif menggunakan kode SS=1, S=2, TS=4 dan STS=5.

### 4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Kelurahan Ujung pada 20 Juni-5 Juli 2007.

### 4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data diawali dengan surat pengantar untuk permohonan data awal dari PSIK FK Unair yang diberikan kepada Dinkes Kota Surabaya dan yang nantinya akan diteruskan ke Puskesmas



yang bersangkutan yaitu Puskesmas Pegirian. Dari Puskesmas Pegirian didapatkan data wilayah dengan penderita kusta terbanyak yaitu di Kelurahan Ujung.

Setelah mendapatkan izin penelitian dari Kepala Badan kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat (Bakesbanglinmas) yang akan diteruskan kepada Kepala Kecamatan Semampir dan Kepala Kelurahan Ujung peneliti mulai menetapkan populasi dan sampel dengan mendatangi rumah masyarakat yang berada di sekitar rumah penderita untuk bersedia menjadi responden penelitian. Bersamaan dengan responden menandatangani *informed consent*, peneliti mulai menetapkan kapan dan dimana akan dilakukan pendidikan kesehatan tentang penyakit kusta. Pengisian kuesioner oleh responden dan diobservasi oleh peneliti sebelum dilakukan pendidikan kesehatan (*pre test* sebanyak 1 kali), yang selanjutnya akan dilakukan pendidikan kesehatan tentang penyakit kusta. Pendidikan kesehatan dilakukan dua kali dalam seminggu, dengan waktu 2 minggu, masing-masing selama 60 menit dan bertempat di Balai RW yang terdapat di wilayah rumah penderita. *Post test* dilakukan langsung setelah diberikan pendidikan kesehatan yaitu dengan cara pengisian kuesioner oleh responden. Semua data yang terkumpul dicatat dalam lembar pengumpulan data.

## 4.7 Cara Analisis Data

### 1. Analisis Deskriptif

#### a. Pengetahuan

Aspek pengetahuan dinilai dengan menggunakan rumus :

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

Dimana : P = Prosentase

f = Jumlah jawaban yang benar

N = Jumlah skor maksimal

Setelah prosentase diketahui hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria: Kurang  $\leq 55\%$ , Sedang 56%-75% dan Baik 76%-100% (Arikunto, 1998).

#### b. Sikap

Untuk mengukur sikap, digunakan *skala Likert* yang terdiri dari

4 jawaban yaitu :

SS=Sangat Setuju

TS=Tidak Setuju

S=Setuju

STS=Sangat Tidak Setuju

Kemudian diperhitungkan nilai skornya dengan rumus :

$$T = 50 + 10 \left[ \frac{X - x}{S} \right] \quad (\text{Azwar, 2003})$$

Dimana : X= Skor responden

x= Nilai rata-rata kelompok

S= Standar deviasi

Kemudian sikap dinyatakan :

Positif, jika nilai skor  $T \geq$  mean data

Negatif, jika nilai skor  $T \leq$  mean data

## 2. Analisis Statistik

Setelah data terkumpul, dikelompokkan, tabulasi data dan kemudian dianalisis dengan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann-Whitney*. Dalam penelitian ini akan diterapkan *pre-post test* terhadap satu sampel untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dengan skala data ordinal dan tingkat kemaknaan  $\alpha \leq 0,05$  artinya jika hasil uji statistik menunjukkan  $\alpha \leq 0,05$ , maka ada pengaruh yang signifikan antara variabel independen dan variabel dependen. Dalam penelitian ini dibandingkan persepsi masyarakat tentang penyakit kusta sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan persepsi setelah diberikan pendidikan kesehatan. Analisis ini menggunakan piranti lunak SPSS MS Windows Release 15,0.

### 4.8 Masalah Etika

Pada penelitian Ilmu Keperawatan, karena hampir 90% subjek yang diteliti adalah manusia, maka peneliti harus memahami prinsip-prinsip etika penelitian. Jika hal ini tidak dilaksanakan maka peneliti akan melanggar hak-hak manusia (Nursalam, 2003). Permasalahan etika meliputi :

1. *Informed Consent*

*Informed Consent* diberikan sebelum penelitian dilaksanakan kepada masyarakat yang diteliti dengan tujuan agar responden mengetahui maksud dan tujuan peneliti, jika responden menolak diteliti maka peneliti harus menghargai hak tersebut.

2. *Anonimity*

Responden tidak mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data, tetapi peneliti cukup menuliskan kode pada lembar kuesioner.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijaga kerahasiaannya oleh peneliti. Penyajian atau pelaporan hasil riset hanya terbatas pada kelompok tertentu yang terkait dengan penelitian.

#### 4.9 Keterbatasan Penelitian

1. Pada penelitian yang dilaksanakan ini instrumen yang digunakan adalah kuesioner yang memiliki kelemahan untuk tidak diisi dengan jujur.
2. Instrumen yang berupa kuesioner pada penelitian yang dilaksanakan ini belum dilakukan uji validitas dan reliabilitas sehingga mungkin belum dapat distandarkan.
3. Keterbatasan waktu, dana sarana serta kemampuan peneliti sehingga mempengaruhi perumusan, penyusunan dan pengolahan data peneliti.

4. Evaluasi terhadap pengaruh pendidikan dilakukan segera setelah selesai pengajaran, hal ini mempengaruhi kualitas data yang diambil.

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai hasil pengumpulan data yang dimulai dari tanggal 20 Juni-5 Juli 2007 di wilayah kerja Kelurahan Ujung Surabaya. Hasil penelitian yang meliputi : 1) Gambaran umum lokasi penelitian, 2) Karakteristik demografi responden meliputi : umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir dan pekerjaan yang akan disajikan dalam bentuk diagram, 3) Data variabel yang diukur menampilkan data pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan, data sikap sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan serta pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan persepsi masyarakat tentang penyakit kusta. Juga tentang pengambilan data dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann Whitney*. Dari hasil uji statistik tersebut dapat diketahui ada tidaknya signifikansi terhadap variabel sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

#### 5.1 Hasil Penelitian

##### 5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

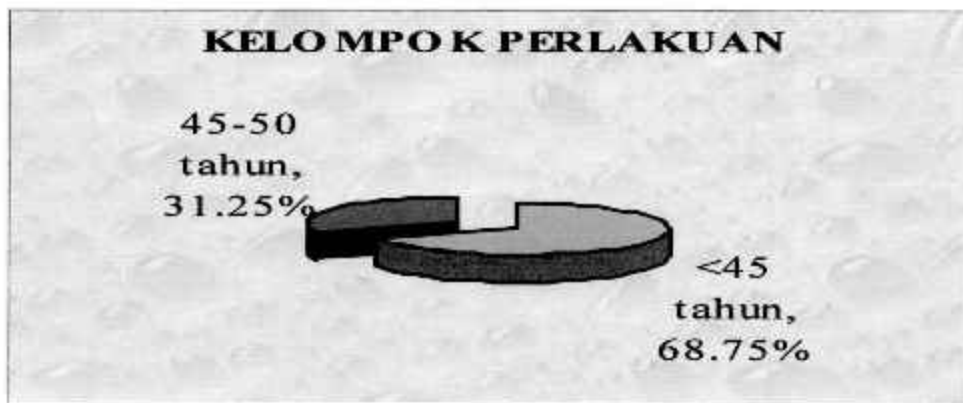
Penelitian ini dilaksanakan di wilayah Kerja Kelurahan Ujung Surabaya tepatnya di RW X, XI dan XII. Kelurahan Ujung merupakan kelurahan yang berada di kompleks perumahan TNI AL, tepatnya di Jalan Komplek Hang Tuah No 1 Surabaya. Kelurahan Ujung menghadap ke utara dengan batas sebelah barat, timur dan selatan adalah kompleks perumahan TNI AL. Kelurahan Ujung

membawahi 5 RW dan 10 RT. Program yang saat ini sedang giat-giatnya dilaksanakan oleh Kelurahan Ujung adalah program P2M (Pemberantasan Penyakit Menular). Kelurahan Ujung menempati urutan pertama dengan penderita kusta terbanyak di Surabaya menurut data Dinkes february 2007.

### 5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

Karakteristik demografi responden baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol diuraikan berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir dan pekerjaan.

#### 5.1.2.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur



Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur Pada Kelompok Perlakuan di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Bulan Juni 2007

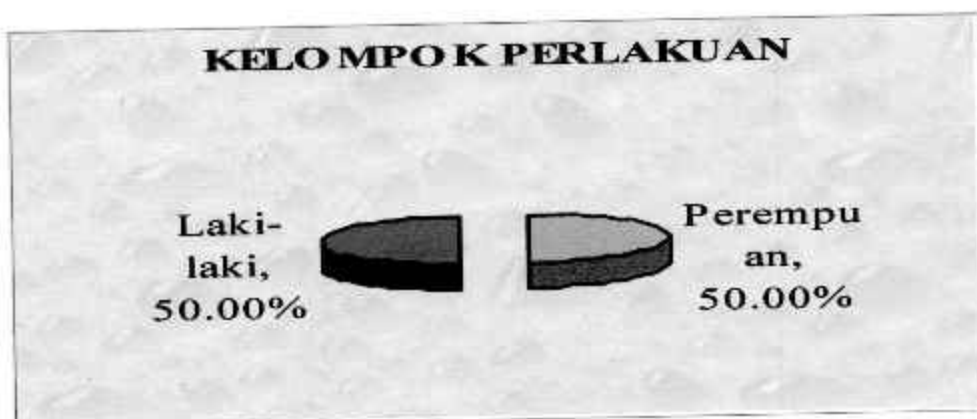
Dari diagram pie diatas dapat dilihat bahwa distribusi berdasarkan umur pada kelompok perlakuan menunjukkan sebagian besar berusia <45 tahun sebanyak 11 responden (68,75%) dan sebagian kecil berusia 45-50 tahun sebanyak 5 responden (31,25%).



Gambar 5.2 Distribusi responden Berdasarkan Umur Pada Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Bulan Juni 2007

Dari diagram pie di atas dapat dilihat bahwa distribusi berdasarkan umur pada kelompok kontrol menunjukkan sebagian besar berusia <45 tahun sebanyak 15 responden (93,75%) dan sebagian kecil berusia 45-50 tahun sebanyak 1 responden (6,25%).

#### 5.1.2.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pada Kelompok Perlakuan di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Bulan Juni 2007

Dari diagram pie diatas dapat dilihat bahwa distribusi berdasarkan jenis kelamin pada kelompok perlakuan menunjukkan jenis kelamin perempuan sebanyak 8 responden (50%) dan jenis kelamin laki-laki sebanyak 8 responden (50%).

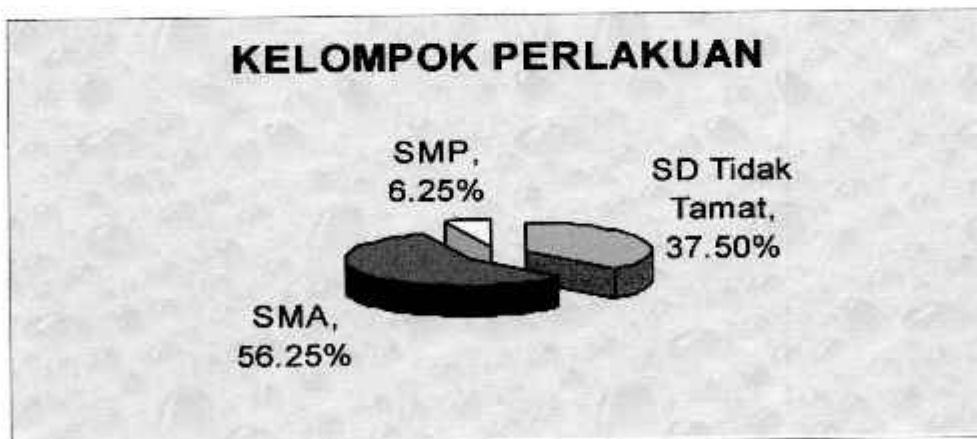




Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pada Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Bulan Juni 2007

Dari diagram pie diatas dapat dilihat bahwa distribusi berdasarkan jenis kelamin pada kelompok kontrol menunjukkan sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebanyak 9 responden (56,25%) dan sebagian kecil berjenis kelamin laki-laki sebanyak 7 responden (43,75%).

