

# TESIS

RANCANGAN MODEL KEPERAWATAN KELUARGA  
PENDERITA KUSTA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
PADEMAWU DAN PUSKESMAS SOPAAH,  
KEC. PADEMAU KAB. PAMEKASAN



Oleh :

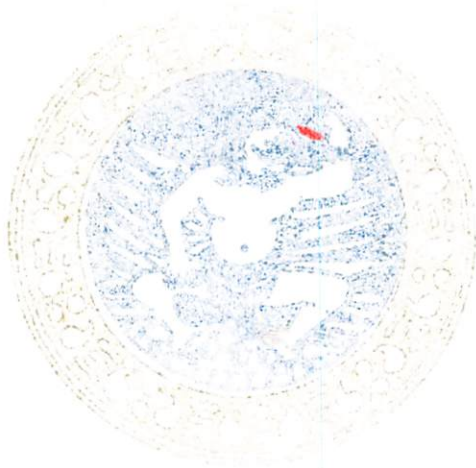
Abd. Wahid

NIM. 010947042

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2011

TESIS

RANCANGAN MODEL KEPERAWATAN KELUARGA  
PENDERITA KUSTA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
PADEMAWU DAN PUSKESMAS SOPAAN,  
KAB. PADEMAWU KAR. PAMERASAN



Oleh :

Abd. Wahid

NIM. 012002042

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA

2011

# TESIS

**RANCANGAN MODEL KEPERAWATAN KELUARGA  
PENDERITA KUSTA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
PADEMAWU DAN PUSKESMAS SOPAAH,  
KEC. PADEMAU KAB. PAMEKASAN**

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep.)  
Dalam Program Studi Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan UNAIR**

**Oleh :**

**Abd. Wahid**

**NIM. 010947042**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2011**

TESIS

RANCANGAN MODEL KEPERAWATAN KELUARGA  
SISTEMATIKA KURASIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
PADJARAN DAN PUSKESMAS SOGAJI  
Kec. PADJARAN Kab. PADJARAN

Disusun dan diajukan kepada  
Dewan Penguji Tesis  
Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan  
Universitas Airlangga

1980

ABD. WAHID

ABD. WAHID

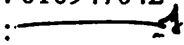
RANCANGAN MODEL KEPERAWATAN KELUARGA  
SISTEMATIKA KURASIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
PADJARAN DAN PUSKESMAS SOGAJI

ABD. WAHID

1980

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Abdul Wahid  
NIM : 010947042  
Tanda Tangan :   
Tanggal : September 2011

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat, Taufik, Hidayah serta Inayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Tesis yang berjudul “Rancangan Model Keperawatan Keluarga dengan Anggota Penderita Kusta di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu Kec. Pademawu Kab. Pamekasan.”

Tesis ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Program Magister Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Tahun akademik 2010/2011. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. H. Fasichul Lisan, Apt, selaku Rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Magister Keperawatan
2. Purwaningsih, S.Kp, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah fasilitas, yang telah memberikan arahan kepada kami selama kuliah di fakultas keperawatan.
3. Dr. I Ketut Suidiana, drs,MSi selaku Pembimbing I penyusunan Tesis yang begitu sabar membimbing penulis.
4. Joni Haryanto, S.Kp, M.Si. selaku Pembimbing II, yang menyempatkan diri membimbing penulis disela-sela kesibukan beliau.
5. dr. Sri Wahyuni, MPH, Dr. Pudji Lestari, dr, M.Kes dan Dr. Susilowati Andajani, dr, MS, sebagai penguji yang telah memberikan arahan dan

bimbingan dalam penelitian ini.

6. dr. Ismail Bey, Apt sebagai Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas dalam melakukan penelitian.
7. dr. Hendarto sebagai Kepala Puskesmas Pademawu yang bersedia menerima peneliti untuk melakukan penelitian di Wilayah Kerja Puskesmasnya.
8. dr. Moh. Saleh sebagai Kepala Puskesmas Sopaah yang bersedia menerima peneliti untuk melakukan penelitian di Wilayah Kerja Puskesmasnya.
9. Kedua orang tua (Asmoyo dan Ma'adanah), Isteri Putri Maufirah, yang telah memberikan dukungan moral dan moril dalam penyusunan tesis ini.
10. Teman-teman dosen dan seluruh mahasiswa Akademi Keperawatan Pamekasan yang baik hati, terima kasih atas bantuan, motivasi dan doanya yang tulus serta waktu yang kalian berikan kepada saya dan selalu menenangkan hati agar tetap tegar menyelesaikan tesis ini..
11. Teman-teman S2 keperawatan angkatan 2 yang begitu kompak dan telah memberikan support agar selalu sabar dalam menyelesaikan tesis ini.
12. Responden yang bersedia meluangkan waktunya selama penelitian ini.
13. Pihak-pihak lain yang juga ikut membantu terselesaikannya penulisan Tesis ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan tesis ini tentunya masih terdapat beberapa kekurangan/kelemahan, untuk itu saran dan masukan konstruktif sangat penulis harapkan. Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Pamekasan, September 2011

Penulis



**ABSTRAK****RANCANGAN MODEL KEPERAWATAN KELUARGA PENDERITA KUSTA DI PUSKESMAS PADEMAWU DAN PUSKESMAS SOPAAH, KEC. PADEMAWU, KAB. PAMEKASAN TAHUN 2011****Abdul Wahid**

Penyakit kusta merupakan masalah kesehatan di Indonesia yang menimbulkan dampak bukan hanya dari segi medis, tetapi dari segi sosial, ekonomi dan psikologis. Peningkatan angka kesembuhan masih sangat sulit dilakukan karena ketakutan, ketidak teraturan minum obat, ketiadaan dukungan keluarga dan petugas kesehatan. Pada tahun 2009 di Kabupaten Pamekasan terdapat *case detection* 325 kasus, kemudian meningkat menjadi 535 kasus pada tahun 2010.

Penelitian ini dilakukan pada 49 keluarga penderita kusta. Metode pengambilan sampel *total sampling*. Sampel untuk wawancara mendalam diambil 10 sampel secara random. Tujuan penelitian adalah mengetahui pengaruh dominan dari faktor demografi, faktor pemudah dan faktor pendukung terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta). Uji statistik yang digunakan adalah *Chi-Square* dan *regresi logistic*.

Dari 10 variabel yang diteliti 5 variabel yang signifikan secara statistik dengan nilai  $p < 0,05$ , yaitu variabel pengetahuan  $p = 0,006$ , persepsi  $p = 0,000$ , sikap  $p = 0,000$ , keyakinan  $p = 0,036$  dan dukungan keluarga  $p = 0,000$ . Berdasarkan uji regresi logistik multiple tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara jenis kelamin, pengetahuan, persepsi, sikap, keyakinan dan dukungan keluarga terhadap perilaku (tindakan dalam melakukan pengobatan dan perawatan). Hal ini kemungkinan karena terdapat interaksi yang sangat kuat antar variabel.

Agar perilaku menjadi baik, maka sudah semestinya bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan, memotivasi untuk memiliki sikap positif dan membantu keluarga untuk memberikan dukungan pada anggota keluarganya yang menderita kusta.

**Kata kunci : Model, Keperawatan, Keluarga, Kusta**

**DRAFT MODEL FAMILY NURSING OF LEPROSY PATIENTS IN  
PADEMAWU AND SOPAAH COMMUNITY HEALTH CENTRE,  
SUB DISTRICT PADEMAWU, PAMEKASAN'S DISTRICT,  
EAST JAVA PROVINCE.**

**Abdul Wahid**

Leprosy is a health problem in Indonesia which has an impact not only of medical terms, but in terms of social, economic and psychological. the increasing of cure rate is still very difficult because of fear, irregularity medication, lack of family support and the role of health workers. in 2009 in Pamekasan's district there is case detection increased from 325 cases to 535 cases in 2010.

This study uses cross sectional design of 49 families with a population of leprosy sufferers. using the method of sampling the total sample. in-depth interviews of 10 samples taken at random. The purpose of this study was to design a model of family nursing the lepers. Statistical tests used were Chi-Square and Logistic regression.

10 variables studied five variables were statistically significant with p values  $<0.25$ , ie the variable gender  $p = 0.250$ ,  $p = 0.034$  knowledge, perception  $p = 0.016$ ,  $p = 0.000$  and attitudes of family support  $p = 0.000$ .

to be a good family behavior, then it should be for health workers to improve their knowledge, motivate the family to have a positive attitude and help the family to provide support to family members who suffer from leprosy.

***Key words: Model, Nursing, Family, Leprosy***

**DAFTAR ISI**

Sampul Depan .....	i
Sampul Dalam .....	ii
Prasyarat Gelar .....	iii
Pernyataan Orisinalitas.....	iv
Lembar Persetujuan .....	v
Penetapan Panitia Penguji .....	vi
Kata Pengantar .....	vii
Abstrak .....	ix
Daftar Isi.....	xii
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Gambar .....	xv
Daftar Lampiran .....	xvi
Keterangan Singkatan .....	xvii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	11
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>12</b>
2.1 Konsep Penyakit Kusta .....	12
2.2 Reaksi Kusta.....	20
2.3 Pencegahan Cacat.....	34
2.4 Pengetahuan tentang Kusta, Sikap dan Pencegahan terhadap Kusta .....	36
2.5 Kepatuhan Berobat Penderita Kusta.....	40
2.6 Konsep Kepercayaan terhadap Pengobatan Penyakit .....	41
2.7 Persepsi Sehat dan Sakit.....	43
2.8 Dukungan Keluarga terhadap Pengobatan Penyakit .....	47
2.9 Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan.....	52
2.10 Kerangka Teori.....	70

<b>BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN .</b>	<b>71</b>
3.1 Kerangka Konseptual .....	71
3.2 Hipotesis Penelitian.....	72
<b>BAB 4. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>74</b>
4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian .....	74
4.2 Kerangka Operasional Penelitian .....	74
4.3 Populasi dan Sampel .....	77
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	77
4.5 Variabel Penelitian .....	78
4.6 Definisi Operasional.....	78
4.7 Pengumpulan Data .....	83
4.8 Pengolahan dan Analisis Data.....	87
4.9 Etika Penelitian .....	89
<b>BAB 5. HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>90</b>
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	90
5.2 Kelemahan dan Kekuatan Penelitian.....	91
5.3 Analisis Hasil Penelitian Kuantitatif.....	93
5.4 Analisis Hasil Penelitian Kualitatif.....	108
<b>BAB 6. PEMBAHASAN .....</b>	<b>111</b>
6.1 Pembahasan Hasil Analisis Kuantitatif.....	111
6.2 Pembahasan Hasil Analisis Kualitatif.....	126
6.3 Rancangan Model Keperawatan Keluarga Penderita Kusta.....	134
<b>BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>136</b>
7.1 Kesimpulan.....	136
7.2 Saran.....	137
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>138</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1	Situasi Penderita Kusta Menurut Regional WHO .....	14
Tabel 2.2	Situasi Penderita Kusta di Indonesia Tahun 2000-2005.....	14
Tabel 2.3	Penentuan Klasifikasi/Tipe Kusta .....	17
Tabel 2.4	Perbedaan Reaksi Kusta Tipe I .....	25
Tabel 2.5	Perbedaan Reaksi Kusta Tipe II .....	27
Tabel 2.6	Penentuan Tingkat Cacat Kusta.....	35
Tabel 4.1	Resume Objek Penelitian .....	82
Tabel 4.2	Teknik Pengumpulan Data .....	84
Tabel 5.1	Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dengan Umur .....	93
Tabel 5.2	Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dengan Pendidikan .	94
Tabel 5.3	Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dengan Pendapatan .	94
Tabel 5.4	Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dengan Pengetahuan .....	95
Tabel 5.5	Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dengan Sikap .....	95
Tabel 5.6	Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dengan Sikap .....	96
Tabel 5.7	Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dengan Keyakinan ..	96
Tabel 5.8	Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dengan Dukungan Keluarga .....	97
Tabel 5.9	Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dengan Dukungan Petugas Kesehatan .....	98
Tabel 5.10	Distribusi Responden Menurut Umur dengan Perilaku Sehat.....	98

Tabel 5.11 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Jenis Kelamin terhadap Perilaku Sehat .....	99
Tabel 5.12 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Pendidikan terhadap Perilaku Sehat.....	100
Tabel 5.13 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Pendapatan terhadap Perilaku Sehat.....	101
Tabel 5.14 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Pengetahuan terhadap Perilaku Sehat.....	101
Tabel 5.15 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Persepsi terhadap Perilaku Sehat.....	102
Tabel 5.16 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Sikap terhadap Perilaku Sehat .....	103
Tabel 5.17 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Keyakinan terhadap Perilaku Sehat.....	104
Tabel 5.18 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Perilaku Sehat .....	104
Tabel 5.19 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Dukungan petugas terhadap Perilaku Sehat .....	105
Tabel 5.20 Distribusi Responden berdasarkan Uji Regresi Logistik Sederhana....	106
Tabel 5.21 Distribusi Responden berdasarkan Uji Regresi Logistik Multiple..	106

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Perilaku dalam kerangka PRECEDE .....	61
Gambar 2.2 Model Promosi Kesehatan Nola J. Pender .....	66
Gambar 2.3 Kerangka Teori.....	70
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual dan Hipotesis .....	71
Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian .....	76
Gambar 6.1 Rancangan Model Keperawatan Keluarga Penderita Kusta.....	135

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden**
- Lampiran 2 Surat Permohonan Menjadi Responden**
- Lampiran 3 Surat Pernyataan Menjadi Responden**
- Lampiran 4 Panduan Wawancara**
- Lampiran 5 Kuesioner**
- Lampiran 6 Tabulasi Silang, Uji Bivariat, Multivariat**
- Lampiran 7 Uji Validitas Kuesioner**
- Lampiran 8 Uji Reliabilitas Kuesioner**
- Lampiran 9 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**
- Lampiran 10 Surat Rekomendasi dari Bakesbangpolinmas Kab. Pamekasan**
- Lampiran 11 Tabulasi Lengkap Kuesioner**



## KETERANGAN SINGKATAN

- BB : *Borderline- Borderline*
- BL : *Borderline Lepromatous*
- BT : *Borderline Tuberculoid*
- CMI : *Cell Mediate Immunity*
- DDS : *Diamino Diphenyl Sulfone*
- ENL : *Erithema Nodusum Leprosum*
- HPM : *Health Promotion Model*
- LL : *Lepromatous- Lepromatous*
- MB : *Multi Baciler*
- MDT : *Multi Drug Teraphy*
- MHC : *Major Histocompatibility Complex*
- PB : *Pauci Baciler*
- POD : *Prevention of Disability*
- ST : *Sensitivity Test*
- RFT : *Release From Treatment*
- ROM : *Rifampicin Ofloxacin Minocyclin*
- TT : *Tuberculoid- Tuberculoid*
- VMT : *Voluntary Muscle Test*

**BAB 1**  
**PENDAHULUAN**

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Penyakit kusta masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia dan beberapa negara di dunia. Penyakit kusta sampai saat ini masih ditakuti oleh masyarakat, keluarga dan termasuk petugas kesehatan sendiri. Hal ini disebabkan masih kurangnya pemahaman dan kepercayaan yang keliru terhadap penyakit kusta maupun cacat yang ditimbulkannya.

Saat ini di masyarakat banyak permasalahan-permasalahan yang ditimbulkan oleh penyakit kusta, sehingga diperlukan program pemberantasan penyakit menular yang bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit, menurunkan angka kesakitan dan angka kematian, serta mencegah akibat buruk lebih lanjut sehingga memungkinkan tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat. Penyakit kusta adalah salah satu penyakit menular yang masih merupakan masalah nasional kesehatan masyarakat, dimana beberapa daerah di Indonesia angka kesakitan masih tinggi dan permasalahan yang ditimbulkan sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan saja dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan sosial (Handayani, 2000).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada bulan Januari, masalah pada penderita penyakit kusta pada umumnya merasa rendah diri, merasa tertekan batin, takut terhadap keluarga dan masyarakat sekitarnya. Sehingga penderita cenderung untuk hidup sendiri, apatis, bersikap

ketergantungan pada orang lain, kehilangan peran di masyarakat (diasingkan/diisolasi), kehilangan mata pencaharian atau pekerjaan, segan berobat karena malu pada masyarakat sekitarnya. Masalah-masalah tersebut tidak hanya terjadi pada penderita saja tapi juga terjadi pada keluarga-keluarga dengan penderita kusta. Keluarga seakan menanggung malu dengan anggotanya yang menderita kusta. Sampai-sampai keluarga berusaha menutupi bahkan mengasingkan/mengisolasi anggota keluarganya. Dari 49 keluarga dengan penderita kusta, terdapat 12 penderita yang oleh keluarganya sengaja diasingkan, dibuatkan rumah bambu disamping kandang sapi. 2 penderita dibuatkan gubuk kecil ditengah tegalan, 3 penderita dibagunkan rumah bambu didaerah bukit.

Berdasarkan hasil survei di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah pada tahun 2008 diperoleh jumlah penderita sebanyak 18 orang dengan jumlah penderita yang sembuh 14 orang, tahun 2009 jumlah penderita kusta meningkat menjadi 26 penderita dan jumlah penderita yang sembuh 20 orang, tahun 2010 jumlah penderita 38 orang dengan jumlah penderita sembuh hanya 4 orang dan tahun 2011 jumlah penderita meningkat menjadi 49 penderita, yang sembuh dan teratur menjalani pengobatan hanya 3 orang. Data tersebut menunjukkan terjadi peningkatan jumlah penderita kusta namun angka kesembuhan semakin berkurang dari target standar pelayanan minimal yaitu lebih dari 90%.

Dari studi pendahuluan didapat beberapa penderita (6 penderita) mengalami perlukaan di kakinya. Ada 2 orang penderita yang mengalami perlukaan cukup parah di kakinya sampai berbau busuk. Luka-luka tersebut tidak dilakukan perawatan sebagaimana mestinya. Bahkan ada yang ditutup dengan kain-kain bekas dan kotor. Tidak ada usaha perawatan oleh keluarga. Luka-luka

tersebut dibiarkan, sampai meluas dan membusuk. Karena kekurangtahuan keluarga, beberapa cara untuk menyembuhkan luka kusta tersebut dicoba. Seperti penggunaan bensin dengan daun mengkudu lalu disiram ke luka.

Upaya penanggulangan penyakit kusta telah dilakukan. Selain program pemberantasan Nasional juga dikembangkan upaya penanggulangan yang bisa dikembangkan yang sesuai dengan budaya lokal. Seperti model *door to door*. Model ini adalah program pemberantasan dan pengobatan penderita kusta dengan cara petugas kesehatan (Puskesmas) berkeliling ke tempat tinggal penderita, memberikan obat dan menunggui penderita sampai obat benar-benar diminum.

Untuk menanggulangi terjadinya kecacatan karena perlukaan, petugas Puskesmas melakukan asuhan keperawatan *self care* (perawatan diri) yang ditujukan pada keluarga dengan penderita kusta. Yaitu bentuk asuhan keperawatan pada penderita kusta dan keluarga dalam merawat dirinya. Perawat memberikan asuhan tentang mencegah luka, merawat luka yang terjadi dan cara melakukan pembalutan agar tidak terjadi infeksi terhadap luka. Perawat juga mengajari keluarga untuk merawat luka pada anggota keluarganya yang menderita luka.

Upaya-upaya penanggulangan kusta diatas ternyata tidak efektif. Dari hasil wawancara peneliti dengan petugas Puskesmas, model *door to door* tidak efektif karena jumlah penderita yang banyak, penderita tersebar di beberapa tempat yang letaknya berjauhan satu sama lain, dan yang paling sulit adalah petugas yang membidangi penyakit kusta sangat sedikit atau hanya satu orang.

Upaya penanggulangan dengan model *self care* juga tidak sesuai dengan harapan. Harapan petugas Puskesmas setelah dua sampai tiga kali dilakukan *home*

*visit* oleh perawat, keluarga dan penderita bisa melakukan perawatan lukanya sendiri secara mandiri. Tapi keluarga dan penderita malah tergantung pada petugas. Kalau tidak didatangi oleh perawat maka keluarga membiarkan dan tidak dilakukan perawatan. Dari hasil studi di lapangan didapatkan luka-luka yang berbau busuk yang ditutupi dengan kain bekas dan kotor.

Menjalani pengobatan yang lama membutuhkan dukungan yang kuat dan konsisten dari keluarga. Penguatan-penguatan ini jarang dilakukan perawat pada keluarganya. Perawat cenderung hanya berfokus pada penderita. Keluarga kurang memahami proses pengobatan yang lama, sehingga penderita dalam menjalani pengobatan menjadi bosan dan motivasinya berkurang.

Kabupaten Pamekasan menempati urutan keempat *case detection* tertinggi penderita kusta yang tersebar di 17 wilayah kerja puskesmas, dengan jumlah kasusnya setiap tahun berfluktuasi, di tahun 2009 terdapat 325 kasus, kemudian menjadi 535 kasus pada tahun 2010. Hal ini menunjukkan Kabupaten Pamekasan masih sangat beresiko terhadap penularan penyakit kusta dan peningkatan penemuan kasus kusta pada tahun-tahun mendatang. Salah satu wilayah kerja Puskesmas paling banyak penderita kusta adalah di wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, masing-masing sebanyak 17 dan 32 kasus.

Hasil survei awal yang dilakukan pada bulan Desember 2010 di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur, bahwa masih ada penduduk di lingkungan penderita kusta merasa “risih” dan tidak mau melakukan aktivitas bersama dengan penderita kusta, bahkan ada beberapa penderita kusta yang di kucilkan dari pemukiman. Sebagian besar

penderita/mantan penderita kusta dan masyarakat masih ada yang menganggap kusta sebagai penyakit keturunan, kesalahan masa lalu, golongan darah yang sama. Mereka juga melakukan pantangan terhadap makanan tertentu, karena bila dilanggar gejala penyakitnya timbul kembali. Cara penularan adalah melalui darah, kontak lama, binatang, dan sanitasi yang kurang bersih. Masyarakat takut dan jijik terhadap penderita tergantung dari tingkat kecacatan fisik penderita. Mereka juga menjauhi penderita kusta karena penyakit ini dapat menular. Penderita kusta tidak suka diberitahu tentang penyakit kusta dan menutupinya sehingga bertambah parah (Suryanda, 2005).

Dampak sosial terhadap penyakit kusta ini sangatlah besar, sehingga menimbulkan keresahan yang sangat mendalam. Tidak hanya pada penderita sendiri, tetapi pada keluarganya, masyarakat dan negara. Hal ini yang mendasari konsep perilaku penerimaan penderita terhadap penyakitnya, dimana untuk kondisi ini penderita masih banyak menganggap bahwa penyakit kusta merupakan penyakit menular, tidak dapat diobati, penyakit keturunan, kutukan Tuhan, najis dan menyebabkan kecacatan. Akibat anggapan yang salah ini penderita kusta merasa putus asa sehingga tidak tekun untuk berobat. Hal ini dapat dibuktikan dengan kenyataan bahwa penyakit mempunyai kedudukan yang khusus diantara penyakit-penyakit lain. Hal ini disebabkan oleh karena adanya leprophobia (rasa takut yang berlebihan terhadap kusta). Leprophobia ini timbul karena pengertian penyebab penyakit kusta yang salah dan cacat yang ditimbulkan sangat menakutkan (Dzulkifli, 2003)

Penyandang kusta tersisih dari lingkungannya. Sebagian ada yang memanfaatkan kondisi fisiknya untuk mendapatkan belas kasihan dengan turun

kejalan. Sebagian lagi dengan terpaksa tinggal di panti sosial menunggu santunan. Tapi ada juga yang berusaha untuk hidup mandiri (Esthepanus,2009).

Departemen Kesehatan Republik Indonesia telah menempuh langkah-langkah pemberantasan kusta melalui peningkatan penemuan kasus baru, pemberian obat dan pemantauan pengobatan secara rutin, pendidikan dan pelatihan bagi petugas kusta, memberikan pengobatan secara gratis, melakukan upaya intensif terhadap pencegahan kecacatan, serta peningkatan penyuluhan perawatan diri bagi penderita kusta, namun secara implisit masih belum menunjukkan hasil yang memuaskan (Depkes RI, 2006).

Menurut hasil Monitoring dan Evaluasi tahun 2007 yang dilaksanakan pada bulan Januari tahun 2008 di Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan, kendala yang paling utama di dalam penanganan penderita kusta, kurangnya dukungan masyarakat termasuk keluarga serta stigma yang keliru terhadap penyakit kusta dan penderita penyakit kusta.

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan gagalnya pengobatan penderita kusta adalah faktor keluarga yaitu rendahnya pengetahuan keluarga tentang perawatan, dan pengobatan penderita kusta, minimnya dukungan masyarakat terhadap upaya penanggulangan penyakit kusta, bahkan adanya perilaku diskriminatif terhadap penderita kusta, sehingga penderita kusta tidak mau melakukan pengobatan secara rutin ke puskesmas atau minum obat sampai selesai, selain itu juga peran petugas kesehatan yang relatif kurang dalam memberikan penyuluhan kesehatan, penemuan kasus baru serta masih lemahnya pemantauan petugas kesehatan terhadap penderita kusta (Depkes RI, 2006).



Penelitian Rachmawati dan Sunanti (1999) di Kabupaten Bangkalan bahwa peran keluarga sangat penting dalam meningkatkan motivasi penderita kusta untuk berobat secara teratur. Peran tersebut diwujudkan melalui pemantauan terhadap jadwal minum obat dan mengamatinya sampai benar-benar minum obat secara sempurna.

Untuk dapat mencapai pengobatan yang maksimal diperlukan perilaku yang positif juga. Menurut Nola Pender (2002), seseorang atau masyarakat setelah melewati proses berubah yang dipengaruhi oleh beberapa faktor, maka ia akan memiliki komitmen untuk merencanakan tindakan. Komitmen inilah yang mendorong seseorang berperilaku sesuai dengan stimulus yang telah diberikan kepadanya. Keluarga, kelompok sebaya, petugas kesehatan merupakan sumber yang dapat mempengaruhi meningkatkan ataupun menurunkan kemampuan berperilaku memelihara kesehatan. Hal ini didukung oleh Lawrence Green (2005) dimana pengetahuan merupakan faktor awal dari suatu perilaku yang diharapkan dan pada umumnya berkorelasi positif dengan perilaku. Sedangkan dukungan keluarga dan dukungan sosial menurut Friedman (2003), akan membentuk penghargaan positif terhadap individu, memberikan semangat dan motivasi dan membangun perilaku dan harga diri yang baik.

## **1.2 Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1.2.1 Apakah ada pengaruh karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan) terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan

kusta) di wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur?

1.2.2 Apakah ada pengaruh faktor pemudah (pengetahuan, persepsi, sikap, keyakinan) terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur?

1.2.3 Apakah ada pengaruh faktor pendukung (dukungan keluarga dan dukungan petugas kesehatan) terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur?

1.2.4 Bagaimana rancangan model keperawatan keluarga penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu, Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan umum**

1. Menganalisis pengaruh karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan), pengaruh faktor pemudah (pengetahuan, persepsi, sikap, keyakinan), pengaruh faktor pendukung (dukungan keluarga dan dukungan petugas kesehatan) terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur?
2. Mengembangkan rancangan model keperawatan keluarga penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan

Pademawu, Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.

### 1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi dan menganalisis pengaruh umur terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.
2. Mengidentifikasi dan menganalisis pengaruh jenis kelamin terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.
3. Mengidentifikasi dan menganalisis pengaruh pendidikan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.
4. Mengidentifikasi dan menganalisis pengaruh pendapatan keluarga penderita kusta terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.
5. Mengidentifikasi dan menganalisis pengaruh pengetahuan keluarga penderita kusta terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.
6. Mengidentifikasi dan menganalisis pengaruh persepsi keluarga penderita kusta terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di

- Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.
7. Mengidentifikasi dan menganalisis pengaruh sikap keluarga penderita kusta terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.
  8. Mengidentifikasi dan menganalisis pengaruh keyakinan keluarga penderita kusta terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.
  9. Mengidentifikasi dan menganalisis pengaruh dukungan keluarga terhadap penderita kusta dengan perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.
  10. Mengidentifikasi dan menganalisis pengaruh dukungan petugas kesehatan terhadap keluarga penderita kusta dengan perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.
  11. Menganalisis faktor dominan yang mempengaruhi perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.
  12. Mengembangkan rancangan model keperawatan keluarga penderita kusta

di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat teoritis**

1. Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi ilmiah tentang pembentukan perilaku kesehatan yang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor demografi: umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan, faktor pemudah meliputi pengetahuan, persepsi, sikap, keyakinan dan faktor pendukung meliputi dukungan keluarga dan dukungan petugas kesehatan.
2. Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi ilmiah tentang model keperawatan keluarga penderita kusta sehingga dapat digunakan sebagai masukan dalam ilmu keperawatan kesehatan komunitas.

### **1.4.2 Manfaat praktis**

1. Sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan dalam perencanaan pencegahan penyakit kusta di wilayah kerjanya.

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

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Penyakit Kusta

##### 2.1.1 Definisi

Amiruddin dalam Harahap (2002) menjelaskan penyakit kusta adalah penyakit kronik disebabkan kuman *Mycobacterium leprae* yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernapasan bagian atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang dan testis.

Menurut Depkes RI (1996) *penyakit* kusta adalah penyakit menular yang menahun dan disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium leprae*) yang menyerang syaraf tepi, kulit dan jaringan tubuh lainnya. Menurut Depkes RI (2006) penyakit kusta adalah salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi dan psikologis.

##### 2.1.2 Etiologi

Penyebab kusta adalah *Mycobacterium leprae*, yang ditemukan oleh warganegara Norwegia, G.A Armauer Hansen pada tahun 1873 dan sampai sekarang belum dapat dibiakkan dalam media buatan. Kuman *Mycobacterium leprae* berbentuk basil dengan ukuran 3-8 Um X 0,5 Um, tahan asam dan alkohol serta bersifat Gram positif. *Mycobacterium leprae* hidup intraseluler dan mempunyai afinitas yang besar pada sel saraf (*Schwan cell*) dan sistem retikulo endotelial (Juanda, 2005).

### 2.1.3 Masa Inkubasi

Masa inkubasi kusta bervariasi antara 40 hari sampai 40 tahun, dengan rata-rata 3-5 tahun. Masa inkubasi berkaitan dengan pembelahan sel yang lama, yaitu antara 2 – 3 minggu dan di luar tubuh manusia (kondisi tropis) kuman kusta dapat bertahan sampai 9 hari. Pertumbuhan optimal *in vivo* kuman kusta pada tikus pada suhu 27<sup>0</sup> – 30<sup>0</sup> 0C (Juanda, 2005).

### 2.1.4 Epidemiologi Penyakit Kusta

Secara deskriptif epidemiologi penyakit kusta digambarkan menurut tempat, waktu dan orang (Bustan, 1997). Gambaran epidemiologis penyakit kusta adalah sebagai berikut :

#### 1. Distribusi menurut tempat

Penyakit kusta tersebar di dunia dengan endemisitas berbeda. Dari 122 negara endemis tahun 1985, 98 negara telah mencapai eliminasi kusta dengan angka prevalensi < 1 / 10.000 penduduk. Lebih dari 10 juta penderita telah disembuhkan dengan MDT pada akhir 1999 (Ditjen PPM & PL Dep.Kes RI, 2006). Beberapa faktor yang dapat berperan dalam kejadian dan penyebaran kusta yaitu : iklim (panas dan lembab), diet, status gizi, status sosial ekonomi dan genetik (Amirudin, 2005). Perkiraan jumlah penderita kusta di dunia tahun pada 2005 dan 2006 dapat dilihat pada tabel di bawah ini :



Tabel 2.1 Situasi penderita kusta menurut regional WHO tahun 2005 – 2006  
(diluar regional Eropa)

Regional WHO	Prevalensi (awal 2006)	Kasus baru (selama 2005)
Afrika	40.830 (0,56)	42.814 (5,92)
Amerika	32.904 (0,39)	41.780 (4,98)
Asia Tenggara	133.422 (0,81)	201.635 (12,17)
Mediterania Timur	4.024 (0,09)	3.133 (0,67)
Pasifik Barat	8.646 (0,05)	7.137 (0,41)
Total	219.826	296.499

Sumber : Dep.Kes.RI (2006).

Sedangkan situasi penderita kusta di Indonesia tahun 2000 – 2005 selengkapnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.2 Situasi penderita kusta di Indonesia tahun 2000-2005

Tahun	Jumlah penderita terdaftar	Jumlah penderita baru	Proporsi cacat tingkat II (%)	Proporsi kusta anak (%)
2000	24.152	21.964	8,4	10,2
2001	17.712	14.722	8,8	10,0
2002	19.855	16.253	7,7	8,9
2003	18.337	15.913	8,0	10,5
2004	19.666	16.572	8,6	10,6
2005	21.537	19.695	8,7	9,1

Sumber : Dep.Kes.RI ( 2006 ) .

## 2. Distribusi menurut waktu

Pada tahun 2005 sebanyak 17 negara melaporkan 1000 atau lebih kasus baru, yang semuanya menyumbang 94 % kasus kusta baru di dunia. Secara global terjadi penurunan kasus baru, tetapi sejak tahun 2002 terjadi peningkatan kasus baru di beberapa negara seperti Republik Demokrasi Kongo, Philipina dan Indonesia. Pada tahun 2005 Indonesia menempati urutan ketiga dalam jumlah kasus baru setelah Brazil dan India ((Ditjen PPM & PL Dep.Kes RI, 2006).

## 3. Distribusi menurut orang

### 1) Distribusi menurut umur

Kusta diketahui dapat terjadi pada semua umur (antara 3 minggu sampai 70 tahun), terbanyak pada umur muda dan produktif (Ditjen PPM & PL Dep.Kes RI, 2006). Angka kejadian kusta meningkat sesuai umur dengan puncak pada umur 20-30 kemudian menurun. Di Indonesia penderita kusta anak-anak dibawah 14 tahun sebanyak 13 % tetapi anak dibawah 1 tahun jarang ditemukan (Juanda, 2005).

### 2) Distribusi menurut jenis kelamin

Penyakit kusta dapat mengenai laki-laki maupun perempuan. Insiden maupun prevalensi pada laki-laki lebih banyak dari wanita (Ditjen PPM & PL Dep.Kes RI, 2006). Menurut laporan WHO tahun 2001 di Brazil, insiden pada wanita meningkat lebih banyak sejak wanita mulai bekerja di luar rumah. Di Burkina Faso, Uganda, Kenya dan Malawi insiden pada wanita lebih banyak dari laki-laki (Allotay, 1997). Di Indonesia insidensi laki –laki lebih tinggi pada usia 15 – 19 tahun, sebaliknya pada wanita menurun pada rentang usia tersebut (Bakker, 2006).

#### 2.1.5 Diagnosis kusta

Diagnosis penyakit kusta didasarkan pada gambaran klinis, bakteriologis dan histopatologis. Dari ketiga diagnosis klinis merupakan yang terpenting dan paling sederhana. Sebelum diagnosis klinis ditegakkan, harus dilakukan anamnesa, pemeriksaan klinik (pemeriksaan kulit, pemeriksaan saraf tepi dan fungsinya). Untuk menetapkan diagnosis klinis penyakit kusta harus ada minimal satu tanda utama atau *cardinal sign* (Amirudin, 2006). Tanda utama tersebut yaitu:

### 1. Lesi (kelainan) kulit yang mati rasa

Kelainan dapat berbentuk bercak keputihan (hipopigmentasi) atau kemerah-merahan (eritematosa) yang mati rasa (anestesi)

### 2. Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf

akibat peradangan saraf (neuritis perifer) , bisa berupa :

- 1) Gangguan fungsi sensoris (mati rasa)
- 2) Gangguan fungsi motoris : kelemahan otot, kelumpuhan
- 3) Gangguan fungsi otonom : kulit kering dan retak
- 4) Adanya kuman tahan asam di dalam pemeriksaan kerokan jaringan kulit (BTA positif).

#### 2.1.6 Klasifikasi kusta

Dikenal beberapa jenis klasifikasi kusta, yang sebagian besar di dasarkan pada tingkat kekebalan tubuh (kekebalan seluler) dan jumlah kuman (Ditjen PPM & PL. Depkes RI, 2001). Beberapa klasifikasi kusta di antaranya adalah :

##### 1. Klasifikasi Madrid (1953)

Pada klasifikasi kusta ini penderita kusta di tempatkan pada dua kutub, satu kutub terdapat kusta tipe *tuberculoid (T)* dan kutub lain tipe *lepromatous (L)* . Diantara kedua tipe ini ada tipe tengah yaitu tipe *borderline (B)*. Di samping itu ada tipe yang menjembatani yaitu disebut tipe *intermediate borderline (B)* (Amirudin, 2000).

##### 2. Klasifikasi Ridley Jopling (1962)

Berdasarkan gambaran imunologis, Ridley dan Jopling membagi tipe kusta menjadi 6 kelas yaitu : *intermediate (I)*, *tuberculoidtuberculoid (TT)*, *borderline tuberculoid (BT)*, *borderlineborderline (BB)*, *borderline lepromatous (BT)* dan *lepromatous-lepromatous (LL)* (Amirudin, 2000).

### 3. Klasifikasi WHO ( 1997 )

Pada pertengahan tahun 1997 *WHO Expert Committee* menganjurkan klasifikasi kusta menjadi pausi basiler (PB) lesi tunggal, pausi basiler (PB lesi 2-5) dan multi basiler (MB).

Sekarang untuk pengobatan PB lesi tunggal disamakan dengan PB lesi 2-5. Sesuai dengan jenis regimen MDT (*multi drug therapy*) maka penyakit kusta dibagi dalam 2 tipe, yaitu tipe PB dan MB.

Klasifikasi WHO (1997) inilah yang diterapkan dalam program pemberantasan penyakit kusta di Indonesia. Penentuan klasifikasi atau tipe kusta selengkapnya seperti tabel di bawah ini :

Tabel 2.3 Penentuan klasifikasi atau tipe kusta

<b>Tanda utama</b>	<b>PB</b>	<b>MB</b>
Jumlah lesi	1 - 5	Lebih dari 5
Penebalan saraf yang disertai gangguan fungsi	Hanya 1 saraf	Lebih dari 1 saraf
Sediaan apus	BTA positif	BTA negatif

Sumber : Sasakawa Memorial Health Foundation (2004)

#### 2.1.7 Gambaran imunologi penyakit kusta

Imunitas terdapat dalam bentuk alamiah (non spesifik) dan didapat (spesifik). Imunitas alamiah tergantung pada berbagai keadaan struktural jaringan dan cairan tubuh, tidak oleh stimulasi antigen asing. Imunitas di dapat tergantung pada kontak antara sel-sel imun dengan antigen yang bukan merupakan unsur dari jaringan host sendiri. Imunitas didapat ada dua jenis yaitu humoral dan seluler. Imunitas humoral didasarkan oleh kinerja gamma globulin serum yang disebut antibodi (imunoglobulin). Imunoglobulin disintesis didalam plasma oleh limfosit B. Imunitas seluler berdasarkan kerja kelompok limphosit yaitu limfosit T (Kresno, 2001).

Pada penyakit kusta, kekebalan dipengaruhi oleh respon imun seluler (*cell mediated immunity / CMI*). Variasi atau tipe dalam penyakit kusta disebabkan oleh variasi dalam kesempurnaan imunitas seluler. Bila seseorang mempunyai imunitas seluler yang sempurna, tidak akan menderita penyakit kusta walaupun terpapar *Mycobacterium leprae*. Orang yang tidak mempunyai imunitas seluler sempurna, bila menderita kusta akan mendapat salah satu tipe penyakit kusta. Penderita yang mempunyai aktifitas imunitas seluler cukup tinggi akan mendapat kusta tipe T (klasifikasi Madrid) atau tipe TT (klasifikasi Ridley Jopling) atau tipe PB (klasifikasi WHO). Semakin tinggi aktifitas imunitas humoral, tipe yang akan diderita semakin ke arah L / LL / MB (PPM & PL depkes RI, 2001)

#### 2.1.8 Pengobatan kusta (*Multi Drug Therapy/MDT*)

Obat yang dipakai dalam pengobatan penyakit kusta adalah :

##### 1. DDS (Diamino Diphenil Sulfon/Dapson)

Dapson bersifat bakteriostatik atau menghambat pertumbuhan kuman kusta. Dapson mempunyai efek samping berupa alergi (manifestasi kulit), anemia hemolitik, gangguan saluran pencernaan (mual, muntah, tidak nafsu makan), gangguan persarafan (neuropati perifer, vertigo, sakit kepala, mata kabur)

##### 2. Clofazimin

Clofazimin bersifat bakteriostatik dengan efek samping yaitu perubahan warna kulit menjadi ungu sampai kehitaman, gangguan pencernaan berupa mual, muntah, diare dan nyeri lambung.

