



**EFEKTIVITAS PENDIDIKAN KESEHATAN PADA IBU  
RUMAH TANGGA (IRT) SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN  
PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PRAKTIK DETEKSI DINI  
KUSTA DI DESA MAYONG LOR KECAMATAN MAYONG  
KABUPATEN JEPARA**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**Oleh:**

Ulya Rais Abdillah

NIM. 6411411208

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

**2016**

## ABSTRAK

Ulya Rais Abdillah

**Efektivitas Pendidikan Kesehatan Pada Ibu Rumah Tangga (IRT) sebagai Upaya Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Deteksi Dini Kusta Di Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara**

XV + 75 halaman + 17 tabel + 17 gambar + 15 lampiran

Provinsi Jawa Tengah termasuk dalam tiga besar provinsi dengan jumlah penderita kusta baru yang terbesar di Indonesia. Kabupaten Jepara menempati posisi kelima dengan kejadian kusta terbanyak pada tahun 2014 (116 kasus dengan cacat tingkat 2 10% dan 9% kasus pada anak). Kecamatan Mayong menempati posisi pertama dengan penemuan kasus yang ditemukan sudah dalam keadaan cacat. Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu rumah tangga terhadap penyakit kusta agar nantinya praktik deteksi dini kusta dapat berjalan dan penemuan kasus dalam keadaan cacat sudah tidak ditemukan.

Jenis penelitian ini adalah *Quasi Experiment* dengan rancangan *non-equivalent control group design*. Sampel pada penelitian ini berjumlah 40 orang, dengan 20 sebagai sampel eksperimen dan 20 sebagai sampel kontrol. Analisis yang digunakan adalah analisis univariat dan analisis bivariat menggunakan uji *mc-nemar*.

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara pendidikan kesehatan dengan peningkatan pengetahuan dan sikap responden terhadap penyakit kusta, tetapi tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan kesehatan dengan peningkatan praktik deteksi dini kusta.

Berdasarkan hasil penelitian ini maka dapat diperoleh simpulan bahwa pendidikan kesehatan efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu rumah tangga terhadap penyakit kusta tetapi tidak efektif dalam peningkatan praktik deteksi dini penyakit kusta.

Kata Kunci : Pendidikan Kesehatan, Pengetahuan, Sikap, Praktik, Kusta

*ABSTRACT*

Ulya Rais Abdillah

**The Effectiveness Of Health Education On The Housewife Improvement Efforts As Knowledge, Attitude And Practice Of Early Detection Of New Case Leprosy In The Village Mayong Lor Sub District of Mayong District Jepara**

XV + 75 pages + 17 tables + 17image + 15attachments

*Central Java province is included in the three provinces with the number of new leprosy patients in Indonesia. Jepara district occupies the fifth position with the incidence of leprosy in 2014 (116 cases with a defect rate of 2 to 10% and 9% of cases in children). Mayong sub-district occupies the first position with the discovery of cases found already in a state of disability. This research aims to improve knowledge and attitudes housewife against leprosy so that later the practice of early detection of leprosy can walk and discovery of cases in a state of disability has not been found.*

*This research is a Quasi Experiment design with non-equivalent control group design. Samples in this study of 40 people, with 20 as the experimental samples and 20 as a control sample. The analysis is the analysis of univariate and bivariate analysis using mc-Nemar test.*

*The results showed an association between health education with increased knowledge and attitudes of respondents to leprosy, but there was no significant relationship between health education with an increase in the practice of early detection of leprosy.*

*Based on these results it can be concluded that health education is effective in improving knowledge and attitudes housewife against leprosy but is not effective in improving the practice of early detection of leprosy.*

**Keywords:** Health Education, Knowledge, Attitude, Practice, Leprosy

---

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar sarjana di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian manapun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam daftar pustaka. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, Januari 2016

  
Penyusun

## PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Ulya Rais Abdillah, NIM : 6411411208, dengan judul “Efektivitas Pendidikan Kesehatan Pada Ibu Rumah Tangga (IRT) Sebagai Upaya Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Deteksi Dini Kusta Di Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara”