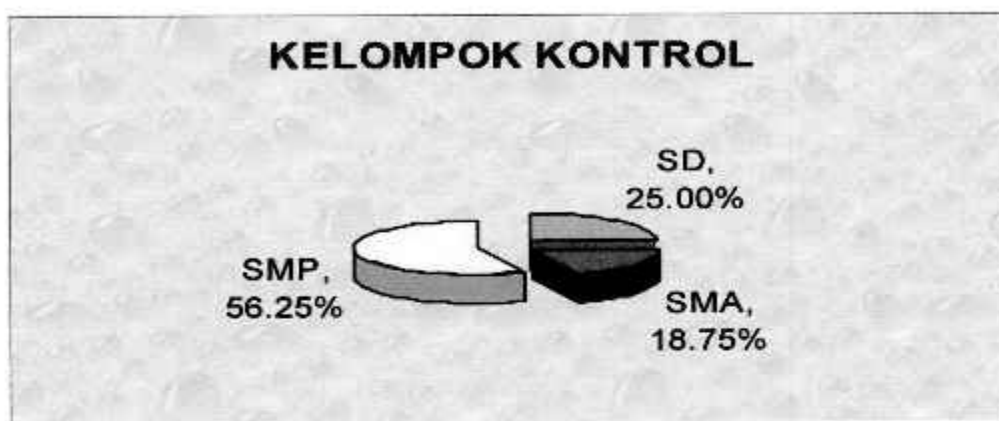
#### 5.1.2.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir



Gambar 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Pada Kelompok Perlakuan di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Bulan Juni 2007

Dari diagram pie diatas dapat dilihat bahwa distribusi berdasarkan pendidikan terakhir pada kelompok perlakuan menunjukkan sebagian besar

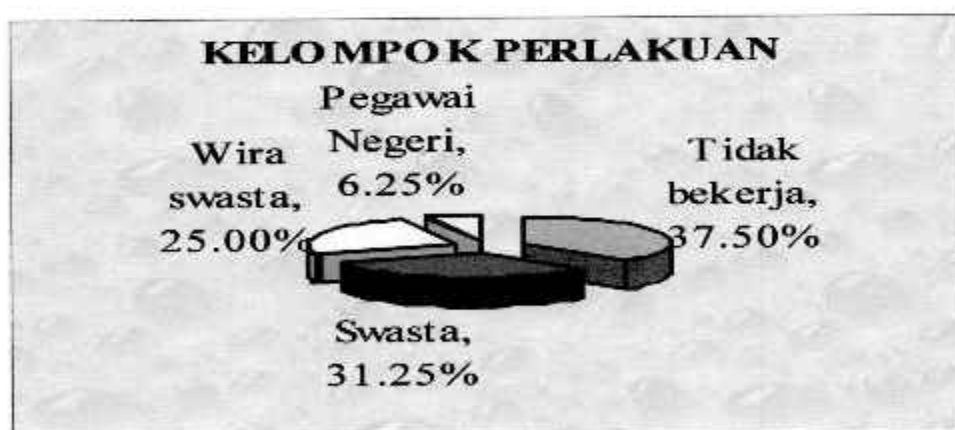
berpendidikan terakhir SMA sebanyak 9 responden (56,25%) dan sebagian kecil berpendidikan terakhir SMP sebanyak 1 responden (6,25%).



Gambar 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Pada Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Bulan Juni 2007

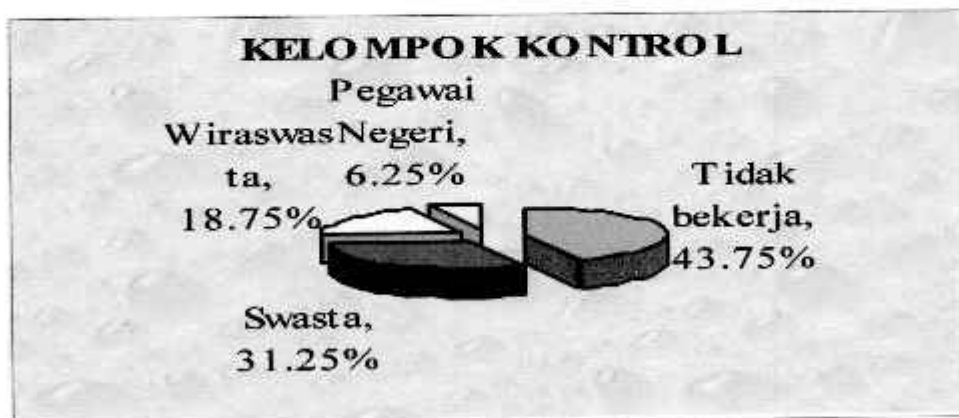
Dari diagram diatas dapat dilihat bahwa distribusi berdasarkan pendidikan terakhir pada kelompok kontrol menunjukkan sebagian besar berpendidikan terakhir SMP sebanyak 9 responden (56,25%) dan sebagian kecil berpendidikan terakhir SMA sebanyak 3 responden (18,75%).

#### 5.1.2.4 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Pekerjaan



Gambar 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Pekerjaan Pada Kelompok Perlakuan di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Bulan Juni 2007

Dari diagram pie diatas dapat dilihat bahwa distribusi berdasarkan riwayat pekerjaan pada kelompok perlakuan menunjukkan sebagian besar tidak bekerja sebanyak 6 responden (37,5%) dan sebagian kecil bekerja sebagai pegawai negeri sebanyak 1 responden (6,25%).



Gambar 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Pekerjaan Pada Kelompok Kontrol di Wilayah Kelurahan Ujung Bulan Juni 2007

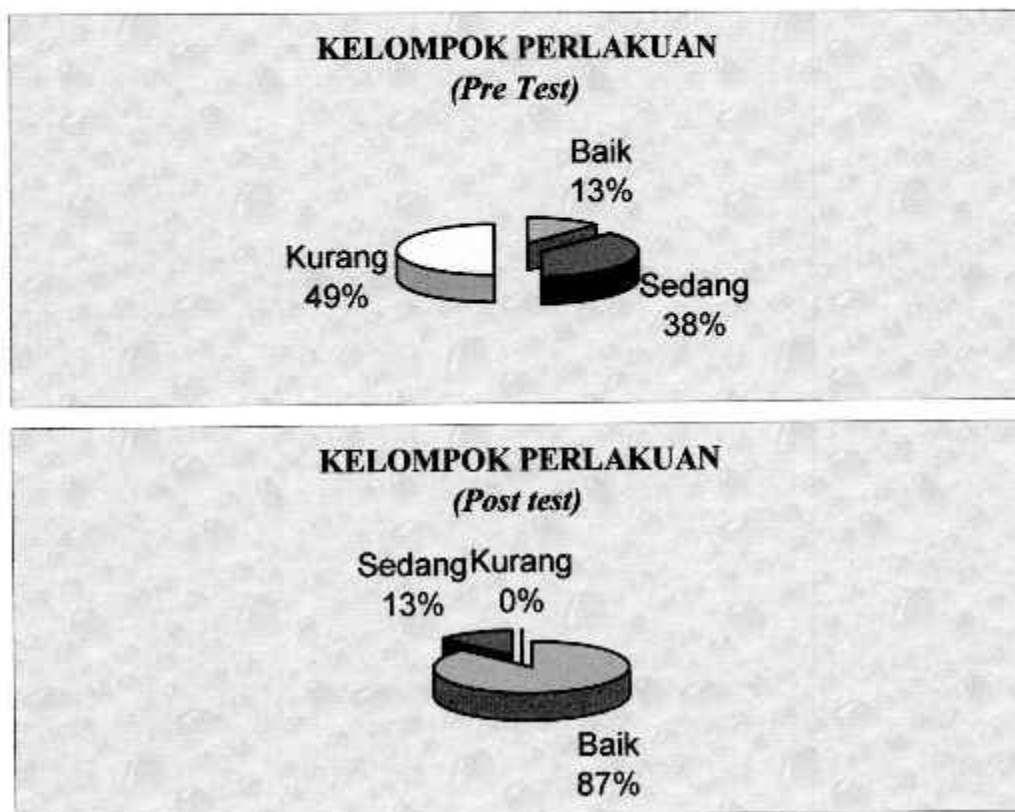
Dari diagram pie di atas dapat dilihat bahwa distribusi berdasarkan riwayat pekerjaan pada kelompok kontrol menunjukkan sebagian besar tidak bekerja sebanyak 7 responden (43,75%) dan sebagian kecil bekerja sebagai pegawai negeri sebanyak 1 responden (6,25%).

### 5.1.3 Variabel Yang Diukur

Pada bagian ini akan diuraikan data-data tentang pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi, sikap responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi serta pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan persepsi masyarakat tentang penyakit kusta.

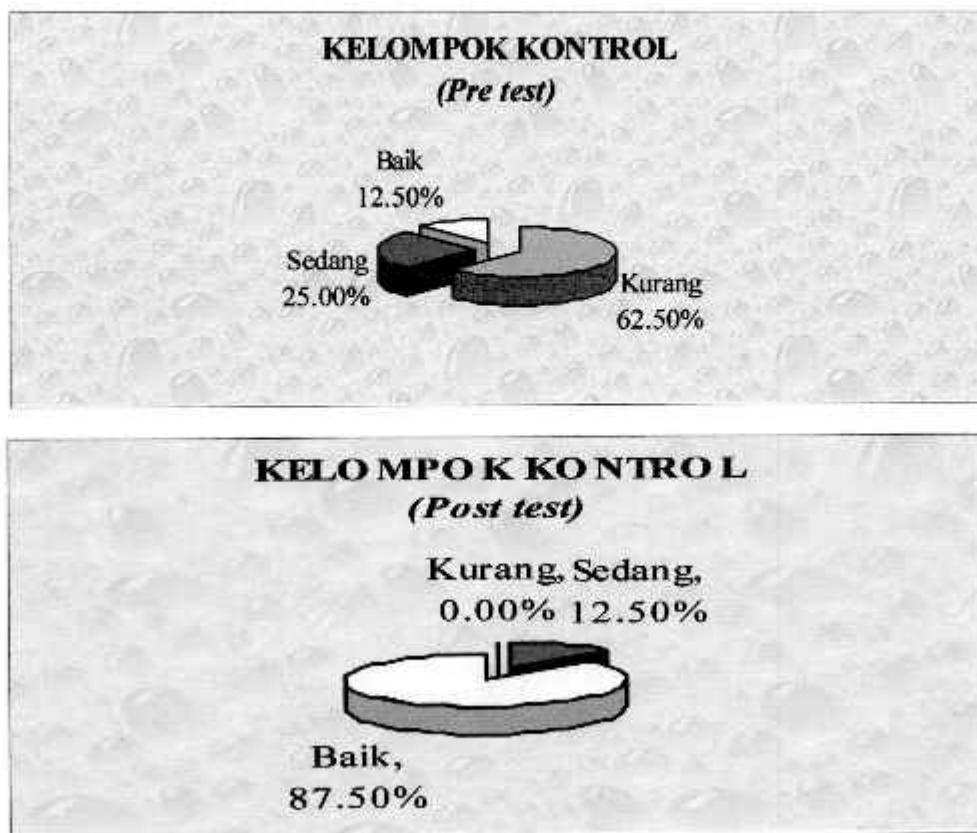
### 5.1.3.1 Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan

#### Kesehatan



Gambar 5.9 Distribusi Diagram Pie Pengetahuan Masyarakat Tentang Penyakit Kusta Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Pada Kelompok Perlakuan di Wilayah Kelurahan Ujung Juni 2007-Juli 2007

Berdasarkan hasil penelitian sebelum diberikan pendidikan kesehatan bahwa sebagian besar responden pengetahuannya tentang penyakit kusta tergolong kurang sebanyak 8 responden (50%) dan sebagian kecil tergolong baik sebanyak 2 responden (12,5%). Sedangkan sesudah diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar responden pengetahuannya tentang penyakit kusta dan baik sebanyak 14 responden (87,5%).