##### 3. Rifampisin

Rifampisin bersifat bakterisid atau membunuh kuman kusta, 99 % kuman kusta mati dalam satu kali pemberian. Efek samping yang mungkin terjadi setelah pemberian rifampisin yaitu kerusakan hati, gangguan fungsi hati, air seni warna

merah dan munculnya gejala influenza.

#### 4. Vitamin

- 1) Sulfas ferros, untuk penderita yang anemia berat
- 2) Vitamin A, untuk penderita dengan kulit bersisik (*iktiosis*).

#### 2.1.9 Regimen pengobatan MDT

Regimen pengobatan *multi drug therapy (MDT)* dipergunakan di Indonesia, regimen ini berdasarkan rekomendasi WHO, yaitu :

##### 1. Penderita pausi basiler (PB)

###### 1) Penderita PB lesi 1

Diberi dosis tunggal ROM (rifampisin, ofloxacin dan minosiklin).

- a. Dewasa 50-70 kg : rifampisin 600 mg, ofloxacin 400 mg dan minosiklin 100 mg
- b. Anak 5-14 tahun : rifampisin 300 mg, ofloxacin 200 mg dan minosiklin 50 mg

Pemberian pengobatan hanya sekali saja dan penderita digolongkan dalam kelompok RFT (*release from tretment*). Dalam program kusta di Indonesia, regimen ROM ini tidak dipergunakan, penderita PB dengan 1 lesi diobati seperti pada PB dengan 2-5 lesi.

###### 2) Penderita PB lesi 2-5

Dewasa : rifampisin 600 mg, dapson 100 mg (diminum hari pertama di depan petugas) dan dapson 100 mg (diminum di rumah hari 2-28). Lama pengobatan : 6-9 bulan (6 blister)

##### 2. Penderita multi basiler (MB)

Dewasa : rifampisin 600 mg, clofazimin 300 mg, dapson 100 mg (diminum hari pertama di depan petugas) dan clofazimin 50 mg, dapson 100 mg (diminum

di rumah hari 2-28). Lama pengobatan: 12-18 bulan (12 blister)

Sedangkan anak dibawah 10 tahun, dosis MDT diberikan berdasarkan berat badan, yaitu : rifampisin 10-15 mg/kg BB, dapson 1-2 mg/kg BB dan clofazimin 1 mg/kg BB.

Penderita yang telah menyelesaikan regimen pengobatan disebut RFT (*release from treatment*). Setelah RFT penderita tetap dilakukan pengamatan secara pasif yaitu tipe kusta PB selama 2 tahun dan tipe kusta MB selama 5 tahun. Penderita kusta yang telah melewati masa pengamatan setelah RFT disebut RFC (*release from control*) atau bebas dari pengamatan (Juanda, 2005).

## 2.2 Reaksi Kusta

### 2.2.1 Definisi

Reaksi kusta adalah gambaran dari episode akut hipersensitifitas terhadap *M. leprae* yang menyebabkan gangguan dalam keseimbangan sistem imunologi (Roy & Gopal, 1994).

### 2.2.2 Epidemiologi reaksi kusta

Menurut data kusta nasional tahun 2000, sebanyak 5% penderita kusta mengalami reaksi kusta. Penderita tipe PB dapat mengalami reaksi kusta sebanyak 1 kali dan penderita tipe MB sebanyak 2 kali. Menurut Pieter A.M Schreuder (1998), sebanyak 12% penderita kusta mengalami reaksi tipe I selama masa pengobatan dan 1,6% terjadi setelah penderita RFT. Penelitian R. Bwire dan H.J.S Kawuma (1993), menyatakan bahwa reaksi kusta dapat terjadi sebelum pengobatan adalah 14,8%, selama pengobatan 80,5% dan setelah pengobatan 4,7% (Wire & Kawuma, 1989).

Studi dari Scollard D.M, et.al (1994), menyimpulkan bahwa frekuensi

terjadinya reaksi tipe I adalah 32% dan frekuensi reaksi tipe II 37%. Frekuensi kejadian reaksi kusta menurut jenis kelamin adalah pada wanita 47% dan laki-laki 26%. Kajian dari Van Brakel W.H (1994), menyebutkan bahwa prevalensi reaksi reversal adalah 28% dan ENL adalah 5,7%, sedangkan insidensi reaksi reversal adalah 8,9 / 100 PYAR dan ENL 3,2 / 100 PYAR (Brakel, 1994).

Reaksi kusta dapat berlangsung beberapa minggu sampai beberapa bulan dan dapat berakibat kecacatan yang permanen. Pencegahan, penemuan dan manajemen dari gangguan fungsi saraf menjadi prioritas utama dalam pemberantasan penyakit kusta.

### 2.2.3 Patogenesis Reaksi Kusta

Meskipun reaksi kusta merupakan manifestasi klinik yang berat, penyebab pastinya belum diketahui dan patogenesisnya hanya sedikit yang dapat diterangkan (Job, 2001). Pada penderita kusta, *Mycobacterium leprae* dapat ditemukan di seluruh tubuh seperti saraf, kulit dan jaringan tubuh lainnya. Perubahan patologik dari saraf biasanya merupakan respon dari ditemukannya *Mycobacterium leprae* dalam kulit yang memunculkan reaksi imunologi pada penderita. Beberapa penderita mengalami perluasan lesi dan rekuren yang berlanjut sampai berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun sehingga menjadi kronik (Ximenes, 2007).

Kusta tipe lepromatosa mempunyai dampak paling buruk, hal ini karena tidak adanya respon imun seluler terhadap antigen *Mycobacterium leprae*. Beberapa hipotesis menyatakan tidak adanya respon imun seluler termasuk kekurangan IL - 1 atau IL - 2, menurunnya reseptor IL - 2, adanya penekanan makrofag, dampak dari limfosit T, kekurangan antigen spesifik dari limfosit T dan



adanya blokade reseptor (Fung, 2001).

Pada penderita yang menjalani pengobatan MDT, sebanyak 99,9% kuman kusta akan terbunuh. Sisa kuman kusta yang mati atau pecah akan dibersihkan sistem imun tubuh yang terkadang memicu terjadinya reaksi kusta (Vijayakumar, 1995). Pengobatan dengan obat anti kusta akan mencetuskan ENL, karena beredarnya material antigen dan juga dipengaruhi oleh antibodi (anti PGL - 1) (Guerra, 2002). Reaksi kusta tipe I merupakan reaksi hipersensitifitas tipe lambat, hal ini disebabkan rangsangan kuman patogen secara terus menerus dan berkelanjutan.

#### 2.2.4 Imunologi reaksi kusta

Respon imun pada penyakit kusta meliputi respon imun humoral atau *antibody mediated immunity* dan respon imun seluler atau *cell mediated immunity (CMI)*. Pada respon imun humoral, tubuh akan memproduksi antibodi untuk menghancurkan antigen yang masuk. bersama *CMI*, bahan asing atau antigen akan memacu produksi sel pertahanan spesifik yang dapat dimobilisasi untuk menghancurkan antigen dan akan memicu terjadinya reaksi kusta. Sel pertahanan spesifik adalah limfosit, yang tidak berkemampuan fagosit. Sedangkan makrofag dapat memakan *Mycobacterium leprae*. Pada kusta terdapat respon imun seluler yang merupakan imunitas protektif, sebanyak 90 % - 95 % manusia mempunyai imunitas ini dengan berbagai tingkatan. Meskipun respon imun berfungsi sebagai pertahanan tubuh terhadap bakteri atau antigen, tetapi respon imun yang berlebihan dapat menimbulkan reaksi kusta reversal maupun ENL (Skilicorn, 2007).

*Mycobacterium leprae* bersifat patogen intraseluler dan

dapat mempengaruhi makrofag serta saraf tepi. Limfosit Th CD - 4 dan Th1 keduanya dapat memproduksi sitokin yang mengaktifkan makrofag dan efektif sebagai bagian respon imun seluler. Pada kusta tipe lepromatosa aktivasi limfosit Th2 mempengaruhi produksi IL - 4 dan IL -10, yang akan menstimulasi respon imun humoral dan intensitas produksi antibodi limfosit B. Karakteristik respon imun yang diaktivasi limfosit Th2 oleh IL - 4 dan IL - 10 tidak menyebabkan formasi dari sel epitel granuloma dan dapat aktifitas makrofag. Sebanyak 15 % – 50 % kusta tipe lepromatosa berkembang menjadi ENL. Reaksi ENL berhubungan dengan bakteri yang hancur, antigen serta intensitas produksi antibodi. Berdasarkan tanda klinis dan laboratorium, patogenesis ENL belum dapat ditetapkan dengan jelas. Reaksi ENL sering terjadi pada kusta tipe *borderline lepromatous* dan *lepromatous* (Walker, 2006).

Konsentrasi antigen dari bakteri yang tinggi dalam jaringan akan meningkatkan level antibodi IgM dan IgG pada penderita tipe lepromatosa. Formasi dan berkurangnya kompleks imun serta aktivasi sistem komplemen dengan meningkatnya mediator inflamasi, merupakan mekanisme imunopatologi penting pada ENL. Selama reaksi ENL terjadi penurunan tingkat IgM anti PGL-1 (phenol glukolipid) yang berasal dari dinding *M. leprae*. Sesudah penderita mengalami pemulihan, memacu antibodi IgM membentuk kompleks imun dengan konsentrasi yang berlebihan dari PGL-1 dalam jaringan. Beratnya ENL disebabkan oleh meningkatnya produksi sitokin oleh limfosit Th2 sebagai respon imun tubuh untuk mengatasi peradangan. Sitokin *tumor necrosis factor alpha* (TNF- $\alpha$ ) dan interferon gamma (IFN- $\gamma$ ), merupakan komponen sitokin spesifik pada ENL. Sirkulasi TNF yang tinggi terjadi pada reaksi ENL, diduga akibat sel

mononuklear pada darah tepi penderita ENL yang dapat meningkatkan jumlah TNF (Walker, 2006).

Sebaliknya reaksi reversal (RR) merupakan reaksi hipersensitifitas tipe lambat yang dijumpai pada kusta tipe *borderline*. Antigen *Mycobacterium leprae* muncul pada saraf dan kulit penderita reaksi tipe ini. Infeksi *Mycobacterium leprae* akan meningkatkan ekspresi *major histocompatibility complex (MHC)* pada permukaan sel makrofag dan memacu limfosit Th CD – 4 untuk menjadi aktif dalam membunuh *Mycobacterium leprae*. Pada studi *immunohistochemistry*, terjadi peningkatan bercak TNF pada kulit dan saraf penderita dengan reaksi kusta tipe I dibandingkan penderita yang tidak mengalami reaksi kusta (Walker, 2006).

#### 2.2.5 Jenis Reaksi Kusta

Jenis reaksi kusta sesuai proses terjadinya dibedakan menjadi :

##### 1. Reaksi tipe I (reaksi reversal, reaksi *upgrading*)

Reaksi kusta tipe I terjadi pada penderita kusta tipe PB dan MB, terutama pada fase 6 bulan pertama pengobatan (PPM & PL Depkes, RI, 2006). Pada penderita kusta tipe MB, reaksi kusta tipe I sering terjadi salah diagnosis sebagai kasus kambuh. Reaksi tipe I yang terjadi selama pengobatan diduga disebabkan oleh meningkatnya respon imun seluler secara cepat terhadap kuman kusta di kulit dan saraf penderita. Apabila dilihat dari segi pembasmian kuman kusta reaksi tipe I ini dapat menguntungkan, namun inflamasi yang timbul berlebihan pada saraf dapat mengakibatkan kecacatan, terutama bila tidak atau terlambat ditangani. Penderita dengan jumlah lesi yang banyak dan hasil kerokan kulit positif akan menaikkan risiko terjadinya reaksi tipe I.

Reaksi tipe I merupakan masalah besar pada penyakit kusta karena dapat

berpotensi untuk menyebabkan kerusakan saraf dan hilangnya fungsi saraf.

### 1). Gejala reaksi kusta tipe I

Gejala yang terjadi pada reaksi tipe I berupa adanya perubahan lesi kulit maupun saraf akibat peradangan yang terjadi.

Manifestasi lesi pada kulit dapat berupa warna kemerahan, bengkak, nyeri dan panas. Pada saraf dapat terjadi neuritis dan gangguan fungsi saraf. Kadang dapat terjadi gangguan keadaan umum penderita (demam).

### 2). Menurut beratnya reaksi

Beratnya reaksi tipe I dapat dibedakan menjadi reaksi ringan dan berat.

Adapun perbedaan antara reaksi kusta tipe I ringan dan berat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.4 Perbedaan reaksi kusta tipe I ringan dan berat

Gejala	Reaksi ringan	Reaksi berat
Lesi kulit	Tambah aktif, menebal, merah, panas, nyeri, makula membentuk <i>plaque</i>	Lesi bengkak sampai pecah, merah, panas, nyeri, kaki dan tangan bengkak, ada kelainan kulit baru, sendi sakit
Saraf tepi	Tidak ada nyeri tekan dan gangguan fungsi	Nyeri tekan dan atau gangguan fungsi

Sumber : PLKN (2002) dan W.H Van Brakel, et.al (1994)

### 3). Menurut lama terjadinya reaksi

Reaksi kusta tipe I dapat berlangsung 6-12 minggu atau lebih.

### 2. Reaksi kusta tipe II (*Erythema Nodosum Leprosum* / ENL)

Reaksi kusta tipe II sering terjadi pada penderita kusta tipe MB dan merupakan respon imun humoral karena tingginya respons imun humoral

penderita. Pada kusta tipe MB, reaksi kusta banyak terjadi setelah pengobatan. Tubuh akan membentuk antibodi karena protein dari *Mycobacterium leprae* tersebut bersifat antigen. Banyaknya antibodi yang terbentuk disebabkan oleh banyaknya antigen dan antigen yang ada akan bereaksi dengan antibodi yang selanjutnya akan mengaktifkan sistem komplemen dan membentuk kompleks imun yang terdiri dari antigen + antibodi + komplemen. Kompleks imun ini dapat menimbulkan respon inflamasi yang akan terdegradasi dalam beberapa hari. Kompleks imun dapat beredar dalam sirkulasi darah dan mengendap pada organ kulit, saraf, limfonodus dan testis. Diagnosis ENL diperoleh dengan pemeriksaan klinik maupun histologi. Secara mikroskopis spesimen ENL digolongkan menjadi 3 bagian mengikuti lokasi peradangan utama yaitu : klasikal (subkutis), kulit dalam, dan permukaan.

#### 1). Gejala ENL

Gejala ENL bisa dilihat pada perubahan lesi kulit berupa nodul kemerahan, neuritis, gangguan fungsi saraf, gangguan konstitusi dan komplikasi pada organ tubuh lainnya.

#### 2). Lama terjadinya reaksi

Lama perjalanan ENL dapat berlangsung 3 minggu atau lebih, kadang lebih lama.

#### 3). Menurut beratnya reaksi

Beratnya reaksi tipe II dapat dibedakan menjadi reaksi ringan dan berat. Perbedaan reaksi tipe II ringan dan berat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.5 Perbedaan Reaksi tipe II ringan dan berat

Gejala	Reaksi ringan	Reaksi berat
Lesi kulit	Nodul nyeri tekan, jumlah sedikit, hilang sendiri 2-3 hari	Nodul nyeri tekan, pecah, jumlah banyak, berlangsung lama
Keadaan umum	Tidak demam atau demam ringan	Demam ringan sampai berat
Saraf tepi	Tidak ada nyeri saraf dan gangguan fungsi	Ada nyeri saraf dan gangguan fungsi
Nyeri Organ tubuh	Tidak ada gangguan	Peradangan pada mata, testis, limpha, gangguan pada tulang hidung dan tenggorokan.

Sumber : Dep.Kes RI (2006)

### 2.2.6 Diagnosis reaksi kusta

Diagnosis reaksi kusta dapat ditegakkan dengan pemeriksaan klinis, meliputi pemeriksaan pada lesi kulit, saraf tepi dan keadaan umum penderita. Pemeriksaan untuk mendiagnosis reaksi kusta menggunakan formulir pencegahan cacat atau *preventions of disabillity (POD)*, yang dilakukan setiap satu bulan sekali. Formulir POD digunakan untuk mencatat dan memonitor fungsi saraf serta alat untuk mendeteksi dini adanya reaksi kusta. Fungsi saraf utama yang diperiksa adalah saraf di muka (*nervus facialis*), tangan (*nervus medianus, nervus ulnaris dan nervus radialis*) dan di kaki (*nervus peroneus, nervus tibialis posterior*). Bila didapatkan tanda klinis seperti adanya nodul, nodul ulserasi, bercak aktif atau bengkak di daerah saraf tepi, nyeri tekan saraf, berkurangnya rasa raba dan kelemahan otot serta adanya *lagophthalmus* dalam 6 bulan terakhir, berarti penderita sedang mengalami reaksi kusta.

Cara memeriksa gangguan fungsi saraf dan kelemahan otot adalah dengan teknik *voluntary muscle test (VMT)* atau tes kekuatan otot dan untuk memeriksa berkurangnya rasa raba dilakukan *sensitivity test (ST)* atau tes rasa raba.

## 2.2.7 Pengobatan reaksi kusta

### 1. Prinsip pengobatan reaksi

- 1) Istirahat / imobilisasi
- 2) Pemberian analgesik / sedatif
- 3) Pemberian obat anti reaksi pada reaksi berat
- 4) MDT diteruskan dengan dosis tidak berubah

### 2. Pengobatan reaksi ringan

- 1) Berobat jalan dan istirahat di rumah
- 2) Pemberian analgetik dan sedatif bila perlu
- 3) Reaksi kusta ringan yang tidak membaik setelah pengobatan 6 minggu harus diobati sebagai reaksi kusta berat

### 3. Pengobatan reaksi berat

- 1) Pemberian prednison

Pemberian prednison dengan cara bertahap atau "*taffering off*" selama 12 minggu. Setiap 2 minggu pemberian prednison harus dilakukan pemeriksaan untuk pencegahan cacat.

- 2) Pemberian analgetik, bila perlu sedatif
- 3) Reaksi tipe II berulang diberikan prednison dan clofazimin
- 4) Imobilisasi lokal dan bila perlu penderita dirawat di rumah sakit

### 4. Skema pemberian prednison

1) Pada orang dewasa ( diberikan pagi hari sehabis makan ) :

- a) Dua minggu I : 40 mg / hari
- b) Dua minggu II : 30 mg / hari
- c) Dua minggu III : 20 mg / hari
- d) Dua minggu IV : 15 mg / hari
- e) Dua minggu V : 10 mg / hari

f) Dua minggu VI : 5 mg / hari

2) Pada anak-anak :

Prednison untuk penderita reaksi kusta anak diberikan dengan dosis awal maksimal 1 mg / kg BB, kemudian setiap 2 minggu dievaluasi untuk penurunan dosis dengan lama pengobatan minimal 2 minggu.

5. Pengobatan reaksi tipe II berulang

Pengobatan reaksi kusta tipe II berulang selain prednison, perlu ditambahkan clofazimin dengan dosis dewasa sebagai berikut :

Selama 2 bulan : 3 X 100 mg / hari

Selama 2 bulan : 2 X 100 mg / hari

Selama 2 bulan : 1 X 100 mg / hari

2.2.8 Faktor risiko yang berperan terhadap terjadinya reaksi kusta

Faktor risiko yang diduga berperan terhadap terjadinya reaksi kusta adalah sebagai berikut :

1. Karakteristik individu :

1) Umur saat didiagnosis kusta lebih dari 15 tahun

Kejadian reaksi kusta jarang terjadi pada bayi, mungkin ini terjadi karena respon imun yang diperoleh dari ibunya saat masih dalam kandungan. Pada usia produktif reaksi kusta lebih sering terjadi, hal ini dimungkinkan karena pada usia ini respon imun lebih aktif dan lebih sering terpapar faktor eksternal. Penelitian Brigitte Ranque, et.al (1997), menyimpulkan bahwa umur saat didiagnosis kusta lebih dari 15 tahun merupakan faktor risiko terjadinya reaksi kusta ( OR = 2,3; 95 % CI = 1,4 – 3,6). 18

2) Jenis kelamin wanita

Jenis kelamin belum diketahui sebagai pencetus langsung terjadinya reaksi



kusta. Reaksi kusta tipe I lebih dominan terjadi pada wanita di semua tingkat usia, sedangkan reaksi kusta tipe II umumnya terjadi pada wanita dan pria usia muda. Penelitian Scollard D.M , et.al (1994), menyatakan bahwa kejadian reaksi kusta lebih dominan pada wanita yaitu sebesar 47% dan pria sebesar 26% .

### 3) Pekerja kasar

Kejadian reaksi diduga lebih banyak terjadi pada pekerja kasar yang banyak mengeluarkan tenaga. Pengeluaran tenaga berlebihan akan berdampak pada penurunan stamina sehingga penderita kusta dapat mengalami stres fisik dan terjadi perubahan respon imun yang dapat memicu terjadinya ENL.

## 2. Karakteristik status klinis:

### 1) Tipe kusta MB

Tipe kusta dipengaruhi oleh variasi dalam kesempurnaan sistem respon imun seluler. Pada kusta tipe PB dengan respon imun seluler cukup tinggi lebih sering mendapat reaksi kusta tipe I yang kadang gambaran klinisnya lebih hebat. Hal ini terjadi karena kuman yang mati akan dihabiskan sistem fagosit tubuh, tetapi pada sebagian penderita akan terjadi reaksi imun sebagai bentuk perlawanan (hipersensitivitas akut). Sedangkan pada tipe MB dengan respon imun rendah, reaksi kusta ini tidak seberat pada tipe PB. Pagolori (2002), menyimpulkan kusta tipe MB mempunyai resiko mengalami reaksi 2,45 kali lebih besar dibandingkan tipe PB. Brigitte Ranque (2007), menyimpulkan bahwa tipe MB berisiko 4 kali mengalami reaksi.

### 2) Lama sakit lebih dari 1 tahun

Lama penderita menderita sakit kusta mulai dari sebelum didiagnosa, sesudah didiagnosa dan diobati sampai RFT , diduga berhubungan dengan

terjadinya reaksi kusta. Semakin lama menderita sakit memungkinkan banyak *Mycobacterium leprae* yang mati atau pecah dan menjadi antigen sehingga memicu terjadinya reaksi kusta. Reaksi ENL juga dapat terjadi pada kusta yang tidak diobati dalam waktu yang lama.

### 3) Jumlah lesi lebih dari 10

Jumlah lesi akan berpengaruh terhadap terjadinya reaksi kusta, penderita dengan jumlah lesi yang banyak cenderung berisiko reaksi kusta lebih besar. Penelitian W.H Van Brakel, et.al (1994), menyimpulkan bahwa jumlah lesi merupakan indikator risiko reaksi reversal. Penderita dengan jumlah lesi lebih dari 10 merupakan faktor risiko terjadinya reaksi kusta (OR = 2,3; 95 % CI = 1,01 – 7,5).

Penelitian Brigitte Ranque, et.al (2007), menyatakan bahwa lesi lebih dari 5 merupakan faktor risiko reaksi kusta (OR = 3,1; 95 % CI = 2,0 – 4,9). Menurut WHO, jumlah lesi lebih dari 5 termasuk dalam klasifikasi kusta tipe MB.

### 4) Menstruasi

Penderita kusta usia subur akan mengalami menstruasi yang akan berpengaruh pada keseimbangan atau perubahan hormonal. Perubahan hormonal pada proses menstruasi akan menjadi faktor pencetus terjadinya reaksi kusta.

### 5) Stres

Penderita kusta yang mengalami stres emosional akan cenderung membutuhkan adaptasi yang berat pula. Pada keadaan stres tubuh akan mengalami gangguan umum, yang dapat memicu terjadinya reaksi kusta. Menurut Judith Swarth (2000), stres bisa mengakibatkan penurunan kekebalan tubuh sebanyak 50%. Penelitian Shriya Dave, et al. (2003), menyatakan bahwa stres mental

berhubungan dengan terjadinya reaksi ENL. Hasil studi yang lain, menyatakan bahwa keadaan stres seperti kehamilan, emosional dan menstruasi akan mencetuskan terjadinya ENL.

#### 6) Kelelahan fisik

Kelelahan fisik pada penderita kusta menyebabkan gangguan umum pada tubuh yang dapat memicu meningkatnya respon imun seluler dan dapat terjadi reaksi kusta. Penelitian Pagolori (2002), menyatakan bahwa kelelahan fisik merupakan faktor risiko terjadinya reaksi kusta. Shriya Dave, et.al (2003), menyatakan stres fisik berhubungan dengan terjadinya ENL.

#### 7) Kehamilan

Kehamilan pada penderita kusta akan menyebabkan perubahan hormonal, yang kadang akan memicu terjadinya reaksi kusta. Beberapa penelitian, menyimpulkan bahwa kehamilan merupakan faktor risiko terjadinya reaksi kusta. Hal ini dapat dimengerti karena selama kehamilan terjadi kenaikan kadar kortikosteroid endogen, alfamakroglobulin dan substansi lain yang dapat mempengaruhi fungsi respon imun limfosit T yang dapat berakibat menurunnya respon imun untuk melawan *Mycobacterium leprae*.

#### 8) Laktasi

Penderita kusta yang sedang menyusui, berisiko mengalami reaksi kusta. Kumar, et.al (2004) menyatakan bahwa laktasi merupakan faktor risiko terjadinya reaksi reversal dan ENL. Shriya Dave, et.al (2003) dan Guerra J.G (2002), menyatakan bahwa laktasi berhubungan dengan terjadinya ENL. Selama laktasi, kadar kortikosteroid endogen, alfamakroglobulin dan substansi lain akan meningkat dan mempengaruhi fungsi respon imun limfosit T yang berakibat

menurunnya respon imun untuk melawan *Mycobacterium leprae*.

### 9) Kontrasepsi hormonal

Penderita kusta yang memakai kontrasepsi hormonal, didalam tubuhnya akan terjadi perubahan hormonal yang diduga dapat memicu terjadinya reaksi kusta. Perubahan hormonal merupakan faktor pencetus terjadinya reaksi kusta .

### 3. Karakteristik status pengobatan :

#### 1) Lama pengobatan lebih dari 6 bulan

Lama pengobatan MDT akan berpengaruh terhadap reaksi kusta. Penderita biasanya akan mendapat reaksi kusta setelah 6 bulan atau lebih mendapat pengobatan MDT.1 Pagolori (2002), menyimpulkan bahwa pengobatan yang sudah berjalan lama mempunyai risiko mengalami reaksi kusta 2,9 kali dibandingkan penderita yang mendapat pengobatan awal.19 Penelitian W.H Van Brakel (1994), menyimpulkan bahwa reaksi kusta tipe I lebih banyak terjadi pada 6 bulan pertama pengobatan dan reaksi kusta tipe II terjadi setelah pengobatan berjalan 1 tahun. Penelitian Gusti K. Darmada (1999), menyimpulkan bahwa lamanya pengobatan MDT akan meningkatkan reaksi kusta secara bermakna.

#### 2) Riwayat pengobatan reaksi tidak adekuat

Riwayat pengobatan reaksi kusta sebelumnya terutama jika tidak diobati dengan adekuat diduga dapat memicu terjadinya reaksi kusta berulang. Pengobatan dengan obat reaksi kusta bersifat immunosupresan dan bila diberikan tidak adekuat menyebabkan berbagai reaksi respons imun yang akan memicu terjadinya reaksi kusta.

## **2.3 Pencegahan Cacat**

### **2.3.1 Definisi**

Pencegahan cacat atau *prevention of disability* (POD) adalah suatu usaha untuk memberikan tindakan pencegahan terhadap penderita agar terhindar dari risiko cacat selama perjalanan penyakit kusta, terutama akibat reaksi kusta.

### **2.3.2 Tujuan**

Tujuan pencegahan cacat adalah jangan sampai terjadi kecacatan yang timbul atau bertambah setelah penderita terdaftar dalam pengobatan dan pengawasan. Untuk memonitor fungsi saraf, hasil pemeriksaan POD merupakan indikator pengelolaan penderita untuk mengatasi komplikasi pengobatan, mengurangi proporsi kecacatan baru atau penambahankacacatan baik saat dalam pengobatan maupun setelah RFT.

### **2.3.3 Proses terjadinya cacat akibat reaksi**

Terjadinya cacat pada penderita kusta disebabkan oleh kerusakan fungsi saraf tepi baik oleh kuman maupun karena terjadinya peradangan saraf (neuritis) sewaktu terjadi reaksi kusta.

#### **1. Kerusakan fungsi sensorik**

Kerusakan fungsi sensorik akan menyebabkan terjadinya kurang atau mati rasa yang berakibat tangan dan kaki dapat terjadi luka. Sedang bila mengenai kornea mata menyebabkan kurangnya atau hilangnya reflek berkedip.

#### **2. Kerusakan fungsi motorik**

Kekuatan otot tangan dan kaki menjadi lemah atau lumpuh lalu mengecil (atrofi), jari tangan dan kaki bengkok (*claw hand* dan *claw toes*) serta terjadi kekakuan sendi (kontraktur). Bila kerusakan terjadi pada otot kelopak mata, maka kelopak mata tidak dapat dirapatkan (*lagophthalmus*).

### 3. Kerusakan fungsi otonom

Kerusakan pada fungsi otonom akan mengakibatkan gangguan pada kelenjar keringat, kelenjar minyak dan sirkulasi darah sehingga kulit menjadi kering, menebal, keras dan pecah-pecah. Penderita yang berisiko mendapat cacat adalah penderita yang terlambat mendapat MDT, mengalami reaksi kusta terutama reaksi reversal, banyak bercak di kulit dan penderita dengan nyeri saraf atau pembesaran saraf.

#### 2.3.4 Penentuan tingkat cacat

Tingkat kecacatan kusta menurut WHO, seperti tabel berikut :

Tabel 2.6 Penentuan tingkat cacat kusta

Tingkat cacat	Mata	Telapak tangan dan kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata	Tidak ada anestesi, tidak ada cacat yang kelihatan
1	Ada kelaian pada mata akibat kusta tetapi tidak kelihatan dan visus sedikit berkurang	Ada anestesi tetapi tidak ada kecacatan yang kelihatan
2	Ada <i>lagophthalmus</i> , visus sangat terganggu akibat kusta	Ada cacat yang kelihatan seperti: luka, kaki semper, jari kiting, dll.

Sumber : Dep.Kes.RI (2006)

## 2.4 Pengetahuan tentang Kusta, Sikap terhadap Kusta dan Pencegahan

### 2.4.1 Pengetahuan

Definisi pengetahuan menurut Notoatmodjo (2005) adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Tahu diartikan sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Teori Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2003), menyatakan bahwa pengetahuan merupakan faktor awal dari suatu perilaku yang diharapkan dan pada umumnya berkorelasi positif dengan perilaku. Menurut Azwar (2007) fungsi pengetahuan mempunyai dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencari penalaran dan untuk mengorganisasikan pengalamannya. Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Menurut Masduki (1993), di Kabupaten Kuningan Jawa Barat pengetahuan mempunyai hubungan terhadap kepatuhan berobat pada penderita kusta. Apabila penderita kusta memiliki pengetahuan yang baik dan memadai tentang penyakit kusta, cara pengobatannya, jenis obat, cara memakan obat tersebut dan akibat bila tidak patuh meminum obat yang akan berakibat buruk terhadap dirinya akan mampu mengimplementasikannya di dalam kehidupannya sehari-hari maka diharapkan angka kesembuhan pada penderita kusta meningkat. Rendahnya pengetahuan tentang kusta dan masih kuatnya stigma terhadap penyakit kusta sangat berpengaruh terhadap ketaatan Penderita untuk minum obat.

### 2.4.2 Sikap

Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang, tidak senang, setuju dan tidak setuju, baik dan tidak baik). Menurut Newcomb dalam Notoatmodjo (2005) sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Menurut Thurstone dan Likert dalam Azwar (2007) sikap adalah suatu bentuk evaluasi, reaksi perasaan yang mendukung, memihak maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak pada objek tersebut. Menurut Taylor dalam Azwar (2007) ketaatan penderita minum obat sering diartikan sebagai usaha pasien untuk mengendalikan perilakunya apakah pasien mengikuti apa yang dianjurkan oleh petugas untuk dilaksanakan guna mencapai kesembuhan.

### 2.4.3 Pencegahan Penyakit kusta

Kegiatan yang dilakukan berupa pemeriksaan klinis penderita (fungsi saraf tepi motorik dan sensoris) dengan cara *voluntary muscle test (VMT)* dan *sensitivity test (ST)* menggunakan formulir POD. menggunakan POD reaksi kusta paling lambat dapat diketahui dalam waktu 1 bulan.

#### 1. Pencegahan primer

Pencegahan primer dapat dilakukan dengan :

##### 1) Penyuluhan kesehatan

Pencegahan primer dilakukan pada kelompok orang sehat yang belum terkena penyakit kusta dan memiliki risiko tertular karena berada di sekitar atau dekat dengan penderita seperti keluarga penderita dan tetangga penderita, yaitu dengan memberikan penyuluhan tentang kusta.



Penyuluhan yang diberikan petugas kesehatan tentang penyakit kusta adalah proses peningkatan pengetahuan, kemauan dan kemampuan masyarakat yang belum menderita sakit sehingga dapat memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya dari penyakit kusta. Sasaran penyuluhan penyakit kusta adalah keluarga penderita, tetangga Penderita dan masyarakat (Depkes RI, 2005)

## 2) Pemberian imunisasi

Sampai saat ini belum ditemukan upaya pencegahan primer penyakit kusta seperti pemberian imunisasi (Saisohar,1994). Dari hasil penelitian di Malawi tahun 1996 didapatkan bahwa pemberian vaksinasi BCG satu kali dapat memberikan perlindungan terhadap kusta sebesar 50%, sedangkan pemberian dua kali dapat memberikan perlindungan terhadap kusta sebanyak 80%, namun demikian penemuan ini belum menjadi kebijakan program di Indonesia karena penelitian beberapa Negara memberikan hasil berbeda pemberian vaksinasi BCG tersebut (Depkes RI, 2005).

## 2. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan :

Pengobatan pada penderita kusta untuk memutuskan mata rantai penularan, menyembuhkan penyakit penderita, mencegah terjadinya cacat atau mencegah bertambahnya cacat yang sudah ada sebelum pengobatan. Pemberian *Multi drug therapy* pada Penderita kusta terutama pada tipe *Multibaciler* karena tipe tersebut merupakan sumber kuman menular kepada orang lain (Depkes RI, 2006).

### 3. Pencegahan tertier

#### 1) Pencegahan cacat kusta

Pencegahan tertier dilakukan untuk pencegahan cacat kusta pada Penderita. Upaya pencegahan cacat terdiri atas (Depkes RI, 2006) :

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

#### 2) Rehabilitasi kusta

Rehabilitasi merupakan proses pemulihan untuk memperoleh fungsi penyesuaian diri secara maksimal atas usaha untuk mempersiapkan Penderita cacat secara fisik, mental, sosial dan kekaryaan untuk suatu kehidupan yang penuh sesuai dengan kemampuan yang ada padanya. Tujuan rehabilitasi adalah penyandang cacat secara umum dapat dikondisikan sehingga memperoleh kesetaraan, kesempatan dan integrasi sosial dalam masyarakat yang akhirnya mempunyai kualitas hidup yang lebih baik (Depkes RI, 2006)

Rehabilitasi terhadap Penderita kusta meliputi:

- 1) Latihan fisioterapi pada otot yang mengalami kelumpuhan untuk mencegah terjadinya kontraktur
- 2) Bedah rekonstruksi untuk koreksi otot yang mengalami kelumpuhan agar tidak mendapat tekanan yang berlebihan
- 3) Bedah plastik untuk mengurangi perluasan infeksi

- 4) Terapi okupsi (kegiatan hidup sehari-hari) dilakukan bila gerakan normal terbatas pada tangan
- 5) Konseling dilakukan untuk mengurangi depresi pada Penderita cacat

Tujuan pencegahan penyakit kusta adalah merupakan upaya pemutusan mata rantai penularan penyakit kusta.

## 2.5 Kepatuhan Berobat Penderita kusta

Tujuan pengobatan penderita kusta adalah untuk memutuskan mata rantai penularan, menyembuhkan penyakit penderita dan mencegah terjadinya kecacatan atau bertambah cacat. Pengobatan penderita kusta ditujukan untuk mematikan kuman kusta sehingga tidak berdaya merusak jaringan tubuh dan tanda-tanda penyakit jadi kurang aktif sampai akhirnya hilang (Depkes RI, 2006).

Penderita yang sudah dalam keadaan cacat permanen, pengobatan hanya membunuh bakteri. Bila penderita tidak minum obat secara teratur, maka kuman kusta dapat menjadi aktif kembali, sehingga timbul gejala-gejala baru pada kulit dan saraf yang dapat memperburuk keadaan (Depkes RI, 2006).

Beberapa regimen yang direkomendasikan untuk pengobatan kusta, yaitu *Multi Drug Teraphy (MDT)*, yaitu kombinasi dua atau lebih obat anti kusta, yang salah satunya terdiri atas Rifampisin sebagai anti kusta yang sifatnya bakterisid kuat dengan obat anti kusta lain yang bisa bersifat bakteriostatik.

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi pengobatan dilakukan oleh petugas kesehatan dengan memonitor tanggal pengambilan obat, jika terlambat petugas harus melacak penderita tersebut, dan melakukan pengamatan pemberian obat, dan jika penderita sudah minum obat sesuai anjuran, maka dinyatakan *Relase*

*From Treatment* tanpa perlu pemeriksaan laboratorium (Depkes RI, 2006).

Kepatuhan yaitu tingkat/derajat di mana penderita suatu penyakit dalam hal ini penyakit kusta mampu melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau tim kesehatan lainnya, dan merupakan tingkat di mana perilaku seseorang sesuai dengan saran praktisi kesehatan (Smet, 1994).

Menurut Taylor dalam Smet (1994), bahwa ketidak patuhan merupakan salah satu masalah yang berat dalam dunia medis, dan oleh karena itu sejak tahun 1960-an sudah mulai diteliti di negara-negara industri. Secara umum, ketidak patuhan meningkatkan risiko berkembangnya masalah kesehatan dan dapat berakibat memperpanjang atau memperburuk penyakit yang sedang diderita.

Kepatuhan penderita kusta untuk mengonsumsi obat dapat dilihat dari dosis dan batas waktu sampai dinyatakan selesai berobat dan tergantung pada jenis kusta yang dideritanya. Dikatakan teratur, jika penderita kusta sudah minum obat 6 blister selama 6 bulan sampai 9 bulan untuk tipe PB dan 12 blister selama 12 bulan sampai 18 bulan untuk tipe MB (Depkes RI, 2006).