Pada hari : Selasa  
Tanggal : 16 Februari 2016

### Panitia Ujian

Ketua Panitia,  
  
**Prof. Dr. Tamiyo Rahayu, M.Pd.**  
NIP. 196103201984032001

Sekretaris,

  
**Drs. Bambang Wahyono, M.Kes.**  
NIP. 196006101987031002

### Dewan Penguji

Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji

  
1. **dr. Arulita Ika Fibriana.,M.Kes (Epid).**  
NIP. 19740202 200112 2 001

26/02/2016

Anggota Penguji

  
2. **Muhammad Azinar., S.KM, M.Kes.**  
NIP. 19820518 201212 1 002

26/02/2016

Anggota Penguji

  
3. **dr. Mahalul Azam.,M.Kes.**  
NIP. 19751119 200112 1 001

26/02/2016

## **MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

### **Motto**

- ❖ Urip iku Urup (Hidup itu Nyala) memberikan manfaat untuk orang lain, semakin besar semakin bagus.
- ❖ Orang-orang hebat di bidang apapun bukan baru bekerja karena mereka terinspirasi, namun mereka menjadi terinspirasi karena mereka lebih suka bekerja. Mereka tidak menyia-nyiakan waktu untuk menunggu inspirasi." (Ernest Newman).

### **Persembahan**

1. Kedua Orang tua yang selalu mendukung dan mendoakanku.
2. Kakakku tersayang
3. Almamaterku Universitas Negeri Semarang.

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul **“Efektivitas Pendidikan Kesehatan Pada Ibu Rumah Tangga (IRT) sebagai Upaya Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Deteksi Dini Kusta di Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara”** dapat terselesaikan dengan baik. Skripsi ini disusun untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang.

Skripsi ini dapat terselesaikan atas bantuan berbagai pihak, dengan rasa rendah hati disampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., atas ijin penelitian yang telah diberikan.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Irwan Budiono, S.KM, M.Kes (Epid), atas persetujuan penelitian yang telah diberikan.
3. Pembimbing, Bapak dr. Mahalul Azam, M.Kes., atas bimbingan, arahan dan motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
4. Penguji I, Ibu dr. Arulita Ika Fibriana, M.Kes., atas bimbingan, arahan dan masukannya.
5. Penguji II, Bapak Muhammad Azinar, S.KM., M.Kes., atas bimbingan, arahan dan masukannya.

6. Bapak Ibu dosen jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, atas ilmu yang diberikan selama perkuliahan.
7. Petinggi Desa Mayong Lor, Bapak Juhadi atas ijin penelitian yang telah diberikan.
8. Petugas Kusta Puskesmas Mayong II, Jepara, yang telah membantu selama pelaksanaan penelitian.
9. Ibu RW 03 Desa Mayong Lor, Jepara, Ibu Anggi yang telah membantu selama pelaksanaan penelitian.
10. Ibu-ibu RT 01 dan RT 05, RW 03 Desa Mayong Lor yang telah bersedia membantu dalam penelitian.
11. Bapak, Ibu dan Keluarga Besar Saya tercinta, terimakasih atas perhatian, kasih sayang, doa serta dukungan, sehingga akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan.
12. Sahabatku-sahabatku yang ada di Jurusan IKM dan Semarang, atas bantuan dan motivasi yang telah diberikan dalam penyelesaian skripsi ini.
13. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, atas bantuan dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga segenap bantuan, bimbingan dan arahan yang telah diberikan kepada penulis mendapat balasan dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa penyusunan laporan ini masih belum sempurna, untuk itu penulis senantiasa mengharapkan saran kritik dan masukan yang membangun.

Semarang, Januari 2016

Penyusun

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>ABSTRAK</b> .....	ii
<b>ABSTRACT</b> .....	iii
<b>PERNYATAAN</b> .....	iv
<b>PERSETUJUAN</b> .....	v
<b>MOTTO DAN PERSEMBAHAN</b> .....	vi
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xvi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	7
1.3. Tujuan Penelitian .....	7
1.4. Manfaat Penelitian .....	8
1.4.1. Bagi Peneliti .....	8
1.4.2. Bagi Petugas P2Kusta .....	8
1.4.3. Bagi Masyarakat .....	8
1.4.4. Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat .....	8
1.5. Keaslian Penelitian .....	8
1.6. Ruang Lingkup Penelitian .....	11
1.6.1. Ruang Lingkup Tempat .....	11
1.6.2. Ruang Lingkup Waktu .....	11
1.6.3. Ruang Lingkup Materi .....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	12
2.1 Landasan Teori .....	12