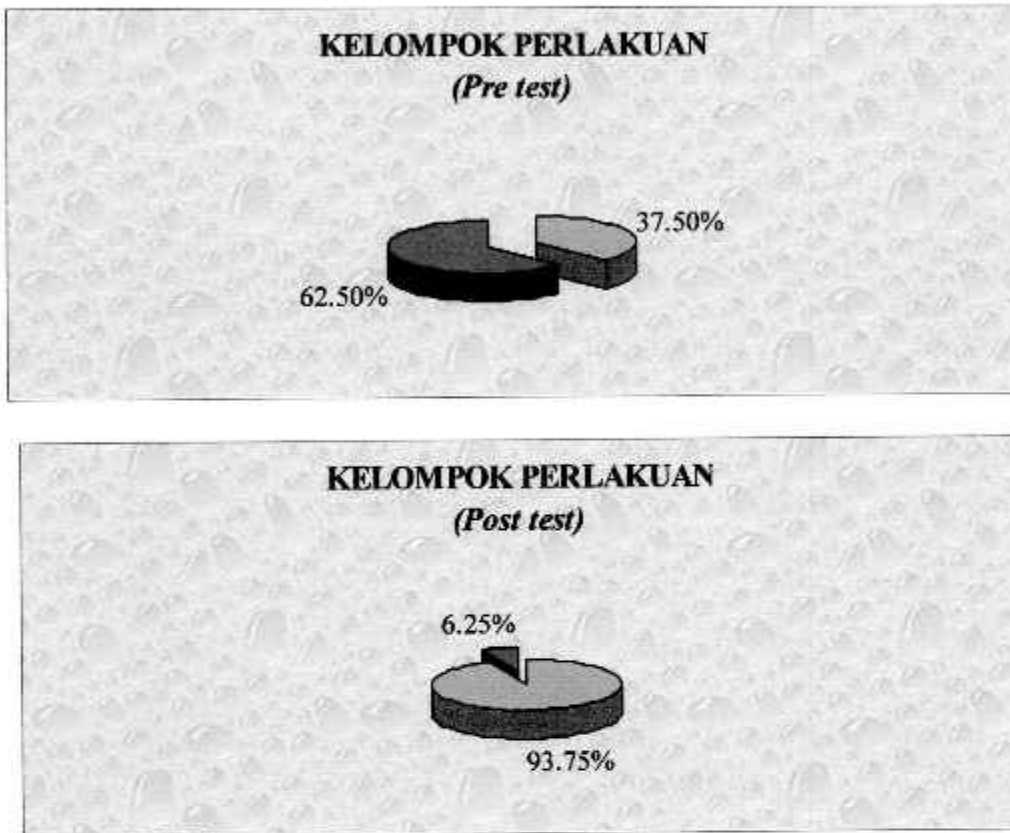


Gambar 5.10 Distribusi Diagram Pie Pengetahuan Masyarakat Tentang Penyakit Kusta Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Pada Kelompok Kontrol di Wilayah kerja Kelurahan ujung Juni 2007-Juli 2007

Berdasarkan hasil penelitian sebelum diberikan pendidikan kesehatan bahwa sebagian besar responden pengetahuannya tentang penyakit kusta tergolong kurang sebanyak 10 responden (62,5%) dan sebagian kecil tergolong baik sebanyak 2 responden (12,5%). Sedangkan sesudah diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar responden pengetahuannya tentang penyakit kusta tergolong sedang sebanyak 8 responden (50%) dan sebagian kecil tergolong baik sebanyak 2 responden (12,5%).

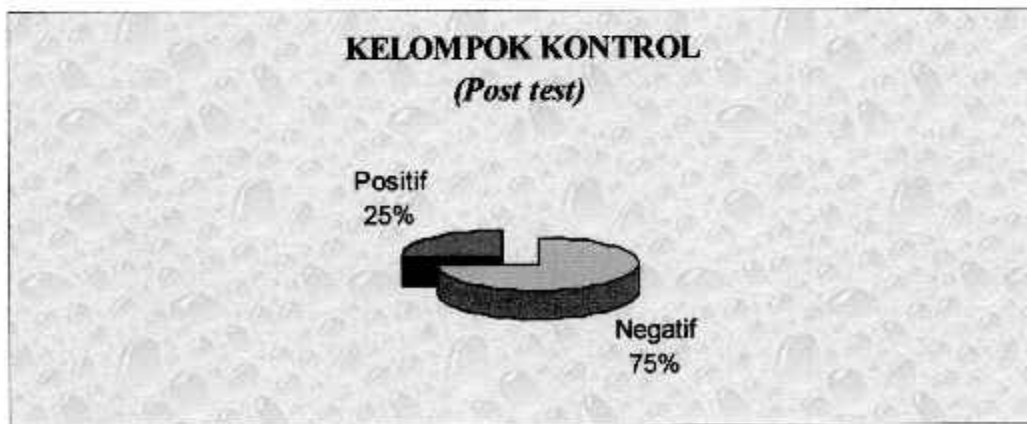
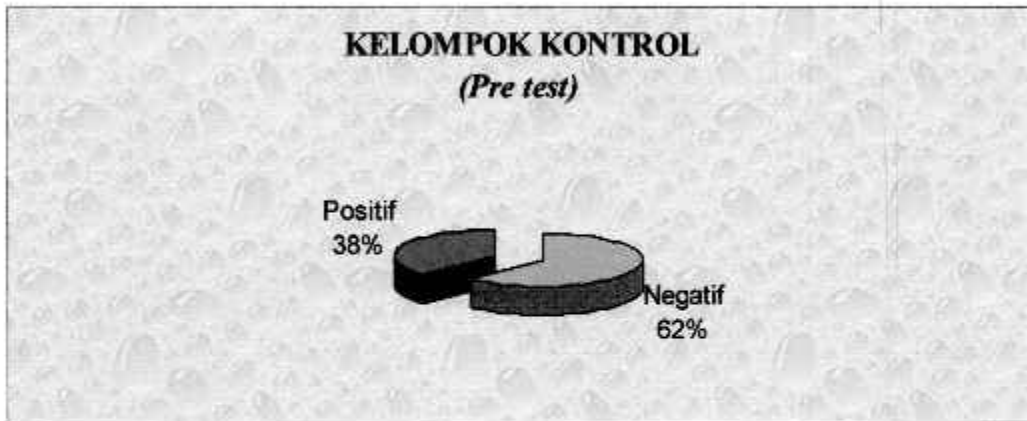
### 5.1.3.2 Sikap Responden Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan

#### Kesehatan



Gambar 5.11 Distribusi Diagram Pie Sikap Masyarakat Tentang Penyakit Kusta Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Pada Kelompok Perlakuan di Wilayah kerja Kelurahan Ujung Juni 2007-Juli 2007.

Berdasarkan hasil penelitian sebelum diberikan pendidikan kesehatan sikap responden tentang penyakit kusta sebagian besar tergolong positif sebanyak 10 responden (62,5%) dan sebagian kecil tergolong negatif sebanyak 6 responden (37,5%). Sedangkan sesudah diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar sikap responden tentang penyakit kusta tergolong positif sebanyak 15 responden (93,75%) dan sebagian kecil tergolong negatif sebanyak 1 responden (6,25%).



Gambar 5.12 Distribusi Diagram Pie Sikap Masyarakat Tentang Penyakit Kusta Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Pada kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Juni 2007-Juli 2007

Berdasarkan hasil penelitian sebelum diberikan pendidikan kesehatan sikap responden tentang penyakit kusta sebagian besar tergolong positif sebanyak 10 responden (62,5%) dan sebagian kecil tergolong negatif sebanyak 6 responden (37,5%). Sedangkan sesudah diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar sikap responden tentang penyakit kusta tergolong negatif sebanyak 12 responden (67,5%) dan sebagian kecil tergolong positif sebanyak 4 responden (25%).

### 5.1.3.3 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Persepsi Masyarakat Tentang Penyakit Kusta

Pada bagian disajikan data tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan persepsi (pengetahuan dan sikap) masyarakat tentang penyakit kusta yaitu pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Tabel 5.1 Pengaruh pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Pengetahuan Masyarakat Tentang penyakit Kusta di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Bulan Juni 2007

No Resp	<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>				<i>Mann Whitney Test</i>	
	Perlakuan		Kontrol		Perlakuan	Kontrol
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>
1	6	12	6	8	12	8
2	8	12	8	8	12	8
3	4	9	6	7	9	7
4	9	13	8	9	13	9
5	10	13	7	9	13	9
6	6	13	6	6	13	6
7	4	9	7	7	9	7
8	9	13	7	7	13	7
9	5	13	6	8	13	8
10	5	13	9	7	13	7
11	5	13	7	8	13	8
12	8	12	10	11	12	11
13	8	12	6	7	12	7
14	9	13	7	8	13	8
15	11	13	9	9	13	9
16	6	13	10	10	13	10
Mean	7,06	12,25	7,43	8,06	12,25	8,06
SD	2,2	1,34	1,41	1,28	1,34	1,28
	P= 0,001 <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>		P= 0,102 <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>		P= 0,000 <i>Mann Whitney Test</i>	

Pada tabel 5.1 tampak perbedaan pengetahuan pada masyarakat tentang penyakit kusta yang diberikan pendidikan kesehatan dengan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan. Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* ditemukan adanya perubahan pengetahuan pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan nilai  $p= 0,001$ . Pada kelompok kontrol



tidak ditemukan perubahan pengetahuan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan nilai  $p= 0,102$ . Hasil uji statistik *Mann Whitney Test* diperoleh nilai  $p= 0,000$  dengan kesimpulan bahwa hipotesis diterima yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan persepsi masyarakat tentang penyakit kusta.

Tabel 5.2 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Sikap Masyarakat Tentang Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Bulan Juni 2007

No Responden	<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>				<i>Mann Whitney Test</i>	
	Perlakuan		Kontrol		Perlakuan	Kontrol
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Post</i>	<i>Post</i>
1	60	66	62	64	66	64
2	70	74	66	66	74	66
3	70	72	66	62	72	62
4	52	60	60	60	60	60
5	64	66	62	60	66	60
6	60	64	68	62	64	62
7	52	62	52	56	62	56
8	66	66	60	58	66	58
9	60	64	60	58	64	58
10	60	60	62	64	60	64
11	70	74	70	64	74	64
12	52	66	60	64	66	64
13	72	74	72	60	74	60
14	60	68	58	58	68	58
15	60	68	60	60	68	60
16	52	72	60	60	72	60
Mean	61,25	67,25	63	61	67,25	61
SD	6,96	4,78	5,56	2,82	4,78	2,82
	P= 0,003 <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>		P= 0,317 <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>		P= 0,001 <i>Mann Whitney Test</i>	

Pada tabel 5.2 tampak perbedaan sikap pada masyarakat tentang penyakit kusta yang diberikan pendidikan kesehatan dengan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan. Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* ditemukan adanya perubahan sikap pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan nilai  $p= 0,003$ . Pada kelompok kontrol

tidak ditemukan perubahan sikap sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan nilai  $p= 0,317$ . Hasil uji statistik *Mann Whitney Test* diperoleh nilai  $p= 0,001$  dengan kesimpulan bahwa hipotesis diterima yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan sikap masyarakat terhadap penyakit kusta.