## **2.6 Konsep Kepercayaan terhadap Pengobatan Penyakit**

Kepercayaan individu terhadap upaya pengobatan dan pelayanan kesehatan dapat merujuk pada konsep yang dikemukakan oleh Rodenstock dalam Sarwono (2004), yaitu tentang model kepercayaan kesehatan (*Health Belief Model*). Model kepercayaan kesehatan ini mencakup lima unsur utama, sebagai berikut:

1. Persepsi individu tentang kemungkinannya terkena suatu penyakit (*perceived susceptibility*). Mereka yang merasa dapat terkena penyakit

- tersebut akan lebih cepat merasa terancam.
2. Pandangan individu tentang beratnya penyakit tersebut (*perceived seriousness*), yaitu risiko dan kesulitan apa saja yang akan dialaminya dari penyakit itu.
  3. Makin berat risiko suatu penyakit dan makin besar kemungkinannya bahwa individu tersebut terserang penyakit tersebut, makin dirasakan besar ancamannya (*perceived threats*). Ancaman ini mendorong individu untuk melakukan tindakan pencegahan atau penyembuhan penyakit. Namun ancaman yang terlalu besar malah menimbulkan rasa takut dalam diri individu yang justru malah menghambat nya untuk melakukan tindakan karena individu tersebut merasa tidak berdaya melawan ancaman tersebut. Guna mengurangi rasa terancam tersebut, ditawarkanlah suatu alternatif tindakan oleh petugas kesehatan. Apakah individu akan menyetujui alternatif yang diajukan petugas tergantung pada pandangannya tentang manfaat dan hambatan dari pelaksanaan alternatif tersebut. Individu akan mempertimbangkan apakah alternatif tersebut memang dapat mengurangi ancaman penyakit dan akibatnya yang merugikan.
  4. Namun sebaliknya, konsekuensi negatif dari tindakan yang dianjurkan tersebut (biaya yang mahal, rasa malu, takut akan rasa sakit, dan sebagainya) seringkali menimbulkan keinginan individu untuk justru menghindari alternative yang dianjurkan petugas kesehatan. Ini merupakan *perceived benefits and barriers* dari tindakan yang dianjurkan. Untuk akhirnya memutuskan menerima atau menolak alternatif tindakan

tersebut.

5. Faktor pencetus (*cues to action*) bisa datang dari dalam diri individu (munculnya gejala-gejala penyakit itu) ataupun dari luar (nasihat orang lain, kampanye kesehatan, seorang teman atau anggota keluarga terserang oleh penyakit yang sama, dan sebagainya). Bagi mereka yang memiliki motivasi yang rendah untuk bertindak (misalnya yang tidak percaya bahwa dirinya akan terserang penyakit tersebut, yang menganggap remeh akibat penyakit tersebut atau yang takut menerima pengobatan diperlukan rangsangan yang lebih intensif untuk mencetuskan respons yang diinginkan, sebab bagi kelompok semacam ini penghayatan subjektif terhadap hambatan/risiko negatif dari pengobatan penyakitnya jauh lebih kuat daripada gejala objektif dari penyakit tersebut ataupun pandangan/saran profesional petugas kesehatan. Tetapi bagi mereka yang sudah termotivasi untuk bertindak, maka rangsangan sedikit saja sudah cukup untuk menimbulkan respons tersebut (Sarwono, 2004).

Berdasarkan teori tersebut, maka kaitannya dengan penyakit kusta adalah masih adanya perbedaan persepsi masyarakat dan penderita kusta sendiri tentang penyakit yang dideritanya baik dilihat dari aspek penularan penyakit kusta, penularannya, pencegahan, perawatan dan pengobatan penderita kusta

## **2.7 Persepsi Sehat Dan Sakit**

Masalah kesehatan merupakan masalah kompleks yang merupakan akibat dari berbagai masalah lingkungan yang bersifat alamiah maupun masalah buatan manusia, sosial budaya, perilaku, populasi penduduk, genetika, dan sebagainya.

Menurut Maramis (2005) persepsi merupakan keseluruhan proses mulai dari stimulus (rangsangan) yang diterima pancaindra, lalu diorganisasikan dan kemudian diinterpretasikan terhadap objek yang diamatinya, sehingga individu dapat merasakan dan mengerti apa yang diperoleh oleh indranya.

Persepsi terhadap suatu penyakit juga didasarkan pada hasil internalisasi dari indera, dan setiap individu berbeda interpretasi terhadap stimulus yang diperoleh inderanya.

Sakit menurut *etiologi naturalistik* dapat dijelaskan dari *segi impersonal* dan sistematis, yaitu bahwa sakit merupakan satu keadaan atau satu hal yang disebabkan oleh gangguan terhadap sistem tubuh manusia. Pernyataan tentang pengetahuan ini dalam tradisi klasik Yunani, India, Cina, menunjukkan model keseimbangan (*equilibrium model*) seseorang dianggap sehat apabila unsur-unsur utama yaitu panas dingin dalam tubuhnya berada dalam keadaan yang seimbang. Unsur-unsur utama ini tercakup dalam konsep tentang *humors*, *ayurveda dosha*, *yin* dan *yang*.

Departemen Kesehatan RI telah mencanangkan kebijakan baru berdasarkan paradigma sehat. Paradigma sehat adalah cara pandang atau pola pikir pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral, dalam suatu wilayah yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan perlindungan terhadap penduduk agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan penduduk yang sakit. Pada intinya paradigma sehat memberikan perhatian utama terhadap kebijakan yang bersifat pencegahan dan promosi kesehatan, memberikan dukungan dan alokasi sumber daya untuk

menjaga agar yang sehat tetap sehat namun tetap mengupayakan yang sakit segera sehat. Pada prinsipnya kebijakan tersebut menekankan pada masyarakat untuk mengutamakan kegiatan kesehatan daripada mengobati penyakit.

Telah dikembangkan pengertian tentang penyakit yang mempunyai konotasi biomedik dan sosio kultural. Dalam bahasa Inggris dikenal kata *disease* dan *illness* sedangkan dalam bahasa Indonesia, kedua pengertian itu dinamakan penyakit. Dilihat dari segi sosio kultural terdapat perbedaan besar antara kedua pengertian tersebut. *disease* dimaksudkan gangguan fungsi atau adaptasi dari proses-proses biologik dan psikofisiologik pada seorang individu, dengan *illness* dimaksud reaksi personal, interpersonal, dan kultural terhadap penyakit atau perasaan kurang nyaman(1) Para dokter mendiagnosis dan mengobati *disease*, sedangkan pasien mengalami *illness* yang dapat disebabkan oleh *disease* *illness* tidak selalu disertai kelainan organik maupun fungsional tubuh.

Dalam konteks kultural, apa yang disebut sehat dalam suatu kebudayaan belum tentu disebut sehat pula dalam kebudayaan lain. Di sini tidak dapat diabaikan adanya faktor penilaian atau faktor yang erat hubungannya dengan sistem nilai (Soejoeti, 2005).

Penyakit merupakan suatu fenomena kompleks yang berpengaruh negatif terhadap kehidupan manusia. Perilaku dan cara hidup manusia dapat merupakan penyebab bermacam-macam penyakit baik di zaman primitif maupun di masyarakat yang sudah sangat maju peradaban dan kebudayaannya. Ditinjau dari segi biologis penyakit merupakan kelainan berbagai organ tubuh manusia, sedangkan dari segi kemasyarakatan keadaan sakit dianggap sebagai



penyimpangan perilaku dari keadaan sosial yang normatif. Penyimpangan itu dapat disebabkan oleh kelainan biomedis organ tubuh atau lingkungan manusia, tetapi juga dapat disebabkan oleh kelainan emosional dan psikososial individu bersangkutan. Faktor emosional dan psikososial ini pada dasarnya merupakan akibat dari lingkungan hidup atau ekosistem manusia dan adat kebiasaan manusia atau kebudayaan (Lumentha 1989).

Menurut Djoh dalam Muchsin (2006), bahwa penelitian-penelitian dan teori-teori yang dikembangkan oleh para antropolog seperti perilaku sehat (*health behavior*), perilaku sakit (*illness behavior*) perbedaan antara *illness* dan *disease*, model penjelasan penyakit (*explanatory model*), peran dan karir seorang yang sakit (*sick role*), interaksi dokter-perawat, dokter-pasien, perawat-pasien, penyakit dilihat dari sudut pasien, membuka mata para dokter bahwa kebenaran ilmu kedokteran modern tidak lagi dapat dianggap kebenaran absolut dalam proses penyembuhan.

Perilaku sakit diartikan sebagai segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan, sedangkan perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri, penjagaan kebugaran melalui olah raga dan makanan bergizi (Sarwono, 2003). Perilaku sehat diperlihatkan oleh individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka betul-betul sehat. Sesuai dengan persepsi tentang sakit dan penyakit maka perilaku sakit dan perilaku sehat pun subyektif sifatnya. Persepsi masyarakat tentang sehat-sakit ini sangatlah dipengaruhi oleh unsur pengalaman masa lalu di samping unsur sosial budaya.

Sebaliknya petugas kesehatan berusaha sedapat mungkin menerapkan kriteria medis yang obyektif berdasarkan gejala yang tampak guna mendiagnosis kondisi fisik individu.

Persepsi masyarakat mengenai terjadinya penyakit berbeda antara daerah yang satu dengan daerah lain, karena tergantung kebudayaan yang ada dan berkembang dalam masyarakat tersebut. Persepsi kejadian penyakit yang berlainan dengan ilmu kesehatan sampai saat ini masih ada di masyarakat; dapat turun dari satu generasi ke generasi berikutnya dan bahkan dapat berkembang luas (Sarwono, 2003).

## **2.8 Dukungan Keluarga terhadap Pengobatan Penyakit**

Menurut Sarwono dalam Yusuf (2007), dukungan adalah suatu upaya yang diberikan kepada orang lain, baik moril maupun materil untuk memotivasi orang tersebut dalam melaksanakan kegiatan.

Sistem dukungan untuk mempromosikan perubahan perilaku ada 3, yaitu : (1) dukungan material adalah menyediakan fasilitas latihan, (2) dukungan informasi adalah memberikan contoh nyata keberhasilan seseorang dalam melakukan diet dan latihan, dan (3) dukungan emosional atau semangat adalah memberi pujian atas keberhasilan proses latihan.

Bailon dan Maglaya dalam Sudiharto (2007) menyatakan, bahwa keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka hidup dalam satu rumah tangga, melakukan interaksi satu sama lain menurut peran masing-masing, serta menciptakan dan mempertahankan suatu budaya. Keluarga adalah suatu kelompok yang terdiri

dari dua orang atau lebih yang di rekat oleh ikatan darah, perkawinan, atau adopsi serta tinggal bersama (Sugarda, 2001).

Friedman dalam Sudiharto (2007), menyatakan bahwa fungsi dasar keluarga antara lain adalah fungsi efektif, yaitu fungsi internal keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung. Menurut Friedman (2003) dukungan keluarga merupakan bagian integral dari dukungan sosial. Dampak positif dari dukungan keluarga adalah meningkatkan penyusuaian diri seseorang terhadap kejadian-kejadian dalam kehidupan. Menurut Sheridan & Radmacher (1992), Safarindo (1998) serta Taylor (1999) dalam Arlija (2006) membagi dukungan keluarga ke dalam beberapa bentuk, yaitu :

#### 1. Dukungan instrumental

Bentuk dukungan ini merupakan penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung seperti pemberian uang, pemberian barang, makanan serta pelayanan. Bentuk ini dapat mengurangi stres karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi. Dukungan instrumental sangat diperlukan terutama dalam mengatasi masalah yang dianggap dapat dikontrol

#### 2. Dukungan informasional

Bentuk dukungan ini melibatkan pemberiaan informasi, saran atau umpan balik tentang situasi dan kondisi individu. Jenis informasi seperti ini dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan mudah.

#### 3. Dukungan emosional

Bentuk dukungan ini membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, diperdulikan dan dicintai oleh keluarga sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan baik. Dukungan ini sangat penting dalam menghadapi keadaan yang dianggap tidak dapat dikontrol.

#### 4. Dukungan pengharapan

Dukungan pengharapan meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian stres lebih baik dan juga sumber stres serta strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stresor. Dukungan sosial keluarga dapat membantu meningkatkan strategi koping individu dengan menyarankan strategi-strategi alternatif yang didasarkan pada pengalaman sebelumnya dan dengan mengajak orang-orang berfokus pada aspek-aspek yang lebih positif dari situasi tersebut. Individu diarahkan kepada orang yang sama yang pernah mengalami situasi yang sama untuk mendapatkan nasihat dan bantuan. Individu dibandingkan dengan orang lain yang mengalami hal yang lebih buruk. Pada dukungan pengharapan keluarga bertindak sebagai pembimbing dengan memberikan umpan balik.

#### 5. Dukungan harga diri

Bentuk dukungan ini berupa penghargaan positif terhadap individu, pemberian semangat, persetujuan terhadap pendapat individu, perbandingan yang positif dengan individu lain. Bentuk dukungan ini membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi.

##### 2.8.1 Dukungan keluarga terhadap penderita kusta

Dukungan keluarga terhadap pasien adalah sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit yang ditunjukkan melalui interaksi dan reaksi

keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit. Dukungan keluarga merupakan sebuah proses yang terjadi sepanjang kehidupan dimana sifat dan jenis dukungan keluarga berbeda-beda dalam berbagai tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi untuk meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 1998).

Penderita kusta terisolasi dan dikucilkan dari masyarakat luas. Bahkan, mereka tidak diakomodir dengan baik oleh masyarakat umum dan juga beberapa instansi. Mereka dianggap sebagai orang yang perlu dikasihani atau bahkan dihindari dalam artian tidak diberikan kesempatan untuk berapresiasi dalam hidup mereka. Keadaan ini tidak hanya dihadapi oleh klien saja, tetapi juga oleh anggota keluarga yang lain. Keluarga cenderung terlibat dalam pembuatan keputusan atau proses terapeutik dalam setiap tahap sehat dan sakit para anggota keluarga yang sakit. Proses ini menjadikan seorang pasien mendapatkan pelayanan kesehatan meliputi serangkaian keputusan dan peristiwa yang terlibat dalam interaksi antara sejumlah orang, termasuk keluarga, teman-teman dan para profesional yang menyediakan jasa pelayanan kesehatan (White, 2004 dikutip dari skripsi : Rismauli, 2007).

Dukungan keluarga sebagai bagian dari dukungan sosial dalam memberikan dukungan ataupun pertolongan dan bantuan pada anggota keluarga yang memerlukan pengobatan penyakit kusta sangat diperlukan. Orang bisa memiliki hubungan yang mendalam dan sering berinteraksi, namun dukungan yang diperlukan hanya benar-benar bisa dirasakan bila ada keterlibatan dan perhatian yang mendalam (Brunner & Suddarth, 2001).

### 2.8.2 Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Menurut Feiring dan Lewis (1984) dalam Friedman (1998), ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak dari keluarga yang besar. Selain itu, dukungan yang diberikan orangtua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia. Menurut Friedman (1998), ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua.

Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah kelas sosial ekonomi orangtua. Kelas sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan orang tua dan tingkat pendidikan. Pada keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas atau otokrasi. Selain itu orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah.

### 2.8.3 Pengukuran dukungan keluarga

Pengukuran dukungan keluarga meliputi kelima komponen dukungan keluarga yaitu dukungan instrumental, dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan pengharapan dan dukungan harga diri. Pengukuran dukungan keluarga tersebut dibuat dalam bentuk kuisisioner sesuai dengan tinjauan pustaka untuk setiap komponen dukungan keluarga. Kuisisioner tersebut akan dinilai dengan menggunakan skala likert yang kemudian akan dibagi menjadi

tiga kategori dukungan keluarga yaitu kategori dukungan keluarga baik, cukup dan kurang.

## **2.9 Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan**

### **2.9.1 Konsep perilaku**

Menurut Green (1980), perilaku (*behavior*) adalah suatu tindakan yang mempunyai frekuensi, lama dan tujuan khusus, baik yang dilakukan secara sadar maupun tanpa sadar. Perilaku manusia mempunyai bentangan yang sangat luas, mencakup berbicara, berjalan, bereaksi, berpakaian dan lain sebagainya. Sehingga dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organism, baik yang diamati langsung ataupun yang dapat diamati secara tidak langsung.

Menurut Solita (1993) perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan praktek atau tindakan. Sedangkan Notoatmodjo (1993) melihat perilaku dari tiga aspek, yaitu aspek fisik, psikis dan social yang secara terinci merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti; pengetahuan, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya yang ditentukan dan dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik dan social budaya masyarakat.

Menurut Bloom dalam Notoatmodjo (1993) disebutkan bahwa perilaku seseorang terdiri dari tiga bagian penting, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Kognitif dapat diukur dari pengetahuan, afektif dari sikap atau tanggapan dan psikomotor diukur melalui tindakan (praktek) yang dilakukan. Dalam proses pembentukan dan perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang

berasal dari dalam dan luar individu. Faktor dari dalam individu mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, sikap, emosi dan motivasi yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Faktor dari luar individu meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, social, ekonomi, budaya dan sebagainya.

Perilaku seseorang yang terukur dari pengetahuan, sikap dan praktek dapat dijelaskan sebagai berikut:

### 1. Pengetahuan

Pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber seperti media massa, media elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan, media poster, kerabat dekat dan sebagainya. Pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinan tersebut. Menurut Notoajmodjo (1993), pengetahuan merupakan resultan dari akibat proses penginderaan terhadap suatu objek. Penginderaan tersebut sebagian besar berasal dari penglihatan dan pendengaran. Pengukuran atau penilaian pengetahuan pada umumnya dilakukan melalui tes atau wawancara dengan alat bantu kuisioner berisi materi yang ingin diukur dari responden.

### 2. Sikap

Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup, tidak dapat dilihat secara langsung sehingga sikap hanya dapat ditafsirkan dari perilaku yang nampak. Menurut Gibson (1991) sikap merupakan faktor penentu perilaku karena sikap berhubungan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi. Sikap merupakan suatu



kecenderungan jiwa atau perasaan yang reaktif terhadap kategori tertentu dan objek orang atau situasi.

Green (1991) menyatakan bahwa sikap berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok dalam melakukan sesuatu. Menurut Ancok (1989) orang yang mempunyai sikap positif terhadap suatu hal akan mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam suatu kegiatan. Sikap yang positif terhadap nilai-nilai kesehatan, diharapkan akan terwujud dalam tindakan nyata walaupun hal tersebut tidak selalu terjadi.

### 3. Praktik (tindakan)

Menurut *theory of reasoned action* (Smet, 1994) praktek di pengaruhi oleh kehendak, sedangkan kehendak di pengaruhi oleh sikap dan norma subjektif. Sikap sendiri di pengaruhi oleh keyakinan dan akan hasil dari tindakan yang telah lalu. Norma subjektif di pengaruhi oleh keyakinan akan pendapat orang lain serta motivasi untuk mentaati pendapat tersebut.

Praktek individu terhadap suatu objek di pengaruhi oleh persepsi individu tentang kegawatan objek, kerentanan, faktor sosiopsikologis, faktor sosio demografi, pengaruh media masa, anjuran orang lain serta perhitungannya untung rugi dari praktek tersebut (Kartono, 1990). Praktik ini dibentuk oleh pengalaman intraksi individu dengan lingkungan, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikapnya terhadap suatu objek.

Pengaruh pengetahuan terhadap praktik dapat bersifat langsung maupun melalui perantara sikap. Notoatmodjo (1993) menyatakan suatu sikap belum otomatis terwujud dalam bentuk praktik (*overt behavior*). Untuk terwujudnya

sikap agar menjadi suatu perbuatan yang nyata (praktik) di perlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan.

*Ajzen dan fishbein* menyatakan bahwa ke ikut sertaan seseorang dalam suatu aktifitas tertentu sangat erat hubungannya dengan pengetahuan, sikap, niat dan praktiknya. Sebagai contoh keikut sertaan seseorang penderita kusta berobat ke pelayanan kesehatan/puskesmas, adanya pengetahuan terhadap manfaat pelayanan kesehatan/puskesmas selama pengobatan akan menyebabkan orang tersebut mempunyai “sikap” yang positif terhadap hal tersebut. Selanjutnya sikap yang positif ini akan mempengaruhi “niat” untuk ikut serta dalam kegiatan pengobatan di pelayanan kesehatan/puskesmas. Adanya niat untuk melakukan suatu kegiatan akhirnya sangat menentukan apakah kegiatan akhirnya di lakukan. Kegiatan sudah dilakukan inilah yang di sebut dengan perilaku.

Bila hubungan keempat konsep di atas diterapkan pada praktik pencarian pengobatan penderita kusta ke pelayanan kesehatan/puskesmas, maka proses seorang penderita kusta untuk ikut serta atau tidak ikut serta mengikuti pengobatan ke pelayanan kesehatan/puskesmas melalui beberapa tahap, pertama, penderita harus tahu tempat pengobatan penyakit kusta yang tepat/benar. Bila penderita telah mengetahui hal tersebut, selanjutnya harus ada pemikiran tentang segi positif dan negatif dari pelayanan pengobatan tersebut.

Pengetahuan tentang segi positif dari pelayanan pengobatan tersebut akan menentukan “sikap” penderita kusta terhadap pelayanan pengobatan kusta di puskesmas. Secara teoritik apabila segi positif pelayanan di puskesmas lebih banyak dari segi negatif maka sikap yang positiflah yang akan muncul. Sebaliknya apabila segi negatif dari pelayanan di puskesmas lebih banyak dari

segi positifnya, maka sikap yang negatiflah yang akan muncul. Apabila sikap positif terhadap pelayanan pengobatan kusta di puskesmas telah tumbuh maka besar kemungkinan bahwa seorang penderita kusta akan mempunyai “niat” untuk mengikuti pelayanan pengobatan kusta di puskesmas.

Kebalikannya dapat terjadi, apabila sikap negatif yang tumbuh maka akan kecil kemungkinannya seorang penderita kusta memiliki “niat” untuk melakukan pengobatan di puskesmas. Apakah niat ini selanjutnya akan menjadi kenyataan masih tergantung pada beberapa faktor lainnya..

#### 4. Hubungan pengetahuan, sikap dan praktik

Peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku, namun hubungan positif antara kedua variabel ini telah diperlihatkan oleh Cartwright (1981) dan Inanta (1997), yang dilakukan dalam tiga komunitas di bidang kesehatan. Pengetahuan tertentu tentang kesehatan penting sebelum sesuatu tindakan pribadi terjadi tindakan kesehatan yang diharapkan mungkin tidak akan terjadi kecuali apabila seseorang mendapat isyarat yang kuat untuk memotivasinya bertindak atas dasar pengetahuan yang dimilikinya.

Sikap merupakan salah satu diantara kata yang paling samar namun paling sering digunakan dalam kamus perilaku. Sikap merupakan perasaan yang lebih tetap, ditunjukkan terhadap sesuatu objek yang melekat ke dalam struktur sikap yaitu evaluasi dalam dimensi baik dan buruk.

Hubungan perilaku dengan sikap, keyakinan dan nilai tidak sepenuhnya dimengerti, namun bukti adanya hubungan tersebut cukup banyak. Analisis akan memperlihatkan misalnya bahwa sikap sampai tingkat tertentu merupakan penentu, komponen dan akibat dari perilaku. Hal ini merupakan alasan yang

cukup untuk memberikan perhatian terhadap sikap, keyakinan dan nilai sebagai faktor predisposisi.

Adanya hubungan yang erat antara sikap dan perilaku didukung oleh pengertian sikap yang menyatakan bahwa sikap merupakan kecenderungan untuk bertindak. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Mamer dan De Flour (1969) didefinisikan bahwa adanya 3 (tiga) hubungan antara sikap dan praktik sebagai berikut :

1) Keajegan (*Consistency*).

Sikap verbal merupakan alasan yang masuk akal untuk menduga apa yang akan dilakukan oleh seseorang bila dihadapkan dengan objek sikapnya. Dengan kata lain ada hubungannya langsung antara sikap dengan tingkah laku (praktik).

2) Ketidak ajegan (*Inconsistency*)

Alasan ini yang membantah adanya hubungan antara sikap dengan tingkah laku (praktik). Sikap dan tingkah laku adalah dimensi individual yang berbeda dan terpisah. Demikian pula sikap dan tingkah laku adalah tidak tergantung satu sama lain.

3) Keajegan yang tidak tertentu (*Consistency contingent*)

Alasan ini mengusulkan bahwa hubungan antara hidup dan tingkah laku tergantung pada faktor-faktor situasi tertentu pada variabel antara. Pada situasi tertentu diharapkan adanya hubungan antara sikap dan tingkah laku, dalam situasi yang berbeda hubungan itu tidak ada. Hal ini lebih dapat menerangkan buhungan sikap dan tingkah laku (praktik).

## 2.9.2 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan.

Perilaku manusia yang sesuai dengan norma-norma kesehatan merupakan keluaran dari proses pendidikan kesehatan, namun perubahan perilaku tidak hanya dapat di capai dengan pendidikan saja. Perilaku kesehatan di pengaruhi oleh berbagai faktor yang sangat kompleks dari faktor-faktor sosial, budaya, ekonomi dan sebagainya.

Respon atau reaksi manusia, dapat bersifat pasif maupun bersifat aktif. Sedangkan stimulus atau rangsangan disini terdiri dari 4 (empat) unsur pokok, yaitu : sakit, penyakit, sistem pelayanan kesehatan dan lingkungan. Secara terperinci perilaku kesehatan mencakup :

1. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia itu berespon balik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsi penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan dilur dirinya), maupun secara aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut.
2. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan, adalah respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional.
3. Perilaku terhadap makanan, adalah respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan.
4. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan, adalah respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia.

Becker (1979) mengklasifikasikan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan sebagai berikut :

- 1) Perilaku sehat (*health behaviour*), yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
- 2) Perilaku sakit (*illnes behavior*) yaitu segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan seseorang yang merasa sakit, untuk merasakan dan mengenal keadaan dan kesehatannya atau rasa sakit, termasuk kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab serta usaha-usaha untuk mencegah penyakit tersebut.
- 3) Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*), yaitu segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan. Perilaku ini di samping berpengaruh terhadap kesehatannya sendiri, juga berpengaruh terhadap orang lain.

### 2.9.3 Teori perubahan perilaku

#### 1. Model perilaku Lawrence W. Green

Lawrence W. Green (1980) mengidentifikasi bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor sebagai berikut :

##### 1) Faktor pemudah (*predisposing factor*)

Faktor ini mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai tradisi dan sebagainya. Faktor ini merupakan faktor antesenden terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi perilaku.

##### 2) Faktor pendukung (*enabling factor*)

Faktor pendukung merupakan faktor antesenden terhadap perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Faktor ini

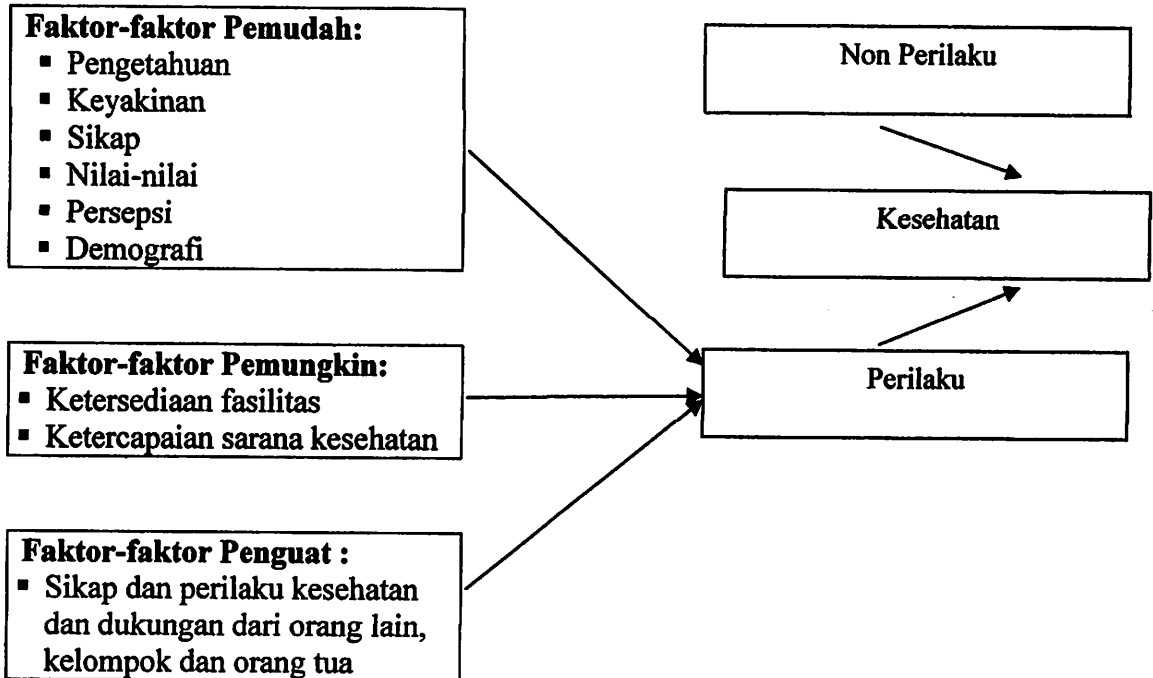
mencakup potensi dan sumber daya yang ada di masyarakat dalam wujud lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas atau sarana kesehatan.

Hal ini juga, menyangkut ketergantungan berbagai sumber daya, seperti biaya, jarak, ketersediaan transportasi, keterampilan petugas dan lain-lain.

### 3) Faktor penguat (*reinforcing factor*)

Faktor penguat merupakan faktor penyerta. Terwujud dalam sikap perilaku petugas, keluarga, teman atau kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Faktor ini lebih di tekankan pada siapa-siapa yang dapat mempengaruhi individu untuk mendukung pelayanan kesehatan.

Berdasarkan uraian kepustakaan di atas, disimpulkan landasan-landasan teori penelitian yang berhubungan dengan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku pencarian pengobatan penderita kusta sebagaimana disebutkan oleh Green (1991), dimana perilaku pencarian fasilitas kesehatan merupakan suatu kerangka PRECEDE (*pridiposing, reinforcing, enabling cause in educational diagnosis and evaluatio*). Kerangka *precede* tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1 : Perilaku dalam kerangka PRECEDE (Green, 1991)

## 2. Teori Model Perilaku Nola J. Pender

Latar belakang teori Pender adalah keperawatan, *human development*, pengalaman dalam psikologi dan pendidikan yang mengantarnya pada *Holistic Nursing Perspective*, Sosial psikologi dan teori belajar. Semua ini mendasari *Health Promotion Model* (HPM). HPM terdiri dari komponen; keperawatan, *human development*, *education*, *holistic nursing perspective*, sosial psikologi dan teori belajar sosial dari A Bandura (1977). Teori belajar sosial saat ini dikenal dengan teori sosial kognitif yang terdiri dari aspek *self belief*, *self attribution*, *self evaluation* dan *self efficacy*. Sedangkan *self efficacy* (kekuatan diri) merupakan pusat dari HPM.

Konstruksi HPM ini mirip dengan *Health Belief Model*, tetapi pada HPM tidak terbatas pada penjelasan tentang perilaku pencegahan penyakit. Pada HPM



tidak memasukkan tentang kecemasan/ketakutan atau ancaman sebagai sumber motivasi untuk perubahan perilaku kesehatan. Pada HPM lebih mengembangkan perilaku untuk menambah ataupun meningkatkan kesehatan sepanjang rentang hidup manusia.

Model perilaku (HPM) Nola J. Pender berfokus pada kategori determinan perilaku memelihara kesehatan.

#### 1. Karakteristik dan pengalaman individu

##### 1) *Prior Releted Behavior*; perilaku sebelumnya

Pengulangan perilaku yang sama atau mirip di masa lampau yang secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi perilaku memelihara kesehatan

##### 2) *Personal faktor*; faktor personal

Dikategorikan dalam biologikal, psikologikal & sosiokultural. Faktor-faktor ini diyakini membentuk salah satu perilaku dan membentuk suatu tabiat

##### (1) Faktor biologi

Usia, jenis kelamin, body mass index, status pubertal, status menopause, kekuatan, ketangkasan atau keseimbangan, dll

##### (2) Faktor psikologis

Terdiri dari variabel-variabel seperti penghargaan diri, motivasi diri, kemampuan personal dalam pemahaman status kesehatan dan definisi sehat, dll

##### (3) Faktor sosiokultural

Ras, etnis, pendidikan, status sosioekonomi

## 2. Pengamatan Perilaku spesifik dan aspek mempengaruhi

### 1) *Perceived benefits of action*; pemahaman manfaat tindakan

Perilaku yang diketahui akan menghasilkan hasil positif pada kesehatan

### 2) *Perceived barriers to action*; hambatan untuk bertindak

Diketahui, dibayangkan atau benar-benar menghalangi dan kerugian tindakan

### 3) *Perceived self-efficacy*; pemahaman kekuatan diri

Pemahaman tentang kekuatan diri merupakan pertimbangan dari kemampuan seseorang untuk mengatur dan memutuskan perilaku memelihara kesehatan

### 4) *Activity-related affect*

Perasaan yang positif dan negatif yang terjadi sebelum, selama dan setelah berperilaku. Aktifitas yang mempengaruhi ini berdampak pada kekuatan diri dalam arti semakin positif perasaan seseorang setelah berperilaku maka semakin besar kekuatannya. Begitu pula sebaliknya

### 5) *Interpersonal influences*

Norma, sosial support, dan modeling. Sumber utama dari pengaruh interpersonal adalah keluarga dan penyedia layanan perawatan (*care provider*)

### 6) *Situational influence*

Persepsi seseorang, karakteristik tuntutan dan kondisi lingkungan dimana tempat promosi kesehatan dilakukan. Pengaruh situasional ini bisa berdampak secara langsung maupun tidak langsung pada perilaku kesehatan

### 3. Hasil perilaku

#### *1) Commitment to a plan of action*

Konsep yang akan dijalankan dan strategi untuk melakukan perilaku sehat.

#### *2) Immediate competing demands and preferences*

Penyeleksian antara kebutuhan dan pilihan berdasarkan aspek “lebih suka”. Pemilihan atau seleksi dari kebutuhan yang saat ini merupakan perilaku yang bersifat individual dengan sedikit control diri, karena ada pengaruh dari lingkungan seperti lingkungan keluarga. Competing preference disini merupakan alternative-alternatif perilaku yang sangat individu dengan pengontrolan yang ketat, seperti akan memilih es cream atau sebuah apel untuk snack.

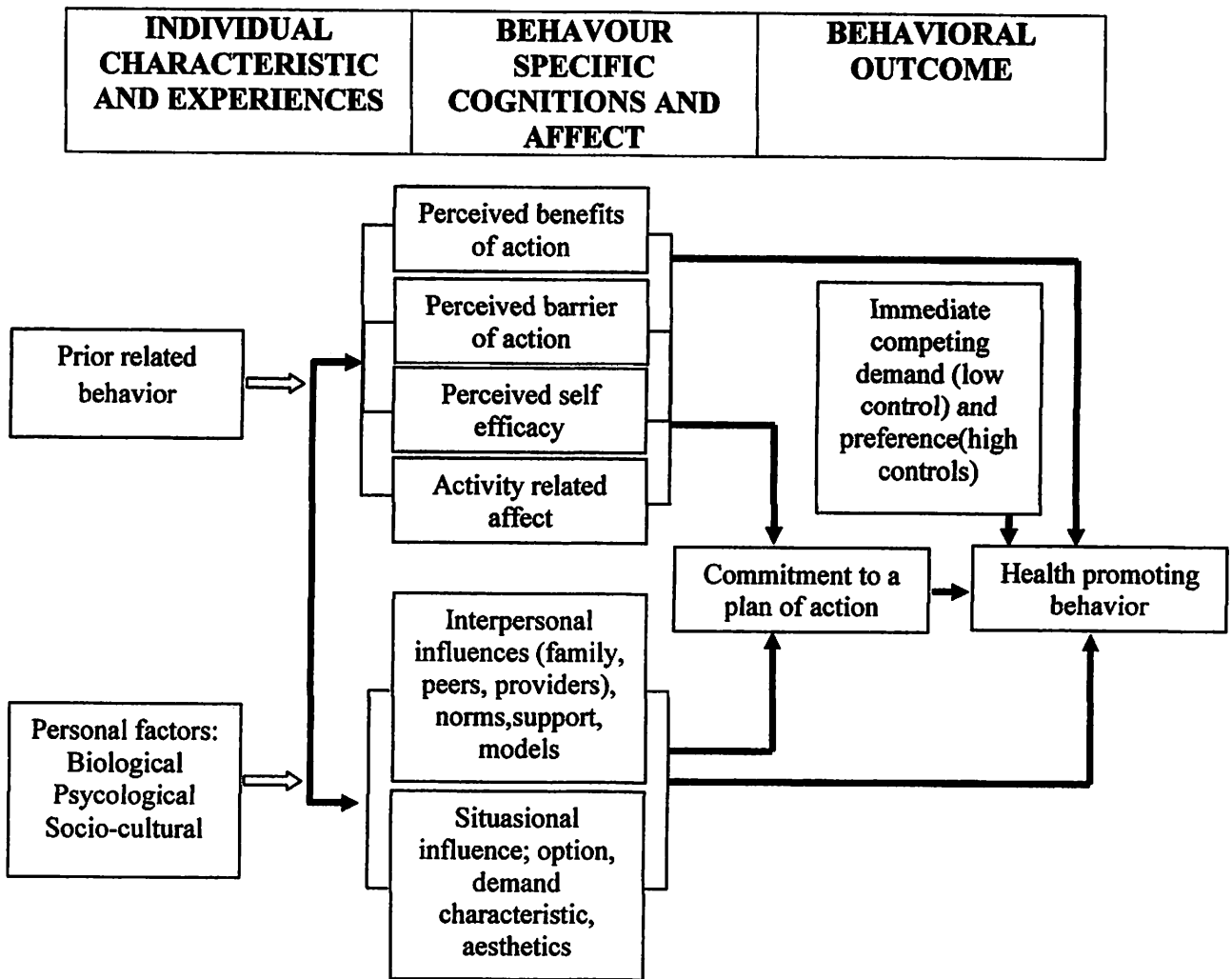
#### *3) Health promoting behavior*

Perilaku memelihara kesehatan merupakan hasil akhir secara langsung untuk meningkatkan kesejahteraan, produktifitas hidup. Contoh; perilaku memelihara kesehatan dengan makan makanan seesuai diet, latihan olahraga secara rutin, memanage stress, istirahat cukup, perkembangan spiritual dan membangun hubungan yang positif.

### 4. Kesimpulan

- 1) Perilaku yang dilakukan sebelumnya dan karakteristik yang diwarisi dapat mempengaruhi kepercayaan yang pada akhirnya mempengaruhi pemebentukan perilaku pemeliharaan kesehatan
- 2) Orang akan melakukan sesuatu perilaku kesehatan bila diketahui nilai manfaat yang akan dirasakan

- 3) Adanya hambatan dalam pemahaman dapat membatasi seseorang dalam tindakan perilaku, mediator perilaku, dan perilaku nyata.
- 4) Perilaku kesehatan yang spesifik dapat dicapai bila memperbesar hasil dari kekuatan diri.
- 5) Kekuatan diri dapat meningkatkan pengaruh positif perilaku kesehatan
- 6) Keluarga, kelompok sebaya, petugas kesehatan merupakan sumber yang dapat mempengaruhi meningkatkan ataupun menurunkan kemampuan berperilaku memelihara kesehatan
- 7) Situasional yang mempengaruhi faktor lingkungan eksternal dapat dapat meningkatkan atau menurunkan partisipasi dalam perilaku memelihara kesehatan.
- 8) Manusia dapat memodifikasi pengetahuan, sikap dan personal dan lingkungan fisik



Gambar 2.2 Model Promosi Kesehatan Nola J. Pender

### 2.9.3 Perilaku pencarian pengobatan (*healt seeking behavior*)

Menurut Young (1980), studi mengenai perilaku pencarian pengobatan umumnya menyangkut tiga pertanyaan pokok, yaitu :

1. Sumber pengobatan apa yang menurut anggota masyarakat mampu mengobati sakitnya.
2. Kriteria apa yang di pakai untuk memilih salah satu dan beberapa sumber pengobatan yang ada.

3. Bagaimana proses pengembalian keputusan untuk memilih sumber pengobatan tersebut.

Menurut Notoatmodjo (1997), perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*) adalah perilaku seseorang melakukan pencarian pengobatan dalam upaya menyembuhkan penyakitnya. Perilaku tersebut bermacam-macam, misalnya usaha mengobati sendiri, atau mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan modern (puskesmas, rumah sakit, dokter praktek, mantra, dan sebagainya) maupun ke fasilitas kesehatan tradisional. Tipping and Segal (1995), merinci di terminan perilaku pencarian pengobatan di Negara sedang berkembang.

1. Sosio ekonomi (tingkat pendidikan, pekerjaan ibu status perkawinan dan status ekonomi).
2. Usia dan jenis kelamin.
3. Biaya pelayanan kesehatan dan elastisitas harga dan kebutuhan.
4. Status sosial dari wanita.
5. Tipe dan beratnya atau parahnya penyakit.
6. Jarak dan akses secara fisik.
7. Kualitas dari pelayanan yang di rasakan.