2.1.1. Kusta.....	12
2.1.1.1. Sumber Penularan.....	12
2.1.1.2. Cara Penularan .....	13
2.1.1.3. Gambaran Klinis.....	14
2.1.1.4. Diagnosis .....	14
2.1.1.5. Pemeriksaan Klinis.....	23
2.1.1.6. Menggambar Simbol Kelainan Kusta ( <i>Charting</i> ).....	26
2.1.1.7. Pengobatan .....	27
2.1.1.8. Pencegahan.....	28
2.1.2. Pendidikan Kesehatan .....	28
2.1.2.1. Peran Pendidikan Kesehatan dalam Kesehatan Masyarakat .....	29
2.1.3. Perilaku .....	30
2.1.4. Pemberdayaan Masyarakat.....	36
2.1.5. Peran Serta Masyarakat.....	36
2.1.3.1. Definisi .....	36
2.1.3.2. Landasan Hukum.....	37
2.1.3.3. Tujuan Penggerakan Peran Serta Masyarakat ....	38
2.1.3.4. Tahap-Tahap Peran Serta Masyarakat.....	39
2.2. Kerangka Teori.....	41
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>42</b>
3.1. Kerangka Konsep .....	42
3.2. Variabel Penelitian .....	42
3.2.1. Variabel Bebas .....	42
3.2.2. Variabel Terikat.....	43
3.2.3. Variabel Perancu .....	43
3.3. Hipotesis Penelitian.....	44
3.4. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel .....	44
3.5. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	45

3.6. Populasi dan Sampel Penelitian .....	46
3.6.1. Populasi .....	46
3.6.2. Sampel.....	47
3.7. Sumber Data.....	49
3.8. Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data .....	49
3.8.1. Instrumen Penelitian.....	49
3.8.2. Teknik Pengambilan Data .....	49
3.9. Prosedur Penelitian.....	52
3.9.1. Tahap Pra Penelitian.....	52
3.9.2. Tahap Penelitian.....	52
3.9.3. Tahap Pasca Penelitian.....	54
3.10. Teknis Analisis Data .....	54
3.10.1. Pengolahan Data.....	54
3.10.2. Analisis Data .....	55
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>56</b>
4.1. Gambaran Umum .....	56
4.2. Analisis Univariat .....	57
4.2.1. Distribusi Responden Berdasarkan Usia.....	57
4.2.2. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan...	57
4.2.3. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	58
4.2.4. Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Tentang Penyakit Kusta Sebelum Intervensi .....	59
4.2.5. Sikap Ibu Rumah Tangga Terhadap Penyakit Kusta Sebelum Intervensi .....	60
4.2.6. Praktik Deteksi Dini Penyakit Kusta Sebelum Intervensi.	60
4.2.7. Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Tentang Penyakit Kusta Setelah Intervensi.....	61
4.2.8. Sikap Ibu Rumah Tangga Terhadap Penyakit Kusta Setelah Intervensi .....	61
4.2.9. Praktik Deteksi Dini Penyakit Kusta Setelah Intervensi..	62