## 5.2 Pembahasan

Pengetahuan masyarakat tentang penyakit kusta masih sangat rendah. Hal ini bisa dibuktikan dengan presentase responden dari kelompok perlakuan sebanyak 8 responden (50%) dan dari kelompok kontrol sebanyak 10 responden (62,5%). Pengetahuan merupakan hasil "tahu" yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Kalau hasil pengetahuan baik, maka sikap dan tindakan yang dihasilkan pun akan baik. Perilaku yang didasari dengan pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Menurut Walgito (2004), pengetahuan yang tercakup di dalam domain persepsi mempunyai 6 tingkat yaitu : 1) tahu, 2) memahami, 3) aplikasi, 4) analisis, 5) sintesis dan 6) evaluasi.

Masyarakat masih banyak yang tidak mengetahui tentang penyakit kusta. Setiap kali masyarakat melihat penderita yang menderita penyakit kusta, mereka selalu menghindar. Padahal penyakit kusta tidak akan menular kalau penderitanya diobati. Selain itu, informasi yang didapat juga kurang. Sebagian dari masyarakat hanya mengetahui dari mulut ke mulut. Kurangnya pengetahuan yang akhirnya

memunculkan sikap masa bodoh. Akibatnya, penyakit yang diderita semakin parah dan semakin membuka peluang untuk penularan penyakit.

Sikap masyarakat tentang penyakit kusta juga masih sangat rendah. Hal ini bisa dibuktikan dengan presentase responden dari kelompok perlakuan dan kelompok kontrol masing-masing sebanyak 10 responden (62,5%). Sikap merupakan suatu keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi) dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah : 1) pengalaman pribadi, 2) pengaruh orang lain yang dianggap penting, 3) pengaruh kebudayaan, 4) media massa, 5) lembaga pendidikan dan agama serta 6) faktor emosional.

Sebagian masyarakat masih menganggap bahwa kusta merupakan penyakit kutukan. Stigma masyarakat terhadap penderita kusta masih menjadi masalah utama. Pandangan yang salah tentang kusta sebagai penyakit kutukan dan akibat guna-guna membuat penderita dan keluarganya dikucilkan dari masyarakat.

Pendidikan kesehatan yang diberikan dalam penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap masyarakat tentang penyakit kusta. Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* ditemukan adanya perubahan pengetahuan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan nilai  $p= 0,001$ . hal ini sesuai dengan konsep dari pendidikan itu sendiri yaitu bahwa pendidikan merupakan "*behavioral investment*" jangka panjang dan dalam jangka pendek mampu menimbulkan perubahan atau peningkatan pengetahuan (notoatmodjo, 2003). Menurut Notoatmodjo (2003), pendidikan kesehatan merupakan proses belajar pada individu, kelompok dan masyarakat dari tidak tahu nilai kesehatan

menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah menjadi mampu mengatasi masalah sendiri. Pendidikan kesehatan merupakan proses belajar (Notoatmodjo, 2003). Faktor-faktor yang mempengaruhi proses belajar adalah kondisi fisik dan mental, bahasa dan budaya, motivasi serta bobot dan kepribadian (Widayatun 1999). Menurut Notoatmodjo (2003), menyatakan bahwa pendidikan yang semakin tinggi akan menambah wawasan, daya tangkap dan pemahaman terhadap informasi yang diterima. Selain itu, semakin tinggi pendidikan yang ditempuh, maka semakin banyak tambahan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber dan tentunya hal tersebut akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Peningkatan pengetahuan yang terjadi pada masyarakat terjadi karena: 1) adanya pemberian pendidikan kesehatan, 2) kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan motivasi masyarakat untuk tahu dan 3) mayoritas responden berpendidikan terakhir SMA.

Pada kelompok kontrol uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* tidak ditemukan perubahan pengetahuan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan nilai  $p= 0,102$ . Menurut Notoatmodjo (2003), pengalaman belajar dalam bekerja yang berkembang pengetahuan dan keterampilan profesional serta pengalaman belajar. Tidak ditemukannya peningkatan pengetahuan masyarakat tentang penyakit kusta pada kelompok kontrol ini terjadi karena : 1) pengetahuan masyarakat yang masih rendah, 2) keyakinan dan kebudayaan yang sangat kuat sehingga banyak masyarakat yang mengabaikan arti kesehatan itu sendiri dan 3) pengalaman dari masyarakat yang tidak bisa diubah dengan pengertian. Hasil uji statistik *Mann Whitney Test* diperoleh nilai  $p= 0,000$  dengan kesimpulan

bahwa hipotesis diterima yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan masyarakat tentang penyakit kusta.

Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* ditemukan adanya perubahan sikap pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan nilai  $p=0,003$ . Pengetahuan yang baik akan menghasilkan sikap yang positif. Menurut Azwar (2003), sikap terdapat tiga komponen yaitu kognitif, afektif dan konatif. Komponen kognitif merupakan representasi dari apa yang dipercayakan seseorang mengenai nilai yang berlaku, nilai yang benar bagi objek sikap. Rogers dalam Notoatmodjo (2003) menerangkan bahwa sebelum seseorang menghadapi sikap baru, maka dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yaitu mengetahui stimulus, tertarik dengan stimulus, mencoba bersikap baru kemudian mencoba menghadapi sikap tersebut, Menurut Herawani (2001), aspek-aspek budaya yang mempengaruhi perilaku sehat meliputi persepsi masyarakat terhadap konsep sehat sakit, kepercayaan, pendidikan, nilai kebudayaan dan norma. Peningkatan sikap yang terjadi pada masyarakat tentang penyakit kusta terjadi karena : 1) peningkatan pengetahuan tentang penyakit kusta dan 2) kesadaran masyarakat terhadap penyakit kusta didukung motivasi yang tinggi.

Pada kelompok kontrol, uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* tidak ditemukan adanya perubahan sikap sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dengan nilai  $p=0,317$ . Persepsi sangat dipengaruhi oleh pengalaman. Selama belajar seseorang akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dan keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kesehatan. Tidak ditemukannya peningkatan sikap masyarakat tentang penyakit kusta pada kelompok kontrol

terjadi karena : 1) pengetahuan masyarakat dan keluarga yang tidak mendukung, 2) kebudayaan dan keyakinan yang kuat yang menyebabkan resistensi terhadap perubahan dalam kesehatan dan 3) persepsi masyarakat tentang penyakit kusta. Hasil uji statistik *Mann Whitney Test* diperoleh nilai  $p= 0,001$  dengan kesimpulan bahwa hipotesis diterima yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan sikap tentang penyakit kusta.

## BAB 6

### SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan persepsi masyarakat tentang penyakit kusta yang telah dilakukan di wilayah kerja Kelurahan Ujung pada tanggal 20 Juni-5 Juli 2007 diambil simpulan dan saran sebagai berikut :

#### 6.1 Simpulan

Persepsi masyarakat tentang penyakit kusta sebelum diberikan pendidikan kesehatan berada dalam tingkat rendah dan sedang. Stigmatisasi masyarakat yang negatif terhadap penyakit kusta menjadi masalah utama. Masih banyak masyarakat yang menganggap bahwa kusta merupakan penyakit kutukan dan penyakit akibat guna-guna

Setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit kusta mayoritas masyarakat mengalami peningkatan persepsi. Pemberian pendidikan kesehatan tentang penyakit kusta memberikan stimulus berupa pengertian tentang penyakit kusta kepada masyarakat. Stimulus yang merangsang kemudian ditangkap oleh panca indera, kemudian dibawa ke otak dan terjadi adanya jawaban (respons) berupa kesan yang dikembalikan ke indera berupa tanggapan.

#### 6.2 Saran

- 1) Perlu pendidikan kesehatan tentang penyakit kusta dengan berbagai metode antara lain ceramah dan diskusi

- 2) Petugas kesehatan hendaknya selalu mencari pemecahan masalah persepsi masyarakat tentang penyakit kusta dengan pendidikan kesehatan
- 3) Pada penelitian ini belum menggunakan uji validitas dan reabilitas pada kuesioner dan masih terbatasnya sampel sehingga pada penelitian lebih lanjut diharapkan untuk menguji validitas dan reabilitas kuesioner serta memperbanyak sampel untuk mendapatkan hasil yang lebih representatif
- 4) Berdasarkan besarnya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan persepsi masyarakat tentang penyakit kusta hendaknya segera ditetapkan protap intervensi dalam pendidikan kesehatan di Puskesmas
- 5) Penting untuk Keperawatan Komunitas menambah intervensi dalam melakukan pendidikan kesehatan tentang penyakit kusta untuk merubah stigma-stigma yang negatif pada masyarakat
- 6) Mengingat besarnya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan persepsi hendaknya segera diberikan tempat rehabilitasi untuk penderita kusta, memberikan latihan kerja agar penderita kusta bisa kembali ke masyarakat dan mempunyai pekerjaan yang layak, walaupun secara fisik tidak bisa mengembalikan kepada fungsi yang normal



### DAFTAR PUSTAKA

- Alam, Fajar (2002). Analisis Faktor Sosial Budaya Dalam Keluarga Yang Mempengaruhi Pengobatan Dini Dan Keteraturan Berobat Pada Penderita Kusta (Studi Pada Keluarga Penderita di Kabupaten Gresik). <http://www.digiliblitbang.depkes.go.id>. Tanggal 2 April 2007. Pukul 09.28
- Alimul Azis (2003). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Salemba Medika. Jakarta, hal : 38-40
- Ana (2005). Lepra. <http://www.medicastore.com>. Tanggal 1 Mei 2007. Pukul 10.52
- Andy (1990). *Penyakit Kusta di Indonesia*. Departemen Kesehatan RI. Jakarta, hal : 50-52
- Anonim (2006). Jatim Kekurangan Juru Kusta. <http://www.dinkesjatim.go.id>. Tanggal 2 April 2007. Pukul 09.22
- Arikunto (1998). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Rineka Cipta. Jakarta, hal : 20-24
- Azwar, S (2003). *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta, hal : 16-18
- Burns and Grove (1991). *The Practice of Nursing Research : Conduct, Critiques and Utilization*. 2<sup>nd</sup> ed. Saunders Co. Philadelphia : WB, hal : 42
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya (2007). Laporan P2M. Surabaya
- Erlangga (2005). Kusta! Bukan penyakit Kutukan. <http://www.jatim.go.id>. Tanggal 2 April 2007. Pukul 09.45
- Hasan (2006). Jangan Ada Kusta di antara Kita. <http://www.depkes.go.id>. Tanggal 4 April 2007. Pukul 12.21
- Hastings, C Robert (1990). *Leprosy*. Churchill Living Stone. New York, hal : 217-218
- Herawani, dkk (2001). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. EGC. Jakarta, hal : 1-8 ; 20-29
- Indropo, Agusni (1990). *Pengenalan Penyakit Kusta*. Bagian Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin RSDS. Surabaya, hal : 1-8