Anderson and Newman menetapkan model-model pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi pembinaan pelayanan kesehatan, yaitu :

1. Model demografi atau kependudukan

Dalam model ini variable-variabel yang di pakai adalah umur, seks, status perkawinan dan besarnya keluarga. Karakteristik demografi juga

berhubungan dengan karakteristik social (perbedaan social dan jenis kelamin mempengaruhi berbagai tipe dan ciri-ciri sosial)

## 2. Model struktur social (*social structure models*)

Dalam variable ini model yang di pakai adalah pendidikan, pekerjaan dan kebangsaan. Variable-variabel ini mencerminkan keadaan social dari individu keluarga di dalam masyarakat. Penggunaan pelayanan kesehatan juga merupakan salah satu aspek dari gaya hidup seseorang atau keluarga, yang di tentukan oleh lingkungan dan social, fisik dan psikologis. Pendekatan struktur social ini didasarkan pada asumsi bahwa orang-orang dengan latar struktur social tertentu akan menggunakan pelayanan kesehatan dengan cara yang tertentu pula.

## 3. Model social psikologis (*sociopsypsychological models*)

Dalam model ini variable yang di pakai adalah ukuran sikap dan keyakinan individu, meliputi pengertian kerentanan terhadap penyakit, pengertian secara keseluruhan dari penyakit, keuntungan yang di harapkan dari pengambilan tindakan dalam menghadapi penyakit, dan kesiapan terhadap tindakan individu.

## 4. Model sumber keluarga (*family resource models*)

Dalam model ini variable yang di pakai adalah pendapat keluarga, sebagai anggota asuransi kesehatan dan pihak yang membiayai pelayanan kesehatan keluarga. Karakteristik ini digunakan untuk mengukur kesanggupan dari indivdu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Dengan demikian model sumber keluarga adalah berdasarkan model ekonomis.

### 5. Model sumber daya masyarakat (*community resource models*)

Pada model ini variabel yang di gunakan adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di masyarakat. Ketercapaian dipelayanan kesehatan yang tersedia dan sumber-sumber kesehatan pada masyarakat setempat. Model ini memindahkan pelayanan dari tingkat individu atau keluarga ke tingkat masyarakat.

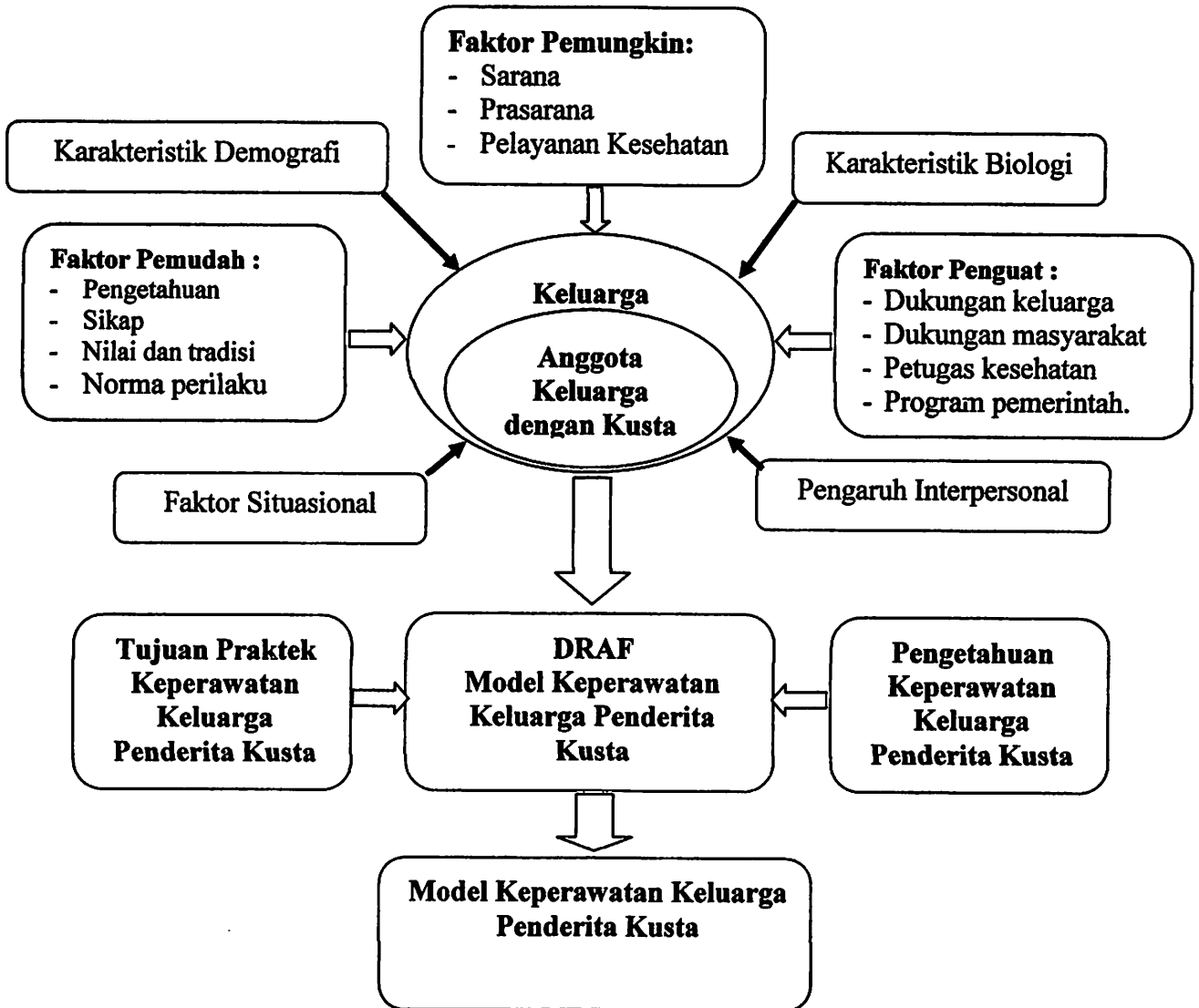
### 6. Model organisasi (*organization models*)

Dalam model ini variabel yang di pakai adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk system pelayanan kesehatan. Biasanya variabel yang di gunaka adalah :

- (1) Gaya (*style*) praktek pengobatan (sendiri, rekan atau group).
- (2) Sendiri (*nature*) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak)
- (3) Letak dan pelayanan kesehatan (praktek swasta, puskesmas, rumah sakit dan klinik).
- (4) Petugas kesehatan yang pertama kali kontak dengan pasien (dokter, perawat, bidan, mantri)
- (5) Model system kesehatan, model ini mengintegrasikan keenan model di atas ke dalam model yang lebih sempurna.



2.10 Kerangka Teori

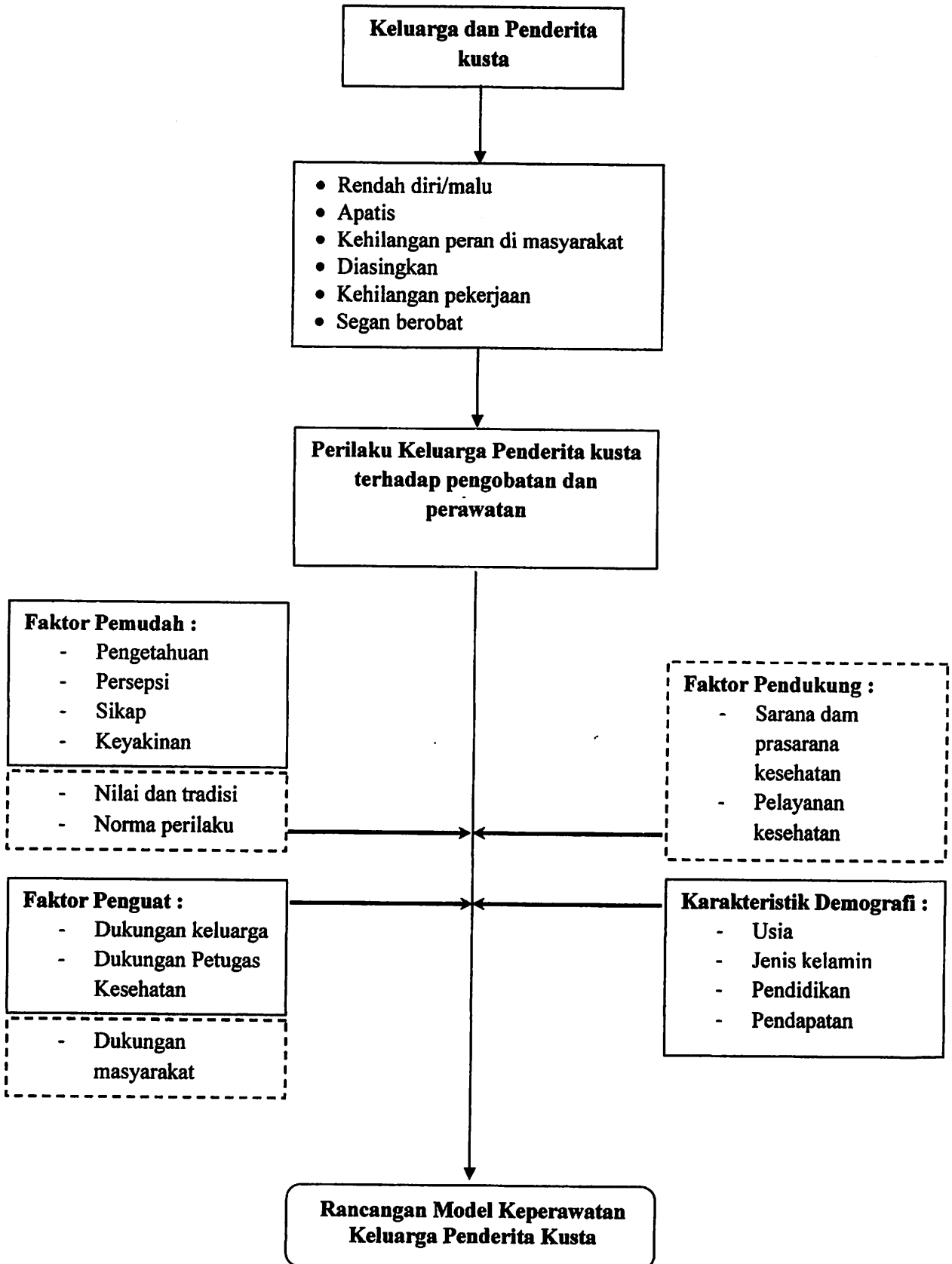


Gambar 2.3 Kerangka Teori Model Keperawatan Keluarga dengan Anggota Penderita Kusta di Kab. Pamekasan, Modifikasi dan gabungan dari teori *Health Promotion Model* Nola J. Pander, Teori Perilaku Kesehatan Lawrence Green dan Teori Keluarga Friedman.

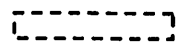
**B A B 3**  
**KERANGKA KONSENTUAL**  
**DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

### BAB 3

## KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS



**Keterangan :**
 : Diukur

 : Tidak diukur

**Gambar 3.1** Kerangka Konseptual Rancangan Model Keperawatan Keluarga Penderita Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kec. Pademawu, Kab. Pamekasan, dari Teori Perilaku Kesehatan Lawrence Green dan *Health Promotion Model* Nola J. Pander.

**3.2 Hipotesis Penelitian**

1. Ada pengaruh karakteristik demografi; umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan keluarga terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Propinsi Jawa Timur.
2. Ada pengaruh faktor pemudah (pengetahuan, persepsi, sikap dan keyakinan) terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Propinsi Jawa Timur.
3. Ada pengaruh faktor pendukung (dukungan keluarga dan dukungan petugas kesehatan) terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Propinsi Jawa Timur.

4. Mengembangkan rancangan model keperawatan keluarga penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah Kec. Pademawu, Kab. Pamekasan, Provinsi Jawa Timur.

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

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian “Rancangan Model Keperawatan Keluarga Penderita Kusta di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kabupaten Pamekasan” ini bersifat observasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* untuk mencari hubungan antar variabel.

Bila ditinjau dari pengumpulan datanya, penelitian ini termasuk penelitian kuantitatif (*Chi Square* dan *Regresi Logistik*) dan kualitatif. Disain penelitian terapan ini terdiri 3 tahap, yaitu : tahap pertama dimulai dengan penelitian kuantitatif untuk mencari hubungan antara variabel. Metode pengumpulan data kuantitatif dengan menggunakan kuesioner/wawancara terstruktur dan dianalisis secara univariat, bivariat (*Chi Square*) dan *Regresi Logistik*. Tahap kedua dengan penelitian kualitatif untuk menjelaskan asosiasi hubungan yang dicari, dan tahap ketiga mendesain/merancang model keperawatan keluarga penderita kusta.

#### 4.2 Kerangka Operasional Penelitian

Dalam penelitian tahap satu ini, yang dimaksud dengan variabel Demografi adalah umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan, faktor pengetahuan, persepsi, sikap, keyakinan, dukungan keluarga dan dukungan petugas kesehatan adalah faktor yang mempengaruhi pembentukan perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta).

Penelitian tahap pertama dimulai dengan penelitian kuantitatif untuk mencari hubungan antara variabel. Metode pengumpulan data kuantitatif dengan

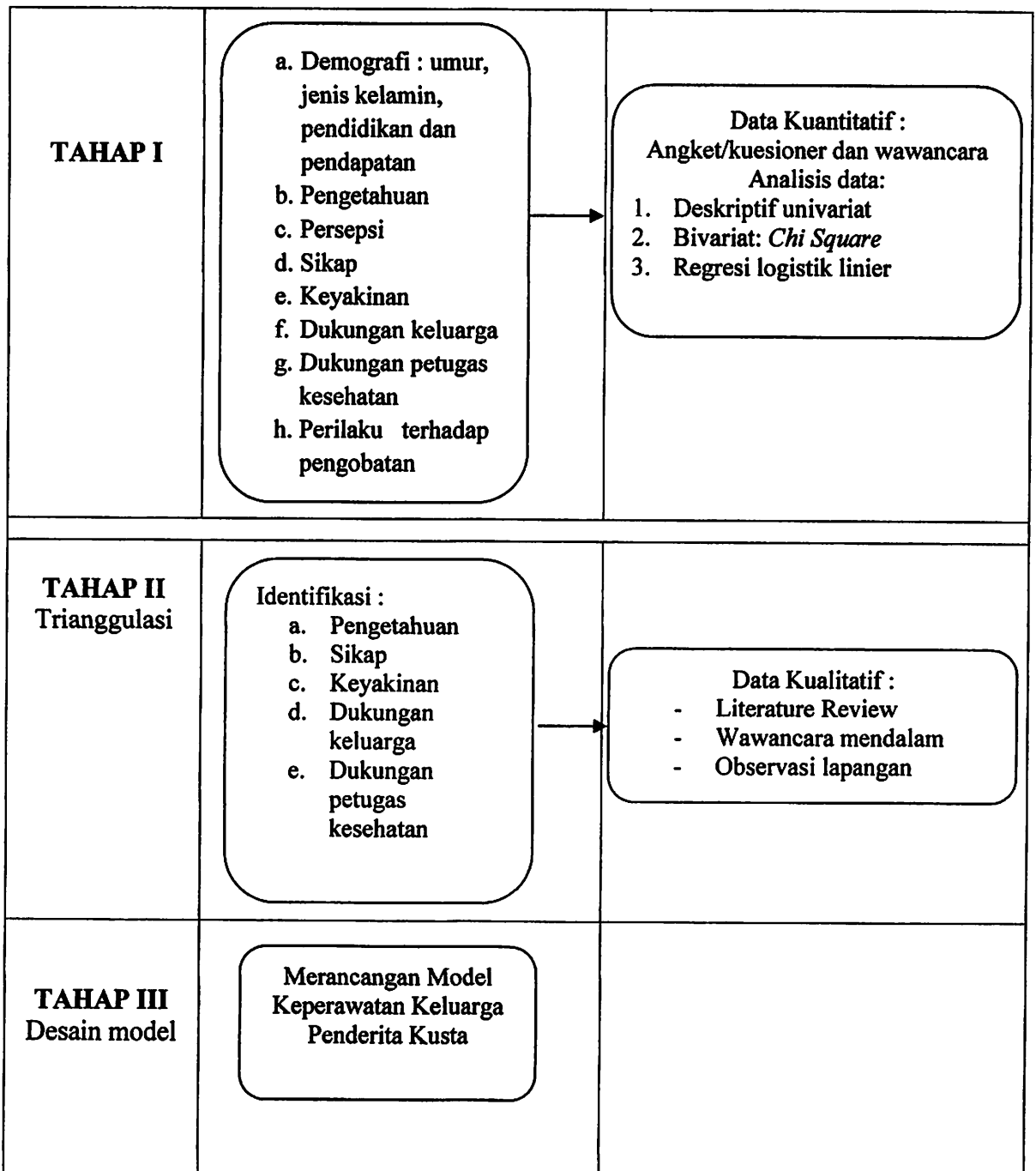
menggunakan kuesioner terstruktur dan dianalisis secara univariat, bivariat (*Chi Square*) dan *Regresi Logistik*.

Penelitian tahap II ini menggunakan metode penelitian kualitatif triangulasi, yang bertujuan untuk mendapatkan data dengan kredibilitas tinggi, keabsahan dan akurat. (Mulyono, 2009; Faisal, 2009; Andriana, 2010; Tamba, 2010).

Dalam penelitian ini, menggunakan triangulasi metode dan data, juga sumber, triangulasi metode, yaitu metode wawancara, wawancara mendalam dan observasi. Sedangkan triangulasi data, yaitu data dokumen, *field note*, dan data hasil observasi langsung.

Penelitian tahap ketiga mendesain rancangan model keperawatan keluarga penderita kusta. Model adalah sesuatu bentuk pola hasil tampilan dari konsep dan teori yang digunakan. Model itu merupakan diagram pola yang digunakan untuk memperlihatkan hubungan antara berbagai konsep dalam teori. Memberi gambaran tentang bagaimana konsep-konsep yang detail disederhanakan dan cocok untuk diaplikasikan dan akan mudah ketercapaian tujuan.





Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian Rancangan Model Keperawatan Keluarga Penderita Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Pademawu dan Psukdesmas Sopaah, Kec. Pademawu, Kab. Pamekasan. Provinsi Jawa Timur

### **4.3 Populasi dan sampel**

#### **4.3.1 Populasi**

Populasi pada penelitian ini adalah keluarga penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Pademawu Kabupaten Pamekasan sebesar 49 keluarga penderita kusta.

#### **4.3.2 Sampel**

##### **1) Cara pengambilan sampel**

Metode yang digunakan dalam pengambilan sampel adalah dengan cara pengambilan sampel jenuh (*total sampling*) yaitu besar populasi dijadikan sampel.

##### **2) Besar sampel**

Besar sampel/informan dalam penelitian ini adalah 49 keluarga penderita kusta. Untuk wawancara mendalam (*indepth interview*) diambil secara random sebanyak 10 responden.

### **4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini berlangsung di wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Kabupaten Pamekasan. Tempat ini dipilih sebagai penelitian karena terdapat penderita kusta yang cukup banyak. Wilayah Kerja ini masing-masing membawahi 10 Desa dan 17 Desa cakupan Puskesmas.

Waktu penelitian ini berlangsung satu-dua bulan. Kegiatan pelaksanaan penelitian selain mempersiapkan perizinan dan lembaran wawancara dan alat dokumentasi, juga mengumpulkan data dari berbagai metode seperti wawancara dan hasil observasi. Data di coding, labeling, pengelompokan data dan

pengkategorian data. Analisis data dilakukan setelah semua data telah siap untuk dimasukkan statistik. Diteruskan pembuatan rancangan model keperawatan keluarga penderita kusta.

#### **4.5 Variabel Penelitian**

1. Demografi yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan.
2. Pengetahuan.
3. Persepsi.
4. Sikap.
5. Keyakinan.
6. Dukungan keluarga.
7. Dukungan petugas kesehatan.
8. Perilaku keluarga dan penderita kusta terhadap pengobatan/perawatan.

#### **4.6 Definisi Operasional**

1. Demografi keluarga meliputi :
  - 1) Umur adalah bilangan tahun terhitung sejak lahir sampai ulang tahun terakhir. Data umur dikategorikan menurut Hurlock (1980)  
Dikategorikan menjadi :  
Dewasa :  
(1) 21-≤30 tahun  
(2) >30-≤40 tahun

(3) >40 tahun

Skala pengukuran : rasio

- 2) Jenis Kelamin adalah penggolongan responden berdasarkan jenis kelamin yang tercantum dalam status diri (laki-laki atau perempuan)

Dikategorikan menjadi :

(1) Laki-laki

(2) Perempuan

Skala pengukuran : nominal

- 3) Pendidikan yaitu pendidikan formal tertinggi yang dicapai oleh responden, diperoleh dari keterangan responden dan ditunjukkan dengan bukti ijazah. Data pendidikan dikategorikan mengikuti cara yang ditentukan oleh Bennet (1987).

Diklasifikasikan menjadi:

(1) Pendidikan dasar (SD-SMP/Sederajat)

(2) Pendidikan menengah (SMA/Sederajat)

(3) Pendidikan tinggi

Skala pengukuran : ordinal

- 4) Pendapatan adalah penghasilan (uang) yang diperoleh responden atau kepala keluarga, rata-rata dalam sebulan untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari. Besar pendapatan dikategorikan berdasarkan pembagian menurut Badan Pusat Statistik.

Untuk kepentingan analisis, pendapatan dikategorikan menjadi:

(1) Pendapatan rendah : < Rp. 500.000,-

(2) Pendapatan menengah: Rp. 500.000,- - Rp. 1.000.000,-

(3) Pendapatan tinggi : > Rp. 1.000.000,-

Skala pengukuran : rasio

2. Pengetahuan adalah pemahaman responden terhadap penyakit kusta. Meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab, cara penularan dan pengobatan penyakit kusta.

Dikategorisasikan menjadi

- 1) Pengetahuan kurang baik, bila total skor  $\leq 55\%$
- 2) Pengetahuan cukup, bila total skor 56%-75%
- 3) Pengetahuan baik, bila total skor  $>75\%$

Skala pengukuran : ordinal

3. Persepsi adalah tanggapan responden dalam memandang kusta sebagai suatu penyakit yang dapat menular kepada setiap orang.

Dikategorisasikan menjadi :

- 1) Tidak tepat, bila total skor  $\leq 50\%$
- 2) Tepat, bila total skor  $> 50\%$

Skala pengukuran : ordinal

4. Sikap adalah respon responden terhadap kusta dan cara mengobatinya.

Dikategorisasikan menjadi :

- 1) Tidak tepat, bila total skor  $\leq 50\%$
- 2) Tepat, bila total skor  $> 50\%$

Skala pengukuran : ordinal

- 3) Keyakinan adalah kepercayaan yang sungguh-sungguh dari responden tentang penyakit kusta dan penyembuhannya.

Dikategorikan menjadi :

1) Buruk, bila total skor  $\leq 50\%$

2) Baik, bila total skor  $> 50\%$

Skala pengukuran : ordinal

4) Dukungan keluarga adalah dukungan, pengertian dan bantuan dari keluarga yang diberikan pada penderita kusta.

Dikategorikan menjadi:

1) Tidak mendukung, bila total skor  $\leq 50\%$

2) Mendukung, bila total skor  $> 50\%$

Skala pengukuran : ordinal

5) Dukungan petugas kesehatan adalah dukungan, pengertian dan bantuan dari petugas kesehatan yang diberikan pada penderita kusta.

Dikategorikan menjadi:

1) Tidak mendukung, bila total skor  $\leq 50\%$

2) Mendukung, bila total skor  $> 50\%$

Skala pengukuran : ordinal

6) Perilaku dengan pengobatan dan perawatan adalah tindakan yang dilakukan/tidak dilakukan oleh penderita kusta/keluarga penderita untuk mencari pengobatan dan perawatan ke Puskesmas setelah mengetahui adanya gejala dan tanda-tanda penyakit kusta.

Dikategorisasikan menjadi:

1) Tidak Baik, bila total skor  $\leq 50\%$

2) Baik, bila total skor  $> 50\%$

Skala pengukuran : ordinal

**Tabel 4.1 Resume Objek Penelitian Rancangan Model Keperawatan Keluarga Penderita Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Pademawu dan Psukdesmas Sopaah, Kec. Pademawu, Kab. Pamekasan. Provinsi Jawa Timur**

<b>Unit analisis</b>	<b>Sampel</b>	<b>Informasi yang dikumpulkan</b>	<b>Cara pengumpulan data</b>	<b>Analisis data</b>
Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku	Penderita dan keluarga penderita kusta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Karakteristik demografi : umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan</li> <li>2. Pengetahuan</li> <li>3. Persepsi</li> <li>4. Sikap</li> <li>5. Keyakinan</li> <li>6. Dukungan keluarga</li> <li>7. Dukungan petugas kesehatan</li> <li>8. Perilaku sehat keluarga (pengobatan dan perawatan kusta)</li> </ol>	Kuesioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deskriptif univariat</li> <li>- Bivariat (Chi-square)</li> <li>- Regresi logistik</li> </ul>
		Rancangan model keperawatan keluarga penderita kusta	Wawancara mendalam	Analisis kualitatif untuk penyusunan rancangan model keperawatan keluarga penderita kusta

## 4.7 Pengumpulan Data

### 4.7.1 Data Primer

#### 1. Data kuantitatif

Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara langsung kepada 49 responden dengan menggunakan kuesioner yang telah dirancang dan sebelumnya telah diuji validitas dan reliabilitasnya (Azwar, 2000)

Kuesioner penelitian ini meliputi :

- 1) Karakteristik demografi responden meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan.
- 2) Pengetahuan responden
- 3) Persepsi responden
- 4) Sikap responden
- 5) Keyakinan responden
- 6) Dukungan keluarga terhadap responden
- 7) Dukungan petugas kesehatan terhadap responden
- 8) Perilaku responden terhadap pengobatan dan perawatan kusta

Pengumpulan data primer dilakukan oleh peneliti dengan dibantu (mahasiswa keperawatan) yang telah dilatih terlebih dahulu oleh peneliti sehingga dapat menghindari kesalahan selama pengisian kuesioner.

#### 2. Data kualitatif

Untuk mengetahui kedalaman data penelitian, maka dilakukan juga wawancara mendalam (*indepth interview*). Pengumpulan data dilakukan dengan cara mendatangi rumah responden di wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.



Teknik wawancara mendalam tepat digunakan untuk mengeksplorasi makna dan arti dari keluarga penderita kusta disetiap hari satu bulan belakangan ini. Teknik ini digunakan diharapkan partisipan mengungkapkan secara mendalam fenomena yang terkait dengan penderita kusta. Wawancara dilakukan secara terbuka dengan pertanyaan yang terbuka dan tidak terstruktur.

Untuk ketercapaian kredibilitas data, maka peneliti juga menggunakan catatan lapangan agar dapat mencatat semua respon verbal dan nonverbal pada kertas dengan alat tulis selama proses pengambilan data. Selama wawancara juga dibuat dokumentasi melalui rekaman *tape recorder* dan MP4.

#### 4.7.2 Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari laporan bulanan atau tahunan Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan. Data sekunder juga bisa didapat dari studi literatur dan *literature review*.

Tabel : 4.2 Teknik Pengumpulan Data Rancangan Model Keperawatan Keluarga Penderita Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Pademawu dan Psukdesmas Sopaah, Kec. Pademawu, Kab. Pamekasan. Provinsi Jawa Timur

Tujuan Khusus Penelitian	Teknik Pengumpulan Data				
	Wawancara	Kuesioner	Analisis		
			Dokumen	Arsip	Literatur
1. Mengidentifikasi faktor demografi : umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan					
2. Mengidentifikasi faktor pemudah : pengetahuan, persepsi, sikap dan keyakinan					
3. Mengidentifikasi faktor pendukung : dukungan keluarga dan dukungan petugas kesehatan					
4. Mengidentifikasi perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta)					
5. Menanalisis pengaruh karakteristik demografi (umur,					

jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan) terhadap perilaku					
6. Menganalisis pengaruh faktor pendukung : pengetahuan, persepsi, sikap, dan keyakinan terhadap perilaku.					
7. Menganalisis pengaruh faktor pendukung : dukungan keluarga dan dukungan petugas kesehatan terhadap perilaku.					
8. Merumuskan rancangan model keperawatan					

#### 4.7.3 Prosedur pengumpulan data

##### 1) Tahap persiapan

Setelah mendapatkan izin dari sektor terkait dan mendapatkan kelayakan etik penelitian. Peneliti melakukan pengorganisasian di tingkat RW dan diteruskan pada tingkat RT di Wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah Kecamatan Pademawu Kab. Pamekasan, yang dibantu oleh mahasiswa keperawatan untuk pengisian kuesioner keluarga penderita kusta setelah mendapatkan *informed consent* dari partisipan. Dari hasil kuesioner kemudian di analisis.

Menyiapkan berkas pedoman wawancara, dan peralatan untuk digunakan, *tape recorder*, MP4, Foto kamera. Setelah partisipan menandatangani lembar persetujuan kemudian peneliti melakukan kontrak tentang waktu, tempat dan wawancara, sehingga diharapkan pemahaman tentang kusta bisa tepat.

##### 2) Tahap pelaksanaan

Peneliti dibantu oleh mahasiswa keperawatan untuk mendatangi responden/informan dan pengisian lembar kuesioner yang telah tersedia.

Pada waktu yang lain peneliti melakukan wawancara pada beberapa partisipan, Selama proses wawancara peneliti menuliskan respon non-verbal partisipan serta situasi yang terjadi pada catatan lapangan, dan buat dokumentasi dengan kamera foto, juga dilakukan perekaman dengan tape recorder dan penggunaan MP4. Hasil pencatatan lapangan tersebut diikutsertakan pada transkrip wawancara.

### 3) Tahap terminasi

Peneliti memvalidasi data pada semua partisipan dengan melakukan klarifikasi transkrip wawancara. Partisipan diperbolehkan untuk mengubah pendapatnya yang dirasa tidak sesuai, menambah pernyataan yang kurang sesuai atau membolehkan untuk mengurangi informasi yang disampaikan bila kurang cocok. Setelah partisipan menyetujui semua data yang ada, yang telah ditulis peneliti. Selanjutnya peneliti menyatakan pada partisipan bahwa penelitian telah berakhir dan mengucapkan terima kasih atas partisipasinya dalam proses penelitian ini.

#### 4.7.4 Alat bantu pengumpulan data

Dalam penelitian peneliti menggunakan alat pengumpul data berupa kuesioner, disertai pedoman wawancara, alat tulis dan alat perekam, seperti MP4, *tape recorder*.

## 4.8 Pengolahan dan Analisis Data

### 4.8.1 Pengolahan data

#### 1) Editing

Bertujuan untuk meneliti kembali jawaban yang telah ada, agar jawaban lengkap, bila ada kekuarangan atau ketidak sesuaian dapat segera dilengkapi atau disempurnakan.

#### 2) Koding

Koding adalah usaha untuk mengklasifikasi jawaban-jawaban. Klasifikasi dilakukan dengan memberi kode pada atribut variabel untuk memudahkan analisis data.

Pengolahan data kuantitatif dilakukan dengan program komputer SPSS versi 16.00

### 4.8.2 Analisia data

#### 1. Data kuantitatif

Data kuantitatif yang diperoleh dari kuesioner dianalisis secara deskriptif kuantitatif. Data dianalisis secara *univariat*, analisis *bivariat* (*Chi-square*) dan analisis dengan uji regresi logistik.

1) Analisis univariat untuk memperoleh gambaran secara umum dari masing-masing variabel. Analisa data menggunakan analisa prosentase, disajikan secara deskriptif dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

#### 2) Analisis bivariat

(1) Tabulasi silang untuk mengetahui pola kecenderungan hubungan dua variabel yang diteliti yaitu nariabel bebas dan variabel terikat.

## (2) Uji hipotesis

Menggunakan analisis statistik *chi Square*. Tujuan analisis ini untuk mengetahui ada hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel terikat.

## 3) Analisis Regresi Logistik

Untuk mengetahui faktor paling dominan dari variabel bebas terhadap variabel terikat. Analisis yang digunakan adalah *Linier Regression Logistic Analysis*.

## 2. Data kualitatif

Sedangkan data kualitatif yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam dianalisis dengan cara analisis isi (*content analysis*).

Langkah-langkah dalam analisis data setelah dikumpulkan adalah:

- 1) Pengkodean; data yang telah dikumpulkan dikelompokkan dalam berbagai kategori seperti pengetahuan tentang kusta, persepsi, sikap dan perilaku pengobatan responden. Setiap topik dibuat kode yang menggambarkan cakupan makna topik.
- 2) Penyortiran data; pengelompokan data yang telah diberi kode tertentu sebelumnya kedalam kelompok/satuan data yang kodenya sesuai.
- 3) Penyajian data; hasil wawancara mendalam yang telah dikelompokkan disajikan untuk kepentingan analisis.

#### 4.9 Etika penelitian

Pelaksanaan penelitian dan keterkaitan dengan informan atau sampel harus mempunyai persetujuan dari Komite Etik Penelitian dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya,

Masalah etik dapat muncul karena kepentingan dari peneliti untuk mendapatkan data dan penghormatan hak-hak informan atau partisipan yang terjadi dalam waktu yang sama. Pada penelitian kualitatif terdapat empat prinsip etika, yaitu *respect for autonomy, non-maleficience, beneficience, dan justice* (Holloway & Wheeler, 1996; Iphofen, 2005). Pertimbangan etik dalam penelitian ini disesuaikan dengan prinsip-prinsip dasar etik yang berlaku di Indonesia, yang dikeluarkan oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan Indonesia (KNEPK, 2007).

**B A B 5**  
**HASIL PENELITIAN**

## **BAB 5**

### **ANALISIS HASIL PENELITIAN**

#### **5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah merupakan dua dari 17 Puskesmas di Kabupaten Pamekasan. Puskesmas Pademawu dan Sopaah berada dalam satu Kecamatan yaitu Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan. Batas wilayah Kecamatan Pademawu adalah sebagai berikut:

1. Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Larangan.
2. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Tlanakan.
3. Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Larangan.
4. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Kota.

Secara administrasi Kecamatan Pademawu terdiri dari 20 Desa dan 2 Kelurahan. Jumlah penduduk 76.061 jiwa. Wilayah kerja Puskesmas Pademawu terdiri dari 10 Desa dan Puskesmas Sopaah terdiri dari 12 Desa. Sebagian besar penduduk bekerja sebagai petani.

Gambaran mengenai jumlah tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas Pademawu dan Sopaah berjumlah 35 orang dengan latar belakang pendidikan sebagai berikut: 2 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, 17 orang perawat, 12 orang bidan, 1 orang perawat gigi, 1 orang petugas lab, 1 orang petugas gizi dan lain-lain. Sedangkan di Puskesmas Sopaah berjumlah 30 orang dengan latar belakang pendidikan sebagai berikut: 2 orang dokter umum, 15 orang perawat, 10 orang bidan, 1 orang perawat gigi, 1 orang petugas lab, 1 orang petugas gizi dan lain-lain.



Program Pemberantasan Penyakit Kusta dipegang oleh seorang petugas dengan latarbelakang pendidikan Keperawatan. Kegiatan yang dilaksanakan berupa pengobatan dan perawatan penderita, monitoring dan penemuan penderita baru. Kegiatan pengobatan dan perawatan penderita dilakukan setelah penderita didiagnosis dan diklasifikasikan berdasarkan gejala yang ada pada penderita.

Untuk penemuan penderita baru, petugas Puskesmas melakukan beberapa kegiatan yaitu penemuan penderita secara pasif artinya penemuan yang dilakukan penderita baru yang datang sendiri ke Puskesmas, dan penemuan penderita secara aktif yaitu dengan melakukan kegiatan:

1. Pemeriksaan kontak seluruh rumah; Pemeriksaan yang dilakukan pada keluarga penderita yang tinggal serumah dengan penderita.
2. Pemeriksaan anak sekolah; Pemeriksaan yang dilakukan kepada anak sekolah SD dan SMP. Kegiatan ini dilakukan petugas Puskesmas bersama-sama dengan petugas kusta dari Kabupaten.
3. *Chase survey*; Pemeriksaan yang dilakukan petugas di daerah/dusun yang diduga terdapat penderita kusta.

## **5.2 Kelemahan dan Kekuatan Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Pademawu, Kabupaten Pamekasan. Dalam penelitian ini tidak terlepas dari faktor kelemahan/penghambat dan faktor kekuatan/pendukung. Adapun faktor kelemahan dan kekuatan dalam penelitian ini adalah:

### 5.2.1 Faktor kelemahan/penghambat :

1. Sambutan dan penerimaan yang kurang baik dari responden (keluarga) pada saat responden memperkenalkan diri dan akan dilakukan wawancara.
2. Pengumpulan data dilakukan secara retrospektif, mempunyai kelemahan pada daya ingat responden. Pengumpulan data dilakukan setelah penderita mengikuti program pengobatan dan perawatan kusta di Puskesmas Pademawu. Sehingga untuk pengetahuan responden tentang kusta dan pengobatan dan perawatannya dapat dipengaruhi oleh penyuluhan petugas kesehatan dari Puskesmas Pademawu.
3. Item pertanyaan dalam kuesioner yang digunakan untuk wawancara dengan responden belum menggunakan item pertanyaan standar, misalnya tentang sikap dan perilaku yang seharusnya peneliti ambil dari penelitian sejenis sebelumnya atau pertanyaan yang dibuat oleh ahli perilaku.
4. Penelitian ini memerlukan waktu yang relatif lama karena banyaknya responden yang berpendidikan rendah, sehingga dalam proses wawancara memerlukan kejelasan yang sejelas-jelasnya agar bisa dimengerti oleh responden.
5. Penyakit kusta adalah penyakit dengan stigma negatif yang masih sangat kuat. Sehingga peneliti perlu mewaspadaai terhadap segala sesuatu yang tak diinginkan.

### 5.2.2 Faktor kekuatan/pendukung

1. Sambutan, penerimaan dan dukungan yang kuat dari instansi yang terkait dalam penelitian ini.

2. Tersedianya buku-buku, literatur mengenai penyakit kusta dan buku lain yang mendukung penelitian ini.

### 5.3 Analisis Hasil Penelitian Kuantitatif

#### 5.3.1 Karakteristik Responden

##### 1. Demografi

Karakteristik responden berdasarkan demografi yang diteliti meliputi : umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan yang disajikan dalam tabel 5.1, berikut :

##### 1) Jenis Kelamin dengan Umur Responden

Tabel 5.1 Distribusi Responden Menurut Karakteristik Jenis Kelamin dengan Umur

Jenis kelamin	Umur						Total	
	20-≤30 tahun		>30-≤40 tahun		>40 tahun		Σ	%
	Σ	%	Σ	%	Σ	%		
Laki-laki	14	28,6	7	14,3	6	12,2	27	55,1
Perempuan	4	8,2	10	20,4	8	16,3	22	44,9
Total	18	36,7	17	34,7	14	28,6	49	100

Sesuai tabel 5.1, Kelompok umur dibagi menjadi tiga kategori, yaitu kelompok umur 20-≤30 tahun, kelompok umur >30 – ≤40 tahun dan kelompok umur lebih dari 40 tahun.

Dari hasil penelitian menunjukkan, pada responden laki-laki tertinggi (28,6%) pada kelompok umur 20 – ≤30 tahun, 14,3% pada kelompok umur >30-≤40 tahun dan 12,2% pada kelompok umur lebih dari 40 tahun.

Sedangkan pada responden perempuan tertinggi (20,4%) pada kelompok umur >30-≤40 tahun, 16,3% pada kelompok umur lebih dari 40 tahun dan sisanya (8,2%) pada kelompok umur 20 – ≤30 tahun.

## 2) Jenis Kelamin dengan Pendidikan

Tabel 5.2 Distribusi Responden Menurut Karakteristik Jenis Kelamin dengan Pendidikan

Jenis kelamin	Pendidikan				Total	
	Dasar		Menengah		$\Sigma$	%
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%		
Laki-laki	19	38,8	8	16,3	27	55,1
Perempuan	22	44,9	0	0	22	44,9
Total	41	83,7	8	16,3	49	100

Berdasarkan tabel 5.2 diatas, terlihat bahwa dari 49 responden, sebagian besar (55,1%) responden yang mengikuti program pengobatan dan perawatan di Puskesmas (penderita kusta) adalah laki-laki dan 44,9% adalah perempuan.