4.3. Analisis Bivariat.....	62
4.3.1. Perbedaan Pengetahuan tentang Penyakit Kusta Sebelum dan Sesudah Intervensi antara Kelompok Kontrol dan Intervensi .....	63
4.3.2. Perbedaan Sikap Ibu Rumah Tangga Terhadap Penyakit Kusta Sebelum dan Sesudah Intervensi antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi .....	64
4.3.3. Perbedaan Praktik Deteksi Dini Kusta Sebelum dan Sesudah Intervensi antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi .....	65
<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>	<b>67</b>
5.1. Pembahasan.....	67
5.1.1. Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Tentang Penyakit Kusta .....	67
5.1.2. Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Sikap Ibu Rumah Tangga terhadap Penyakit Kusta .....	68
5.1.3. Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Praktik Deteksi Dini Penyakit Kusta .....	69
5.2. Hambatan dan Kelemahan Penelitian .....	71
<b>BAB VI SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>73</b>
6.1. Simpulan .....	73
6.2. Saran .....	73
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>74</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>76</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Penelitian-penelitian yang relevan dengan penelitian ini .....	8
Tabel 1.2 Matrik perbedaan penelitian.....	10
Tabel 2.1 Tanda utama kusta tipe PB dan MB.....	22
Tabel 2.2 Tanda lain untuk klasifikasi kusta.....	22
Tabel 3.1 Definisi operasional dan skala pengukuran variabel.....	44
Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia.....	57
Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan .....	58
Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan .....	58
Tabel 4.4 Deskripsi tingkat pengetahuan ibu mengenai penyakit kusta sebelum intervensi .....	59
Tabel 4.5 Deskripsi sikap ibu terhadap penyakit kusta dan penderita kusta sebelum intervensi .....	60
Tabel 4.6 Deskripsi praktik deteksi dini kusta sebelum dilakukan intervensi	60
Tabel 4.7 Deskripsi tingkat pengetahuan ibu mengenai penyakit kusta setelah intervensi .....	61
Tabel 4.8 Deskripsi Sikap Ibu terhadap penyakit kusta dan penderita kusta setelah intervensi .....	62
Tabel 4.9 Deskripsi Praktik Deteksi Dini Kusta Setelah Intervensi .....	62
Tabel 4.10 Perbedaan pengetahuan tentang penyakit kusta sebelum dan sesudah intervensi .....	63
Tabel 4.11 Perbedaan sikap terhadap penyakit kusta sebelum dan sesudah intervensi .....	64
Tabel 4.12 Perbedaan praktik deteksi dini penyakit kusta sebelum dan sesudah intervensi .....	66

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Pityriasis alba</i> .....	16
Gambar 2.2 Tanda lahir ( <i>Birthmark</i> ) .....	16
Gambar 2.3 <i>Vitiligo</i> .....	17
Gambar 2.4 <i>Tinea versicolor</i> ( <i>Panu</i> ) .....	17
Gambar 2.5 Hipokromia pasca inflamasi .....	18
Gambar 2.6 Dermatitis seberoik .....	18
Gambar 2.7 <i>Psoriasis</i> .....	19
Gambar 2.8 Dermatitis kontak .....	19
Gambar 2.9 <i>Tinea korporis</i> .....	20
Gambar 2.10 <i>Pitriasis rosea</i> .....	20
Gambar 2.11 <i>Granuloma anulare</i> .....	21
Gambar 2.12 <i>Neurodermatitis</i> .....	21
Gambar 2.13 Tempat terjadinya kerusakan saraf tepi.....	25
Gambar 2.14 Simbol kelainan kusta .....	26
Gambar 2.15 Teori S-O-R .....	30
Gambar 2.2 Kerangka teori .....	41
Gambar 3.1 Kerangka konsep .....	42

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Keputusan Dosen Pembimbing .....	77
Lampiran 2 <i>Ethical Clearance</i> .....	78
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian dai BAPPEDA Jepara.....	79
Lampiran 4 Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian .....	80
Lampiran 5 Daftar Hadir Penyuluhan dan Pelatihan Kelompok Intervensi ..	81
Lampiran 6 Daftar Hadir Kelompok Kontrol.....	82
Lampiran 7 Rekapitulasi Data Identitas Sampel .....	83
Lampiran 8 Kuesioner Penelitian .....	84
Lampiran 9 Lembar Observasi Praktik Deteksi Dini Kusta.....	92
Lampiran 10 Buku Panduan Deteksi Dini Kusta .....	95
Lampiran 11 Data Mentah Kelompok Kontrol .....	106
Lampiran 12 Data Mentah Kelompok Intervensi .....	108
Lampiran 13 Hasil Uji Validitas dan Realibilitas .....	110
Lampiran 14 Hasil Analisis Bivariat.....	116
Lampiran 15 Dokumentasi Penelitian.....	121

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. LATAR BELAKANG**

Kusta merupakan penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* yang menyerang kulit, saraf tepi, dan jaringan tubuh lainnya (Soedarto, 2009:145). Penyakit kusta masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapatkan perhatian, karena penyakit kusta ini dapat menimbulkan masalah yang kompleks, masalah yang kompleks disini bukan hanya dari segi medis melainkan juga dari sisi sosial, ekonomi, psikologis, budaya, keamanan, dan ketahanan nasional (Kemenkes RI, Ditjen P2PL, 2012:1).