- Liza Purbowati (2005). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Perilaku Ibu dalam Pemberian Nutrisi Bayi usia 6-12 bulan*. Skripsi untuk Gelar Sarjana S1 Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Tidak dipublikasikan
- Mansjoer, dkk (2000). *Kapita Selekta Kedokteran*. Media Aesculapius Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta, hal : 65-75
- Nanda (2002). WHO beri Penderita Kusta Obat MDT secara Cuma-Cuma. <http://www.d-infokom-jatim.go.id>. Tanggal 2 April 2007. Pukul 09.16
- Nia (2007). Sembilan Penyakit Yang Terabaikan. <http://www.itbangdepkes.go.id>. Tanggal 1 Mei 2007. Pukul 11.05
- Notoatmodjo (2003). *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta, hal : 6
- Nursalam (2003). *Konsep dan Penerapan Metode Ilmu Keperawatan; Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen*. Salemba Medika. Jakarta, hal : 76-119
- PSIK (2004). *Buku Panduan Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Universitas Airlangga. Surabaya, hal : 1-59
- Sisca (2006). Kusta Merenggut Masa Depan Mereka. <http://www.yayasankustaindonesia.co.id>. Tanggal 1 Mei 2007. Pukul 10.11
- Srikandi (1997). *Pengantar Statistik*. Citra Media. Surabaya, hal : 14
- Sulung (2006). Awas!14 Propinsi Rawan Penyakit Kusta. <http://www.pdpersi.co.id>. Tanggal 5 April 2007. Pukul 12.42
- Suryani, dkk (2005). *Pendidikan Kesehatan bagian dari Promosi Kesehatan*. Fitramaya. Yogyakarta, hal : 25-43
- Walgito, Bimo (2004). *Pengantar Psikologi Umum*. ANDI. Yogyakarta, hal : 22-25
- Wahyu (2007). Jangan Remehkan Bercak Putih. <http://www.dinkes-dki.go.id>. Tanggal 1 Mei 2007. Pukul 12.00
- Widayatun (1999). *Ilmu Perilaku*. Sagung Seto. Jakarta, hal : 11-125;183



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
PROGRAM STUDI S.1 ILMU KEPERAWATAN  
Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 4/ Surabaya Kode Pos : 60131  
Telp. / Fax. (031) 5012496 - 5014067

Surabaya, 13 Juni 2007

Nomor : 003.117.PSIK & DIV PW 33  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Hal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
Mahasiswa PSIK-FK UNAIR

Kepada Yth.

Kepala BaKesBangl inMas Kota Surabaya


Di Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Nomi Inggar Variani  
NIM : 010310586 B  
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Persepsi Masyarakat Tentang Penyakit Kusta  
Tempat : Kelurahan Ujung Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih

Ketua Program Studi  
  
Prof. H. Bddy Soewandjo, dr., SpPD, KTI  
NIP : 130 325 831



**PEMERINTAH KOTA SURABAYA**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**  
 Jl. Jaksa Agung Suprpto No. 2 & 4 Telp. 031 - 5473284, 5343000  
**SURABAYA - 60272**

**SURAT KETERANGAN**

Untuk melakukan Survey / Research  
 Nomor : 072 / 1299 / 436.6.4 / 2006

- MEMBACA :** SURAT DARI : **UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA**  
 NOMOR : 964/JO3.1.17/PSIK & DIV PP/2007  
 TANGGAL : 13 Juni 2007  
 PERIHAL : Permohonan ijin penelitian.
- MENGINGAT :** 1. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah  
 2. Perda Kota Surabaya Nomor 15 tahun 2005 tentang Organisasi Lembaga Teknis Kota Surabaya ( Lembaran Daerah Kota Surabaya tahun 2005 No 4 / D )  
 3. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 71 tahun 2005 tentang Penjabaran Tugas & Fungsi Bakesbang & Linmas Kota Surabaya  
 4. Surat Kadit Sospol Prop. Dati I Jatim Nomor 300 / 1885 / 303 / 1999 tentang Proses penjinan, Survey, KKN, PKL, dan sejenisnya di Jatim

Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan Riset / Pengabdian Masyarakat oleh

**N a m a** : **NOMI INGGAR VARIANI**  
**Al a m a t** : Jl. Bulak Rukem Timur 2-F / 42 Surabaya  
**P e k e r j a a n** : Mahasiswa  
**T e m a / A c a r a S u r v e y / R i s e t** : PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PERUBAHAN PERSEPSI MASYARAKAT TENTANG PENYAKIT KUSTA

**Daerah / tempat dilakukan survey** : KOTA SURABAYA / Kecamatan

**L a m a n y a S u r v e y**

Syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan / peraturan yang berlaku dimana dilakukan kegiatan Survey / Riset / Penelitian.
2. Dilarang menggunakan Questionnaire diluar desigh yang telah ditentukan
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan Survey / Research / Kegiatan harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya pada Dinas / Instansi yang bersangkutan
4. Surat Keterangan ini akan dicabut / tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak mematuhi syarat – syarat serta ketentuan – ketentuan seperti tersebut di atas

Surabaya, **15 JUNI 2007**

**an. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA  
 DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT  
 KOTA SURABAYA**

Kepala Bidang Penanganan Strategis



**Drs. IMAM SUHRI MU**

Pembina Tingkat I

Nip. 010 082 239

**Tembusan : Kepada Yth**

1. Sdr. Gubernur Prop. Jawa Timur  
Up. Ka Bakesbang Jatim
2. Sdr. Camat Semampir Kota Sby
3. Sdr. Ka Prodi Ilmu Kesehatan,  
UNAIR Surabaya



**PEMERINTAH KOTA SURABAYA**  
**KECAMATAN SEMAMPIR**  
 Jl. Sultan Iskandar Muda No. 16 Telp. (031) 3293575  
Surabaya (60155)

Surabaya, 18 Juni 2007

Nomor : 072/ 323 /436.9.8/2007  
 Sifat : Penting  
 Lampiran : -  
 Perihal : RESEARCH / SURVEY

Kepada  
 Yth. I. Sdr. Lurah UJUNG  
 di  
SURABAYA

Sehubungan dengan surat Kepala BAKESBANG dan LINMAS Kota Surabaya tanggal 15 Juni 2007 Nomor : 072/1299/436.6.4/2007 perihal tersebut pada pokok surat, maka diberitahukan bahwa :

Nama : **NOMI INGGAR VARIANI**  
 Alamat : Jl. Bulak Rukem Timur 2-F/42 Surabaya  
 Pekerjaan : Mahasiswi Universitas Airlangga Surabaya

Akan mengadakan Survey/Research di wilayah kerja Saudara selama 2 (Dua) bulan terhitung mulai tanggal 15 Juni 2007 s/d. 15 Agustus 2007, dengan tema " **PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PERSEPSI MASYARAKAT TENTANG PENYAKIT KUSTA** " di wilayah Saudara.

Demikian untuk menjadi maklum dan perhatiannya.

**CAMAT SEMAMPIR**

**PENTARTO, S.Sos.M.Si.**

Penata  
 NIP. 010 198 694

Tembusan : disampaikan kepada:

- Yth. I. Sdr. Walikota Surabaya
- Cq. Sekretaris Daerah
- 2. Sdr. Kepala BAKESBANG dan LINMAS Kota Surabaya
- 3. Sdr. Kepala Bagian Pemerintahan Kota Surabaya
- 4. Sdr. Kapolsekta Semampir
- 5. Sdr. Dan Ramil 0830/02 Semampir

ws02\Cony\_d/surveis



PEMERINTAH KOTA SURABAYA  
KECAMATAN SEMAMPIR  
**KELURAHAN UJUNG**

Jl. Komplek Hangtua No. I Telp. (031) 3284760 Fax. (031) 3284760 Surabaya

Surabaya, 19 Juni 2007

Nomor : 072/436.9.8/2007  
Sifat : Penting  
Lampir : -  
Perihal : RESEARCH/SURVEY

Kepada :  
Yth. Sdr. Ketua RW XXXIX/II  
Kelurahan Ujung

di-

SURABAYA

Menindak lanjuti surat surat Camat Semampir Nomor : 072/323-436.9.8/2007, tanggal 18 Juni 2007, perihal tersebut pada pokok surat, maka kami memberitahukan dan mohon bantuan serta arahan Bapak Ketua RW kepada :

Nama : NOMI INGGAR VARIANI  
Alamat : Jl. Bulak Rukem Timur 2-F-42 Surabaya  
Pekerjaan : Mahasiswa Universitas Airlangga Surabaya

Delan rangka mengadakan Survey/Reserch di Wilayah RW bapak selama 2 ( Dua ) bulan terhitung mulai tanggal 15 Juni 2007 s.d 15 Agustus 2007 dengan tema " PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PEKSEPSE MASYARAKAT TENTANG PENYAKIT KUSMA ".

Demikian untuk menjadi maklumi dan perhatiannya



KELURAHAN UJUNG

SUS, SSTP

Penata

NP 010 250 127

Tembusan Kepada Yth:

1. Etd. Camat Semampir
2. Ujung

Lampiran 5



PEMERINTAH KOTA SURABAYA  
KECAMATAN SEMAMPIR  
**KELURAHAN UJUNG**

JL. Komplek Hangtua No. I Telp. (031) 3284760 Fax. (031) 3284760 Surabaya

Surabaya, 25 Juli 2007

Kepada

Yth. Sdr. Ketua Program Studi  
S-1 Ilmu Keperawatan  
di

SURABAYA

Nomor : 072 / 093 / 436.9.8.4 / 2007  
Sifat : Segera  
Lampiran : -  
Perihal : Penelitian

Bersama ini kami memberitahukan dengan hormat bahwa  
Mahasiswi UNAIR :

Nama : NOMI INGGAR VARIANI

NIM : 010310585B

Study : Mahasiswi Program S-1 Ilmu Keperawatan UNAIR.

Terhitung mulai tanggal 20 Juni s/d 5 Juli 2007 telah selesai  
melaksanakan tugas Reseach / Penelitian di wilayah RW 10,11 dan 12  
Kelurahan Ujung Kecamatan Semampir Surabaya.

Demikian surat ini dibuat untuk jadikan pedoman dan laporan  
sebagaimana mestinya.

PEMERINTAH KOTA SURABAYA  
KECAMATAN SEMAMPIR  
**KELURAHAN UJUNG**  
  
**YUNUS. S.STP**  
Penata  
NIP. 010 256 422

## Lampiran 6

**LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN****PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PERUBAHAN  
PERSEPSI MASYARAKAT TENTANG PENYAKIT KUSTA**

Oleh :

Nomi Inggar Variani

Saya adalah mahasiswa Program Studi SI Ilmu Keperawatan FK Unair Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program Akademik PSIK FK Unair.

Tujuan penelitian ini adalah mempelajari pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap perubahan persepsi masyarakat terhadap perubahan persepsi masyarakat tentang penyakit kusta.

Partisipasi anda dalam penelitian ini mungkin bermanfaat bagi anda dan membawa dampak positif dalam upaya meningkatkan tugas dan peran perawat di masyarakat.

Kami mengharapkan tanggapan atau jawaban yang anda berikan sesuai dengan pendapat anda sendiri tanpa dipengaruhi orang lain.

Kami menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas anda. Informasi yang diberikan hanya akan digunakan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan dan tidak akan dipergunakan untuk maksud-maksud lain.

Partisipasi anda dalam penelitian ini bersifat "volunter" (bebas), anda bebas untuk ikut atau tidak ikut tanpa adanya sanksi apapun.

Jika anda bersedia menjadi peserta penelitian ini, silahkan menandatangani kolom di bawah ini :

Tanggal :

Tanda tangan :



Lampiran 7

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PESERTA PENELITIAN**

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PERUBAHAN  
PERSEPSI MASYARAKAT TENTANG PENYAKIT KUSTA**

Oleh :

**NOMI INGGAR VARIANI**

Dalam penelitian ini saya bersedia menjadi responden dan saya telah mengetahui maksud dan tujuan dari penelitian ini sesuai dengan penjelasan dari peneliti yang disampaikan kepada saya.