Tingkat pendidikan responden dikelompokkan menjadi tiga yaitu tingkat pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi.

Hasil penelitian menunjukkan, responden laki-laki yang berpendidikan dasar sebesar (38,8%) dan berpendidikan menengah sebesar (16,3%). Sedangkan pada responden perempuan semuanya (44,9%) berpendidikan dasar.

## 3) Jenis Kelamin dengan Pendapatan

Tabel 5.3 Distribusi Responden Menurut Karakteristik Jenis Kelamin dengan Pendapatan

Jenis kelamin	Pendapatan				Total	
	Rendah		Menengah		$\Sigma$	%
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%		
Laki-laki	18	36,7	9	18,4	27	55,1
Perempuan	22	44,9	0	0	22	44,9
Total	40	81,6	9	18,4	49	100

Sesuai tabel 5.3, Pengelompokkan tingkat pendapatan responden dibedakan menjadi 3 kategori yaitu pendapatan rendah ( $\leq$  Rp. 500.000,-) dan

pendapatan menengah (Rp. 500.000,- - Rp. 1 juta) dan pendapatan tinggi (>Rp. 1 juta).

Hasil penelitian menunjukkan, responden laki-laki yang punya pendapatan rendah (38,7%) dan punya pendapatan menengah sebesar (18,4%). Sedangkan pada responden perempuan semuanya (44,9%) memiliki pendapatan rendah.

#### 4) Jenis Kelamin dengan Pengetahuan

Tabel 5.4 Distribusi Responden Menurut Karakteristik Jenis Kelamin dengan Pengetahuan

Jenis kelamin	Pengetahuan						Total	
	Kurang baik		Cukup		Baik		Σ	%
	Σ	%	Σ	%	Σ	%		
Laki-laki	23	46,9	1	2	3	6,1	27	55,1
Perempuan	19	38,8	0	0	3	6,1	22	44,9
Total	42	85,7	1	2	6	12,2	49	100

Sesuai tabel 5.4, Tingkat pengetahuan responden dikelompokkan menjadi tiga yaitu tingkat pengetahuan kurang baik, cukup dan baik.

Hasil penelitian menunjukkan, sebagian besar responden laki-laki memiliki pengetahuan kurang baik (46,9%), baik sebesar (6,1%) dan cukup (2%). Sedangkan pada perempuan, sebagian besar (38,8%) memiliki pengetahuan kurang baik, (6,1%) berpengetahuan baik dan tak satupun (0%) yang memiliki pengetahuan cukup.

#### 5) Jenis Kelamin dengan Persepsi

Tabel 5.5 Distribusi Responden Menurut Karakteristik Jenis Kelamin dengan Persepsi

Jenis kelamin	Persepsi				Total	
	Tidak tepat		Tepat		Σ	%
	Σ	%	Σ	%		
Laki-laki	14	28,6	13	26,5	27	55,1
Perempuan	18	36,7	4	8,2	22	44,9
Total	32	65,3	17	34,7	49	100

Sesuai tabel 5.5, Persepsi responden dikelompokkan menjadi dua yaitu persepsi tepat dan persepsi tidak tepat. Hasil penelitian menunjukkan, sebagian besar responden laki-laki memiliki sikap tidak tepat 14 (28,6%) dan tepat 13 (26,5%). Sebaliknya pada perempuan, sebagian besar 18 (36,7%) memiliki persepsi tidak tepat dan 4 (8,2%) memiliki persepsi tepat.

#### 6) Jenis Kelamin dengan Sikap

Tabel 5.6 Distribusi Responden Menurut Karakteristik Jenis Kelamin dengan Sikap

Jenis kelamin	Sikap				Total	
	Tidak tepat		Tepat		$\Sigma$	%
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%		
Laki-laki	10	20,4	17	34,7	27	55,1
Perempuan	17	34,7	5	10,2	22	44,9
Total	27	55,1	22	44,9	49	100

Berdasarkan tabel 5.6, Sikap responden dikelompokkan menjadi dua yaitu sikap tepat dan sikap tidak tepat. Hasil penelitian menunjukkan, sebagian besar responden laki-laki memiliki sikap tepat (34,7%) dan tidak tepat (20,4%). Sebaliknya pada perempuan, sebagian besar (34,7%) memiliki sikap tidak tepat dan (10,2%) memiliki sikap tepat.

#### 7) Jenis Kelamin dengan Keyakinan

Tabel 5.7 Distribusi Responden Menurut Karakteristik Jenis Kelamin dengan Keyakinan

Jenis kelamin	Keyakinan				Total	
	Buruk		Baik		$\Sigma$	%
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%		
Laki-laki	19	38,8	8	16,3	27	55,1
Perempuan	18	36,7	4	8,2	22	44,9
Total	37	75,5	12	24,5	49	100

Berdasarkan tabel 5.7, Keyakinan responden dikelompokkan menjadi dua yaitu keyakinan yang buruk adalah keyakinan responden terkait dengan hal-hal negatif tentang kusta dan keyakinan baik tentang penyakit kusta.

Hasil penelitian menunjukkan, sebagian besar responden laki-laki memiliki keyakinan buruk tentang kusta (38,8%), dan memiliki keyakinan baik (16,3%). Sedangkan pada perempuan, sebagian besar (36,7%) memiliki keyakinan buruk tentang kusta (6,1%) dan (8,2%) yang memiliki keyakinan baik.

#### 8) Jenis Kelamin dengan Dukungan Keluarga

Tabel 5.8 Distribusi Responden Menurut Karakteristik Jenis Kelamin dengan Dukungan Keluarga

Jenis kelamin	Dukungan Keluarga				Total	
	Tidak mendukung		Mendukung		$\Sigma$	%
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%		
Laki-laki	14	28,6	13	26,5	27	55,1
Perempuan	15	30,6	7	14,3	22	44,9
Total	29	59,2	20	40,8	49	100

Berdasarkan tabel 5.8, Dukungan keluarga pada responden dikelompokkan menjadi dua yaitu mendukung dan tidak mendukung terhadap usaha responden dalam menjalani pengobatan dan perawatan dan perawatan penyakitnya.

Hasil penelitian menunjukkan, sebagian besar pada responden laki-laki keluarga tidak mendukung (38,6%), dan keluarga mendukung (26,5%). Sedangkan pada perempuan, sebagian besar (30,6%) keluarga tidak mendukung dan (14,3%) keluarga mendukung.

## 9) Jenis Kelamin dengan Dukungan Petugas Kesehatan

Tabel 5.9 Distribusi Responden Menurut Karakteristik Jenis Kelamin dengan Dukungan Petugas Kesehatan

Jenis kelamin	Dukungan Petugas Kesehatan		Total	
	Kesehatan		$\Sigma$	%
	Mendukung			
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
Laki-laki	27	55,1	27	55,1
Perempuan	22	44,9	22	44,9
Total	49	100	49	100

Berdasarkan tabel 5.9, Dukungan petugas kesehatan pada responden dikelompokkan menjadi dua yaitu mendukung dan tidak mendukung terhadap responden dalam menjalani pengobatan dan perawatan penyakitnya.

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa petugas kesehatan (100%) mendukung semua usaha responden, baik pada responden laki-laki maupun responden perempuan.

## 5.3.2 Analisis Hubungan/Pengaruh Bivariat

## 1. Pengaruh umur terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Analisa pengaruh karakteristik demografi yang meliputi umur terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas disajikan sebagai berikut:

Tabel 5.10 Distribusi responden berdasarkan pengaruh umur terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Umur	Perilaku				Total		P
	Tidak baik		Baik		$\Sigma$	%	
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%			
20–≤30 tahun	11	22,4	7	14,3	18	36,7	0,381
>30–≤40 tahun	8	16,3	9	18,4	17	34,7	
>40 tahun	10	20,4	4	8,2	14	28,6	
Total	29	59,2	20	40,8	49	100	



Berdasarkan tabel 5.10 didapatkan bahwa prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) tidak baik pada kelompok umur  $20 \leq 30$  tahun dan prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) baik pada kelompok umur  $>30 \leq 40$  tahun.

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,381 > 0,05$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak. berarti tidak ada pengaruh yang signifikan antara umur terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

2. Pengaruh jenis kelamin terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Untuk melihat pengaruh jenis kelamin responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah disajikan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 5.11 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Jenis Kelamin terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Jenis kelamin	Perilaku				Total	P	
	Tidak baik		Baik				
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	0,247
Laki-laki	14	28,6	13	26,5	27	55,1	
Perempuan	15	30,6	7	14,3	22	44,9	
Total	29	59,2	20	40,8	49	100	

Berdasarkan tabel 5.11 didapatkan bahwa prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) tidak baik pada responden berjenis kelamin perempuan (30,6%).

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,247 > 0,05$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak. berarti tidak ada pengaruh yang signifikan

antara jenis kelamin terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

### 3. Pengaruh pendidikan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Analisa pengaruh pendidikan responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas disajikan sebagai berikut:

Tabel 5.12 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Pendidikan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Pendidikan	Perilaku				Total		P
	Tidak baik		Baik		Σ	%	
	Σ	%	Σ	%			
Dasar	25	51	16	32,7	41	83,7	0,563
Menengah	4	8,2	4	8,2	8	16,3	
Total	29	59,2	20	40,8	49	100	

Berdasarkan tabel 5.12 memperlihatkan bahwa prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) tidak baik pada responden berpendidikan dasar (51%).

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,563 > 0,05$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak. berarti tidak ada pengaruh yang signifikan antara pendidikan responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

### 4. Pengaruh pendapatan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Analisa Pengaruh pendapatan responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas disajikan sebagai berikut:

Tabel 5.13 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Pendapatan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Pendapatan	Perilaku				Total		P
	Tidak baik		Baik		Σ	%	
	Σ	%	Σ	%			
Rendah	25	51	15	30,6	41	81,6	0,319
Menengah	4	8,2	5	10,2	8	18,4	
Total	29	59,2	20	40,8	49	100	

Berdasarkan tabel 5.13 didapatkan bahwa prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) tidak baik pada kelompok responden yang memiliki pendapatan rendah sebesar (51%).

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,319 > 0,05$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak. Berarti tidak pengaruh hubungan yang signifikan antara pendapatan responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

#### 5. Pengaruh pengetahuan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Analisa Pengaruh pengetahuan responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas disajikan sebagai berikut:

Tabel 5.14 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Pengetahuan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Pengetahuan	Perilaku				Total		P
	Tidak baik		Baik		Σ	%	
	Σ	%	Σ	%			
Kurang baik	28	57,1	14	28,6	42	85,7	0,006
Cukup	1	2	0	0	1	2	
Baik	0	0	6	12,2	6	12,2	
Total	29	59,2	20	40,8	49	100	

Berdasarkan tabel 5.14 didapatkan bahwa prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) tidak baik pada pada kelompok responden yang memiliki pengetahuan kurang baik sebesar (57,1%).

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,006 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima. Berarti ada pengaruh pengetahuan responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

#### 6. Pengaruh persepsi terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Analisa Pengaruh persepsi responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) kusta di Puskesmas disajikan sebagai berikut:

Tabel 5.15 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Persepsi dengan perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Persepsi	Perilaku				Total	P	
	Tidak baik		Baik				
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	0,000
Tidak tepat	23	46,9	9	18,4	32	65,3	
tepat	6	12,2	11	22,4	17	34,7	
Total	29	59,2	20	40,8	49	100	

Berdasarkan tabel 5.15 didapatkan bahwa prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) tidak baik pada pada kelompok responden yang memiliki persepsi tidak tepat sebesar (46,9%).

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,013 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima. Berarti ada Pengaruh persepsi responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

### 7. Pengaruh sikap terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Analisa Pengaruh sikap responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas disajikan sebagai berikut:

Tabel 5.16 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Sikap terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Sikap	Perilaku				Total	P	
	Tidak baik		Baik				
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	0,000
Tidak tepat	23	46,9	4	8,2	27	55,1	
tepat	6	12,2	16	32,7	22	49,9	
Total	29	59,2	20	40,8	49	100	

Berdasarkan tabel 5.16 didapatkan bahwa prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) tidak baik pada pada kelompok responden yang memiliki sikap tidak tepat sebesar (46,9%).

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,000 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima. Berarti ada Pengaruh sikap responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) kusta di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

### 8. Pengaruh keyakinan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Analisa pengaruh keyakinan respnden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas disajikan sebagai berikut:

Tabel 5.17 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh keyakinan dengan perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Keyakinan	Perilaku				Total		P
	Tidak baik		Baik		Σ	%	
	Σ	%	Σ	%			
Buruk	25	51	12	24,5	37	75,5	0,036
Baik	4	8,2	8	16,3	12	24,5	
Total	29	59,2	20	40,8	49	100	

Berdasarkan tabel 5.17 didapatkan bahwa perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) tidak baik pada kelompok responden yang memiliki keyakinan buruk sebesar (51%).

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,036 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima. Berarti ada Pengaruh keyakinan responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

9. Pengaruh dukungan keluarga terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Analisa pengaruh dukungan keluarga responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas disajikan sebagai berikut:

Tabel 5.18 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Dukungan Keluarga	Perilaku				Total		P
	Tidak baik		Baik		Σ	%	
	Σ	%	Σ	%			
Tidak mendukung	28	57,1	1	2	29	59,2	0,000
Mendukung	1	8,2	19	38,8	20	40,8	
Total	29	59,2	20	40,8	49	100	

Berdasarkan tabel 5.18 didapatkan bahwa prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) tidak baik pada kelompok responden yang tidak mendapat dukungan keluarga sebesar (57,1%).

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,000 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima. Berarti ada Pengaruh dukungan keluarga terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

10. Pengaruh dukungan petugas kesehatan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Analisa pengaruh dukungan petugas kesehatan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas disajikan sebagai berikut:

Tabel 5.19 Distribusi Responden berdasarkan Pengaruh Dukungan Petugas Kesehatan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

Dukungan Petugas Kesehatan	Perilaku				Total		P Consta nt
	Tidak baik		Baik		$\Sigma$	%	
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%			
Mendukung	29	59,2	20	40,8	20	40,8	
Total	29	59,2	20	40,8	49	100	

Berdasarkan tabel 5.19 didapatkan prosentase bahwa dukungan dari petugas kesehatan seluruhnya positif. Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* tidak bisa diukur karena bersifat konstan.

### 5.3.3 Analisis Pengaruh dengan Regresi Logistik

#### 1. Pemilihan variabel regresi logistik sederhana

Dalam penelitian ini terdapat 10 variabel bebas yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, pengetahuan, persepsi, sikap, keyakinan, dukungan keluarga dan dukungan petugas kesehatan. Dari analisis bila variabel memiliki  $p$  value  $< 0,25$  maka variabel tersebut masuk dalam analisis regresi logistik.

Tabel 5.20 Distribusi Responden berdasarkan Uji Regresi Logistik Sederhana Analisis Pengaruh Faktor terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
PENGETAHUAN	1.734	.819	4.479	1	.034	5.662
PERSEPSI	1.544	.642	5.781	1	.016	4.685
SIKAP	2.730	.723	14.260	1	.000	15.333
KEYAKINAN	1.427	.706	4.087	1	.043	4.167
DK	6.277	1.445	18.865	1	.000	532.000
Constant	-.372	.291	1.634	1	.201	.690

Berdasarkan tabel 5.20 diatas, terdapat tujuh (5) variabel yang memiliki  $p < 0,25$  yaitu pengetahuan, persepsi, sikap, keyakinan dan dukungan keluarga. Sedangkan variabel jenis kelamin, umur, pendidikan, pendapatan dan dukungan petugas kesehatan memiliki nilai  $p \text{ value} > 0,25$  maka tidak dilakukan analisis regresi logistik multipel.

## 2. Uji regresi logistik *multiple* (penentuan variabel dominan)

Analisis regresi logistik bertujuan untuk menentukan variabel yang paling berpengaruh terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta). Dalam analisis ini dicobakan bersama-sama (simultan), kemudian variabel yang memiliki  $p \text{ value} > 0,05$  akan dikeluarkan secara berurutan dimulai dari nilai  $p$  yang terbesar. Hasil analisis didapatkan sebagai berikut:

Tabel 5.21 Distribusi Responden berdasarkan Uji Regresi Logistik Multiple Analisis Pengaruh Faktor terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah

VARIABEL	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Pengetahuan	-1,116	16408,712	0,000	1	.000	0,327
Persepsi	-20,765	12859,775	0,000	1	.000	0,000
Sikap	20,832	7168,994	0,000	1	.000	1,115E9
Keyakinan	-20,524	12082,700	0,000	1	.000	0,000
Dukungan Keluarga	41,289	12709,454	0,000	1	.000	8,546E17
Constant	-20,462	21790,450	0,000	1	.000	.000



VARIABEL	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Pengetahuan	-1,116	16408,712	0,000	1	.000	0,327
Persepsi	-20,765	12859,775	0,000	1	.000	0,000
Sikap	20,832	7168,994	0,000	1	.000	1,115E9
Keyakinan	-20,524	12082,700	0,000	1	.000	0,000
Dukungan Keluarga	41,289	12709,454	0,000	1	.000	8,546E17
Constant	-20,462	21790,450	0,000	1	.000	.000

Berdasarkan tabel 5.21, ketika dilakukan uji regresi logistik multiple tidak didapatkan penaruh yang signifikan antara:

1. Pengetahuan dengan perilaku sehat keluarga (pengobatan dan perawatan kusta).
2. Persepsi dengan perilaku sehat keluarga (pengobatan dan perawatan kusta).
3. Sikap dengan perilaku sehat keluarga (pengobatan dan perawatan kusta).
4. Keyakinan dengan perilaku sehat keluarga (pengobatan dan perawatan kusta).
5. Dukungan keluarga dengan perilaku sehat keluarga (pengobatan dan perawatan kusta).

## **5.4 Analisis Hasil Penelitian Kualitatif**

### **5.4.1 Hasil *Indepth Interview* (Wawancara Mendalam)**

*Indepth interview* (wawancara mendalam) dilakukan pada responden saat melakukan wawancara pengisian kuesioner. Tapi, tidak semua responden dilakukan wawancara mendalam. Peneliti hanya mengambil sebagian sampel yaitu sebesar 10 sampel.

### **5.4.2 Hasil analisis data penelitian**

Dari hasil wawancara peneliti dengan 10 informan, diperoleh beberapa tema (*theme*) yang mengarah pada jawaban dari pertanyaan penelitian ini, yaitu norma sosial dan dukungan masyarakat terhadap penderita dan keluarga dengan penyakit kusta. Untuk menjawab pertanyaan penelitian tersebut ada tiga proses analisis yang dilakukan, pertama, mengetahui pemahaman dan pengetahuan informan tentang penyakit kusta; kedua, mengetahui sikap informan tentang penyakit kusta; ketiga, mengetahui sikap masyarakat, norma sosial dan dukungan sosial tentang penyakit kusta.

Pertanyaan :

6. Apakah Anda tahu dan mengerti dengan penyakit kusta/lepra?
7. Bagaimana pandangan keluarga anda yang terkena penyakit kusta/lepra?  
Bagaimana keluarga memandang penyakit kusta/lepra itu ?
8. Bagaimana orang-orang di luar (masyarakat) memandang penyakit kusta/lepra itu?
9. Bagaimana dengan dukungan keluarga terhadap upaya penyembuhan penyakit anda?

10. Apakah keluarga mendukung/tidak mendukung terhadap upaya penyembuhan yang dilakukan anggota keluarga yang menderita penyakit kusta? (Pada Keluarga)
11. Bagaimana peran petugas kesehatan selama ini terhadap penyakit yang anda derita?

Hasil wawancara dapat disampaikan sebagai berikut:

1. Apakah Anda tahu dan mengerti dengan penyakit kusta/lepra?

- a. "Kaula tak oneng panyake' napa, tape ca'epon reng-oreng engghi gharowa panyake' daging jhuba'"  
(Saya tidak tau penyakit kusta itu apa, tapi katanya orang-orang ya..... itu penyakit daging jelek...) (R1, 30 tahun)
- b. "kaula tak oneng, dha'-adha'na berna merah e dai tape tak gatel...tros ekorape salep polana ekasangghu panu. Tape saminggu tak baras-baras, pas ebekta ka Puskesmas. Ca'epon Pak mantri tak apanapa. Kaula tak eberri' oneng panyake' kaula napa. Ghun mator tak apanapa...tros kaulaerberri' obat, esoeo enom sampe tadha'. Mon obatta pon sobung epakon nyambhit pole e Puskesmas. Tape ongguan sampe' mangken kaula tak oneng kaula ecapo' panyake' napa?"  
(Saya gak tau, awalnya kemerahan di dahi, tapi tidak gatal...trus saya beri salep panu...saya pikir sakit panu biasa...setelah seminggu tidak sembuh...saya bawa ke Puskesmas. Tapi katanya pak mantri saya g apa-apa. Saya gak dikasi tahu sakit saya apa...trus saya diberi obat banyak, disuruh minum sampai habis...kalau habis suruh ambil di Puskesmas. Tapi sampai sekarang saya gak tahu sakit saya apa). (R2, 30 tahun)
- c. "Penyakit kusta itu seperti Eju. Dulu ada orang yang terkena sakit itu namanya Eju dibuang oleh keluarganya dan dibuatin pondok di gunung. Masa' saya seperti Eju?" (R3, 50 tahun)

2. Bagaimana sikap/pandangan tentang keluarga anda yang terkena penyakit kusta/lepra dan bagaimana keluarga memandang penyakit lepra tersebut?

- a. "tak kera buntan pak, dhari ka'emman mon katolaran? Jha' reng seppo kaula sobung seecapo' panyake' nga' ghanika?. Kae sareng nyae kaula sobhung sadhaja, pak!"  
(.....tidak mungkin dia terkena itu, darimana dia tertular? Orang tua kami tidak ada yang punya penyakit itu. Kakek nenek kami gak ada yang punya penyakit itu). (R4, 41 tahun)
- b. "Keluarga sobung se oneng Pak. Napa pole ghun merah e elong neka pak. Kaula engghi dha'-adha'na tak peduli jughan. Tape

pas badha tatangga malaen, kaula epakon apareksa ka Puskesmas.”

Keluarga tidak ada yang tau, mereka tidak peduli dengan sakit saya. Apalagi Cuma bercak merah di hidung. Saya juga awalnya tidak peduli. Tapi setelah ada tetangga yang beri tau saya. Saya coba periksakan ke Puskesmas. Di Puskesmas saya tidak dikasi tau penyakit saya ini apa. Saya diberi tau supaya minum obat yang rutin. Kalau sebulan sudah mau habis disuruh ambil lagi kesini (Puskesmas), ya..... saya ambil, keluarga juga tidak tau. Nanti saya akan diberi tau kapan saya boleh berhenti minum obat”. (R5, 35 tahun).

3. Bagaimana orang-orang di luar (masyarakat) memandang penyakit kusta/lepra itu?

- a. “kaula tak oneng ongghuwan pak. pas cora’na reng-oreng ngalle bile apolkompol pas kaula dateng. Terros kaula eghibe apareksa sareng manto. Keng kaula tak ebelei sake’na kaula napa. Akherra kaula oneng dibi’ mangken. Kaula tak apolkompol sareng pasera bhai. Kaula neng eroma terros. Pas mangken kaula ngalle, agebei roma dibi’ ebudhina dapor.”

(Saya benar-benar tidak tau sakit saya apa. Tapi saya merasakan perubahan pada sikap orang-orang disekitar saya. Setiap saya menghampiri mereka yang sedang kumpul-kumpul, satu persatu mereka pamit. Akhirnya saya tahu diri dan saya tidak mau lagi ngumpul-ngumpul ma mereka. Saya tidak mau berkumpul bukan karena penyakit saya. Wong saya tidak sakit). (R6, 31 tahun)

- b. “Awalnya ada bercak merah bulat di dahi. Lalu saya di periksa oleh Pak Mantri. Saya diberi obat. Setelah obat diminum selama 3 bulan, malah penyakit saya tambah. Pak mantri bilang kalau saya kena penyakit lepra. Saya tidak terima ketika saya dibilang menderita lepra oleh pak mantri. Saya lalu minta tolong sama ponakan saya yang perawat. Setelah dibawa periksa ke lab, penyakit saya bukan lepra. Jelas mengada-ngada Pak mantri itu. Saya berhenti minum obat dan ternyata saya tidak apa-apa itu”. (R9, 35 tahun).

**BAB 6**  
**PEMBAHASAN**

## BAB 6

### PEMBAHASAN

#### 6.1 Pembahasan Hasil Analisis Kuantitatif

##### 6.1.1 Pengaruh umur terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta)

Berdasarkan tabel 5.9 Perilaku baik responden terhadap pengobatan dan perawatan penyakitnya terdapat pada kelompok umur  $>30-\leq 40$  (18,4%). Sebaliknya prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) kurang baik terdapat pada kelompok umur  $21-\leq 30$  tahun adalah 22,4%.

Secara statistik dengan uji analisis *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,381 > 0,05$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak. berarti tidak ada pengaruh yang signifikan antara umur terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

Setelah dilakukan analisis dengan uji regresi logistik sederhana variabel umur tidak termasuk dalam analisis dengan demikian tidak ada hubungan/pengaruh yang bermakna antara umur terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta).

Teori mengatakan frekuensi tertinggi penyakit kusta berada pada kelompok umur dewasa, sementara penelitian yang dilakukan oleh Amiruddin (2005), menunjukkan bahwa frekuensi terbanyak pada kelompok umur 15-29 tahun. Tapi dalam hal pencarian pengobatan dan perawatan terhadap penyakitnya lebih baik pada responden dengan kelompok umur  $>30-\leq 40$  (18,4%), dan sebaliknya perilaku yang tidak baik terjadi pada kelompok umur  $21 - \leq 30$  tahun.

Sebagian besar penelitian melaporkan distribusi penyakit kusta menurut umur berdasarkan pada prevalensi, hanya sedikit yang berdasarkan insiden karena pada saat timbulnya penyakit sangat sulit diketahui. Dengan kata lain kejadian penyakit berdasarkan umur pada saat ditemukan pada saat timbulnya penyakit. Penyakit kronik seperti kusta, informasi berdasarkan data prevalensi dan data umur pada saat timbulnya penyakit tidak menggambarkan resiko yang spesifik (Depkes RI, 2006).

Dikaji dari karakteristik responden perilaku baik terhadap pengobatan dan perawatan penyakit kusta terdapat pada kelompok umur  $>30 - \leq 40$  tahun. Hal ini bisa disebabkan karena responden pada kelompok umur tersebut lebih memiliki gambaran diri yang lebih baik, bila dibandingkan dengan responden pada kelompok umur yang lain, sehingga keinginan untuk mengobati penyakitnya juga lebih baik. Hasil penelitian sesuai dengan teori *Health Promotin Model* (Pender). Pada teori Pender, umur termasuk faktor yang dapat berpengaruh langsung terhadap komitmen untuk mempertahankan perilaku kesehatan, artinya semakin bertambah usia akan diikuti komitmen yang semakin baik untuk mempertahankan atau meningkatkan kesehatannya.

### **6.1.2 Pengaruh jenis kelamin terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta)**

Berdasarkan tabel 5.10 dari 49 responden sebagian besar (55%) responden yang menderita kusta adalah laki-laki dan sisanya (45%) adalah perempuan.

Sejalan dengan distribusi penyebaran kusta menurut jenis kelamin, sebagian besar negara didunia kecuali dibeberapa negara di Afrika menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak terserang kusta dari pada perempuan. Relatif

rendahnya kejadian kusta pada perempuan karena faktor lingkungan atau faktor biologis (Depkes RI, 2006).

Berdasarkan tabel 5.10 pula didapatkan bahwa prosentase perilaku dengan pengobatan dan perawatan kusta tidak baik pada responden berjenis kelamin perempuan (30,6%) dan pada laki-laki sebesar (28,6%). Sementara prosentase perilaku baik terhadap pengobatan dan perawatan pada responden berjenis kelamin laki-laki sebesar (26,5%) dan pada perempuan sebesar (14,3%).

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,247 > 0,05$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak. berarti tidak pengaruh yang signifikan antara jenis kelamin terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

Setelah dilakukan analisis dengan uji regresi logistik sederhana variabel pendidikan tidak termasuk dalam analisis dengan demikian tidak ada hubungan/pengaruh yang bermakna antara tingkat pendidikan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta).

Dikaji berdasarkan jenis kelamin responden terhadap perilaku tidak baik dalam pengobatan dan perawatan kusta tidak jauh berbeda antara perempuan dengan. Pada perempuan sebesar (30,6%) sedangkan pada laki-laki (28,6). Sebelum tahun 1990an, dalam budaya Madura, perempuan masih dianggap sebagai makhluk terbelakang. Pekerjaannya tidak terlepas dari kasur, sumur dan dapur. Di budaya Madura juga masih menganut sistem patriarki yang sangat kuat. Perbuatan-perbuatan seorang perempuan (isteri) harus sepengetahuan dan dengan persetujuan suami (Zawawi, 2004). Sehingga termasuk dalam hal ini, membuat perempuan lebih memilih menyibukkan dirinya dalam berumah tangga dan tidak



memperhatikan penampilan dirinya. Di era sekarang (abad 21), perempuan Madura mulai berbenah. Perempuan Madura mulai mengerti dan berusaha berpenampilan menarik. Suami juga mulai memperhatikan kebutuhan isteri. Pekerjaan isteri (perempuan) tidak lagi kasur, sumur dan dapur. Termasuk dibidang kesehatan. Suami-isteri saling memberikan dukungan (Zawawi, 2004).

Hal ini sesuai dengan teori perilaku menurut Green, perilaku sehat tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin. Laki-laki dan perempuan memiliki hak dan kesempatan yang sama, termasuk dalam pengobatan dan perawatan di Puskesmas.

### **6.1.3 Pengaruh tingkat pendidikan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta)**

Berdasarkan tabel 5.11 sebagian besar responden (83,7%) memiliki tingkat pendidikan dasar dan sisanya (16,3%) berpendidikan menengah.

Sedangkan berdasarkan tabel 5.11, Perilaku baik terhadap pengobatan dan perawatan penyakit kusta sebagian besar responden (32,7%) terdapat pada responden dengan pendidikan dasar dan (8,2%) pada responden dengan tingkat pendidikan menengah. Demikian juga perilaku tidak baik terhadap pengobatan dan perawatan penyakit kusta sebagian besar responden (51%) terdapat pada responden dengan pendidikan dasar dan (8,2%) pada responden dengan tingkat pendidikan menengah.

Melihat distribusi di atas tingkat pendidikan dasar sebagian besar memiliki perilaku kurang baik. Sedangkan perilaku kurang baik bagi responden yang berpendidikan menengah banyak dipengaruhi beberapa faktor. Walau tingkat pendidikannya menengah belum tentu tingkat pengetahuannya baik pula.

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,563 > 0,05$ . maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak. berarti tidak ada pengaruh yang signifikan antara tingkat pendidikan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

Setelah dilakukan analisis dengan uji regresi logistik sederhana variabel pendidikan tidak termasuk dalam analisis dengan demikian tidak ada hubungan/pengaruh yang bermakna antara tingkat pendidikan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta).

Menurut Shinta (2005), pendidikan masyarakat yang rendah berhubungan dengan tingkat pengetahuan yang rendah pula. sebaliknya penelitian oleh Situmorang (1995), tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan yang didapat.

Menurut Green (1980), tingkat pendidikan merupakan faktor predisposisi dari perilaku. Meningkatnya pendidikan akan menghasilkan perilaku kesehatan yang lebih baik. Dalam penelitian ini tidak demikian halnya. Mungkin hal ini terjadi karena pendidikan bukan satu-satunya faktor yang mempengaruhi. Masih ada faktor lain yang mempengaruhi. Misalnya keluarga penderita yang dengan intens memotivasi penderita untuk selalu melakukan pengobatan dan perawatan.

#### **6.1.4 Pengaruh pendapatan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta)**

Berdasarkan tabel 5.1 sebagian besar responden (81,6%) memiliki pendapatan rendah dan sisanya (18,4%) memiliki pendapatan sedang.

Berdasarkan tabel 5.12 didapatkan bahwa prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) tidak baik pada kelompok responden yang

memiliki pendapatan rendah sebesar (51%) lebih besar dari kelompok responden yang memiliki pendapatan menengah (8,2%). Sebaliknya prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) baik pada pada kelompok responden yang memiliki pendapatan rendah sebesar (30,6%) lebih besar dari kelompok responden yang memiliki pendapatan menengah (10,2%).

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,319 > 0,05$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak. Berarti tidak pengaruh hubungan yang signifikan antara pendapatan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

Setelah dilakukan analisis dengan uji regresi logistik sederhana variabel umur tidak termasuk dalam analisis dengan demikian tidak ada hubungan/pengaruh yang bermakna antara pendapatan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta).

Suatu kenyataan bahwa sebagian besar penderita kusta adalah dari golongan ekonomi lemah yang kurang atau belum memahami arti penting dari kebersihan lingkungan, status gizi yang rendah dan kebiasaan hidup yang tidak sehat.

Walaupun demikian penelitian yang dilakukan oleh Sommerfelt et al (1990) dikutip dalam Amiruddin (2005), di India tidak terdapat hubungan yang bermakna antara prevalensi kusta dengan malnutrisi, kemiskinan dan kebodohan. Penelitian tersebut hanya mendapatkan hubungan antara prevalensi kusta dengan malnutrisi pada anak usia dibawah empat tahun.

Daud (2001) dan Marzuki (2000) mendapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan (pendapatan) dengan kepatuhan berobat pada penderita tuberkulosis.

Berdasarkan penelitian diatas, jelas bahwa pendapatan responden tidak berpengaruh terhadap perilaku penderita dalam melakukan pengobatan dan perawatan penyakitnya.

### **6.1.5 Pengaruh pengetahuan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta)**

Berdasarkan tabel 5.13 didapatkan bahwa prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) tidak baik pada pada kelompok responden yang memiliki pengetahuan tidak baik sebesar (57,1%) lebih besar dari kelompok responden yang memiliki pengetahuan cukup (2%). Sebaliknya prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) baik pada kelompok responden yang memiliki pengetahuan kurang baik sebesar (28,6%) lebih besar dari kelompok responden yang memiliki pengetahuan baik (12,2%).

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,006 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima. Berarti ada pengaruh pengetahuan responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

Setelah dilakukan analisis dengan uji regresi logistik sederhana variabel pengetahuan termasuk dalam analisis dengan nilai p-value  $0,034 < 0,250$ , dengan demikian tidak ada hubungan/pengaruh yang bermakna antara pendapatan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta).

Notoatmodjo (2007), mengatakan bahwa pengetahuan atau kognitif

merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang. Bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Oleh karena itu sangat penting untuk memberikan penyuluhan ataupun konseling untuk meningkatkan pengetahuan.

Penelitian ini sesuai dengan teori *Health Belief Model* dan teori perilaku kesehatan menurut Green. Pengetahuan adalah salah satu faktor pemudah terbentuknya perilaku seseorang. Artinya semakin baik pengetahuan seseorang maka akan semakin baik pula perilakunya.

Dalam teori *Health Promotion Model* (Pender) dijelaskan bahwa terbentuknya perilaku kesehatan berawal dari pengetahuan yang baik. Pengetahuan yang baik akan membentuk komitmen sungguh-sungguh untuk mengubah perilaku menjadi lebih baik pula (Pender, 2002).

Hal ini dapat dijadikan dasar bahwa penyuluhan penyakit kusta pada penderita, keluarga dan masyarakat secara intensif melalui ceramah maupun media lainnya, secara langsung maupun tidak langsung dapat mempertinggi pengetahuan mereka yang akhirnya dapat mendorong meningkatkan pengobatan dan perawatan (Kamariah, 2000).

#### **6.1.4 Pengaruh persepsi terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta)**

Berdasarkan tabel 5.14 didapatkan bahwa prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) tidak baik pada pada kelompok responden yang memiliki persepsi tidak tepat sebesar (38,8%) lebih besar dari kelompok responden yang memiliki persepsi tepat (12,2%). Sebaliknya prosentase perilaku

sehat (pengobatan dan perawatan kusta) baik pada kelompok responden yang memiliki persepsi tepat sebesar (40,8%) lebih besar dari kelompok responden yang memiliki persepsi tidak tepat (8,2%).

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,013 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima. Berarti ada pengaruh persepsi keluarga terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

Menurut Horovitz (2000), persepsi adalah anggapan yang muncul setelah melakukan pengamatan di lingkungan sekitar atau melihat situasi yang terjadi untuk mendapatkan informasi tentang sesuatu. Persepsi masing-masing individu terhadap satu situasi yang sama bisa berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena setiap orang menerima, mengorganisasi dan menerjemahkan informasi dengan caranya masing-masing.

Setelah dilakukan analisis dengan uji regresi logistik sederhana variabel persepsi termasuk dalam analisis dengan nilai p-value  $0,016 < 0,250$ , dengan demikian tidak ada hubungan/pengaruh yang bermakna antara pendapatan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta).

Kotler (2000) mengatakan bahwa persepsi dipengaruhi oleh faktor internal yang terdiri dari kecerdasan, minat, emosi, pendidikan, pendapatan, kapasitas alat indera dan jenis kelamin.

Menurut teori Pender (2002), terbentuknya perilaku kesehatan dipengaruhi oleh persepsi. Persepsi yang tepat akan membentuk komitmen untuk merubah perilaku lebih baik pula. karakteristik tuntutan dan kondisi lingkungan dimana promosi kesehatan lingkungan, persepsi seseorang bisa berdampak secara

langsung maupun tidak langsung pada perilaku kesehatan.

Persepsi yang salah tentang kusta akan melahirkan sikap yang salah, apalagi dengan tingkat pengetahuan yang rendah sehingga keluarga dengan kusta akan berperilaku tidak sehat (tindakan terhadap pengobatan dan perawatan kusta).

#### **6.1.7 Pengaruh sikap terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta)**

Berdasarkan tabel 5.15 didapatkan bahwa prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) tidak baik pada pada kelompok responden yang memiliki sikap tidak tepat sebesar (46,9%) lebih besar dari kelompok responden yang memiliki sikap tepat (12,2%). Sebaliknya prosentase perilaku sehat baik terhadap pengobatan dan perawatan pada kelompok responden yang memiliki sikap tepat sebesar (32,7%) lebih besar dari kelompok responden yang memiliki sikap tidak tepat (8,2%).

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,000 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima. Berarti ada pengaruh sikap responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

Dari hasil wawancara mendalam diketahui, bahwa sikap responden terbentuk setelah mendapat penyuluhan dari petugas puskesmas. Dapat juga terbentuk karena rasa cemas terhadap penyakit yang dirasakan oleh responden, sehingga mendorong responden untuk mencari pengobatan dan perawatan di puskesmas.

Menurut Boyz *et al* (2000), sikap merupakan perasaan positif dan negatif mengenai suatu objek yang mempengaruhi seseorang untuk melakukan perilaku

tertentu terhadap objek tersebut. Sikap dipengaruhi oleh pengetahuan. Pengetahuan merupakan faktor predisposisi terjadinya sikap (Sarwanto, 1999). Berdasarkan teori adaptasi apabila tingkat pengetahuan baik setidaknya dapat mendorong untuk mempunyai sikap dan perilaku yang baik pula (Widodo dkk, 2005).

Akan tetapi disisi lain dengan pengetahuan yang salah tentang sesuatu hal akibat penyampaian informasi yang kurang tepat, atau kurang lengkap atau terlalu berlebihan atau adanya kepercayaan yang salah di kelompok masyarakat yang berpengaruh khususnya terhadap informasi penyakit kusta/lepra akan memunculkan dan berkembang di masyarakat berupa mitos. Mitos yang dimaksud disini adalah persepsi dan kepercayaan masyarakat yang sebenarnya salah. Dalam hal tentang kusta, mitos adalah persepsi yang salah mengenai penyakit kusta. Akibat dari muncul dan berkembangnya mitos terhadap penyakit kusta akan menimbulkan sikap diskriminasi dan stigmatisasi masyarakat terhadap penderita dan keluarga dengan kusta.