Menurut WHO angka prevalensi Kusta di dunia pada tahun 2012 (di luar regional Eropa) adalah 181.941 kasus (0,34 per 10.000 penduduk), sedangkan jumlah kasus baru pada tahun 2012 adalah 219.075 kasus baru (4,06 per 100.000 penduduk). Statistik global menunjukkan bahwa 94% kasus baru dilaporkan dari 18 negara dan hanya 6% dari kasus baru dilaporkan dari seluruh negara di dunia. Penyakit kusta pada umumnya terdapat pada negara-negara berkembang sebagai akibat keterbatasan kemampuan negara tersebut dalam memberikan pelayanan yang memadai dalam bidang kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial ekonomi pada masyarakat (Kemenkes RI, Ditjen P2PL, 2012:6).

Indonesia merupakan salah satu negara penyumbang kasus baru kusta di dunia, Indonesia menjadi negara ke tiga penyumbang kasus baru kusta setelah India dan Brazil. Tercatat sebanyak 20.023 kasus baru di Indonesia pada tahun 2011 (Profil Kesehatan RI, 2012:75) dan mengalami penurunan kasus baru pada

tahun 2012 sebesar 16.123 (Profil Kesehatan RI, 2013:88), tetapi mengalami kenaikan kasus menjadi 16.856 kasus pada tahun 2013. Sebesar 83,4% kasus diantaranya merupakan tipe *Multi Basiler*. Sedangkan menurut jenis kelamin, 35,7% penderita berjenis kelamin perempuan (Profil Kesehatan RI, 2014:140).

Selama periode 2008-2013, angka penemuan kasus baru kusta pada tahun 2013 merupakan yang terendah yaitu sebesar 6,79 per 100.000 penduduk. Sedangkan angka prevalensi kusta berkisar antara 0,79 hingga 0,96 per 10.000 penduduk dan telah mencapai target  $< 1$  per 10.000 penduduk ( $< 10$  per 100.000 penduduk) (Profil Kesehatan RI, 2014:140).

Provinsi Jawa Tengah termasuk dalam tiga besar provinsi dengan jumlah penderita kusta baru yang terbesar di Indonesia. Kasus baru penderita kusta pada tahun 2014 sebanyak 1.719 kasus baru dengan angka penemuan kasus baru/ *New Case Detection Rate (NCDR)* 5,12 per 100.000 penduduk. Angka ini lebih tinggi dibandingkan pada tahun 2012 yaitu sebesar 4,57 per 100.000 penduduk dengan kasus baru sebanyak 1.519, namun lebih rendah daripada tahun 2011 dan 2013 yaitu sebesar 7 per 100.000 penduduk dengan kasus baru 2.268 dan 5,38 per 100.000 penduduk dengan kasus baru 1.790. Pada tahun 2013 dari 35 kabupaten/kota yang ada di Provinsi Jawa Tengah, 7 kabupaten/kota diantaranya merupakan daerah endemis tinggi kusta (memiliki prevalensi  $>1$  per 10.000 penduduk) (Dinkes Prop. Jateng, 2014).

Penyakit kusta sampai saat ini masih masih ditakuti masyarakat, keluarga, termasuk sebagian petugas kesehatan. Hal ini disebabkan masih kurangnya pengetahuan/pengertian, kepercayaan yang keliru terhadap kusta dan cacat yang

ditimbulkannya. Selain itu penyakit kusta cenderung terabaikan atau perhatian terhadap penyakit kusta masih kurang karena masih banyaknya penyakit menular lain yang lebih atraktif (Kemenkes RI, Ditjen P2PL, 2012:1).

Penyakit kusta memang bukan merupakan penyakit yang mematikan dan potensi menjadi KLB sangatlah kecil. Meskipun penyakit kusta tidak menimbulkan kematian tetapi penyakit kusta dapat menyebabkan kecacatan pada penderitanya. Proporsi cacat tingkat 2 diantara penderita baru di Jawa Tengah tahun 2012 sebesar 16,59% (Profil Kesehatan Jateng, 2013). Angka ini lebih tinggi dibandingkan pada tahun 2011 yaitu 13,32% (Profil Kesehatan Jateng, 2012), namun terus menurun sampai tahun 2014 yaitu 12,40% pada tahun 2013 dan 12% pada tahun 2014 (Profil Kesehatan Jateng, 2014). Meskipun tingkat cacat menurun tetapi masih belum dikatakan baik, karena penemuan penderita baru dengan cacat tingkat 2 seharusnya tidak lebih banyak dari 5%. Sebanyak 65% Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah masih memiliki proporsi cacat tingkat 2 yang tinggi (Dinkes Prop. Jateng, 2014).