Demikian secara sadar dan sukarela serta tidak ada unsur paksaan dari siapapun saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Tanggal :

Tanda tangan :

## Lampiran 8

**LEMBAR KUESIONER**

**Judul** : Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan persepsi masyarakat tentang penyakit kusta.

**Petunjuk** : Saudara diminta untuk memberikan jawaban dari pertanyaan berikut dengan sejujur-jujurnya dengan memberi tanda (√) pada kolom jawaban yang tersedia.

**I. Identitas Responden****1. Usia**

- 1)  < 45 tahun  
2)  45-50 tahun  
3)  50-55 tahun  
4)  > 55 tahun

**2. Jenis kelamin**

- 1)  Laki-laki  
2)  Perempuan

**3. Pendidikan**

- 1)  SD tidak tamat  
2)  SD  
3)  SMP  
4)  SMA  
5)  Perguruan Tinggi

## 4. Pekerjaan

- 1)  Tidak bekerja  
 2)  Swasta  
 3)  Wiraswasta  
 4)  Pegawai Negeri

## II. Persepsi masyarakat tentang penyakit kusta

## A. Aspek Pengetahuan

Jawablah pertanyaan di bawah ini yang menurut anda benar dengan memberi tanda (√) pada kotak yang telah tersedia.

1. Kusta adalah suatu penyakit kulit yang disebabkan oleh kuman yang dinamakan :
  - a. Mycobacterium Tuberculosis
  - b. Avian Influenza
  - c. Mycobacterium Leprae
  - d. Kuman TB
2. Penyebab penyakit kusta antara lain :
  - a. Mycobacterium Leprae
  - b. Faktor lingkungan sosial
  - c. Faktor ekonomi dan gaya hidup
  - d. Benar semua
3. Dalam penyebarannya, kuman *mycobacterium leprae* menyerang, *kecuali* :
  - a. Susunan saraf pusat
  - b. Saraf tepi
  - c. Kulit
  - d. Sumsum tulang
4. Penyakit kusta dibagi menjadi .....jenis, yaitu tipe :
  - a. 1 jenis, tipe MB
  - b. 1 jenis, tipe PB

- c. 2 jenis, tipe MB dan PB
  - d. Salah semua
5. Faktor-faktor yang mempengaruhi penularan penyakit kusta adalah :
- a. Faktor lingkungan sosial
  - b. Faktor ekonomi dan gaya hidup
  - c. Faktor pendidikan
  - d. Sumber penularan, kuman kusta, daya tahan tubuh dan iklim
6. Munculnya suatu bercak putih mirip penyakit panu, tidak gatal ataupun nyeri, ada bagian tubuh tidak berkeringat dan mati rasa karena kerusakan saraf merupakan :
- a. Gejala awal penyakit kusta
  - b. Gejala klinik penyakit kusta
  - c. Gejala lanjut penyakit kusta
  - d. Kecacatan pada penyakit kusta
7. Pemeriksaan klinis yang dilakukan pada penderita kusta adalah :
- a. Pemeriksaan mikroskopis
  - b. Pemeriksaan bakteriologis
  - c. Pemeriksaan kulit
  - d. Uji tuberkulin
8. Pengobatan yang diberikan pada penderita kusta adalah :
- a. Rifampisin
  - b. MDT
  - c. Klofazimin
  - d. DDS
9. Lama pengobatan untuk penderita kusta tipe basah adalah :
- a. 12 bulan
  - b. 6 bulan
  - c. 8 bulan
  - d. 4 bulan

10. Pencegahan penyakit kusta dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain :
- a. Sering membersihkan rumah dan lingkungan sekitar
  - b. Tidak memakai air kotor sebagai alat untuk mandi
  - c. Mengganti pakaian kotor dengan pakaian yang bersih sekali sehari
  - d. Benar semua
11. Penularan penyakit kusta dapat melalui....., *kecuali* :
- a. Penderita kusta yang belum mendapat pengobatan
  - b. Melalui air
  - c. Lewat tetesan lendir hidung
  - d. Kontak lama, intim dan terus-menerus
12. Sumber penularan penyakit kusta yang paling utama adalah :
- a. Melalui kulit
  - b. Melalui udara
  - c. Melalui air
  - d. Penderita kusta yang belum mendapat pengobatan
13. Tujuan utama pengobatan penyakit kusta antara lain :
- a. Menyembuhkan penderita kusta
  - b. Mencegah timbulnya cacat
  - c. Memutuskan rantai penularan
  - d. Benar semua

**B. Aspek Sikap**

Berilah tanda (√) pada salah satu kolom yang sudah disediakan.

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
14	Penderita kusta tidak seharusnya dijauhi				
15	Menurut saya penderita kusta harus dikucilkan dari masyarakat				
16	Menurut saya bergaul dengan penderita kusta akan membuat perasaan saya sedih				
17	Saat ada penderita kusta di masyarakat, saya tidak akan bergaul dengannya				
18	Menurut saya bergaul dengan dengan penderita kusta menunjukkan kepedulian yang besar terhadap penderita kusta				
19	Saya akan menganjurkan penderita kusta untuk memeriksakan dan mengobati penyakitnya				
20	Menurut saya bergaul dengan penderita kusta akan membuat saya tertular				
21	Penderita kusta tidak akan menularkan penyakitnya jika diobati				
22	Menurut saya penyakit kusta adalah penyakit kutukan dan penyakit keturunan				
23	Saya mau bergaul dengan penderita kusta				
24	Penderita kusta sebaiknya diajak berpartisipasi dalam kegiatan di masyarakat				
25	Saat ada penderita kusta di masyarakat saya tidak akan keluar rumah dan ingin menyendiri di kamar				
26	Saya akan membantu penderita kusta untuk menyembuhkan penyakitnya				
27	Saat bergaul dengan penderita kusta saya tidak akan membantu menyelesaikan pekerjaannya sehari-hari				
28	Saat bergaul dengan penderita kusta saya akan tetap nyaman dan tidak terganggu				
29	Saya akan membantu keluarga penderita untuk memeriksakan anggota keluarganya yang menderita kusta				
30	Menurut saya bergaul dengan penderita kusta akan membuat saya tertular				

Keterangan :

SS = Sangat Setuju

TS = Tidak Setuju

S = Setuju

STS = Sangat Tidak setuju

## Lampiran 9

**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN**

- Pokok bahasan : Pendidikan Kesehatan Tentang Kusta
- Peserta : Masyarakat yang berada di sekitar rumah penderita yang bersedia menjadi subjek penelitian
- Waktu : 60 menit

**TUJUAN****1. Tujuan Instruksional Umum**

Setelah diberikan pendidikan kesehatan diharapkan peserta mampu merubah persepsi ke arah yang lebih positif.

**2. Tujuan Instruksional Khusus**

1. Peserta dapat menjelaskan pengertian kusta
2. Peserta dapat menjelaskan penyebab penyakit kusta
3. Peserta dapat menjelaskan gejala awal penyakit kusta
4. Peserta dapat menjelaskan cara penularan penyakit kusta
5. Peserta dapat menjelaskan pengobatan pada penderita kusta
6. Peserta dapat menjelaskan pencegahan terhadap penyakit kusta

**MATERI**

1. Pengertian kusta
2. Penyebab penyakit kusta
3. Gejala awal penyakit kusta

4. Cara penularan penyakit kusta
5. Pengobatan pada penderita kusta
6. Pencegahan terhadap penyakit kusta

### METODE

1. Ceramah
2. Diskusi

### MEDIA

1. Flip chart
2. Leaflet
3. Kuesioner

### KEGIATAN

TAHAP	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA	WAKTU
I	<b>PEMBUKAAN</b> 1. Memberi salam dan memperkenalkan diri 2. Melakukan kontrak waktu 3. Menyampaikan tujuan pembelajaran yang akan dilakukan dan manfaat dari materi yang akan disampaikan	Membalas salam  Mendengarkan Mendengarkan	5'
II	<b>PENYAJIAN MATERI</b> 1. Menjelaskan pengertian kusta 2. Menjelaskan penyebab penyakit kusta 3. Menjelaskan gejala awal penyakit kusta 4. Menjelaskan cara penularan penyakit kusta 5. Menjelaskan pengobatan pada penderita kusta 6. Menjelaskan pencegahan terhadap	Mendengarkan Mendengarkan Mendengarkan Mendengarkan Mendengarkan Mendengarkan	50'



III	penyakit kusta 7. Mempersilahkan peserta untuk bertanya 8. Menjawab pertanyaan <b>PENUTUP</b> 1. Melakukan evaluasi singkat 2. Menutup pertemuan dan memberi salam	Bertanya  Mendengarkan  Bertanya Memberi salam	5'
-----	---	---	----

## EVALUASI

### 1. Kriteria Struktur

- Peserta hadir di tempat penyuluhan
- Penyelenggaraan penyuluhan di Balai RW masing-masing yang terdapat di wilayah rumah penderita
- Pengorganisasian penyuluhan dilakukan sebelumnya

### 2. Kriteria Proses

- Peserta antusias terhadap materi penyuluhan
- Peserta konsentrasi mendengarkan materi
- Peserta mengajukan pertanyaan

### 3. Kriteria Hasil

- Peserta dapat menjelaskan pengertian kusta
- Peserta dapat menjelaskan penyebab penyakit kusta
- Peserta dapat menjelaskan gejala awal penyakit kusta
- Peserta dapat menjelaskan cara penularan penyakit kusta
- Peserta dapat menjelaskan pengobatan pada penderita kusta
- Peserta dapat menjelaskan cara pencegahan terhadap penyakit kusta

## Lampiran 10

## MATERI PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG PENYAKIT KUSTA

### 1. Pengertian kusta

Kusta adalah suatu penyakit kulit yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium leprae* yang menyerang saraf tepi, kulit dan organ tubuh manusia yang dalam jangka panjang mengakibatkan sebagian anggota tubuh penderita tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya.

### 2. Penyebab penyakit kusta

Penyebab penyakit ini adalah suatu kuman berbentuk batang yang disebut *mycobacterium leprae*.

Penderita kusta kebanyakan berasal dari keluarga dengan ekonomi rendah yang belum memahami pentingnya arti kebersihan lingkungan. Faktor kemiskinan juga mendorong seseorang berpotensi terserang penyakit kusta, karena umumnya mereka tinggal di daerah terisolir sehingga sulit dideteksi oleh petugas kesehatan.

Penyakit kusta selain disebabkan oleh *mycobacterium leprae*, juga dapat disebabkan oleh faktor lingkungan, adat budaya dan gaya hidup dari masyarakat itu sendiri. Berbagai faktor sosial budaya seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, pengetahuan dan sikap dalam keluarga merupakan suatu hal yang dianggap sangat mempengaruhi pemeriksaan dan pengobatan dini serta keteraturan berobat penderita kusta.

### 3. Cara penularan penyakit kusta

Sumber penularan penyakit kusta adalah penderita kusta yang belum mendapat pengobatan. Penularan penyakit ini tidak semudah seperti penyakit-penyakit menular lainnya. Untuk penularan penyakit ini dipengaruhi banyak faktor, antara lain sumber penularan, kuman kusta, daya tahan tubuh, sosial ekonomi dan iklim, sehingga tidak semua orang yang kemasukan kuman kusta ke dalam tubuhnya akan mengidap penyakit ini.

Penularan penyakit kusta juga dapat lewat tetesan lendir hidung dalam udara pernafasan (*droplet infection*), dimana pada permukaan selaput lendir hidung penderita kusta banyak sekali kuman yang mudah terbawa keluar lewat tetesan-tetesan kecil udara pernafasan.

Faktor yang paling penting dalam penularan penyakit kusta adalah daya tahan tubuh seseorang terhadap kuman ini. Kehidupan ekonomi yang pas-pasan akan mengakibatkan kekurangan gizi, hygiene rendah dan hidup tidak teratur yang meningkatkan kerentanan tubuh terhadap penyakit.