Setelah dilakukan analisis dengan uji regresi logistik sederhana variabel sikap termasuk dalam analisis dengan nilai p-value  $0,000 < 0,250$ , dengan demikian tidak ada hubungan/pengaruh yang bermakna antara pendapatan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta).

#### **6.1.8 Pengaruh keyakinan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta)**

Berdasarkan tabel 5.16 didapatkan bahwa prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) tidak baik pada kelompok responden yang memiliki keyakinan salah (buruk) sebesar (51%) lebih besar dari kelompok



responden yang memiliki keyakinan benar (baik) (8,2%). Sebaliknya prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) baik pada kelompok responden yang memiliki keyakinan salah (buruk) sebesar (24,5%) lebih besar dari kelompok responden yang memiliki keyakinan benar (baik) tepat (16,3%).

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,036 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima. Berarti ada pengaruh sikap responden terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

Dalam hal ini tentu masih diperlukan peran dan dukungan dari petugas kesehatan untuk meyakinkan responden untuk teratur dalam melakukan perawatan dan pengobatan penyakitnya. Hal ini diperkuat oleh pernyataan bahwa kepatuhan berobat akan meningkat bila adanya keyakinan terhadap kesembuhan penyakit (Dudley, 1979).

Kayakinan dan kesalah pahaman tentang penyebab penyakit kusta menjadi faktor utama terbentuknya stigma negatif kusta di masyarakat. Di India, kusta dianggap sebagai hukuman Tuhan, deformitas karena kusta dianggap sebagai hukuman Illahi. Demikina juga di Cina, kusta dianggap sebagai penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual dengan pelacur. Keyakinan umum tentang kusta adalah penyakit keturunan. Keyakinan ini umum di India, Malaysia, China, Afrika. Bahkan di Norwegia, profesi medis percaya bahwa kusta didapat dari keturunan.

Stigma seperti inilah yang membuat perilaku terhadap pengobatan dan perawatan penderita kusta terhambat. Berdasarkan stigma itu pula yang membuat sulit untuk mengubah kesalahpahaman/pandangan yang terjadi pada penyakit

kusta.

Beberapa program pendidikan kesehatan masyarakat yang berfokus pada pengurangan stigma dan meningkatkan penerimaan kustaefektif untuk mengubah sikap yang lebih baik terhadap kusta (Hilary, 2001).

Setelah dilakukan analisis dengan uji regresi logistik sederhana variabel keyakinan termasuk dalam analisis dengan nilai  $p\text{-value } 0,043 < 0,250$ , dengan demikian tidak ada hubungan/pengaruh yang bermakna antara pendapatan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta).

#### **6.1.9 Pengaruh dukungan keluarga terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta)**

Berdasarkan tabel 5.17 didapatkan bahwa prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) tidak baik pada kelompok responden yang tidak mendapat dukungan keluarga sebesar (57,1%) lebih besar dari kelompok responden yang mendapat dukungan keluarga (2,0%). Sebaliknya prosentase perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) baik pada kelompok responden yang mendapat dukungan keluarga sebesar (38,8%) lebih besar dari kelompok responden yang tidak mendapat dukungan keluarga (2%).

Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* diperoleh hasil bahwa  $p = 0,000 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima. Berarti ada Pengaruh dukungan keluarga terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah.

Menurut Friedman (1998), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang

bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan bila diperlukan.

Menurut Friedman (2003) dukungan keluarga merupakan bagian integral dari dukungan sosial. Dampak positif dari dukungan keluarga adalah meningkatkan penyusuaian diri seseorang terhadap kejadian-kejadian dalam kehidupan.

Dukungan keluarga merupakan sumber yang mempengaruhi meningkatkan ataupun menurunkan kemampuan seseorang berperilaku memelihara kesehatan (Pender, 2002).

Dukungan keluarga sangat besar dampaknya terhadap anggota keluarga yang terkena kusta. Keterlibatan keluarga dalam pengendalian penyakit kusta sangat berperan penting dalam penemuan kasus (Hilary, 2001).

Kar (1983) menyatakan bahwa perilaku kesehatan seseorang bertitik tolak dari fungsi dukungan sosial (*social support*). Hal ini sejalan dengan penelitian Suchman yang menyatakan bahwa mereka yang sakit dalam mencari pelayanan kesehatan untuk berobat, terlebih dahulu mendiskusikan sakitnya kepada seseorang terutama keluarga dan saudaranya.

Setelah dilakukan analisis dengan uji regresi logistik sederhana variabel dukungan keluarga termasuk dalam analisis dengan nilai p-value  $0,000 < 0,250$ , dengan demikian tidak ada hubungan/pengaruh yang bermakna antara pendapatan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta).

#### **6.1.10 Pengaruh dukungan petugas kesehatan terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta)**

Berdasarkan tabel 5.19 didapatkan prosentase bahwa dukungan dari petugas kesehatan seluruhnya positif. Hasil Uji Analisis dengan *Chi Square* tidak bisa diukur karena bersifat konstan.

Menurut Joenoes (1984) seorang petugas kesehatan yang tidak komunikatif terhadap penderita akan menyebabkan penderita tidak mematuhi atau tidak menggunakan obat yang diberikan padanya. Penyuluhan yang efektif diberikan petugas kesehatan akan memberikan motivasi untuk patuh menggunakan obat, dengan jelas mengutarakan berapa jumlah obat sekali pakai, berapa kali sehari dan harus diteruskan berapa hari. Joenoes juga mengatakan apabila penderita tidak dapat baca tulis maka petugas kesehatan memberikan keterangan secara lisan dan berulang-ulang sehingga penderita merasa yakin atau mengerti keterangan yang diberikan.

#### **6.1.11 Faktor dominan yang mempengaruhi perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta)**

Berdasarkan tabel 5.21, dengan menggunakan uji regresi logistik multiple yang terdiri dari 5 variabel yaitu pengetahuan, persepsi, sikap, keyakinan dan dukungan keluarga tidak terdapat faktor dominan yang mempengaruhi perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta).

Hal ini bisa terjadi karena kemungkinan terdapat interaksi yang cukup kuat antar variabel, yaitu variabel pengetahuan, persepsi, sikap, keyakinan dan dukungan keluarga.

## 6.2 Pembahasan Hasil Analisis Kualitatif

Dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan kepada 10 responden ditanyakan beberapa hal sebagai berikut:

1. Tingkat pengetahuan dan sikap responden (keluarga dan penderita) tentang penyakit kusta

Perawatan kesehatan keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan dan dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat. Keluarga dijadikan sebagai unit pelayanan karena masalah keluarga saling dan saling mempengaruhi antara sesama anggota keluarga (Salvicion & Maglaya, 1978).

Dalam memberikan asuhan keperawatan, seringkali dijumpai hambatan-hambatan dalam memecahkan masalah kesehatan keluarga, yang paling besar diantaranya adalah pendidikan keluarga rendah yang akan berpengaruh terhadap pengetahuan keluarga, keterbatasan sumber daya keluarga (keuangan, sarana dan prasarana), kebiasaan-kebiasaan yang melekat dan sosial budaya yang tidak menunjang.

Seperti pernyataan seperti yang dikutip responden dari hasil wawancara mendalam:

“Kaula tak asakola lamba’ pak, daddhi tak oning panapa. Sake’ napa kaula neka, tak oning kaula. Ghun sareng pak mantre kaula ebelei sake’ kole’ biasa. epakon ngenom obat bhan are, engghi kaula ngenom, bile pon sobung epakon ngone’e ka Puskesmas”.(R6, 47 tahun)

(Saya dulu tidak bersekolah pak, jadi saya tidak tahu apa-apa. Saya sakit apa saya tidak tahu. Hanya oleh Bapak Mantri saya diberi tahu kalau saya terkena penyakit kulit biasa, dan disuruh minum obat setiap hari, iya saya minum. Kalau sudah habis saya disuruh mengambil ke Puskesmas)

“ Kaula tak oning sake’ napa pak. Sareng pak mantre tak ebelei.

Ghun epakon nginom obat neka bhan are, jha' sampe telat. Mon pon tadha' esoro abeli ngoni'i e Puskesmas" (R7, 35 tahun)  
(Saya tidak tahu sakit apa pak. Oleh Bapak Mantri tidak diberi tahu, hanya disuruh minum obat ini setiap hari, jangan sampai terlambat minumnya. Kalau sudah habis disuruh kembali untuk mengambil obatnya di Puskesmas).

Berdasarkan wawancara mendalam pada penelitian ini menunjukkan kurangnya pengetahuan responden tentang penyakit kusta. Demikian juga dengan sikap yang ditunjukkan para responden. Seperti yang ter kutip sebagai berikut :

" Kuddhu ka'essa' panyake' daging jube' pak. Mon kaula ecapo' genika. Ecapo' dhari ka'emma? Jha' oreng seppo kaula sobung seandhi' panyake' genika" (R10, 30 tahun)  
(Kusta itu adalah penyakit daging jelek. Kalau saya terkena penyakit seperti itu dari mana? Orang tua saya tidak ada yang punya penyakit seperti itu).

"Mulae ecapo' panyake' nika pak, kaula apesah dhari keluarga. Kaula agebei kamar dibi' eseddhi'na dapur. Kaula todhus ka anak, ka kompoy. Kompoy tak ebaghi amaen sareng kaula bi' eppa'ana" (R8, 70 tahun)  
(Sejak terkena penyakit ini, saya misah dari keluarga. Saya buat kamar khusus disamping dapur. Saya malu. Cucu tidak diperbolehkan oleh bapaknya main dengan saya.

Menurut penelitian yang dilakukan di Karachi India menunjukkan masyarakat tidak memiliki pengetahuan tentang kusta. Penekanan harus diberikan pada pendidikan kesehatan. Sikap positif ditemukan dengan stigma yang tinggi pula. Hanya upaya pendidikan dapat membawa perubahan dan meningkatkan pengetahuan orang-orang. Sebagian besar orang tidak menerima pendidikan kesehatan atau menghadiri seminar tentang kusta dan hanya 3% yang sadar tentang kusta (Nisar, 2007).

Sebuah studi, menunjukkan bahwa sikap stigma dan keyakinan dikaitkan dengan rendahnya tingkat pendidikan, gender perempuan dan tinggal di pedesaan

(Fidelis, 2005).

## 2. Norma sosial dan keyakinan masyarakat terhadap kusta

Robinson (1990) menjelaskan kusta sebagai tiga entitas (1) penyakit kusta-persepsi biomedis; kusta/lepra oleh tenaga kesehatan penyakit ini diidentifikasi menurut gejala-gejala fisik yang ada; (2) penyakit kusta-persepsi diri; penyakit ini dibentuk oleh pengaruh sosial-budaya, dan (3) penyakit kusta-persepsi sosial; penyakit yang dirasakan oleh masyarakat dan dinyatakan sebagai stigma sosial.

Seperti pernyataan seperti yang dikutip responden dari hasil wawancara mendalam:

“Panyake’ kuddhu neka panyake’ polana keturunan pak. Mon pon men-dhimenna badha se ecapo’ kuddhu, nak-anakna paste ecapo’ keya”. (R9, 37 tahun)

(Penyakit kusta adalah penyakit karena keturuna Pak. Kalau dahulu-dahulunya terkena, pasti anak-anaknya juga ikut terkena)

“Ampon pak panyake’ kuddhu ka’essa’ panyake’ hina. Kaula tak tarema ekoca’ sareng pak Salam mon kaula ecapo’ panyake kuddhu”. (R6, 35 tahun).

(Sungguh penyakit kusta adalah penyakit yang hina. Saya tidak terima waktu pak Salam (Petugas Puskesmas) mengatakan saya terkena penyakit kusta).

“Kaula molae ecapo’ panyake’ nika, kaula pas tak nanangghaan pak. Badha min rammin kaula tak entar. Kaula todhus. Bennyak orang tak ngabhas ka kaula”. (R5, 35 tahun).

(Sejak saya terkena penyakit ini, saya tidak pernah maen ke rumah tetangga, pak. Ada keramaian saya tidak pergi. Saya malu. Banyak orang gak melihat ke saya)

Menurut beberapa penelitian usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan agama memiliki peran penting dalam kepercayaan dari pasien sehubungan dengan kusta. Dalam sebuah penelitian di negara bagian Kaduna di Nigeria, pasien muslim percaya bahwa kusta adalah kehendak Allah, sedangkan orang Kristen dianggap sebagai hukuman atas dosa-dosa mereka. Sebuah studi di Tanzania

menunjukkan bahwa sikap stigma dan keyakinan yang berkaitan dengan kusta dikaitkan dengan tingkat pendidikan rendah, gender, tinggal di pedesaan dan agama. Di Myanmar, masyarakat pedesaan menerima pasien kusta lebih baik daripada masyarakat perkotaan (Wong, 2002).

Tinjauan literatur menunjukkan bahwa stigma, kesalahpahaman dan sikap negatif terhadap kusta lazim di kebanyakan komunitas, meskipun kemajuan medis dalam pengobatan kusta. Kebanyakan kesalahpahaman yang berkaitan dengan kusta, khususnya keyakinan keturunan, roh-roh jahat dan kontak dengan pelacur sebagai penyebab kusta, ditemukan agak mirip di geografis yang luas dan budaya latar belakang. Selain itu, kelainan yang timbul sebagai akibat kusta yang tidak diobati memainkan peran penting dalam meningkatkan stigma terhadap kusta.

### 3. Bagaimana tanggapan masyarakat sekitar terhadap penyakit kusta?

“tak oning kaula pak, mon kaula entar apolkompol reng-oreng tak ngalle nika, tape molaen ganika sobung tatangga se amaen ka kaula. Biasana sabbhan magrib bennyak oreng amaen ka ka’ento” (R9, 70 tahun).

(Saya tidak tahu pak. kalau saya datangi orang-orang yang sedang kumpul, mereka tidak pergi dengan kedatangan saya. Tapi, sejak terkena penyakit ini, tidak ada tetangga yang bermain ke rumah saya. Biasanya setiap setelah magrib banyak orang-orang yang main-main ke sini)

Kusta telah mempengaruhi orang selama ribuan tahun. Kusta masih sering dipandang sebagai penyakit menular dan menyiksa. Sekarang kusta dapat disembuhkan secara klinis relatif mudah, namun efek yang telah di dapat dari stigma dapat berlanjut tanpa batas pada kehidupan penderita. Ini adalah kondisi stigma, dan dapat menyebabkan orang yang terkena ditolak dan dikeluarkan dari masyarakat. contoh lain adalah pengucilan sosial.



4. Apakah keluarga mendukung terhadap upaya penyembuhan (pengobatan) anda?

“iye, malah serreng eghighiri engko’. Esoro ngenom. Bhan are epaenga’ mlolo” (R10, 40tahun).  
(iya, malah sering dimarahi. Setiap hari diingatin terus disuruh minum obat)

5. (Pertanyaan untuk keluarga). Apakah anda mendukung terhadap upaya penyembuhan yang dilakukan anggota keluarga anda?

“Mon sateya ladhina tekka’ tak aobat. Lamba’ esoro aobat sampe’ mare tak toro’ oca’. Mon stiya pas beremma’a? La towa keya re, pas sapa sengala’a obatta ka roma sake?” (KR9,55 tahun)  
(Kalau sekarang biar walau tidak berobat. Dulu disuruh berobat sampai tuntas tidak mau. Kalau sekarang bagaimana? Sudah tua juga, dan siapa juga yang mau ngambil obatnya di Puskesmas?)”

6. Bagaimana peran petugas kesehatan terhadap pengobatan yang anda jalani?

“Kaula akalangkong raja ka pak mantre. Sabbhan ngala’ obat pagghun ebelei tor eberri’ pangesto sopaja tak peggha’ aobat sampe’ mare” (R1, 30 tahun)  
“Saya berterima kasih kepada bapak perawat. Setiap mengambil obat, saya selalu diberi nasehat dan motivasi untuk tidak berhenti minum obat sampai tuntas.

Berdasarkan *literature review*, rekomendasi yang diusulkan tentang bagaimana dimensi sosial-budaya dapat dimasukkan dalam program pengendalian kusta untuk mengurangi stigma dan ketakutan terhadap penderita kusta dan meningkatkan penerimaan pasien kusta. Jika stigma terkait dengan penyakit berkurang, anggota masyarakat juga lebih mungkin untuk mencari pengobatan awal.

1. Melakukan studi kualitatif sosial-budaya dan keyakinan: Pengetahuan yang ada, sikap, keyakinan dan praktek dari populasi sasaran yang berkaitan dengan penyakit harus dieksplorasi dan diteliti sebelum program yang dirancang diimplementasikan. Ini paling baik dilakukan melalui kombinasi metode kualitatif seperti kelompok fokus dan metode kuantitatif seperti survei. Studi juga harus dilakukan antara penyedia layanan kesehatan untuk menilai keyakinan mereka dan sikap pada kusta.
2. Pendidikan kesehatan masyarakat untuk menginformasikan kepada masyarakat tentang efektivitas pengobatan, melawan stigma dan mempromosikan integrasi orang-orang yang terkena dampak dan keluarga mereka. Kesalah pahaman keyakinan dan budaya yang resiten sulit untuk terjadinya perubahan. Dengan demikian, penting untuk mengintegrasikan benar fakta tentang penyakit, seperti kusta dapat sembuh, menjadi keyakinan pada masyarakat lokal yang ada. Kampanye harus memberikan pengetahuan yang akurat tentang kusta, jangan sampai terjadi kesalah pahaman dengan mencela kepercayaan tradisional langsung. Tantangan bagi pendidik kesehatan adalah untuk upaya menerima kepercayaan tradisional dan teori obat modern yang tidak menyinggung komunitas.
3. Melibatkan tokoh masyarakat dan keluarga: Sebuah pendekatan multi-sektoral yang melibatkan profesional kesehatan, masyarakat dan tokoh agama serta perwakilan pemerintah dalam semua tahap perencanaan dan pelaksanaan program pendidikan kesehatan masyarakat dan kegiatan kusta lainnya kontrol dianjurkan untuk memastikan dampak yang lebih baik,

berkesinambungan dan penerimaan yang lebih luas dari pesan kesehatan yang dimaksudkan.

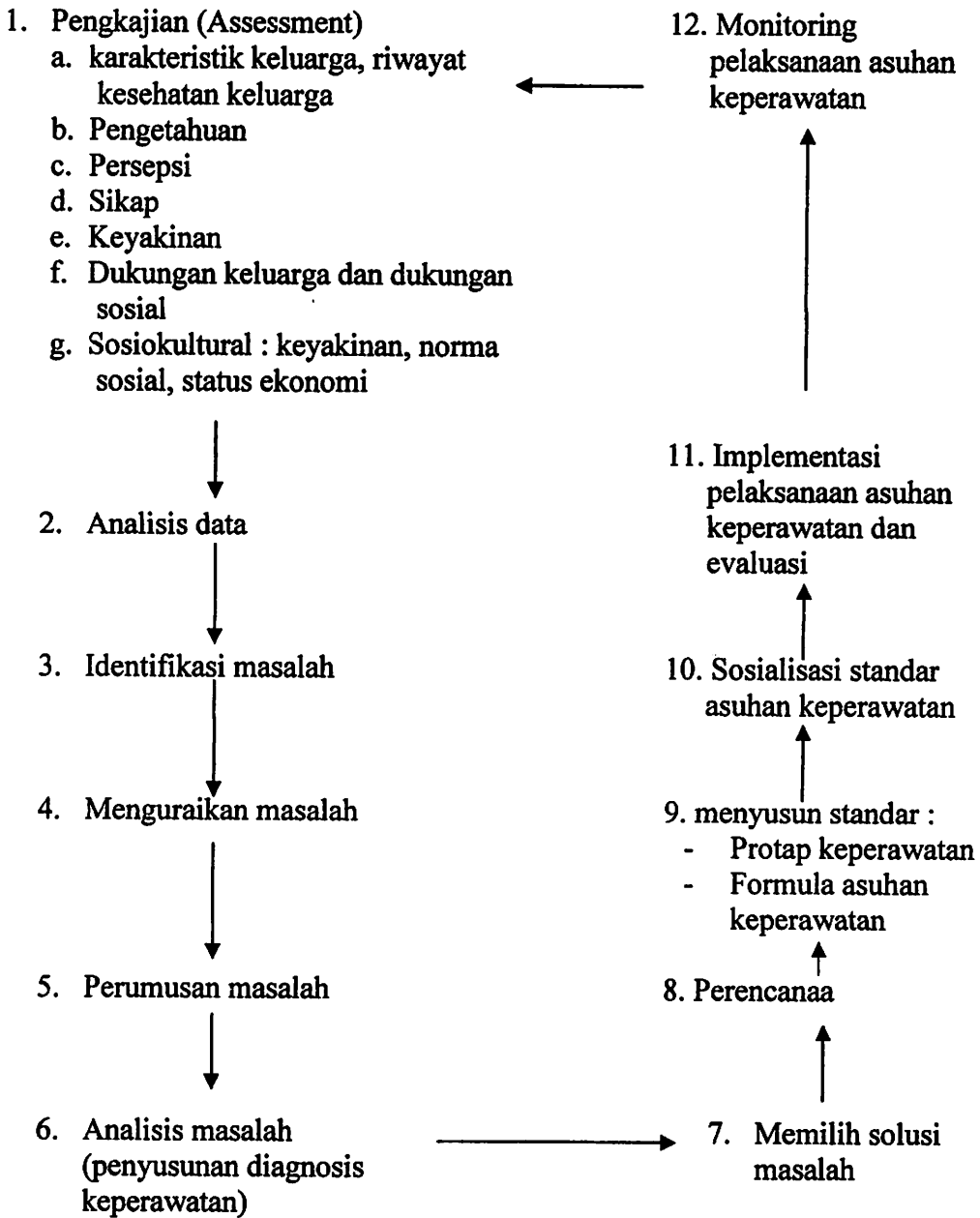
4. Mempertimbangkan untuk melibatkan penyembuh tradisional: Kelayakan dan penerimaan yang melibatkan penyembuh tradisional harus dieksplorasi untuk mendorong rujukan. Hal ini penting khususnya di masyarakat yang sebagian besar masih mencari pengobatan ke dukun sebelum mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan.
5. Melakukan studi lintas budaya: terdapat beberapa komunitas lebih menerima kusta/lepra pasien dari yang lain. Pasien kusta diterima lebih baik oleh orang Melayu dari Cina. Masyarakat di Myanmar juga tidak keberatan memiliki pasien kusta sebagai tetangga mereka. Lintas-budaya harus dilakukan untuk membandingkan faktor-faktor yang menyebabkan sikap yang berbeda terhadap pasien kusta. Kita dapat belajar dari masyarakat dengan sikap yang lebih menguntungkan dan menerapkan dan beradaptasi apa yang telah kita pelajari dari mereka untuk masyarakat yang kurang menguntungkan.
6. Melatih staf kesehatan untuk peka terhadap masalah pasien dan budaya: Kualitas penyedia layanan kesehatan-hubungan pasien merupakan faktor penting yang mempengaruhi kepatuhan pasien dengan pengobatan. Hal ini penting untuk meningkatkan perawatan holistik pasien kusta di pusat-pusat klinik, rumah sakit atau rehabilitasi, dimana keprihatinan psikososial mereka juga dipertimbangkan. Selain pelatihan penyedia layanan kesehatan dalam pengelolaan efek samping dari penyakit dan terapi obat, perhatian untuk pelatihan dari penyedia layanan kesehatan

dalam komunikasi dan keterampilan konseling. Penyedia layanan kesehatan harus belajar untuk berempati, mendengarkan kekhawatiran pasien dan menanggapi mereka. Pendekatan paternalistik yang sering diadopsi oleh kesehatan penyedia layanan dalam mengelola pasien di negara berkembang, tidak hanya tidak tepat, tetapi akan menghalangi pasien datang untuk tindak lanjut pengobatan. Penyedia layanan kesehatan juga harus belajar keterampilan pemecahan masalah untuk menilai alasan pasien tidak melakukan pengobatan atau tindak lanjut dan bertindak pada mereka. Ini berarti bahwa mereka harus dilatih pada teknik untuk menganalisis dan memotivasi perubahan perilaku.

### **6.3 Rancangan Model Keperawatan Keluarga Penderita Kusta**

Model keperawatan keluarga meliputi beberapa tahapan, yaitu : 1) pengkajian. Tahap ini mencakup pengumpulan data, analisis/interpretasi data tentang kondisi biologis, psikologis, sosiologis, kultural dan spiritual penderita/keluarga. 2) Merumuskan diagnosis keperawatan. 3) Perencanaan asuhan keperawatan. 4) Implementasi asuhan keperawatan dan, 5) Evaluasi (Suprayitno, 2002).

Dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan, dapat diusulkan rancangan model keperawatan keluarga. Secara skema rancangan model keperawatan keluarga penderita kusta dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 6.1 Rancangan Model Keperawatan Keluarga Penderita Kusta di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kec. Pademawu, Kab. Pamekasan

**B A B 7**  
**KESIMPULAN DAN SARAN**

## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Kesimpulan**

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

7.1.1 Tidak ada pengaruh karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan) terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.

7.1.2 Terdapat pengaruh faktor pemudah (pengetahuan, persepsi, sikap, keyakinan) terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.

7.1.3 Terdapat pengaruh faktor penguat (dukungan keluarga) terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur.

7.1.4 Tidak terdapat faktor dominan variabel pengetahuan, persepsi, sikap, keyakinan dan dukungan keluarga terhadap perilaku sehat (pengobatan dan perawatan kusta) di wilayah kerja Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kabupaten Pamekasan Provinsi Jawa Timur

7.1.5 Rancangan model keperawatan disusun berdasarkan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku sehat keluarga penderita kusta.



## **7.2 Saran**

- 1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan agar memberikan kesempatan kepada petugas kusta untuk mengikuti pelatihan mengembangkan pengetahuan dan keterampilannya sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan.**
- 2. Perawat dapat menggunakan rancangan model keperawatan keluarga untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku keluarga penderita kusta terhadap pengobatan dan perawatan penyakitnya.**
- 3. Perlu penelitian lebih lanjut tentang model keperawatan keluarga penderita kusta untuk bisa digunakan pada tipe-tipe keluarga yang berbeda.**

## DAFTAR PUSTAKA

**DAFTAR PUSTAKA**

- Action Programme for the Elimination of Leprosy, World Health Organization, Elimination of Leprosy, Questions and Answers, revised, 1996 ; 1-27.
- Alencar Ximenes R.A, Novinsk Gallo M.E, Fatima de Medeiros M.B, Retreatment in Leprosy : a Case Control Study, 2007; 4-6.  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034)
- Amirudin M. D, Kusta, dalam : Harahap, M, Ilmu Penyakit Kulit, cetakan I, 2000; 260-4.
- Amirudin M. D, Penyakit Kusta Di Indonesia, Masalah Penanggulangannya, Suplement vol. 26 no. 3, 2005 ; 1-4.
- Bakker M.I, Hatta M, Kwenang A, Mosseveld P.V, Risk Factors For Developing Leprosy – a populations based cohort study in Indonesia, Leprosy Review (2006) 77; 48–52.
- Bambang G, Sumadiono, Stres dan Sistem Imun Tubuh : Suatu Pendekatan Psikoneuroimunologi, Cermin Dunia Kedokteran No. 54, 2007; 1–4.  
[http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/154\\_08\\_Stresimunitastub](http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/154_08_Stresimunitastub)
- Baratawijaya K.G, Imunologi Dasar, edisi kelima, FKUI, 2002; 190
- Beijing 15<sup>th</sup> International Leprosy Congress, Working Toward a World Without Leprosy, 1998 ; 1-8.
- Boggild A.K, Keystone J.S, Kain K.C, Leprosy : A Primer for Canadian Physicians, CAMJ, 170 (1), 2004 ; 8 – 171.
- Buffon L.P, Lucio's phenomena (erythema necroticans) in pregnancy : a case report and an overview, 2001 ; 3-7.  
[http://www.anaidedermatologia.org.br/artigo\\_en.php?artigo\\_id=10375](http://www.anaidedermatologia.org.br/artigo_en.php?artigo_id=10375)
- Bustan M.N, Pengantar Epidemiologi, Rhineka Cipta, Jakarta, 1997; 4-7.
- Darmala G. K, Multi Drug Therapi Regimen WHO Pada Kusta Multi Basiler Selama 1 Tahun, FK Universitas Udayana, Denpasar, 1999; 9-10.
- Dave S, Thappa D.M, Nori A.V, Jayanthi S, A rare variant of erythema nodosum leprosum : A case report, 2003; 4-5.  
[http://dermatology.cdlib.org/95/case\\_reports/enl/thappa.html](http://dermatology.cdlib.org/95/case_reports/enl/thappa.html)
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, Data Penderita Kusta Propinsi Jawa Timur, tahun 2008, 2009, 2010.

- Ditjen PP & PL, Pedoman Pelaksanaan Pembentukan Kelompok Perawatan Diri, Jakarta, 2006; 29-31.
- Ditjen PPM & PL Dep. Kes. RI, Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta, Cetakan XVIII, Jakarta, 2006 ; 4-138.
- Ditjen PPM & PL Dep.Kes. RI, Modul Epidemiologi Penyakit Kusta dan Program Pemberantasan Penyakit Kusta, Jakarta, 2001 ; 1-10.
- Ditjen PPM & PL Dep.Kes.RI, Modul Aspek Klinis, Komplikasi Penyakit Kusta Dan Penanggulangannya, Jakarta, 2001; 1-21.
- Gordis L, Epidemiology, second editition, W.B Saunders Company, 2000;53-140.
- Guerra J.G, Erythema Nodosum Leprosum: Clinical and Therapeutic - update, 2002; 3-9. [http://www.anaisdedermatologia.org.br/artigo\\_en.php?artigo\\_id=10451](http://www.anaisdedermatologia.org.br/artigo_en.php?artigo_id=10451)
- Gunadi A, Kajian Tentang Faktor – Faktor Risiko Terjadinya Kecacatan Pada Lepra di RS Tugu Semarang, FK UNDIP, 2000 ; 1-2. <http://digilib.litbang.depkes.go.id/go.php?id=jkpkbppk-gdl-res-2000gunadi2c-1931-lepra>
- Hardiyanto, Pengobatan Penyakit Kusta, dalam : Juanda, Adhi, Kusta, Diagnosis dan Penatalaksanaan, FKUI, Jakarta, 1997; 39-46.
- Hawari D, Managemen Stres, Cemas dan Depresi, FKUI, Jakarta, 2002;56-58.
- <http://www.kcom.edu/faculty/chamberlain/Website/tritzid/leprosy.html>:Leprosy; 1-4.
- Job C.K, Pathology And Pathogenesis of Leprous Neuritis, a Preventable and Treatable Complication, International Journal of Leprosy, vol. 69, number 2, 2001; 18-29.
- Junadi P, Pengantar Analisa Data, Rineka Cipta, Jakarta, 1995; 17-80.
- Kasiulevicius, et all 2006, *Theory and Practice Sample Size Calculation In Epidemiologis Studies. Gerontologija*, 7(4): 225 – 231
- Kleinbaum D, Logistic Regression : a Self Learning Text, New York : Springer Verlag Inc., 1994.
- Kosasih A, Made Wisnu I, Emmy S.J, Linuwih S. M, Kusta, dalam : Juanda, Adhi, Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, edisi IV, FKUI, Jakarta, 2005;73-88.
- Kresno S.B, Imunologi : Diagnosis dan Prosedur Laboratorium, FKUI, Jakarta, 2001;1-10.

- Kumar, Bhushan, Dogra, Sunil, Kaur, Inderjeet, Epidemiological Characteristic of Leprosy Reactions : 15 Year Experience From Nort India, 2004; 1-2  
[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_qa3754/is\\_200406/ai\\_n9414894/pg7](http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3754/is_200406/ai_n9414894/pg7)
- Leprosy Control Project, Petunjuk Pengisian Form Pencegahan Cacat, 1998; 1-11.
- Manandhar R, Joseph W, Master J.L, Roche P.W, Risk Factors for Erythema Nodosum Leprosum, International Journal of Leprosy volume 67, number 3, 1999 ; 7-270.
- Mery D, Porter/Novell, Buku Panduan Diskusi Kelompok Terarah, Aed Healthcom.
- Nafrialdi, Ganiswara G. S, Anti kanker dan Imunosupresan, dalam : Ganiswara G. S, Farmakologi Dan Terapi, edisi keempat, Bagian Farmakologi FKUI, Jakarta, 1995;707.
- Pagolori, Analisis Faktor Risiko Reaksi sesudah Pengobatan MDT Pada Penderita Kusta di Kabupaten Gowa Tahun 2002, FKM UNHAS, 2003 ; 1-2.  
<http://digilib.litbang.depkes.go.id/go.php?id=jkpkbppk-gdl-res-2003-pagolori>
- Pascale Allotay, Margaret Gyapong, The gender agenda in the control of tropical diseases : A review of current evidence, social, economic and behaviour reseach, special topics no.4, 1997; 8-17.
- PLKN, Modul Diagnosis, Klasifikasi, Pemeriksaan Dan Pengobatan Kusta, Makassar, 2002 ; 1-23.
- PLKN, Modul Reaksi dan Pencegahan Cacat, Makassar, 2002 ; 1-18.
- R.Bwire & H.J.S Kawuma, Hospital-Based Epidemiological Study of Reactions, Buluba Hospital, 1985–1989, Lepr. Rev, 64,1993 ; 325-29. 32. Schollard D.M, Smith T, Bhoopat L, Theetranont C, Rangdaeng S, Morens D.M, Epidemiologic Characteristics of leprosy Reactions, International Journal of Leprosy, 1994, vol.64, number 2, 1994 ; 559-65.
- Ramaratnam S, Leprosy, 2007 ; 4-33 <http://www.emedicine.com/neuro/topic187.htm>
- Ranque B, Thuc V.N, Thai H.V, Huong T.N, Ba N.N, Khoa X.P, Schurr E, Age is an Important Risk Faktor for Onset and sequele of Reversal Reactions in Vietnamese Patients with Leprosy, 2004 ; 9-33.
- Rea H.T, Sieling P.A, Delayed-Type Hypersensitivity Reactions Followed by Erythema Nodosum Leprosum, International Journal of Leprosy, vol. 66, 3, 1998 ; 26-316.
- Roche P.W, Master J.L, Ruth C.B, Risk Factors for Type I Reactions in Leprosy, International Journal of Leprosy volume 65, number 4, 1997;4-450.

- Rothman K. J, Saunder R. G, *Modern Epydemiology*, second edition, 1998; 7-93.
- Roy E.P, Gopal R, *Clinical Leprosy*, in : Hasting RC, editor, *Opromolla DVA*, 2nd ed. Edinburg : Churchill Livingstone; 1994; 8-271.
- S.L Walker, D.N.L Lockwood, *The Clinical and Immunological Features of Leprosy*, 2006; 5-13. <http://bmb.oxfordjournals.org/cgi/content/full/1dl10v1>
- Santoso S, *Mengatasi Berbagai Masalah Statistik Dengan SPSS Versi 11,5*, cetakan ketiga, Jakarta, 2005; 86-315.
- Sasakawa Memorial Health Foundation, *Atlas Kusta*, 2004 ; 1-3.
- Saunder R. G, *Medical Epidemiology*, fourth edition, 2005; 147-156. 58. Rothman K. J., *Epidemiology an Introduction*, Oxford University Press, 2002; 73-93.
- Schreuder Pieter A.M, *The Occurrence of Reactions and Impairment in Leprosy : Experience in the Leprosy Control Program of Three Provinces in Northeastern Thailand 1978 –1995, II. Reactions*, *International Journal of Leprosy*, vol. 66, number 2, 1998 ; 67-159.
- Schreuder Pieter A.M, *The Occurrence of Reactions and Impairment in Leprosy : Experience in the Leprosy Control Program of Three Provinces in Northeastern Thailand 1978–1995, I. Overview of the Study*, *International Journal of Leprosy*, vol. 66, number 2, 1998; 56-149.
- Schreuder Pieter A.M, *The Occurrence of Reactions and Impairment in Leprosy : Experience in the Leprosy Control Program of Three Provinces in Northeastern Thailand 1978 –1995, III. Neural and Other Impairments*, *International Journal of Leprosy*, vol. 66, number 2, 1998; 9-170.
- Skilicorn K, *Reactions and Neuritis in Leprosy–(HD)*, 2007 ; 1-4 <http://www.webspawner.com/users/REACTNS/>
- Skilicorn K, *The Immunology of Leprosy*, 2007 ; 1-4. <http://www.webspawner.com/user/immunity/>
- Solomon S, Kurian N, Ramadas P, Simon Sunder Rao P.S, *Incidence of Nerve Damage in Leprosy Patients Treted With MDT*, *International Journal of Leprosy*, vol. 66 number 4, 1998 ; 451-5.
- Suradi R, Siahaan C.H, Boedjang R.F, Darmosubroto S, Setyaningsih I, Soedibyo S, *Penelitian Kasus Kontrol*, dalam : Sastroasmoro S, Ismael S, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, FKUI, Jakarta, 1995; 78-93.
- Swarth J, *Stres dan Nutrisi*, Bumi Aksara, Jakarta, 2001; 16-22.