Dalam penemuan kasus di Jawa Tengah masih banyak penemuan kasus dengan menggunakan cara sukarela, cara sukarela berarti penderita datang sendiri ke tempat pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, Ditjen P2PL, 2012). Kebanyakan kasus kusta yang datang sendiri ke pelayanan kesehatan kondisi penderita sudah dalam keadaan cacat, reaksi, maupun ada komplikasi dengan penyakit lain. Ditemukannya penderita dengan cacatan tingkat 2 menunjukkan bahwa adanya keterlambatan penemuan kasus atau kesalahan dalam penegakan diagnosa. Hampir seluruh wilayah di Jawa Tengah penemuan penderita dengan cacat tingkat

2 masih tinggi itu artinya keterlambatan dalam penemuan kasus hampir terjadi di semua wilayah di Jawa Tengah (Dinkesprof Jateng, 2014). Selain dari penemuan penderita dengan cacat tingkat 2 penemuan penderita kusta anak juga merupakan indikator adanya sumber penularan disuatu daerah. Proporsi kasus baru kusta pada anak di Jawa Tengah pada tahun 2011 sebesar 10,14%, dan terus menurun menjadi 6,58% pada tahun 2012, 3,85% pada tahun 2013, tetapi kembali mengalami peningkatan pada tahun 2014 menjadi 6%. Kasus baru kusta pada anak seharusnya <5% (Dinkesprof Jateng,2014). Sebanyak 37% wilayah di Jawa Tengah ditemukan kasus kusta pada anak itu artinya masih banyak sumber penularan yang terdapat di wilayah Jawa Tengah.

Kabupaten Jepara menempati posisi kelima dengan kejadian kusta terbanyak pada tahun 2014 (116 kasus dengan cacat tingkat 2 10% dan 9% kasus pada anak) setelah Kabupaten Brebes (312 kasus dengan cacat tingkat 2 10%, dan 9% kasus pada anak), Kabupaten Tegal (259 kasus) dengan cacat tingkat 2 14%, dan 6% kasus pada anak), Kabupaten Pemalang (203 kasus dengan cacat tingkat 2 15%, dan 7% kasus pada anak), dan Kabupaten Pekalongan (147 kasus dengan cacat tingkat 2 7% dan 10% kasus pada anak) (Dinkesprof Jateng, 2014).

Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, *CDR* Kusta di Kabupaten Jepara pada tahun 2014 adalah sebesar 10,43 per 100.000 penduduk *CDR* di Kabupaten tidak sesuai target yaitu  $\leq 5$  per 100.000 penduduk tetapi dalam penemuan kasus baru masih terdapat penderita dengan cacat tingkat 2 sebesar 10%.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara tahun 2014 Kecamatan Mayong menempati posisi kelima dengan 11 kejadian kusta yang 5 (45%) diantaranya ditemukan sudah dalam keadaan cacat (2 penderita dengan cacat tingkat 1 dan 3 penderita dengan cacat tingkat 2) setelah Kecamatan Kalinyamatan dengan 28 kejadian kusta dengan 7,14% ditemukan sudah dalam keadaan cacat, Kecamatan Kedung dengan 18 kasus, Kecamatan Welahan dengan 16 kasus dengan 6,25% ditemukan sudah dalam keadaan cacat, dan Kecamatan Pencangaan dengan 15 kasus dengan 13,33% ditemukan sudah dalam keadaan cacat. Berdasarkan data diatas Kecamatan Mayong menempati posisi pertama dengan penemuan kasus yang ditemukan sudah dalam keadaan cacat.