### 4. Gejala awal penyakit kusta

Gejala awal dari penyakit kusta disebut sebagai fase *indeterminate* (fase yang sulit dijelaskan jenisnya) dimana gejalanya masih belum jelas, biasanya sebagai suatu bercak putih mirip dengan penyakit panu, tidak gatal ataupun nyeri, ada bagian tubuh tidak berkeringat, rasa kesemutan pada anggota badan atau bagian raut muka dan mati rasa karena kerusakan saraf tepi.

## 5. Pemeriksaan klinis penyakit kusta

Pemeriksaan klinis pada penderita kusta menggunakan pemeriksaan bakteriologis. Pemeriksaan ini bertujuan untuk membantu menegakkan diagnosis dan pengamatan pengobatan. Hasil pemeriksaan bakterioskopik negatif pada penderita kusta, bukan berarti orang tersebut tidak mengandung kuman *Mycobacterium leprae*.

*Mycobacterium leprae* tergolong Basil Tahan Asam (BTA), tampak merah pada sediaan. *Mycobacterium leprae* dibedakan dalam bentuk batang utuh, batang terputus dan butiran. Bentuk batang utuh adalah basil yang hidup. Basil yang hidup ini yang lebih berbahaya, karena dapat berkembang biak dan dapat menularkan ke orang lain.

## 6. Pengobatan pada penderita kusta

Tujuan utama program pemberantasan kusta adalah menyembuhkan penderita kusta dan mencegah timbulnya cacat serta memutuskan rantai penularan dari penderita kusta terutama tipe menular kepada orang lain untuk menurunkan insidens penyakit.

MDT (*Multi Drug Therapy*) adalah program yang dibuat WHO dengan kombinasi Rifampisin, Klofazimin dan DDS. Program ini bertujuan mengurangi ketidaktaatan penderita, menurunkan angka putus obat dan untuk mengatasi resistensi Dapson.

### a. Rifampisin

Dipakai sebagai obat kusta pada tahun 1970 oleh Rees dkk, Leiker dan Kamp. Rifampisin adalah obat yang menjadi salah satu komponen kombinasi dengan DDS dengan dosis 100 mg/kg BB diberikan setiap

hari atau setiap bulan. Efek samping yang harus diperhatikan adalah hepatotoksik, nefrotoksik, gejala gastrointestinal dan *flu-like syndrom*.

b. Klofazimin

Dipakai sebagai obat kusta pada tahun 1962 oleh Brown dan Hoogerzeil. Dosisnya adalah 50 mg setiap hari atau 100 mg selang sehari atau 3x100 mg setiap minggu. Efek sampingnya ialah warna kecoklatan pada kulit dan warna kekuningan pada sklera sehingga mirip ikterus. Obat ini menyebabkan pigmentasi kulit yang sering merupakan masalah dalam ketaatan berobat penderita. Selain itu dapat juga terjadi penurunan BB. Perubahan tersebut akan menghilang setelah obat dihentikan.

c. DDS

Dipakai sebagai obat kusta pada tahun 1948. Dosis DDS 1-2 mg/kg BB setiap hari. Efek samping yang mungkin timbul antara lain nyeri kepala, anemia, sindrom DDS, hepatitis dan hipoalbuminemia.

7. Pencegahan terhadap penyakit kusta

Berbagai upaya yang dapat dilakukan untuk pencegahan terhadap penyakit kusta adalah sebagai berikut :

1. Dari lingkungan keluarga dan masyarakat, pencegahan yang dapat dilakukan adalah :

a. Menjaga kebersihan perorangan, antara lain :

(1) Mandi pagi dan sore dengan memakai sabun

(2) Mencuci tangan dengan sabun sebelum makan atau sesudah memegang benda-benda yang kotor

- (3) Mencuci tangan dan kaki sebelum tidur
- (4) Mengganti pakaian kotor dengan pakaian yang bersih sekali sehari, yaitu pada sore hari sesudah mandi
- (5) Tidak memakai air kotor sebagai alat untuk mandi

b. Menjaga kebersihan lingkungan

Lingkungan harus selalu dijaga bersih agar kemungkinan hidup dan berlindungnya kuman-kuman penyakit dapat dicegah, dengan cara :

- (1) Sering membersihkan tempat tidur
- (2) Menjemur kasur, bantal dan selimut  $\pm$  2 minggu sekali
- (3) Membersihkan dan menyapu rumah

2. Dari segi penderita kusta

Ditujukan pada usaha – usaha mematikan atau menghancurkan kuman kusta dalam badan penderita kusta. Satu-satunya upaya yang perlu dilakukan adalah penderita kusta tipe menular diberi pengobatan secara teratur dan terus menerus, karena dengan pengobatan yang teratur dan terus-menerus kuman-kuman kusta akan mati atau hancur (lemah) dan tidak akan menularkan lagi bagi penghuni (kontak) serumah maupun tetangga serta masyarakat lainnya.

8. Persepsi masyarakat tentang penyakit kusta

Persepsi masyarakat terhadap penyakit kusta masih sering salah. Banyak yang menganggap kalau penyaki kusta adalah penyakit kutukan dan penyakit keturunan. Padahal, kalau saja masyarakat mengerti lebih

dalam tentang penyakit kusta, mungkin saja stigma-stigma yang salah tersebut dapat berangsur-angsur hilang. Masyarakat hendaknya mengetahui penyakit kusta tidak akan menular apabila penderitanya melakukan pengobatan secara terus menerus sesuai dengan waktu yang telah ditentukan dan seharusnya memberi dukungan kepada penderita kusta yang tidak melakukan pengobatan untuk memeriksakan diri dan mengobati penyakitnya serta tidak selalu takut pada penderita kusta. Jadi, penting untuk memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit kusta untuk mengurangi stigma-stigma yang buruk pada masyarakat.

## Lampiran 11

## DATA DEMOGRAFI KELOMPOK PERLAKUAN DAN KELOMPOK KONTROL

No Responden	Kelompok Perlakuan			Kelompok Kontrol				
	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan
1	1	1	4	3	1	1	4	2
2	1	2	4	2	1	1	2	2
3	1	2	4	2	1	1	2	1
4	1	2	4	2	1	2	5	4
5	1	1	4	3	1	1	4	3
6	1	1	4	2	1	2	3	3
7	1	1	4	4	1	1	4	2
8	2	2	3	3	1	1	3	2
9	1	2	3	3	1	2	3	3
10	1	1	3	3	1	1	4	2
11	2	2	4	2	1	1	4	2
12	1	1	3	3	1	2	4	3
13	2	2	3	2	1	1	4	3
14	1	2	1	3	1	2	3	1
15	2	1	3	3	2	2	3	3
16	2	1	4	2	1	2	4	3

Keterangan :

Umur : 1) &lt;45 tahun 2) 45-50 tahun 3) 50-55 tahun 4) &gt;55 tahun

Jenis kelamin : 1) perempuan 2) laki-laki

Pendidikan terakhir : 1) SD Tidak Tamat 2) SD 3) SMP 4) SMA 5) Perguruan Tinggi

Pekerjaan : 1) tidak bekerja 2) swasta 3) wiraswasta 4) pegawai negeri



Lampiran 12

**TABULASI DATA**  
**Pengetahuan Masyarakat Tentang Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Kelompok Perilaku (Pre test)**

No Resp	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total	Ket
1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	6	K
2	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	8	S
3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	4	K
4	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	9	S
5	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	10	B
6	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	6	K
7	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4	K
8	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	9	S
9	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	5	K
10	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	5	K
11	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	8	S
12	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	8	S
13	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	9	S
14	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	11	B
15	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	6	K
16	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	6	K

Keterangan :  
 B : Baik  
 S : Sedang  
 K : Kurang

**TABULASI DATA**  
**Sikap Masyarakat Tentang Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Kelompok Perlakuan (Pre test)**

No Resp	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Total	Ket
1	4	5	2	5	1	5	2	5	5	2	2	1	5	2	5	5	5	60	N
2	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	1	1	70	P
3	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	4	2	5	70	P
4	5	1	5	5	5	5	4	5	1	1	4	2	5	4	4	2	4	52	N
5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	1	2	4	4	2	2	2	5	64	P
6	4	5	2	5	1	5	2	5	5	2	2	1	5	2	5	5	5	60	N
7	5	2	2	4	4	5	2	2	2	2	2	5	2	4	4	5	2	52	N
8	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	2	4	4	2	4	66	P
9	4	4	4	1	1	2	4	4	4	4	1	1	1	2	4	4	5	60	N
10	2	4	4	4	2	4	2	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	60	N
11	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	70	P
12	5	1	5	5	5	5	1	5	1	1	4	2	5	1	4	2	4	52	N
13	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	1	4	1	72	P
14	4	5	2	5	1	5	2	5	5	2	2	1	5	2	5	5	5	60	N
15	1	5	1	5	5	2	5	5	1	5	4	5	1	5	4	1	5	60	N
16	2	1	2	2	2	5	1	5	2	2	2	4	5	2	5	5	5	52	N

Keterangan :  
 P : Positif  
 N : Negatif

**TABULASI DATA**  
**Pengetahuan Masyarakat Tentang Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Kelompok Perlakuan (Post test)**

No Resp	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total	Ket
1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12	B
2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	12	B
3	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	9	S
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	B
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	B
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	S
7	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	13	B
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	B
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	B
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	B
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	B
12	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12	B
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	B
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	B
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	B
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	B

Keterangan :  
**K** : Kurang  
**S** : Sedang  
**B** : Baik

**TABULASI DATA**  
**Sikap Masyarakat Tentang penyakit Kusta di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung**  
**Kelompok Perlakuan (Post test)**

No Resp	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Total	Ket
1	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	64	P
2	4	5	4	5	4	5	5	4	5	2	4	1	1	4	1	4	5	74	P
3	4	4	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	2	5	5	1	4	72	P
4	4	4	4	1	1	2	4	4	4	4	1	1	1	2	4	4	5	60	P
5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4	66	P
6	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	5	4	4	4	2	4	4	64	P
7	4	4	2	2	4	4	5	4	4	2	5	4	2	4	4	5	1	62	P
8	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	2	4	2	2	2	66	P
9	5	5	5	1	5	1	1	5	2	2	5	4	5	4	5	5	4	64	P
10	1	5	1	5	5	2	5	5	1	5	4	5	1	5	4	1	5	60	N
11	5	5	5	1	5	5	5	2	5	5	5	2	5	5	5	5	4	74	P
12	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5	5	2	5	1	5	1	5	66	P
13	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	4	5	5	1	2	5	5	74	P
14	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	68	P
15	5	4	4	2	2	5	4	4	4	4	2	4	5	4	5	5	4	68	P
16	4	4	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	2	5	5	1	4	72	P

Keterangan :  
P : Positif  
N : Negatif

TABULASIDATA

Pengetahuan Masyarakat Tentang Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Kelompok Kontrol (*Pre test*)

No Resp	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total	Ket
1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	6	K
2	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	8	S
3	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	6	K
4	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	8	S
5	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	K
6	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	6	K
7	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	7	K
8	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	K
9	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	6	K
10	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	9	S
11	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	7	K
12	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	10	B
13	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	6	K
14	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	7	K
15	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	9	S
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	B

Keterangan :  
 K : Kurang  
 S : Sedang  
 B : Baik

TABULASI DATA

Sikap Masyarakat Tentang penyakit Kusta di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Kelompok Kontrol (*Pre test*)