- Van Brakel W.H, Khawas I.B, Lucas S.B, Reactions in Leprosy : An Epidemiological Study of Patients in Nepal, *Lepr. Rev*, 65, 1994 ; 3-190.
- Vijayakumaran P, Manimozhi N, Jesudasan K, Incidence of Late Lepra Reaction Among Multibacillary Leprosy Patients After MDT, *International Journal of Leprosy*, vol. 63, number 1, 1995 ; 18-21.
- W.K. Fung, Lepromatous Leprosy and Erythema Nodosum Leprosum, *Hongkong Dermatology & Venereology Bulletin*, 2001; 1 – 3.
- Watson J. M, Tindakan Penting Untuk Mengurangi Cacat Pada Penderita Kusta, Jakarta, 1998; 1-9.
- Word Health, MDT, Questions and Answers, revised 1997; 1-57.
- Zubaedi Y, Tuberkulostatik Dan Leprostatik, dalam : Ganiswara G.S, *Farmakologi Dan Terapi*, edisi keempat, FKUI, Jakarta, 1995; 611-15.
- Zulkifli, Penyakit Kusta Dan Masalah Yang Di Timbulkannya, FKM USU, 2003;1-2

# LAMPIRAN



## Logistic Regression

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	49	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	49	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		49	100,0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak Baik	0
Baik	1

### Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding	
			(1)	(2)
PENGETAHUAN	Kurang Baik	42	1,000	,000
	Cukup	1	,000	1,000
	Baik	6	,000	,000

## Block 0: Beginning Block

### Iteration History<sup>a,b,c</sup>

		-2 Log likelihood	Coefficients
			Constant
Step 0	1	66,266	-,367
	2	66,266	-,372
	3	66,266	-,372

- a. Constant is included in the model.  
 b. Initial -2 Log Likelihood: 66,266  
 c. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed			Predicted		
			PERILAKU		Percentage Correct
			Tidak Baik	Baik	
Step 0	PERILAKU	Tidak Baik	29	0	100,0
		Baik	20	0	,0
Overall Percentage					59,2

a. Constant is included in the model.  
 b. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df
Step 0	Constant	-,372	,291	1,634	1

**Variables in the Equation**

		Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	,201	,690

**Variables not in the Equation**

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	PENGETAHUAN	10,363	2	,006
		PENGETAHUAN(1)	6,815	1	,009
		PENGETAHUAN(2)	,704	1	,401
		SIKAP	16,831	1	,000
		KEYAKINAN	4,396	1	,036
		DK	41,070	1	,000
		PERSEPSI	6,150	1	,013
Overall Statistics			43,023	6	,000

**Block 1: Method = Backward Stepwise (Likelihood Ratio)**

**Iteration History<sup>a,b,c,d</sup>**

Iteration	-2 Log likelihood	Coefficients		
		Constant	PENGETAHUAN(1)	PENGETAHUAN(2)
Step 1				
1	18,977	-3,285	-1,186	-,526
2	10,570	-3,178	-2,788	-,996
3	7,323	-3,500	-4,153	-1,108
4	6,192	-4,458	-5,192	-1,116
5	5,782	-5,460	-6,199	-1,117
6	5,632	-6,461	-7,202	-1,116
7	5,577	-7,461	-8,202	-1,116
8	5,557	-8,461	-9,203	-1,116
9	5,550	-9,461	-10,203	-1,116
10	5,547	-10,462	-11,203	-1,116
11	5,546	-11,462	-12,203	-1,116
12	5,545	-12,462	-13,203	-1,116
13	5,545	-13,462	-14,203	-1,116
14	5,545	-14,462	-15,203	-1,116
15	5,545	-15,462	-16,203	-1,116
16	5,545	-16,462	-17,203	-1,116
17	5,545	-17,462	-18,203	-1,116
18	5,545	-18,462	-19,203	-1,116
19	5,545	-19,462	-20,203	-1,116
20	5,545	-20,462	-21,203	-1,116

Iteration History<sup>a,b,c,d</sup>

Iteration	Coefficients				
	SIKAP	KEYAKINAN	DK	PERSEPSI	
Step 1	1	,867	-,828	3,474	-,871
	2	2,272	-2,145	5,275	-2,245
	3	3,736	-3,471	7,249	-3,675
	4	4,817	-4,513	9,272	-4,750
	5	5,829	-5,520	11,283	-5,761
	6	6,831	-6,523	13,287	-6,764
	7	7,832	-7,524	15,288	-7,765
	8	8,832	-8,524	17,289	-8,765
	9	9,832	-9,524	19,289	-9,765
	10	10,832	-10,524	21,289	-10,765
	11	11,832	-11,524	23,289	-11,765
	12	12,832	-12,524	25,289	-12,765
	13	13,832	-13,524	27,289	-13,765
	14	14,832	-14,524	29,289	-14,765
	15	15,832	-15,524	31,289	-15,765
	16	16,832	-16,524	33,289	-16,765
	17	17,832	-17,524	35,289	-17,765
	18	18,832	-18,524	37,289	-18,765
	19	19,832	-19,524	39,289	-19,765
	20	20,832	-20,524	41,289	-20,765

**Iteration History<sup>a,b,c,d</sup>**

Iteration	-2 Log likelihood	Coefficients		
		Constant	PENGETAHU AN(1)	PENGETAHU AN(2)
Step 2 1	20,211	-5,310		
2	13,118	-7,690		
3	10,383	-9,646		
4	9,389	-11,574		
5	9,018	-13,549		
6	8,881	-15,543		
7	8,830	-17,541		
8	8,812	-19,540		
9	8,805	-21,540		
10	8,802	-23,540		
11	8,801	-25,540		
12	8,801	-27,540		
13	8,801	-29,540		
14	8,801	-31,540		
15	8,801	-33,540		
16	8,801	-35,540		
17	8,801	-37,540		
18	8,801	-39,540		
19	8,801	-41,540		
20	8,801	-43,540		

Iteration History<sup>a,b,c,d</sup>

Iteration	Coefficients			
	SIKAP	KEYAKINAN	DK	PERSEPSI
Step 2 1	,813	-,318	3,561	-,635
2	2,185	-,859	5,317	-1,829
3	3,731	-1,688	7,146	-3,366
4	4,799	-2,667	9,104	-4,468
5	5,800	-3,659	11,091	-5,482
6	6,798	-4,654	13,086	-6,486
7	7,798	-5,651	15,084	-7,487
8	8,797	-6,651	17,084	-8,487
9	9,797	-7,650	19,084	-9,488
10	10,797	-8,650	21,083	-10,488
11	11,797	-9,650	23,083	-11,488
12	12,797	-10,650	25,083	-12,488
13	13,797	-11,650	27,083	-13,488
14	14,797	-12,650	29,083	-14,488
15	15,797	-13,650	31,083	-15,488
16	16,797	-14,650	33,083	-16,488
17	17,797	-15,650	35,083	-17,488
18	18,797	-16,650	37,083	-18,488
19	19,797	-17,650	39,083	-19,488
20	20,797	-18,650	41,083	-20,488

Iteration History<sup>a,b,c,d</sup>

Iteration	-2 Log likelihood	Coefficients		
		Constant	PENGETAHU AN(1)	PENGETAHU AN(2)
Step 3 1	20,459	-5,465		
2	13,667	-8,032		
3	11,162	-10,081		
4	10,249	-11,906		
5	9,882	-13,789		
6	9,741	-15,749		
7	9,688	-17,735		
8	9,668	-19,730		
9	9,661	-21,728		
10	9,658	-23,728		
11	9,657	-25,727		
12	9,657	-27,727		
13	9,657	-29,727		
14	9,657	-31,727		
15	9,657	-33,727		
16	9,657	-35,727		
17	9,657	-37,727		
18	9,657	-39,727		
19	9,657	-41,727		
20	9,657	-43,727		

Iteration History<sup>a,b,c,d</sup>

Iteration	Coefficients			
	SIKAP	KEYAKINAN	DK	PERSEPSI
Step 3 1	,791		3,506	-,731
2	2,156		5,138	-2,153
3	3,711		6,754	-4,180
4	4,722		8,494	-6,041
5	5,690		10,371	-7,963
6	6,674		12,324	-9,925
7	7,668		14,306	-11,908
8	8,666		16,300	-13,902
9	9,665		18,297	-15,899
10	10,665		20,296	-17,899
11	11,665		22,296	-19,898
12	12,665		24,296	-21,898
13	13,665		26,296	-23,898
14	14,665		28,296	-25,898
15	15,665		30,296	-27,898
16	16,665		32,296	-29,898
17	17,665		34,296	-31,898
18	18,665		36,296	-33,898
19	19,665		38,296	-35,898
20	20,665		40,296	-37,898

a. Method: Backward Stepwise (Likelihood Ratio)

b. Constant is included in the model.

c. Initial -2 Log Likelihood: 66,266

d. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

## Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	60,721	6	,000
	Block	60,721	6	,000
	Model	60,721	6	,000
Step 2 <sup>a</sup>	Step	-3,256	2	,196
	Block	57,465	4	,000
	Model	57,465	5	,000
Step 3 <sup>a</sup>	Step	-,856	1	,355
	Block	56,609	3	,000
	Model	56,609	3	,000

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.



**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	5,545 <sup>a</sup>	,710	,958
2	8,801 <sup>a</sup>	,690	,931
3	9,657 <sup>a</sup>	,685	,924

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

**Hosmer and Lemeshow Test**

Step	Chi-square	df	Sig.
1	,000	5	1,000
2	,000	5	1,000
3	,000	4	1,000

**Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test**

		PERILAKU = Tidak Baik		PERILAKU = Baik		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	4	4,000	0	,000	4
	2	20	20,000	0	,000	20
	3	5	5,000	2	2,000	7
	4	0	,000	4	4,000	4
	5	0	,000	5	5,000	5
	6	0	,000	6	6,000	6
	7	0	,000	3	3,000	3
Step 2	1	4	4,000	0	,000	4
	2	20	20,000	0	,000	20
	3	4	4,000	1	1,000	5
	4	1	1,000	7	7,000	8
	5	0	,000	4	4,000	4
	6	0	,000	5	5,000	5
	7	0	,000	3	3,000	3
Step 3	1	5	5,000	0	,000	5
	2	22	22,000	0	,000	22
	3	1	1,000	1	1,000	2
	4	1	1,000	11	11,000	12
	5	0	,000	4	4,000	4
	6	0	,000	4	4,000	4

Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted			
		PERILAKU		Percentage Correct	
		Tidak Baik	Baik		
Step 1	PERILAKU	Tidak Baik	29	0	100,0
		Baik	2	18	90,0
		Overall Percentage			95,9
Step 2	PERILAKU	Tidak Baik	27	2	93,1
		Baik	0	20	100,0
		Overall Percentage			95,9
Step 3	PERILAKU	Tidak Baik	27	2	93,1
		Baik	0	20	100,0
		Overall Percentage			95,9

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df
Step 1 <sup>a</sup>	PENGETAHUAN			,000	2
	PENGETAHUAN(1)	-21,203	16408,712	,000	1
	PENGETAHUAN(2)	-1,116	45235,505	,000	1
	SIKAP	20,832	7168,994	,000	1
	KEYAKINAN	-20,524	12082,700	,000	1
	DK	41,289	12709,454	,000	1
	PERSEPSI	-20,765	12859,775	,000	1
	Constant	-20,462	21790,450	,000	1
Step 2 <sup>a</sup>	SIKAP	20,797	7043,602	,000	1
	KEYAKINAN	-18,650	12229,567	,000	1
	DK	41,083	12158,185	,000	1
	PERSEPSI	-20,488	12624,200	,000	1
	Constant	-43,540	14087,203	,000	1
Step 3 <sup>a</sup>	SIKAP	20,665	6547,261	,000	1
	DK	40,296	11258,372	,000	1
	PERSEPSI	-37,898	11258,372	,000	1
	Constant	-43,727	13094,522	,000	1

## Variables in the Equation

	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>				
PENGETAHUAN	1,000			
PENGETAHUAN(1)	,999	,000	,000	.
PENGETAHUAN(2)	1,000	,327	,000	.
SIKAP	,998	1,115E9	,000	.
KEYAKINAN	,999	,000	,000	.
DK	,997	8,546E17	,000	.
PERSEPSI	,999	,000	,000	.
Constant	,999	,000		
Step 2 <sup>a</sup>				
SIKAP	,998	1,077E9	,000	.
KEYAKINAN	,999	,000	,000	.
DK	,997	6,955E17	,000	.
PERSEPSI	,999	,000	,000	.
Constant	,998	,000		
Step 3 <sup>a</sup>				
SIKAP	,997	9,431E8	,000	.
DK	,997	3,164E17	,000	.
PERSEPSI	,997	,000	,000	.
Constant	,997	,000		

a. Variable(s) entered on step 1: PENGETAHUAN, SIKAP, KEYAKINAN, DK, PERSEPSI.

## Model if Term Removed

Variable	Model Log Likelihood	Change in -2 Log Likelihood	df
Step 1			
PENGETAHUAN	-4,400	3,256	2
SIKAP	-5,454	5,363	1
KEYAKINAN	-4,090	2,634	1
DK	-20,049	34,553	1
PERSEPSI	-4,412	3,278	1
Step 2			
SIKAP	-7,082	5,363	1
KEYAKINAN	-4,828	,856	1
DK	-23,675	38,549	1
PERSEPSI	-5,642	2,482	1
Step 3			
SIKAP	-7,599	5,541	1
DK	-23,876	38,095	1
PERSEPSI	-7,862	6,068	1

**Model if Term Removed**

Variable	Sig. of the Change
Step 1 PENGETAHUAN	,196
SIKAP	,021
KEYAKINAN	,105
DK	,000
PERSEPSI	,070
Step 2 SIKAP	,021
KEYAKINAN	,355
DK	,000
PERSEPSI	,115
Step 3 SIKAP	,019
DK	,000
PERSEPSI	,014

**Variables not in the Equation<sup>c</sup>**

			Score	df	Sig.
Step 2 <sup>a</sup>	Variables	PENGETAHUAN	3,429	2	,180
		PENGETAHUAN(1)	3,429	1	,064
		PENGETAHUAN(2)	,000	1	1,000
Step 3 <sup>b</sup>	Variables	PENGETAHUAN	1,091	2	,580
		PENGETAHUAN(1)	1,091	1	,296
		PENGETAHUAN(2)	,000	1	1,000
		KEYAKINAN	,545	1	,460

a. Variable(s) removed on step 2: PENGETAHUAN.

b. Variable(s) removed on step 3: KEYAKINAN.

c. Residual Chi-Squares are not computed because of redundancies.

**Casewise List<sup>b</sup>**

Case	Selected Status <sup>a</sup>	Observed	Predicted	Predicted Group
		PERILAKU		
29	S	T**	,917	B

**Casewise List<sup>b</sup>**

Case	Temporary Variable	
	Resid	ZResid
29	-,917	-3,317

a. S = Selected, U = Unselected cases, and \*\* = Misclassified cases.

b. Cases with studentized residuals greater than 2,000 are listed.

**Lampiran 1****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Informasi dibawah ini disediakan untuk Anda agar Anda dapat memutuskan apakah anda akan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Anda sebaiknya mengetahui bahwa Anda bebas untuk tidak ikut berpartisipasi atau mengundurkan diri dari proses penelitian ini tanpa mempengaruhi hubungan Anda dengan tempat Anda bekerja.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengetahuan, persepsi, sikap, pandangan keluarga terhadap penyakit kusta, nilai dan keyakinan masyarakat tentang penyakit kusta. Untuk mencapai tujuan tersebut penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Dengan pendekatan ini nantinya akan diperoleh suatu gambaran tentang pandangan terhadap penyakit kusta.

Data yang dikumpulkan adalah data hasil wawancara (*interview*) dengan Anda. Data yang didapatkan akan dianalisis dan diinterpretasi. Data yang sudah tidak digunakan lagi akan dihancurkan. Data-data tersebut hanya akan diketahui oleh saya (peneliti) dan pembimbing tesis. Lamanya wawancara/*interview* kurang lebih selama 1 jam. Wawancara/*interview* dapat dilakukan 1 kali atau lebih sesuai dengan informasi yang dibutuhkan. Proses *interview* akan direkam dalam *tape-recorder*.

Anda tidak perlu ragu untuk menanyakan apa saja mengenai penelitian ini baik sebelum atau selama Anda terlibat dalam proses penelitian. Nama dan identitas Anda hanya diketahui oleh peneliti sendiri dan tidak ada resiko apapun dalam penelitian ini. Dengan berpartisipasi dalam penelitian ini Anda akan mendapatkan hal-hal baru yang mungkin belum pernah Anda sadari sebelumnya mengenai diri Anda.

Saya sebagai peneliti akan merasa senang sekali bila Anda bersedia berpartisipasi mulai dari proses pengumpulan data hingga proses analisis data. Bila Anda membutuhkan informasi lebih lanjut, Anda dapat menghubungi saya :

Abdul Wahid

Rumah : Jl. Purna, No. 29 Pamekasan

Telepon : HP : 0818581885

Mohon Anda menandatangani lembar persetujuan ini dengan benar-benar mengetahui latar belakang penelitian ini.

---

Tanda tangan

---

Tanggal

## Lampiran 2

### **SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada,

Yth. Responden

Dengan hormat,

Saya mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya bermaksud akan melakukan penelitian dengan judul **“Rancangan Model Keperawatan Keluarga Penderita Kusta di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kec. Pademawu, Kab. Pamekasan”**

Data yang diperoleh dari penelitian ini akan berguna dan bermanfaat bagi masyarakat, institusi pemberi pelayanan kesehatan sebagai dasar dalam menentukan program kesehatan bagi wilayah penelitian. Saya mohon kesediaan responden untuk turut berpartisipasi dalam penelitian ini dengan mengisi angket yang telah disediakan dan menjawab pertanyaan yang peneliti ajukan, dengan sebelumnya mengisi lembar persetujuan yang peneliti lampirkan. Perlu kami beritahukan bahwa data yang peneliti peroleh akan dijaga kerahasiaannya.

Demikian permohonan ini peneliti buat, atas perhatian dan ketersediaan responden peneliti ucapkan banyak terima kasih.

Peneliti,  
Abdul Wahid

**Lampiran 3****SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang bernama Abdul Wahid dengan judul **“Rancangan Model Keperawatan Keluarga Penderita Kusta di Puskesmas Pademawu dan Puskesmas Sopaah, Kec. Pademawu, Kab. Pamekasan”**

Nama :

Alamat :

Saya mengetahui bahwa keterangan/ informasi yang akan saya berikan ini bermanfaat bagi peneliti dan bagi kami, serta kerahasiaan data saya akan tetap terjaga.

Pamekasan,.....2011

Responden

(.....)

## Lampiran 4

### Interview Protocol

Interviewer :  
Waktu interview (Tanggal/Jam) :  
Lamanya interview :  
Tempat interview :  
Nama interview :

#### Pertanyaan :

1. Apakah Anda tahu dan mengerti dengan penyakit kusta/lepra?
2. Bagaimana pandangan keluarga anda yang terkena penyakit kusta/lepra?  
Bagaimana keluarga memandang penyakit kusta/lepra itu ?
3. Bagaimana orang-orang di luar (masyarakat) memandang penyakit kusta/lepra itu?
4. Apakah keluarga mendukung/tidak mendukung terhadap upaya penyembuhan yang dilakukan anggota keluarga yang menderita penyakit kusta? Bagaimana dengan dukungan keluarga terhadap upaya penyembuhan penyakit anda?
5. Seperti apakah dukungan yang diberikan keluarga?
6. Bagaimana peran petugas kesehatan selama ini terhadap penyakit yang anda derita?



**Lampiran 5**

**KUESIONER**  
**RANCANGAN MODEL KEPERAWATAN KELUARGA PENDERITA**  
**KUSTA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PADEMAWU DAN**  
**PUSKESMAS SOPAAH, KEC. PADEMAWU, KAB. PAMEKASAN**  
**TAHUN 2011**

---

**KETERANGAN WAWANCARA**

1. No. Urut Kuesioner : .....
2. Nama Pewawancara : .....
3. Tanggal Wawancara : .....

**IDENTITAS RESPONDEN**

4. Nama : .....
5. Umur : .....
6. Jenis Kelamin : .....
7. Pendidikan : .....
8. Pekerjaan/Pendapatan : .....

**PERTANYAAN****A. PENGETAHUAN      Benar = 1      Salah = 0**

1. Menurut Bapak/Ibu, apakah penyakit kusta itu?
  - a. Penyakit kulit yang penularannya sangat lama (menahun)
  - b. Penyakit kulit yang sangat menular
  - c. Merupakan penyakit keturunan
  - d. Merupakan penyakit kutukan Tuhan
  - e. Tidak tahu
2. Menurut Bapak/Ibu, apakah penyebab penyakit kusta?
  - a. Disebabkan oleh kuman kusta
  - b. Disebabkan penyakit keturunan
  - c. Merupakan penyakit kutukan Tuhan
  - d. Salah dalam berhubungan intim
  - e. Tidak tahu
3. Menurut Bapak/Ibu, bagaimana tanda dan gejala awal dari penyakit kusta?
  - a. Bercak putih atau kemerahan di kulit dan hilang rasa
  - b. Bercak hitam
  - c. Benjol-benjol
  - d. Cacat
  - e. Tidak tahu
4. Menurut Bapak/Ibu, bagaimana cara penularannya?
  - a. Kontak terus-terusan dengan penderita dalam waktu yang sangat lama
  - b. Melalui udara
  - c. Melalui jabat tangan dengan penderita
  - d. Melalui binatang (nyamuk, dsb)
  - e. Tidak tahu

5. Menurut Bapak/Ibu, bagaimana cara yang tepat dilakukan jika terdapat tanda-tanda kusta?
  - a. Dibawa periksa ke Puskesmas
  - b. Diberi salep (obat panu/kurap)
  - c. Minum jamu
  - d. Berendam ke air laut
  - e. Dibawa ke dukun
6. Menurut Bapak/Ibu, bagaimana jika penderita kusta minum obat secara teratur?
  - a. Sembuh dan tidak menular lagi
  - b. Tidak menular lagi
  - c. Dapat kambuh lagi
  - d. Tidak bisa sembuh
  - e. Tidak tahu
7. Menurut Bapak/Ibu, bagaimana bila penderita tidak tuntas dalam pengobatan?
  - a. Bertambah parah/terjadi kecacatan
  - b. Sebagai sumber penularan
  - c. Kuman akan mati
  - d. Kuman penyakit tidak bisa menular lagi
  - e. Tidak tahu
8. Menurut Bapak/Ibu, apa saja efek samping minum obat?
  - a. Warna kulit hitam, buang air kecil berwarna merah
  - b. Gatal-gatal dan kemerahan pada kulit
  - c. Nafsu makan meningkat
  - d. Penglihatan bertambah terang
  - e. Tidak tahu

## B. PERSEPSI

9. Menurut Bapak/Ibu, apakah penyakit kusta merupakan penyakit yang tidak bisa disembuhkan?
  - a. Sangat setuju (0)
  - b. Setuju
  - c. Ragu-ragu
  - d. Tidak setuju
  - e. Sangat tidak setuju (4)
10. Menurut Bapak/Ibu, apakah penyakit kusta merupakan penyakit kutukan?
  - a. Sangat setuju (0)
  - b. Setuju
  - c. Ragu-ragu
  - d. Tidak setuju
  - e. Sangat tidak setuju (4)
11. Menurut Bapak/Ibu, apakah penyakit kusta merupakan penyakit keturunan?
  - a. Sangat setuju (0)
  - b. Setuju
  - c. Ragu-ragu
  - d. Tidak setuju
  - e. Sangat tidak setuju (4)
12. Menurut Bapak/Ibu, penyakit kusta kalau sudah diobati dengan teratur tidak dapat menyebabkan kecacatan?

- a. Sangat setuju (4)
  - b. Setuju
  - c. Ragu-ragu
  - d. Tidak setuju
  - e. Sangat tidak setuju (0)
13. Menurut Bapak/Ibu, penyakit kusta dapat sembuh dengan diolesi salep dan minum jamu.
- a. Sangat setuju (0)
  - b. Setuju
  - c. Ragu-ragu
  - d. Tidak setuju
  - e. Sangat tidak setuju (4)
14. Menurut Bapak/Ibu, penyakit kusta yang sudah tuntas pengobatan masih bisa menular?
- a. Sangat setuju (0)
  - b. Setuju
  - c. Ragu-ragu
  - d. Tidak setuju
  - e. Sangat tidak setuju (4)

### C. SIKAP

15. Penderita kusta harus minum obat setiap hari
- a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Ragu-ragu
  - d. Tidak setuju
  - e. Sangat tidak setuju
16. Salah satu upaya agar sembuh dari penyakit kusta adalah kontro berobat secara teraur dan ssuia anjuran petugas Puskesmas.
- a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Ragu-ragu
  - d. Tidak setuju
  - e. Sangat tidak setuju
17. Bila berobat teratur penderita kusta akan sembuh tanpa kecacatan
- a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Ragu-ragu
  - d. Tidak setuju
  - e. Sangat tidak setuju
18. Penderita harus diobati tanpa perlu dirawat di rumah sakit
- a. Sangat setuju
  - b. Setuju
  - c. Ragu-ragu
  - d. Tidak setuju
  - e. Sangat tidak setuju

19. Kalau terjadi efek samping dari obat (misalnya: kulit menghitam, kalau kencing berwarna merah), pengobatan harus dihentikan.
- Sangat setuju
  - Setuju
  - Ragu-ragu
  - Tidak setuju
  - Sangat tidak setuju

#### **D. KEYAKINAN/KEPERCAYAAN**

20. Apakah Bapak/Ibu/saudara percaya/yakin bahwa penyakit kusta adalah penyakit karena kutukan Tuhan?
- Sangat yakin (0)
  - Yakin (1)
  - Ragu-ragu (2)
  - Tidak yakin (3)
  - Sangat tidak yakin (4)
21. Apakah Bapak/Ibu/saudara percaya/yakin bahwa penyakit kusta adalah penyakit karena keturunan?
- Sangat yakin
  - Yakin
  - Ragu-ragu
  - Tidak yakin
  - Sangat tidak yakin
22. Apakah Bapak/Ibu/saudara percaya/yakin bahwa penyakit kusta akibat guna-guna?
- Sangat yakin
  - Yakin
  - Ragu-ragu
  - Tidak yakin
  - Sangat tidak yakin
23. Apakah Bapak/Ibu/saudara percaya/yakin bahwa penyakit kusta adalah penyakit yang sangat menular?
- Sangat yakin
  - Yakin
  - Ragu-ragu
  - Tidak yakin
  - Sangat tidak yakin
24. Apakah Bapak/Ibu/saudara percaya/yakin kalau tanda putih atau kemerahan pada kulit yang disertai dengan rasa penebalan atau mati rasa adalah tanda dari penyakit kusta?
- Sangat yakin (4)
  - Yakin (3)
  - Ragu-ragu (2)
  - Tidak yakin (1)
  - Sangat tidak yakin (0)
25. Apakah Bapak/Ibu/saudara percaya/yakin dengan manfaat dalam menjalankan pengobatan teratur selama ini?
- Sangat yakin

- b. Yakin
  - c. Ragu-ragu
  - d. Tidak yakin
  - e. Sangat tidak yakin
26. Seberapa besar keyakinan Bapak/Ibu/saudara bahwa penyakit kusta bisa disembuhkan dengan pengobatan teratur dan sesuai anjuran?
- a. Sangat yakin
  - b. Yakin
  - c. Ragu-ragu
  - d. Tidak yakin
  - e. Sangat tidak yakin
27. Seberapa besar keyakinan Bapak/Ibu/saudara tentang perlunya berobat teratur?
- a. Sangat yakin
  - b. Yakin
  - c. Ragu-ragu
  - d. Tidak yakin
  - e. Sangat tidak yakin
28. Apakah Bapak/Ibu/saudara percaya/yakin akan dapat mengikuti program pengobatan dengan teratur sampai selesai?
- a. Sangat yakin
  - b. Yakin
  - c. Ragu-ragu
  - d. Tidak yakin
  - e. Sangat tidak yakin
29. Apakah Bapak/Ibu/saudara percaya/yakin bahwa obat yang diberikan Puskesmas akan menyembuhkan penyakit kusta?
- a. Sangat yakin
  - b. Yakin
  - c. Ragu-ragu
  - d. Tidak yakin
  - e. Sangat tidak yakin

#### **E. DUKUNGAN KELUARGA**

30. Ketika terdapat tanda dan gejala kusta, apakah keluarga anda mengetahui dan menanyakannya pada anda?
- a. Selalu
  - b. Sering
  - c. Kadang-kadang
  - d. Tidak pernah
31. Apakah keluarga memberikan perhatian terhadap penyakit anda?
- a. Selalu
  - b. Sering
  - c. Kadang-kadang
  - d. Tidak pernah
32. Apakah keluarga anda mendukung ketika anda memeriksakan penyakit anda ke Puskesmas?
- a. Selalu

- b. Sering
  - c. Kadang-kadang
  - d. Tidak pernah
33. Selama menjalankan pengobatan di Puskesmas, apakah keluarga memberikan saran/memotivasi anda agar minum obat teratur?
- a. Selalu
  - b. Sering
  - c. Kadang-kadang
  - d. Tidak pernah
34. Selama minum obat, apakah keluarga mengawasi anda untuk memastikan anda minum obat?
- a. Selalu
  - b. Sering
  - c. Kadang-kadang
  - d. Tidak pernah
35. Selama anda dalam program pengobatan, apakah keluarga pernah menggantikan untuk mengambil obat ke Puskesmas?
- a. Selalu
  - b. Sering
  - c. Kadang-kadang
  - d. Tidak pernah
36. Apakah keluarga memotivasi anda untuk mengikuti program pengobatan sampai tuntas?
- a. Selalu
  - b. Sering
  - c. Kadang-kadang
  - d. Tidak pernah

#### **F. DUKUNGAN PETUGAS KESEHATAN**

37. Apakah petugas kesehatan memberikan penjelasan/penyuluhan tentang penyakit yang bapak/ibu derita?
- a. Selalu
  - b. Sering
  - c. Kadang-kadang
  - d. Tidak pernah
38. Apakah petugas kesehatan menganjurkan minum obat secara teratur dan sesuai anjuran?
- a. Selalu
  - b. Sering
  - c. Kadang-kadang
  - d. Tidak pernah
39. Apakah petugas kesehatan menyampaikan apabila tidak minum obat secara teratur?
- a. Selalu
  - b. Sering
  - c. Kadang-kadang
  - d. Tidak pernah

40. Apakah petugas kesehatan menyampaikan efek samping dari pengobatan, seperti kulit akan menghitam selama program pengobatan, tapi berangsur-angsur pulih setelah pengobatan selesai?
  - a. Selalu
  - b. Sering
  - c. Kadang-kadang
  - d. Tidak pernah
41. Apakah petugas kesehatan memotivasi anda untuk teratur minum obat?
  - a. Selalu
  - b. Sering
  - c. Kadang-kadang
  - d. Tidak pernah
42. Apakah petugas kesehatan mengingatkan dan memotivasi anda untuk menuntaskan pengobatan?
  - a. Selau
  - b. Sering
  - c. Kadang-kadang
  - d. Tidak pernah

CROSSTABS

```

/TABLES=UMUR JK PENDIDIKAN PENDAPATAN PENGETAHUAN SIKAP KEYAKINAN DK DP PERSEPSI BY PERILAKU
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT TOTAL
/COUNT ROUND CELL.
    
```

**Crosstabs**

[DataSet1] D:\K U L I A H K U\KUSTA\kumpulan tesis kusta\DATA MENTAH.sav

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
UMUR * PERILAKU	49	100.0%	0	.0%	49	100.0%
JK * PERILAKU	49	100.0%	0	.0%	49	100.0%
PENDIDIKAN * PERILAKU	49	100.0%	0	.0%	49	100.0%
PENDAPATAN * PERILAKU	49	100.0%	0	.0%	49	100.0%
PENGETAHUAN * PERILAKU	49	100.0%	0	.0%	49	100.0%
SIKAP * PERILAKU	49	100.0%	0	.0%	49	100.0%
KEYAKINAN * PERILAKU	49	100.0%	0	.0%	49	100.0%
DK * PERILAKU	49	100.0%	0	.0%	49	100.0%
DP * PERILAKU	49	100.0%	0	.0%	49	100.0%
PERSEPSI * PERILAKU	49	100.0%	0	.0%	49	100.0%

**UMUR \* PERILAKU**

**Crosstab**

			PERILAKU		Total
			Tidak Baik	Baik	
UMUR	20-30 tahun	Count	11	7	18
		% of Total	22.4%	14.3%	36.7%
	31-40 tahun	Count	8	9	17
		% of Total	16.3%	18.4%	34.7%
	>40 tahun	Count	10	4	14
		% of Total	20.4%	8.2%	28.6%
Total		Count	29	20	49
		% of Total	59.2%	40.8%	100.0%



**Chi-Square Tests**

	Value <sup>a</sup>	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.931 <sup>a</sup>	2	.381
Likelihood Ratio	1.949	2	.377
Linear-by-Linear Association	.239	1	.625
N of Valid Cases	49		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,71.

**JK \* PERILAKU**

**Crosstab**

			PERILAKU		Total
			Tidak Baik	Baik	
JK	Laki-laki	Count	14	13	27
		% of Total	28.6%	26.5%	55.1%
	Perempuan	Count	15	7	22
		% of Total	30.6%	14.3%	44.9%
Total	Count	29	20	49	
	% of Total	59.2%	40.8%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.338 <sup>a</sup>	1	.247	.381	.194
Continuity Correction <sup>b</sup>	.748	1	.387		
Likelihood Ratio	1.351	1	.245		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.311	1	.252		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	49				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,98.

b. Computed only for a 2x2 table

**PENDIDIKAN \* PERILAKU**

**Crosstab**

			PERILAKU		Total
			Tidak Baik	Baik	
PENDIDIKAN	P. Dasar	Count	25	16	41
		% of Total	51.0%	32.7%	83.7%
	P. Menengah	Count	4	4	8
		% of Total	8.2%	8.2%	16.3%
Total	Count	29	20	49	
	% of Total	59.2%	40.8%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.334 <sup>a</sup>	1	.563	.700	.421
Continuity Correction <sup>b</sup>	.034	1	.854		
Likelihood Ratio	.329	1	.566		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.327	1	.567		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	49				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,27.

b. Computed only for a 2x2 table

**PENDAPATAN \* PERILAKU**

**Crosstab**

			PERILAKU		Total
			Tidak Baik	Baik	
PENDAPATAN	Rendah	Count	25	15	40
		% of Total	51.0%	30.6%	81.6%
	Menengah	Count	4	5	9
		% of Total	8.2%	10.2%	18.4%
Total		Count	29	20	49
		% of Total	59.2%	40.8%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.991 <sup>a</sup>	1	.319	.456	.265
Continuity Correction <sup>b</sup>	.385	1	.535		
Likelihood Ratio	.976	1	.323		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.971	1	.324		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	49				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,67.

b. Computed only for a 2x2 table

**PENGETAHUAN \* PERILAKU**

**Crosstab**

			PERILAKU		Total
			Tidak Baik	Baik	
PENGETAHUAN	Kurang Baik	Count	28	14	42
		% of Total	57.1%	28.6%	85.7%
	Cukup	Count	1	0	1

**Crosstab**

			PERILAKU		Total
			Tidak Baik	Baik	
PENGETAHUAN	Cukup	% of Total	2.0%	.0%	2.0%
	Baik	Count	0	6	6
		% of Total	.0%	12.2%	12.2%
Total	Count		29	20	49
	% of Total		59.2%	40.8%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.363 <sup>a</sup>	2	.006
Likelihood Ratio	12.799	2	.002
Linear-by-Linear Association	8.431	1	.004
N of Valid Cases	49		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.

**SIKAP \* PERILAKU**

**Crosstab**

			PERILAKU		Total
			Tidak Baik	Baik	
SIKAP	Tidak Tepat	Count	23	4	27
		% of Total	46.9%	8.2%	55.1%
	Tepat	Count	6	16	22
		% of Total	12.2%	32.7%	44.9%
Total	Count	29	20	49	
	% of Total	59.2%	40.8%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	16.831 <sup>a</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	14.519	1	.000		
Likelihood Ratio	17.832	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	16.487	1	.000		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	49				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,98.

b. Computed only for a 2x2 table

**KEYAKINAN \* PERILAKU**

**Crosstab**

			PERILAKU		Total
			Tidak Baik	Baik	
KEYAKINAN	Buruk	Count	25	12	37
		% of Total	51.0%	24.5%	75.5%
	Baik	Count	4	8	12
		% of Total	8.2%	16.3%	24.5%
Total		Count	29	20	49
		% of Total	59.2%	40.8%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.396 <sup>a</sup>	1	.036	.048	.040
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.093	1	.079		
Likelihood Ratio	4.363	1	.037		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4.306	1	.038		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	49				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,90.

b. Computed only for a 2x2 table

**DK \* PERILAKU**

**Crosstab**

			PERILAKU		Total
			Tidak Baik	Baik	
DK	Tidak Mendukung	Count	28	1	29
		% of Total	57.1%	2.0%	59.2%
	Mendukung	Count	1	19	20
		% of Total	2.0%	38.8%	40.8%
Total		Count	29	20	49
		% of Total	59.2%	40.8%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	41.070 <sup>a</sup>	1	.000	.000	.000
Continuity Correction <sup>b</sup>	37.368	1	.000		
Likelihood Ratio	49.626	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	40.232	1	.000		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	49				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,16.

b. Computed only for a 2x2 table

## DP \* PERILAKU

Crosstab

			PERILAKU		Total
			Tidak Baik	Baik	
DP Mendukung	Count	29	20	49	
	% of Total	59.2%	40.8%	100.0%	
Total	Count	29	20	49	
	% of Total	59.2%	40.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	.a
N of Valid Cases	49

a. No statistics are computed because DP is a constant.

## PERSEPSI \* PERILAKU

Crosstab

			PERILAKU		Total
			Tidak Baik	Baik	
PERSEPSI Tidak Tepat	Count	23	9	32	
	% of Total	46.9%	18.4%	65.3%	
Tepat	Count	6	11	17	
	% of Total	12.2%	22.4%	34.7%	
Total	Count	29	20	49	
	% of Total	59.2%	40.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.150 <sup>a</sup>	1	.013		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.729	1	.030		
Likelihood Ratio	6.167	1	.013		
Fisher's Exact Test				.017	.015
Linear-by-Linear Association	6.024	1	.014		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	49				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,94.

b. Computed only for a 2x2 table

## Logistic Regression

[DataSet1] D:\K U L I A H K U\KUSTA\kumpulan tesis kusta\DATA MENTAH.sav

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	49	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	49	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		49	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Dependent Variable Encoding

Original...	Internal Value
Tidak Baik	0
Baik	1

### Categorical Variables Codings

	Frequency	Parameter coding	
		(1)	(2)
UMUR 20-30 tahun	18	1.000	.000
31-40 tahun	17	.000	1.000
>40 tahun	14	.000	.000

## Block 0: Beginning Block

### Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed			Predicted		
			PERILAKU		Percentage Correct
			Tidak Baik	Baik	
Step 0	PERILAKU	Tidak Baik	29	0	100.0
		Baik	20	0	.0
Overall Percentage					59.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.372	.291	1.634	1	.201	.690

**Variables not in the Equation**

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	UMUR	1.931	2	.381
		UMUR(1)	.044	1	.834
		UMUR(2)	1.584	1	.208
	Overall Statistics		1.931	2	.381

**Block 1: Method = Enter**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1.949	2	.377
	Block	1.949	2	.377
	Model	1.949	2	.377

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	64.317 <sup>a</sup>	.039	.053

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Classification Table**

Observed		Predicted			
		PERILAKU		Percentage Correct	
		Tidak Baik	Baik		
Step 1	PERILAKU	Tidak Baik	21	8	72.4
		Baik	11	9	45.0
Overall Percentage					61.2

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	UMUR			1.887	2	.389	
	UMUR(1)	.464	.764	.369	1	.543	1.591
	UMUR(2)	1.034	.766	1.824	1	.177	2.812
	Constant	-.916	.592	2.399	1	.121	.400

a. Variable(s) entered on step 1: UMUR.

## Logistic Regression

[DataSet1] D:\K U L I A H K U\KUSTA\kumpulan tesis kusta\DATA MENTAH.sav

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	49	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	49	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		49	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

Original...	Internal Value
Tidak Baik	0
Baik	1

## Block 0: Beginning Block

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed		Predicted		
		PERILAKU		Percentage Correct
		Tidak Baik	Baik	
Step 0	PERILAKU	Tidak Baik	Baik	
		29	0	100.0
	Baik	20	0	.0
	Overall Percentage			59.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.372	.291	1.634	1	.201	.690

**Variables not in the Equation**

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables JK	1.338	1	.247
Overall Statistics	1.338	1	.247

## Block 1: Method = Enter



**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	1.351	1	.245
	Block	1.351	1	.245
	Model	1.351	1	.245

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	64.915 <sup>a</sup>	.027	.037

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Classification Table**

Observed		Predicted			
		PERILAKU		Percentage Correct	
		Tidak Baik	Baik		
Step 1	PERILAKU	Tidak Baik	29	0	100.0
		Baik	20	0	.0
Overall Percentage					59.2

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	JK	-.688	.598	1.323	1	.250	.503
	Constant	.614	.896	.469	1	.493	1.848

a. Variable(s) entered on step 1: JK.

## Logistic Regression

[DataSet1] D:\K U L I A H K U\KUSTA\kumpulan tesis kusta\DATA MENTAH.sav

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	49	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	49	100.0
Unselected Cases		0	.0
<b>Total</b>		<b>49</b>	<b>100.0</b>

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Dependent Variable Encoding

Original...	Internal Value
Tidak Baik	0
Baik	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed			Predicted		Percentage Correct
			PERILAKU		
			Tidak Baik	Baik	
Step 0	PERILAKU	Tidak Baik	29	0	100.0
		Baik	20	0	.0
Overall Percentage					59.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.372	.291	1.634	1	.201	.690

### Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables PENDIDIKAN	.334	1	.563
Overall Statistics	.334	1	.563

## Block 1: Method = Enter

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.329	1	.566
	Block	.329	1	.566
	Model	.329	1	.566

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	65.937 <sup>a</sup>	.007	.009

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Classification Table**

Observed		Predicted			
		PERILAKU		Percentage Correct	
		Tidak Baik	Baik		
Step 1	PERILAKU	Tidak Baik	25	4	86.2
		Baik	16	4	20.0
Overall Percentage					59.2

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	PENDIDIKAN	.446	.776	.331	1	.565	1.562
	Constant	-.893	.954	.875	1	.349	.410

a. Variable(s) entered on step 1: PENDIDIKAN.