Kecamatan Mayong terdiri dari 18 Desa, dari 18 Desa tersebut terdapat 5 Desa yang terdapat penderita kusta yaitu Desa Datar (4 kasus dengan 0% penemuan sudah dalam keadaan cacat), Desa Pule (1 Kasus dengan 0% penemuan sudah dalam keadaan cacat), Desa Mayong Lor (4 kasus dengan 75% penemuan sudah dalam keadaan cacat), Desa Kuanyar (1 kasus dengan 100% penemuan sudah dalam keadaan cacat), dan Desa Singorojo (1 kasus dengan 0% penemuan sudah dalam keadaan cacat) dengan 100% penemuan sudah dalam keadaan cacat). Hal ini menandakan adanya keterlambatan dalam penemuan kasus. Penemuan pasien yang dilakukan oleh puskesmas Mayong II masih menggunakan penemuan secara pasif yang artinya pasien datang ke puskesmas dan masyarakat belum berperan aktif dalam upaya penemuan penyakit kusta.

Studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 11 Juni 2015 oleh peneliti terhadap 15 ibu-ibu warga Desa Mayong Lor menghasilkan karakteristik ibu-ibu

warga mayong lor yaitu pendidikan ibu rata-rata lulusan Sekolah Dasar sebesar 46,7%, SMP sebesar 20%, SMA sebesar 13,3% dan Tidak Sekolah sebesar 20%. Sedangkan pekerjaan ibu sebagian besar sebagai Pengrajin genteng tanah liat (60%) dan Ibu Rumah Tangga (40%). Hasil pengisian kuesioner pengetahuan mengenai penyakit kusta menunjukkan hanya 2 orang (13,33%) yang berpengetahuan baik, 4 orang (26,67%) berpengetahuan cukup dan 9 orang (60%) berpengetahuan kurang. Sedangkan untuk pengukuran sikap terhadap penyakit kusta menunjukkan 6 orang (40%) memiliki sikap sedang dan 9 orang (60%) memiliki sikap kurang. Oleh karena itu, perlu adanya upaya pengendalian penyakit kusta salah satunya melalui pemberdayaan masyarakat sebagai alternatif solusi dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik deteksi dini penyakit kusta.

Berdasarkan FGD yang telah dilakukan yang dihadiri oleh petugas puskesmas, aparat desa seperti Pak Petinggi, Kamituwo, dan perwakilan ibu-ibu Desa Mayong lor diperoleh hasil bahwa pendidikan kesehatan kepada ibu rumah tangga bisa dilakukan di desa mayong lor untuk meningkatkan pengetahuan mengenai penyakit kusta dan menghilangkan stigma negatif yang berkembang di masyarakat.

Belum adanya upaya yang dilakukan pihak Puskesmas Mayong Lor II dan masyarakat dalam penanggulangan penyakit kusta menyebabkan masih berkembangnya stigma negatif masyarakat terhadap penderita kusta. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat adalah dengan melakukan pendidikan kesehatan yang membutuhkan peran serta

masyarakat didalamnya. Ibu rumah tangga akan mendapatkan pendidikan kesehatan berupa penyuluhan dan pelatihan deteksi dini kusta untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik berupa deteksi dini kusta yang diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan dan menghilangkan stigma negatif yang berkembang di masyarakat serta mampu melakukan deteksi dini kusta sebagai upaya penemuan dini penyakit kusta sehingga penemuan kasus dengan cacat tingkat 2 tidak ada lagi. Demi pencapaian eliminasi kusta tingkat provinsi dan pencapaian target global yaitu mengurangi kasus cacat tingkat 2 menjadi < 1/1 juta penduduk pada tahun 2020 (Dinkes Prop. Jateng, 2014).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis mengangkat judul tentang “EFEKTIVITAS PENDIDIKAN KESEHATAN PADA IBU RUMAH TANGGA (IRT) SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PRAKTIK DETEKSI DINI KUSTA DI DESA MAYONG LOR KECAMATAN MAYONG KABUPATEN JEPARA”.

## **1.2. RUMUSAN MASALAH**

Apakah terdapat perbedaan pengetahuan, sikap, dan praktik deteksi dini antara sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan kepada ibu rumah tangga (IRT) di Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara?

## **1.3. TUJUAN PENELITIAN**

Untuk mengetahui perbedaan pengetahuan, sikap, dan praktik deteksi dini antara sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan kepada ibu rumah tangga (IRT) di Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara.