No Resp	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Total	Ket
1	5	4	4	2	5	5	4	4	4	2	2	1	5	4	4	5	2	62	N
2	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	2	4	2	2	2	66	P
3	5	5	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4	66	P
4	4	4	4	1	1	2	4	4	4	4	1	1	1	2	4	4	5	60	N
5	4	4	5	5	5	5	2	5	4	4	2	5	1	4	4	1	2	62	N
6	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	68	P
7	2	1	2	2	2	5	1	5	2	2	2	4	5	2	5	5	5	52	N
8	4	4	4	1	1	2	4	4	4	4	1	1	1	2	4	4	5	60	N
9	2	4	4	4	2	4	2	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	60	N
10	4	4	5	5	5	5	2	5	4	4	2	5	1	4	4	1	2	62	N
11	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	70	P
12	2	4	4	4	2	4	2	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	60	N
13	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	1	4	1	72	P
14	2	4	4	1	1	2	4	4	4	4	1	1	1	2	4	4	5	58	N
15	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	1	4	4	4	4	72	P
16	4	4	4	2	2	4	4	5	4	4	1	2	4	1	4	5	4	58	N

Keterangan :  
 P : Positif  
 N : Negatif

TABULASIDATA

Pengetahuan Masyarakat Tentang Penyakit Kusta di Wilayah Kelurahan Ujung  
Kelompok Kontrol (*Post test*)

No Resp	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total	Ket
1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	8	S
2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	8	S
3	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	7	K
4	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	9	S
5	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	9	S
6	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	6	K
7	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	7	K
8	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	8	S
9	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	7	K
10	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	8	S
11	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	11	B
12	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	7	K
13	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	8	S
14	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	9	S
15	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	10	B
16	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	10	B

Keterangan :  
 K : Kurang  
 S : Sedang  
 B : Baik

TABULASI DATA

Sikap Masyarakat Tentang Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Kelurahan Ujung Kelompok Kontrol (*Post test*)

No Resp	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Total	Ket
1	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	64	P
2	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	2	2	4	2	2	2	66	P
3	2	5	1	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	62	N
4	4	5	2	5	1	5	2	5	5	2	2	5	5	2	5	5	5	60	N
5	1	5	1	5	5	2	5	5	4	5	4	1	1	5	4	1	5	60	N
6	2	5	1	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	62	N
7	2	5	4	2	2	4	4	5	4	4	1	4	4	1	4	5	4	56	N
8	4	4	4	1	4	2	1	4	4	5	4	2	2	2	4	4	2	58	N
9	1	5	5	4	4	1	2	4	4	4	5	4	4	4	2	2	2	58	N
10	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	64	P
11	5	4	5	4	5	5	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	64	N
12	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	64	P
13	4	4	4	1	1	2	4	4	4	4	1	1	1	2	4	4	5	60	N
14	4	4	4	2	2	4	4	5	4	4	1	4	4	4	4	5	4	58	N
15	4	4	4	1	1	2	4	4	4	4	1	1	1	2	4	4	5	60	N
16	2	4	4	4	2	4	2	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	60	N

Keterangan :  
 P : Positif  
 N : Negatif



Lampiran 13

## requencies

ataSet0]

## Statistics

	Umur	Jenis_Kelamin	Pendidikan_ Terakhir	Pekerjaan
N Valid	32	32	32	32
Missing	0	0	0	0

## Frequency Table

## Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang dari 45 tahun	26	81,3	81,3	81,3
45-50 tahun	6	18,8	18,8	100,0
Total	32	100,0	100,0	

## Jenis\_Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Perempuan	17	53,1	53,1	53,1
Laki-laki	15	46,9	46,9	100,0
Total	32	100,0	100,0	

## Pendidikan\_Terakhir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Tamat SD	1	3,1	3,1	3,1
SD	2	6,3	6,3	9,4
SMP	11	34,4	34,4	43,8
SMA	17	53,1	53,1	96,9
Perguruan Tinggi	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

## Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Bekerja	2	6,3	6,3	6,3
Swasta	13	40,6	40,6	46,9
Wiraswasta	15	46,9	46,9	93,8
Pegawai Negeri	2	6,3	6,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Your trial period for SPSS for Windows will expire in 7 days.

our trial period for SPSS for Windows will expire in 4 days.

PAR TEST  
 /WILCOXON=Kelompok\_Kontro\_Sebelum1 Kelompok\_Perlakuan\_Sebelum WITH  
 Kelompok\_Kontrol\_Sesudah\_Kelompok\_Perlakuan\_Sesudah (PAIRED)  
 /MISSING\_ANALYSIS.

**IPar Tests**

DataSet01

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kontrol_Pengetahuan_Sesudah - Kontrol_Pengetahuan_Sebelum	Negative Ranks	1 <sup>a</sup>	3,50	3,50
	Positive Ranks	5 <sup>b</sup>	3,50	17,50
	Ties	10 <sup>c</sup>		
	Total	16		
Perlakuan_Pengetahuan_Sesudah - Perlakuan_Pengetahuan_Sebelum	Negative Ranks	0 <sup>d</sup>	,00	,00
	Positive Ranks	14 <sup>e</sup>	7,50	105,00
	Ties	2 <sup>f</sup>		
	Total	16		

- a. Kontrol\_Pengetahuan\_Sesudah < Kontrol\_Pengetahuan\_Sebelum
- b. Kontrol\_Pengetahuan\_Sesudah > Kontrol\_Pengetahuan\_Sebelum
- c. Kontrol\_Pengetahuan\_Sesudah = Kontrol\_Pengetahuan\_Sebelum
- d. Perlakuan\_Pengetahuan\_Sesudah < Perlakuan\_Pengetahuan\_Sebelum
- e. Perlakuan\_Pengetahuan\_Sesudah > Perlakuan\_Pengetahuan\_Sebelum
- f. Perlakuan\_Pengetahuan\_Sesudah = Perlakuan\_Pengetahuan\_Sebelum

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	Kontrol_Pengetahuan_Sesudah - Kontrol_Pengetahuan_Sebelum	Perlakuan_Pengetahuan_Sesudah - Perlakuan_Pengetahuan_Sebelum
Z	-1,633 <sup>a</sup>	-3,397 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,102	,001

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

AR TEST  
 /WILCOXON=Kelompok\_Kontrol\_Sebelum elompok\_Perlakuan\_Sebelum WITH  
 Kelompok\_Kontrol\_Sesudah\_Kelompok\_Perlakuan\_Sebelum (PAIRED)  
 /MISSING\_ANALYSIS.

**Par Tests**

ataSet0]

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kontrol_Sikap_Sesudah - Kontrol_Sikap_Sebelum	Negative Ranks	1 <sup>a</sup>	2,50	2,50
	Positive Ranks	3 <sup>b</sup>	2,50	7,50
	Ties	12 <sup>c</sup>		
	Total	16		
Perlakuan_Sikap_ Sesudah - Perlakuan_ Sikap_Sebelum	Negative Ranks	9 <sup>d</sup>	5,00	45,00
	Positive Ranks	0 <sup>e</sup>	,00	,00
	Ties	7 <sup>f</sup>		
	Total	16		

- a. Kontrol\_Sikap\_Sesudah < Kontrol\_Sikap\_Sebelum
- b. Kontrol\_Sikap\_Sesudah > Kontrol\_Sikap\_Sebelum
- c. Kontrol\_Sikap\_Sesudah = Kontrol\_Sikap\_Sebelum
- d. Perlakuan\_Sikap\_Sesudah < Perlakuan\_Sikap\_Sebelum
- e. Perlakuan\_Sikap\_Sesudah > Perlakuan\_Sikap\_Sebelum
- f. Perlakuan\_Sikap\_Sesudah = Perlakuan\_Sikap\_Sebelum

**Test Statistics<sup>c</sup>**

	Kontrol_ Sikap_ Sesudah - Kontrol_ Sikap_ Sebelum	Perlakuan_ Sikap_ Sesudah - Perlakuan_ Sikap_ Sebelum
Z	-1,000 <sup>a</sup>	-3,000 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,317	,003

- a. Based on negative ranks.
- b. Based on positive ranks.
- c. Wilcoxon Signed Ranks Test

PAR TESTS  
 /M-W= Pengetahuan BY Kelompok(1 2)  
 /MISSING ANALYSIS.

## Par Tests

DataSet0]

## Mann-Whitney Test

### Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan	Kontrol	16	10,13	162,00
	Perlakuan	16	22,88	366,00
	Total	32		

### Test Statistics<sup>b</sup>

	Pengetahuan
Mann-Whitney U	26,000
Wilcoxon W	162,000
Z	-4,198
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

SAVE OUTFILE='F:\Nomi\Mann W Pengetahuan.sav'  
 /COMPRESSED.

AR TESTS  
/M-W= Sikap BY Kelompok(1 2)  
/MISSING ANALYSIS.

## Par Tests

DataSet01

## Mann-Whitney Test

### Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sikap	Kontrol	16	22,00	352,00
	Perlakuan	16	11,00	176,00
	Total	32		

### Test Statistics<sup>b</sup>

	Sikap
Mann-Whitney U	40,000
Wilcoxon W	176,000
Z	-3,897
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,001 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

SAVE OUTFILE='F:\Nomi\Mann w Sikap.sav'  
/COMPRESSED.

# APA ITU KUSTA

KUSTA BUKAN PENYAKIT KUTUKAN ... !!

KUSTA DAPAT DISEMBUHKAN

- ✓ Penting untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan agar tidak mudah dihindangi kuman apapun.

## TUJUAN UTAMA PENGOBATAN

- ✓ Menyembuhkan penderita kusta
- ✓ Mencegah timbulnya cacat
- ✓ Memutuskan rantai penularan

## PENCEGAHAN

- ✓ Tidak mandi dengan air kotor
- ✓ Mandi ± 2x dalam sehari
- ✓ Mengganti pakaian ± sekali sehari
- ✓ Menjaga kebersihan rumah dan lingkungan sekitar

## JADI ... KESIMPULANNYA

- ✓ Penyakit kusta dapat menular kalau tidak diobati
- ✓ Tidak perlu takut tertular dengan penderita kusta yang sudah mendapatkan pengobatan
- ✓ Kita hendaknya mendukung penderita kusta untuk mengobati penyakitnya.



Oleh :

**NOMI INGGAR VARIANI**

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
 FAKULTAS KEDOKTERAN  
 UNIVERSITAS AIRLANGGA  
 SURABAYA



# PENGERTIAN

Kusta adalah suatu penyakit kulit yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* yang menyerang saraf tepi, kulit dan sumsum tulang, kecuali susunan saraf pusat

## PENYEBAB

- *Mycobacterium leprae*
- Faktor Lingkungan sosial
- Faktor Ekonomi
- Gaya Hidup

## GEJALA AWAL

Mirip panu, tidak gatal, tidak nyeri, ada bagian tubuh tidak berkeramat dan naif rasa.

## ADA 2 JENIS PENYAKIT KUSTA

- Kusta tipe basah (MB)
- Kusta tipe kering (PB)

# APAKAH KUSTA MENULAR ...

Penyakit kusta menular dari penderita yang tidak diobati ke orang lain, melalui:

- Tetesan lendir hidung
- Kontak lama, intim dan terus menerus
- Pernafasan

## FAKTOR-FAKTOR

### YANG MEMPENGARUHI PENULARAN

Daya tahan tubuh, sumber penularan, kuman kusta, iklim

## PEMERIKSAAN KLINIS

Pemeriksaan bakteriologis

# BAGAIMANA PENGOBATANNYA ???

Obat untuk menyembuhkan penyakit kusta tersedia dalam bentuk tablet yang disebut MDT.

Lama minum obat tergantung jenis penyakit kusta :

1. Untuk kusta basah → obat harus diminum setiap hari selama 12 bulan.
  2. Untuk Kusta kering → obat harus diminum setiap hari selama 6 bulan.
- Obat Kusta bisa diambil sebulan sekali di petugas kesehatan Puskesmas.