## Logistic Regression

[DataSet1] D:\K U L I A H K U\KUSTA\kumpulan tesis kusta\DATA MENTAH.sav

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	49	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	49	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		49	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

Original...	Internal Value
Tidak Baik	0
Baik	1

## Block 0: Beginning Block

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed			Predicted		Percentage Correct
			PERILAKU		
			Tidak Baik	Baik	
Step 0	PERILAKU	Tidak Baik	29	0	100.0
		Baik	20	0	.0
Overall Percentage					59.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.372	.291	1.634	1	.201	.690

**Variables not in the Equation**

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables PENDAPATAN	.991	1	.319
Overall Statistics	.991	1	.319

## Block 1: Method = Enter

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.976	1	.323
	Block	.976	1	.323
	Model	.976	1	.323

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	65.290 <sup>a</sup>	.020	.027

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Classification Table**

Observed		Predicted			
		PERILAKU		Percentage Correct	
		Tidak Baik	Baik		
Step 1	PERILAKU	Tidak Baik	25	4	86.2
		Baik	15	5	25.0
Overall Percentage					61.2

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	PENDAPATAN	.734	.746	.968	1	.325	2.083
	Constant	-1.245	.936	1.768	1	.184	.288

a. Variable(s) entered on step 1: PENDAPATAN.

## Logistic Regression

[DataSet1] D:\K U L I A H K U\KUSTA\kumpulan tesis kusta\DATA MENTAH.sav

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	49	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	49	100.0
Unselected Cases		0	.0
<b>Total</b>		<b>49</b>	<b>100.0</b>

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

Original...	Internal Value
Tidak Baik	0
Baik	1

## Block 0: Beginning Block

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed			Predicted		Percentage Correct
			PERILAKU		
			Tidak Baik	Baik	
Step 0	PERILAKU	Tidak Baik	29	0	100.0
		Baik	20	0	.0
Overall Percentage					59.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.372	.291	1.634	1	.201	.690

**Variables not in the Equation**

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables PENGETAHUAN	8.607	1	.003
Overall Statistics	8.607	1	.003

## Block 1: Method = Enter

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	9.402	1	.002
	Block	9.402	1	.002
	Model	9.402	1	.002

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	56.864 <sup>a</sup>	.175	.235

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Classification Table**

Observed			Predicted		
			PERILAKU		Percentage Correct
			Tidak Baik	Baik	
Step 1	PERILAKU	Tidak Baik	28	1	96.6
		Baik	14	6	30.0
Overall Percentage					69.4

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	PENGETAHUAN	1.734	.819	4.479	1	.034	5.662
	Constant	-2.466	.949	6.752	1	.009	.085

a. Variable(s) entered on step 1: PENGETAHUAN.

## Logistic Regression

[DataSet1] D:\K U L I A H K U\KUSTA\kumpulan tesis kusta\DATA MENTAH.sav

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	49	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	49	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		49	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Dependent Variable Encoding

Original...	Internal Value
Tidak Baik	0
Baik	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed			Predicted		Percentage Correct
			PERILAKU		
			Tidak Baik	Baik	
Step 0	PERILAKU	Tidak Baik	29	0	100.0
		Baik	20	0	.0
Overall Percentage					59.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.372	.291	1.634	1	.201	.690

### Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables PERSEPSI	6.150	1	.013
Overall Statistics	6.150	1	.013

## Block 1: Method = Enter



**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	6.167	1	.013
	Block	6.167	1	.013
	Model	6.167	1	.013

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	60.099 <sup>a</sup>	.118	.160

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

**Classification Table**

Observed			Predicted		Percentage Correct
			PERILAKU		
			Tidak Baik	Baik	
Step 1	PERILAKU	Tidak Baik	23	6	79.3
		Baik	9	11	55.0
Overall Percentage					69.4

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	PERSEPSI	1.544	.642	5.787	1	.016	4.685
	Constant	-2.483	.936	7.037	1	.008	.084

a. Variable(s) entered on step 1: PERSEPSI.

## Logistic Regression

[DataSet1] D:\K U L I A H K U\KUSTA\kumpulan tesis kusta\DATA MENTAH.sav

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	49	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	49	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		49	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

Original...	Internal Value
Tidak Baik	0
Baik	1

## Block 0: Beginning Block

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed			Predicted		
			PERILAKU		Percentage Correct
			Tidak Baik	Baik	
Step 0	PERILAKU	Tidak Baik	29	0	100.0
		Baik	20	0	.0
Overall Percentage					59.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.372	.291	1.634	1	.201	.690

**Variables not in the Equation**

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables SIKAP	16.831	1	.000
Overall Statistics	16.831	1	.000

## Block 1: Method = Enter

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	17.832	1	.000
	Block	17.832	1	.000
	Model	17.832	1	.000

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	48.434 <sup>a</sup>	.305	.411

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Classification Table**

Observed		Predicted			
		PERILAKU		Percentage Correct	
		Tidak Baik	Baik		
Step 1	PERILAKU	Tidak Baik	23	6	79.3
		Baik	4	16	80.0
Overall Percentage					79.6

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	SIKAP	2.730	.723	14.260	1	.000	15.333
	Constant	-4.479	1.185	14.300	1	.000	.011

a. Variable(s) entered on step 1: SIKAP.

## Logistic Regression

[DataSet1] D:\K U L I A H K U\KUSTA\kumpulan tesis kusta\DATA MENTAH.sav

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	49	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	49	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		49	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

Original...	Internal Value
Tidak Baik	0
Baik	1

## Block 0: Beginning Block

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed			Predicted		Percentage Correct
			PERILAKU		
			Tidak Baik	Baik	
Step 0	PERILAKU	Tidak Baik	29	0	100.0
		Baik	20	0	.0
Overall Percentage					59.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.372	.291	1.634	1	.201	.690

**Variables not in the Equation**

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables KEYAKINAN	4.396	1	.036
Overall Statistics	4.396	1	.036

## Block 1: Method = Enter

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	4.363	1	.037
	Block	4.363	1	.037
	Model	4.363	1	.037

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	61.903 <sup>a</sup>	.085	.115

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

**Classification Table**

Observed		Predicted			
		PERILAKU		Percentage Correct	
		Tidak Baik	Baik		
Step 1	PERILAKU	Tidak Baik	25	4	86.2
		Baik	12	8	40.0
Overall Percentage					67.3

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	KEYAKINAN	1.427	.706	4.087	1	.043	4.167
	Constant	-2.161	.932	5.378	1	.020	.115

a. Variable(s) entered on step 1: KEYAKINAN.

## Logistic Regression

[DataSet1] D:\K U L I A H K U\KUSTA\kumpulan tesis kusta\DATA MENTAH.sav

### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	49	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	49	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		49	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

### Dependent Variable Encoding

Original...	Internal Value
Tidak Baik	0
Baik	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed			Predicted		
			PERILAKU		Percentage Correct
			Tidak Baik	Baik	
Step 0	PERILAKU	Tidak Baik	29	0	100.0
		Baik	20	0	.0
		Overall Percentage			59.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.372	.291	1.634	1	.201	.690

### Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables DK	41.070	1	.000
Overall Statistics	41.070	1	.000

## Block 1: Method = Enter

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	49.626	1	.000
	Block	49.626	1	.000
	Model	49.626	1	.000

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	16.640 <sup>a</sup>	.637	.859

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Classification Table**

Observed		Predicted			
		PERILAKU		Percentage Correct	
		Tidak Baik	Baik		
Step 1	PERILAKU	Tidak Baik	28	1	96.6
		Baik	1	19	95.0
Overall Percentage					95.9

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	DK	6.277	1.445	18.865	1	.000	532.000
	Constant	-9.609	2.279	17.771	1	.000	.000

a. Variable(s) entered on step 1: DK.

## Logistic Regression

[DataSet1] D:\K U L I A H K U\KUSTA\kumpulan tesis kusta\DATA MENTAH.sav

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	49	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	49	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		49	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

Original...	Internal Value
Tidak Baik	0
Baik	1

### Block 0: Beginning Block

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed			Predicted		Percentage Correct
			PERILAKU		
			Tidak Baik	Baik	
Step 0	PERILAKU	Tidak Baik	29	0	100.0
		Baik	20	0	.0
Overall Percentage					59.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-.372	.291	1.634	1	.201	.690

### Block 1: Method = Enter



**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	66.266 <sup>a</sup>	.000	.000

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Classification Table**

Observed		Predicted			
		PERILAKU		Percentage Correct	
		Tidak Baik	Baik		
Step 1	PERILAKU	Tidak Baik	29	0	100.0
		Baik	20	0	.0
Overall Percentage					59.2

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 Constant	-.372	.291	1.634	1	.201	.690

IR - PEPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
**UJI VALIDITAS PENGETAHUAN**

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
P1	Pearson Correlation	1	.536	.789	.536	.536	.490	.110	.110	.784
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.452	.452	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
P2	Pearson Correlation	.536	1	.547	.833	.833	.915	.059	.059	.866
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.688	.688	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
P3	Pearson Correlation	.789	.547	1	.547	.547	.622	.087	.087	.804
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000	.553	.553	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
P4	Pearson Correlation	.536	.833	.547	1	1.000	.915	.059	.059	.895
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000	.688	.688	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
P5	Pearson Correlation	.536	.833	.547	1.000	1	.915	.059	.059	.895
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000	.688	.688	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
P6	Pearson Correlation	.490	.915	.622	.915	.915	1	.054	.054	.898
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000		.713	.713	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
P7	Pearson Correlation	.110	.059	.087	.059	.059	.054	1	1.000	.225
	Sig. (2-tailed)	.452	.688	.553	.688	.688	.713		.000	.121
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
P8	Pearson Correlation	.110	.059	.087	.059	.059	.054	1.000	1	.225
	Sig. (2-tailed)	.452	.688	.553	.688	.688	.713	.000		.121
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
<b>TOTAL</b>	Pearson Correlation	.784	.866	.804	.895	.895	.898	.225	.225	1

Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.121	.121	
N	49	49	49	49	49	49	49	49	49

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

#### UJI VALIDITAS PERSEPSI

		PER1	PER2	PER3	PER4	PER5	PER6	PER7	PER8	TOTAL
PER1	Pearson Correlation	1	.043	.427**	.075	.914**	.043	.104	.075	.498**
	Sig. (2-tailed)		.771	.002	.607	.000	.771	.477	.607	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
PER2	Pearson Correlation	.043	1	.220	.732**	-.038	1.000**	.351	.732**	.780**
	Sig. (2-tailed)	.771		.129	.000	.795	.000	.013	.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
PER3	Pearson Correlation	.427**	.220	1	.274	.361	.220	.462**	.274	.601**
	Sig. (2-tailed)	.002	.129		.057	.011	.129	.001	.057	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
PER4	Pearson Correlation	.075	.732**	.274	1	-.024	.732**	.396**	1.000**	.806**
	Sig. (2-tailed)	.607	.000	.057		.868	.000	.005	.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
PER5	Pearson Correlation	.914**	-.038	.361	-.024	1	-.038	.045	-.024	.406**
	Sig. (2-tailed)	.000	.795	.011	.868		.795	.759	.868	.004
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
PER6	Pearson Correlation	.043	1.000**	.220	.732**	-.038	1	.351	.732**	.780**
	Sig. (2-tailed)	.771	.000	.129	.000	.795		.013	.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
PER7	Pearson Correlation	.104	.351	.462**	.396**	.045	.351	1	.396**	.583**
	Sig. (2-tailed)	.477	.013	.001	.005	.759	.013		.005	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
PER8	Pearson Correlation	.075	.732**	.274	1.000**	-.024	.732**	.396**	1	.806**

	Sig. (2-tailed)	.607	.000	.057	.000	.868	.000	.005		.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49
TOTAL	Pearson Correlation	.498	.780	.601	.806	.406	.780	.583	.806	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.004	.000	.000	.000	
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49

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

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

#### UJI VALIDITAS SIKAP

		S1	S2	S3	S4	S5	TOTAL
S1	Pearson Correlation	1	.551	.839	.670	.665	.919
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49
S2	Pearson Correlation	.551	1	.399	.350	.344	.669
	Sig. (2-tailed)	.000		.005	.014	.015	.000
	N	49	49	49	49	49	49
S3	Pearson Correlation	.839	.399	1	.704	.587	.857
	Sig. (2-tailed)	.000	.005		.000	.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49
S4	Pearson Correlation	.670	.350	.704	1	.517	.779
	Sig. (2-tailed)	.000	.014	.000		.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49
S5	Pearson Correlation	.665	.344	.587	.517	1	.800
	Sig. (2-tailed)	.000	.015	.000	.000		.000
	N	49	49	49	49	49	49
TOTAL	Pearson Correlation	.919	.669	.857	.779	.800	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	49	49	49	49	49	49

IRI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

**UJI VALIDITAS SIKAP**

		S1	S2	S3	S4	S5	TOTAL
S1	Pearson Correlation	1	.551**	.839**	.670**	.665**	.919**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49
S2	Pearson Correlation	.551**	1	.399**	.350*	.344*	.669**
	Sig. (2-tailed)	.000		.005	.014	.015	.000
	N	49	49	49	49	49	49
S3	Pearson Correlation	.839**	.399**	1	.704**	.587**	.857**
	Sig. (2-tailed)	.000	.005		.000	.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49
S4	Pearson Correlation	.670**	.350*	.704**	1	.517**	.779**
	Sig. (2-tailed)	.000	.014	.000		.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49
S5	Pearson Correlation	.665**	.344*	.587**	.517**	1	.800**
	Sig. (2-tailed)	.000	.015	.000	.000		.000
	N	49	49	49	49	49	49
TOTAL	Pearson Correlation	.919**	.669**	.857**	.779**	.800**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	49	49	49	49	49	49

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

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
**UJI VALIDITAS KEYAKINAN**

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	TOTAL
K1 Pearson Correlation	1	.769	.700	.751	.785	.589	.678	.692	.589	.748	.855
Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
K2 Pearson Correlation	.769	1	.890	.649	.722	.725	.777	.741	.725	.742	.888
Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
K3 Pearson Correlation	.700	.890	1	.669	.696	.520	.775	.644	.520	.652	.823
Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
K4 Pearson Correlation	.751	.649	.669	1	.780	.563	.719	.681	.563	.683	.823
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
K5 Pearson Correlation	.785	.722	.696	.780	1	.762	.869	.806	.762	.791	.908
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
K6 Pearson Correlation	.589	.725	.520	.563	.762	1	.856	.911	1.000	.867	.857
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
N	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
K7 Pearson Correlation	.678	.777	.775	.719	.869	.856	1	.925	.856	.886	.937
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
N	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
K8 Pearson Correlation	.692	.741	.644	.681	.806	.911	.925	1	.911	.955	.921
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000
N	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
K9 Pearson Correlation	.589	.725	.520	.563	.762	1.000	.856	.911	1	.867	.857

	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
K10	Pearson Correlation	.748**	.742**	.652**	.683**	.791**	.867**	.886**	.955**	.867**	.919**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
TOTAL	Pearson Correlation	.855**	.888**	.823**	.823**	.908**	.857**	.937**	.921**	.857**	.919**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49

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

#### UJI VALIDITAS DUKUNGAN KELUARGA

		DK1	DK2	DK3	DK4	DK5	DK6	DK7	TOTAL
DK1	Pearson Correlation	1	.953**	.914**	.851**	.879**	.852**	.833**	.949**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49
DK2	Pearson Correlation	.953**	1	.947**	.839**	.833**	.798**	.796**	.930**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49
DK3	Pearson Correlation	.914**	.947**	1	.892**	.883**	.868**	.841**	.958**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49
DK4	Pearson Correlation	.851**	.839**	.892**	1	.874**	.869**	.902**	.946**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49
DK5	Pearson Correlation	.879**	.833**	.883**	.874**	1	.933**	.827**	.942**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49
DK6	Pearson Correlation	.852**	.798**	.868**	.869**	.933**	1	.912**	.945**

	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N		49	49	49	49	49	49	49	49
DK7	Pearson Correlation	.833**	.796**	.841**	.902**	.827**	.912**	1	.931**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	49	49	49	49	49	49	49	49
TOTAL	Pearson Correlation	.949**	.930**	.958**	.946**	.942**	.945**	.931**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	49	49	49	49	49	49	49	49

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

#### UJI VALIDITAS DUKUNGAN PETUGAS KESEHATAN

		DP1	DP2	DP3	DP4	DP5	DP6	TOTAL
DP1	Pearson Correlation	1	.171	.171	.171	.261	.084	.747**
	Sig. (2-tailed)		.241	.241	.241	.070	.565	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49
DP2	Pearson Correlation	.171	1	1.000**	1.000**	.421**	.053	.732**
	Sig. (2-tailed)	.241		.000	.000	.003	.719	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49
DP3	Pearson Correlation	.171	1.000**	1	1.000**	.421**	.053	.732**
	Sig. (2-tailed)	.241	.000		.000	.003	.719	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49
DP4	Pearson Correlation	.171	1.000**	1.000**	1	.421**	.053	.732**
	Sig. (2-tailed)	.241	.000	.000		.003	.719	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49
DP5	Pearson Correlation	.261	.421**	.421**	.421**	1	.511**	.625**
	Sig. (2-tailed)	.070	.003	.003	.003		.000	.000
	N	49	49	49	49	49	49	49



DP6	Pearson Correlation	.084	.053	.053	.053	.511 <sup>**</sup>	1	.313
	Sig. (2-tailed)	.565	.719	.719	.719	.000		.029
	N	49	49	49	49	49	49	49
TOTAL	Pearson Correlation	.747 <sup>**</sup>	.732 <sup>**</sup>	.732 <sup>**</sup>	.732 <sup>**</sup>	.625 <sup>**</sup>	.313 <sup>**</sup>	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.029	
	N	49	49	49	49	49	49	49

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

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
**UJI VALIDITAS PERILAKU**

		PR1	PR2	PR3	PR4	TOTAL
PR1	Pearson Correlation	1	.754**	.595**	.623**	.818**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000
	N	49	49	49	49	49
PR2	Pearson Correlation	.754**	1	.705**	.750**	.943**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000
	N	49	49	49	49	49
PR3	Pearson Correlation	.595**	.705**	1	.720**	.832**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000
	N	49	49	49	49	49
PR4	Pearson Correlation	.623**	.750**	.720**	1	.894**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000
	N	49	49	49	49	49
TOTAL	Pearson Correlation	.818**	.943**	.832**	.894**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	49	49	49	49	49

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

TABULASI LENGKAP KUISIONER KUSTA (MODEL KEPERAWATAN KELUARGA PENDERITA KUSTA)

RESPONDEN	PENGETAHUAN															PERSEPSI														
	1	2	3	4	5	6	7	8	Σ	%	KTGR	KD	9	10	11	12	13	14	14	Σ	%	KTGR	KD	14	15					
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	KB	1	0	1	2	2	1	2	8	8	33	TT	1	2	2					
2	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	1	1	1	0	1	1	5	5	21	TT	1	2	2					
3	1	0	1	0	0	0	1	1	4	50	KB	1	1	0	1	1	1	0	3	3	13	TT	1	2	3					
4	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	1	1	1	1	1	1	6	6	25	TT	1	2	2					
5	1	0	0	1	1	0	1	1	5	62,5	C	2	2	3	4	4	3	2	18	18	75	T	2	3	3					
6	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	1	0	0	1	1	0	2	2	8,3	TT	1	2	2					
7	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	1	1	1	1	1	1	6	6	25	TT	1	2	2					
8	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100	B	3	4	4	4	4	4	4	24	24	100	T	2	4	3					
9	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100	B	3	4	4	4	4	4	4	24	24	100	T	2	3	3					
10	1	0	1	0	0	0	1	1	4	50	KB	1	0	1	1	0	0	0	2	2	8,3	TT	1	2	2					
11	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	1	0	0	1	1	0	2	2	8,3	TT	1	2	2					
12	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	1	0	0	1	1	0	2	2	8,3	TT	1	2	2					
13	1	1	0	0	0	0	1	1	4	50	KB	1	1	1	4	1	1	4	15	15	63	T	2	3	3					
14	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	0	1	0	0	0	1	2	2	8,3	TT	1	2	2					
15	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	0	1	0	0	0	1	3	3	13	TT	1	2	2					
16	1	0	0	0	0	0	1	1	3	37,5	KB	1	4	4	4	2	2	4	19	19	79	T	2	3	3					
17	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	0	1	0	0	0	0	1	1	4,2	TT	1	2	2					
18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100	B	3	4	4	4	4	4	4	24	24	100	T	2	3	3					
19	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	2	2	2	2	2	2	12	12	50	TT	1	2	2					
20	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	2	2	2	2	2	0	4	4	17	TT	1	2	2					
21	1	0	0	0	0	0	1	1	4	50	KB	1	3	2	2	2	2	2	13	13	54	T	2	3	3					
22	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	1	1	1	1	1	1	6	6	25	TT	1	2	2					
23	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	1	1	1	1	0	1	5	5	21	TT	1	2	2					
24	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	1	1	1	1	1	1	6	6	25	TT	1	2	2					
25	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	1	2	1	2	1	0	7	7	29	TT	1	2	2					
26	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100	B	3	4	4	4	4	4	4	24	24	100	T	2	3	3					
27	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100	B	3	4	4	4	4	4	4	24	24	100	T	2	3	3					
28	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	4	0	0	1	0	0	6	6	25	TT	1	2	2					
29	1	0	1	0	0	0	1	1	4	50	KB	1	2	2	2	2	2	3	13	13	54	T	2	3	3					
30	1	0	1	0	0	0	1	1	4	50	KB	1	3	3	3	3	3	1	16	16	67	T	2	3	3					
31	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	1	0	0	1	0	0	3	3	13	TT	1	2	2					
32	0	0	0	0	0	0	1	1	2	25	KB	1	1	1	1	1	1	1	6	6	25	TT	1	2	2					



SIKAP													KEYAKINAN													DUKUNGAN		
16	17	18	Σ	%	KTGR	KD	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Σ	%	KTGR	KD	29	30	31	32	33			
2	3	1	10	50	TT	1	1	1	0	0	1	2	1	2	2	2	12	30	TY	1	0	1	1	1	0			
3	2	1	10	50	TT	1	0	2	2	0	1	2	2	2	2	2	15	37,5	TY	1	1	1	1	1	1			
2	2	1	10	50	TT	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	25	62,5	Y	2	1	1	1	1	1			
2	2	2	10	50	TT	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	25	62,5	Y	2	1	1	1	1	1			
3	2	2	13	65	T	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	25	62,5	Y	2	1	1	1	1	1			
2	2	2	10	50	TT	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	50	TY	1	1	1	1	1	1			
2	2	2	10	50	TT	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	50	TY	1	1	1	1	1	1			
3	3	3	16	80	T	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	100	Y	2	3	3	3	3	3			
3	3	3	15	75	T	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	28	70	Y	2	3	3	3	3	3			
2	2	2	10	50	TT	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	19	47,5	TY	1	1	1	1	1	1			
2	2	2	10	50	TT	1	1	1	0	1	1	2	2	2	2	2	13	32,5	TY	1	1	1	1	1	1			
2	2	2	9	45	TT	1	0	2	2	1	1	2	2	2	2	2	16	40	TY	1	1	1	1	1	1			
3	3	2	14	70	T	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	19	47,5	TY	1	1	1	1	1	1			
2	2	2	11	55	T	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	50	TY	1	1	1	1	1	0			
2	2	2	11	55	T	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	50	TY	1	2	2	2	2	2			
3	2	3	14	70	T	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	50	TY	1	2	2	2	2	2			
2	2	1	9	45	TT	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	50	TY	1	2	2	2	2	2			
3	3	3	15	75	T	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	32	80	Y	2	3	3	3	3	3			
2	2	2	11	55	T	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	21	52,5	TY	2	1	2	2	2	2			
2	2	2	10	50	TT	1	1	1	0	1	1	2	2	2	2	2	13	32,5	TY	1	1	1	1	1	1			
3	3	3	15	75	T	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	16	40	TY	1	2	2	2	2	2			
2	2	2	10	50	TT	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	50	TY	1	2	2	2	2	2			
2	2	1	9	45	TT	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	50	TY	1	2	2	2	2	2			
2	2	2	11	55	T	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	50	TY	1	2	2	2	2	2			
2	2	2	11	55	T	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	50	TY	1	2	2	2	2	2			
3	3	3	15	75	T	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	32	80	Y	2	3	3	3	3	3			
3	3	2	14	70	T	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	75	Y	2	2	2	2	2	2			
2	2	2	10	50	TT	1	1	1	0	1	1	2	2	2	2	2	16	40	TY	1	0	1	1	1	1			
2	2	2	10	50	TT	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	50	TY	1	2	2	2	2	2			
2	2	2	9	45	TT	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	50	TY	1	2	2	2	2	2			
2	2	2	11	55	T	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	50	TY	1	2	2	2	2	2			
2	2	2	11	55	T	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	50	TY	1	2	2	2	2	2			
3	3	3	15	75	T	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	32	80	Y	2	3	3	3	3	3			
3	3	2	14	70	T	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	75	Y	2	2	2	2	2	2			
2	2	2	10	50	TT	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	16	40	TY	1	0	1	1	1	1			
3	3	2	14	70	T	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	27	67,5	Y	2	2	2	2	2	2			
2	2	2	12	60	T	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	26	65	Y	2	2	2	2	2	2			
2	2	1	9	45	TT	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	19	47,5	TY	1	0	1	1	1	1			
2	2	2	10	50	TT	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	19	47,5	TY	1	1	1	1	1	1			

1	1	1	1	1	1	1	1	0	3	0	2	0	2	0	1	1	1	2	1
1	1	1	1	1	1	1	2	3	0	2	0	3	0	1	1	1	3	2	2
1	1	1	0	1	1	2	3	0	2	0	2	0	1	1	1	2	1	1	1
1	1	0	0	1	1	2	3	0	2	0	2	0	1	1	1	2	2	1	1
0	0	0	0	1	1	1	3	0	2	0	2	0	1	1	1	2	2	1	1
1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	TY	TY	TY	TY	TY	TY	Y	TY	TY	TY	TY	TY	TY	TY	TY	TY	TY	TY	TY
16	40	40	40	50	42,5	47,5	100	40	50	40	50	25	42,5	42,5	50	42,5	42,5	42,5	42,5
16	16	16	16	20	17	19	40	16	20	16	20	10	17	17	20	17	20	17	17
2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	2	2	1	4	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2
1	1	1	1	2	1	2	4	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1
1	1	1	1	2	1	2	4	1	2	1	2	1	1	0	0	2	2	1	1
1	1	1	1	2	1	2	4	1	2	1	2	1	1	0	0	2	2	1	1
10	50	50	55	65	60	50	75	50	45	45	65	45	45	70	70	45	10	10	10
1	1	1	1	2	2	2	3	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2
2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	3	2

KELUARGA						DUKUNGAN PETUGAS KESEHATAN										PERILAKU							
34	35	Σ	%	KTGR	KD	36	37	38	39	40	41	Σ	%	KTGR	KD	42	43	44	45	Σ	%	KTGR	KD
0	0	2	9,52	TM	1	1	2	2	2	1	2	10	55,6	M	1	0	2	0	1	3	30	TB	1
1	1	7	33,3	TM	1	2	3	3	3	2	2	15	83,3	M	2	0	2	0	2	4	40	TB	1
1	1	7	33,3	TM	1	2	3	3	3	2	2	15	83,3	M	2	0	2	0	1	3	30	TB	1
1	1	7	33,3	TM	1	2	3	3	3	2	2	15	83,3	M	2	0	1	0	2	3	30	TB	1
1	1	7	33,3	TM	1	2	3	3	3	2	3	16	88,9	M	2	0	2	0	2	4	40	TB	1
1	1	7	33,3	TM	1	2	2	2	2	2	2	12	66,7	M	2	0	2	1	2	5	50	TB	1
1	1	7	33,3	TM	1	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	0	2	1	1	4	40	TB	1
3	3	21	100	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	1	5	1	3	10	100	B	2
3	3	21	100	M	2	3	3	3	3	3	3	18	100	M	2	1	5	1	3	10	100	B	2
1	1	7	33,3	TM	1	2	3	3	3	2	2	15	83,3	M	2	0	1	0	2	3	30	TB	1
1	1	7	33,3	TM	1	2	3	3	3	2	2	15	83,3	M	2	0	2	0	2	4	40	TB	1
1	1	7	33,3	TM	1	2	3	3	3	2	2	15	83,3	M	2	0	2	1	2	5	50	TB	1
1	1	7	33,3	TM	1	2	3	3	3	2	2	15	83,3	M	2	0	2	1	2	5	50	TB	1
2	3	9	42,9	TM	1	2	3	3	3	2	2	15	83,3	M	2	0	3	1	2	6	60	TB	2
2	3	15	71,4	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	1	4	1	2	8	80	B	2
2	3	16	76,2	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	1	4	1	3	9	90	B	2
2	3	16	76,2	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	1	4	1	2	8	80	B	2
3	3	21	100	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	1	5	1	3	10	100	B	2
3	3	15	71,4	M	2	2	2	2	2	2	2	12	66,7	M	2	1	4	1	3	9	90	B	2
1	1	7	33,3	TM	1	2	3	3	3	2	2	15	83,3	M	2	0	2	0	1	3	30	TB	1
2	3	15	71,4	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	1	3	1	3	8	80	B	2
2	2	14	66,7	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	1	3	1	3	8	80	B	2
2	2	14	66,7	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	1	3	1	2	7	70	B	2
2	3	16	76,2	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	1	4	1	2	8	80	B	2
2	3	16	76,2	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	0	3	1	2	6	60	TB	1
3	3	21	100	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	1	5	1	3	10	100	B	2
3	3	18	85,7	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	1	4	1	3	9	90	B	2
1	1	5	23,8	TM	1	2	3	3	3	2	2	15	83,3	M	2	1	2	0	1	4	40	TB	1
2	3	16	76,2	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	0	3	0	2	5	50	TB	1
2	3	16	76,2	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	0	3	1	2	6	60	TB	2
1	1	5	23,8	TM	1	2	3	3	3	2	2	15	83,3	M	2	0	2	0	1	3	30	TB	1
1	1	7	33,3	TM	1	2	3	3	3	2	2	15	83,3	M	2	0	3	0	1	4	40	TB	1

1	1	6	28,6	TM	1	2	3	3	3	2	2	15	83,3	M	2	0	2	0	1	3	30	TB	1
1	1	5	23,8	TM	1	2	3	3	3	2	2	15	83,3	M	2	0	1	0	1	2	20	TB	1
1	1	4	19	TM	1	1	3	3	3	2	2	14	77,8	M	2	0	1	0	0	1	10	TB	1
1	1	7	33,3	TM	1	1	3	3	3	2	2	14	77,8	M	2	0	2	0	1	3	30	TB	1
1	1	7	33,3	TM	1	1	3	3	3	2	2	14	77,8	M	2	0	2	0	1	3	30	TB	1
0	1	8	38,1	TM	1	1	3	3	3	2	2	14	77,8	M	2	0	2	0	1	3	30	TB	1
3	3	21	100	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	1	5	1	3	10	100	B	2
0	0	0	0	TM	1	1	3	3	3	2	2	14	77,8	M	2	0	1	0	1	2	20	TB	1
2	2	14	66,7	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	0	4	1	3	8	80	B	2
0	0	0	0	TM	1	1	3	3	3	2	2	14	77,8	M	2	0	2	0	1	3	30	TB	1
2	3	16	76,2	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	1	3	1	2	7	70	B	2
0	0	0	0	TM	1	1	3	3	3	2	2	14	77,8	M	2	0	2	0	1	3	30	TB	1
1	1	7	33,3	TM	1	1	3	3	3	2	2	14	77,8	M	2	0	2	0	1	3	30	TB	1
1	2	8	38,1	TM	1	1	3	3	3	2	2	14	77,8	M	2	0	1	0	1	2	20	TB	1
2	2	15	71,4	M	2	3	3	3	3	2	2	16	88,9	M	2	0	3	1	3	7	70	B	2
1	1	8	38,1	TM	1	1	3	3	3	2	2	14	77,8	M	2	0	2	1	1	4	40	TB	1

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA





UNIVERSITAS AIRLANGGA

LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5995246, 5995248 Fax. (031) 5962066

Website : - Email : infolemlit@unair.ac.id

**KOMISI ETIKA PENELITIAN  
KETERANGAN KELAIKAN ETIK  
(ETHICAL CLEARANCE)**

Nomor : 177/PANEC/LPPM/2011

Panitia Kelaikan Etik Penelitian Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Airlangga, setelah mempelajari dan mengkaji secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa penelitian yang berjudul :

**“Rancangan Model Keperawatan Keluarga Penderita Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Pademawu Kabupaten Pamekasan”**

Peneliti Utama : **Abd. Wahid, S.Kep.Ns.**

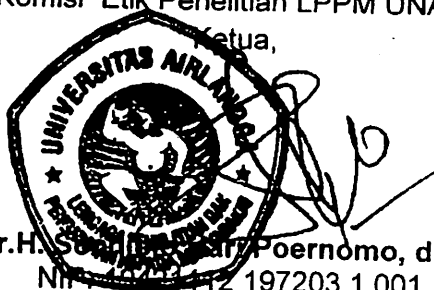
Unit/Lab. Tempat Penelitian: **Wilayah Kerja Puskesmas Pademawu Kabupaten Pamekasan**

**DINYATAKAN LAIK ETIK**

Surabaya, 13 Juni 2011

Komisi Etik Penelitian LPPM UNAIR

Ketua,



Prof. Dr. H. Soeharto Poernomo, dr., DTMH.  
NIP. 194201121972031001

KOMISI ETIK PENELITIAN  
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA

Kampus C Unair, Jl. Mulyorejo, Surabaya 60115 Telp. (031) 5995246, 5995248  
Fax (031) 5962066 Website : <http://lppm.unair.ac.id> - Email: [infolemlit@unair.ac.id](mailto:infolemlit@unair.ac.id)

---

---

FORMULIR ETIKA PENELITIAN KEDOKTERAN

1. Peneliti utama: ABDUL WAHID., S.Kep., Ners.; WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN PAMEKASAN.

Multisenter :  ya  tidak

2. Judul penelitian : Model Keperawatan keluarga dengan Anggota Penderita Kusta di  
Kabupaten Pamekasan

3. Subyek :  Penderita  non-penderita  hewan  
Jumlah subyek : 7  
Keterangan : Semua subyek mendapat perlakuan.

\*Subyek non penderita adalah subyek penelitian yang tidak mendapat manfaat langsung  
(baik dari segi terapeutik maupun diagnostic) dari penelitian yang dilakukan atas dirinya.

- 
4. Perkiraan waktu penelitian yang dapat diselesaikan untuk tiap subyek: 4-8 minggu

- 
5. Ringkasan usulan penelitian yang mencakup obyektif/tujuan penelitian, manfaat/relevansi dari  
hasil penelitian dan alasan/motivasi untuk melakukan penelitian (ditulis dalam bahasa yang  
mudah dipahami oleh orang yang bukan dokter)  
Tujuan penelitian ini adalah membuktikan mengaplikasi mode keperawatan keluarga dengan  
Anggota Penderita Kusta di Kab. Pamekasan.  
Manfaat penelitian ini diharapkan mampu memberikan tambahan informasi dalam  
pengembangan ilmu keperawatan, bahwa model keperawatan keluarga sangat dibutuhkan  
untuk mengaplikasi asuhan keperawatan di masyarakat atau keluarga.  
Alasan/motivasi melakukan penelitian adalah masih banyaknya angka kejadian kusta dan  
stigma negative yang berkembang di masyarakat tentang kusta masih banyak.

- 
6. Masalah etik (nyatakan pendapat anda tentang masalah etik yang mungkin akan dihadapi)  
Tentang norma, budaya, kultur dan stigma di masyarakat serta Kerahasiaan/privasi data  
penderita kusta.

- 
7. Bila penelitian ini menggunakan subyek manusia, apakah percobaan pada hewan sudah  
dilakukan ? Bila belum sebutkan alasan untuk memulai penelitian ini langsung pada  
manusia.

Penelitian ini langsung dilakukan pada manusia dan masyarakat karena menyangkut semua aspek yang ada yang tidak mungkin dilaksanakan pada hewan.

---

8. Prosedur eksperimen (frekuensi, interval dan jumlah total segala tindakan invasive yang akan dilakukan, dosis dan cara pemberian obat, isotop, radiasi atau tindakan lain):

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan beberapa tahapan.

Tahap satu :

Mengidentifikasi variabel-variabel faktor predisposisi, faktor penguat dan faktor pemungkin, juga karakteristik demografi, karakteristik biologis, pengaruh interpersonal dan situasional adalah suatu kondisi nyata keluarga dengan penderita kusta dalam sehari-hari, yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan keluarga itu sendiri.

Tahap dua:

Mendesain model keperawatan keluarga dengan anggota keluarga penderita kusta yaitu terbentuknya model, Model adalah sesuatu bentuk pola hasil tampilan dari konsep dan teori yang digunakan, Model itu merupakan diagram pola yang digunakan untuk memperlihatkan hubungan antara berbagai konsep dalam teori, Memberi gambaran tentang bagaimana konsep-konsep yang detail disederhanakan dan cocok untuk diaplikasikan, dan akan mudah ketercapaian tujuan.

---

9. Bahaya potensial yang langsung atau tidak langsung, segera atau kemudian dan cara-cara untuk mencegah atau mengatasi kejadian (termasuk rasa nyeri dan keluran lain)  
Informan tidak bersedia untuk dilakukan penelitian.
- 

10. Pengalaman yang terdahulu (sendiri atau orang lain) dari tindakan yang hendak diterapkan:  
Tidak ada.
- 

11. Bila penelitian ini menggunakan orang sakit dan dapat memberi manfaat untuk subyek yang bersangkutan, uraikan manfaat ini:  
Dengan terlaksananya model keperawatan keluarga diharapkan keluarga menjadi support system yang unggul untuk anggotanya yang menderita kusta. Sehingga diharapkan pengobatan pada penderita kusta yang berlangsung lama bisa tuntas dan penyakitnya sembuh. Tidak lagi ada stigma negative dari masyarakat sehingga penderita memiliki harga diri dan tidak merasa malu untuk beraktifitas.
- 

12. Bagaimana cara memilih penderita/sukarelawan sehat ?  
Semua keluarga dari penderita kusta yang menjadi informan penelitian.
- 

13. Bila penelitian ini menggunakan subyek manusia, jelaskan hubungan pribadi antara peneliti utama dengan subyek yang diteliti:

Dokter-Penderita     Guru-Murid     Majikan-Anak buah     Lain

---

14. Bila penelitian ini menggunakan orang sakit, jelaskan diagnosa dan nama dokter yang bertanggung jawab merawatnya. Bila menggunakan orang sehat jelaskan cara pemeriksaan kesehatannya.

Semua penderita kusta dan keluarga dari penderita yang diobati dan berada dalam pengawasan wilayah kerja puskesmas.

15. Jelaskan cara pencatatan selama penelitian, termasuk efek samping dan komplikasi bila ada. Menggunakan triangulasi data yaitu observasi, FGD dan Lokmin.

16. Bila penelitian ini menggunakan subyek manusia, jelaskan bagaimana cara memberitahu dan mengajak subyek (lampirkan contoh surat persetujuan penderita). Bila pemberitahuan dan kesediaan subyek bersifat lisan, atau bila karena sesuatu hal penderita tidak dapat atau tidak perlu dimintakan persetujuan, berilah alasan yang kuat untuk itu:

Peneliti mendatangi Subyek ke rumah masing-masing. Penjelasan diberikan kepada subyek dan keluarganya, dan jika subyek masih kooperatif maka penandatanganan lembar persetujuan menjadi peserta penelitian setelah mendapatkan penjelasan dilakukan oleh subyek, tetapi jika kondisi subyek tidak memungkinkan maka penandatanganan persetujuan dilakukan oleh keluarga subyek.

17. Bila penelitian ini menggunakan subyek manusia, apakah subyek dapat ganti rugi bila ada gejala efek samping ?

Berapa banyak ?

Tidak ada efek samping dari pelaksanaan penelitian ini.

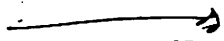
18. Bila penelitian ini menggunakan subyek manusia, apakah subyek diasuransikan ?

Ya

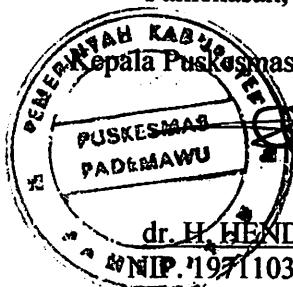
Tidak

Pamekasan, 31 Maret 2011

Tanda tangan Peneliti Utama,



Abdul Wahid, S.Kep., Ns  
NIM. 010947042



dr. H. HENDARTO, M.Si

NIP. 19711030 2002 12 1003