## 1.4. MANFAAT PENELITIAN

### 1.4.1. Bagi Peneliti

Memberikan informasi dan teori kepada peneliti selanjutnya tentang pendidikan kesehatan sebagai upaya peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktik deteksi dini penyakit kusta.

### 1.4.2. Bagi Petugas P2Kusta

Memberikan informasi dan bahan pertimbangan dalam kebijakan program P2Kusta dalam upaya penghilangan stigma negatif dan upaya deteksi dini kusta.

### 1.4.3. Bagi Masyarakat

Memberikan informasi tentang gejala dan pelaporan kasus Kusta serta bahan pertimbangan kepada masyarakat untuk berperan aktif dalam pemberantasan penyakit Kusta di Indonesia.

### 1.4.4. Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Sebagai bahan pustaka bagi seluruh civitas akademika untuk memberikan informasi tentang kesehatan masyarakat terutama mengenai cara peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik deteksi dini penyakit kusta.

## 1.5. KEASLIAN PENELITIAN

**Tabel 1.1: Penelitian-penelitian yang Relevan dengan Penelitian ini**

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1	Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Ibu serta Kejadian	Yanti Riyantini	2010, Jakarta	<i>Quasi experiment</i> dengan <i>pretest-posttest design</i>	Variabel bebas: Pendidikan Kesehatan Variabel terikat: Pengetahuan, sikap dan keterampilan	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap, dan keterampilan responden meningkat setelah

	Hiperbilirubinemia pada Bayo Baru Lahir di RSAB Harapan Kita Jakarta					diberikan pendidikan kesehatan .
2	Effect of women's groups and volunteer peer counselling on rates of mortality, morbidity, and health behaviours in mother and children in rural Malawi (MaiMwana) : a factorial, cluster-randomised controlled trial	Sonia Lewycka, <i>et al</i>	2013, rural Malawi (MaiMwana)	<i>Prospective Cohort</i>	Variabel bebas: <i>Women's groups and health education by peer counsel-lors</i> , Variabel terikat: <i>The health of mother and children</i>	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa <i>women's groups and health education by peer counsellor</i> menunjukkan penurunan angka MMR (74%), PMR (33%), NMR (41%) dan IMR (28%).
3	Efektivitas Pendidikan Kesehatan Metode <i>Peer Education</i> Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Praktik Penceedahan HIV/AIDS Bagi Warga Binaan Lembaga Pemasyarakatan di Yogyakarta	Isnainy Mayasari P	2013, Yogyakarta	<i>Quasi Eksperiment</i>	Variabel bebas: Pendidikan kesehatan metode <i>peer education</i> Variabel Terikat: Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Pencegahan HIV/AIDS	Hasil penelitian menunjukkan metode <i>peer education</i> meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan HIV/AIDS bagi WBP secara signifikan ( $p=0.000$ ). Tapi tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan sikap terhadap HIV/AIDS ( $p=0,973$ ), dan juga pada praktik pencegahan terhadap HIV/AIDS ( $p=0,767$ ).

4	Pengembangan peran serta masyarakat melalui kader dan dasa wisma dalam penemuan dan pengobatan penderita malaria di kecamatan pituruh, kabupaten purworejo	Sahat M, dkk	2005, Kecamatan Pituruh Kabupaten Purworejo	<i>Pretest-posttest control group design</i>	Variabel bebas: Pengembangan peran serta masyarakat melalui kader dan dasa wisma Variabel Terikat: Penemuan dan pengobatan penderita malaria	Hasil penelitian menunjukkan peran serta masyarakat melalui kader dan dasa wisma efektif dalam menurunkan SPR ( <i>Slide Positive Rate</i> ) dengan $p < 0,05$
---	--	--------------	---	--	---	--

**Tabel 1.2: Matrik Perbedaan Penelitian**

No	Perbedaan	Ulya Rais Abdillah	Yanti Riyantini	Sonia Lewycka, et al	Isnainy Mayasari P	Sahat M, dkk
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Tempat	Desa Mayong Lor, Kec. Mayong Kabupaten Jepara	Jakarta	rural Malawi (Maimwana)	Yogyakarta	Kecamatan Pituruh Kabupaten Purworejo
2	Waktu	2015	2010	2013	2013	2005
3	Rancangan penelitian	<i>Quasy Eksperiment</i> dengan rancangan <i>non-equivalent control group design</i>	<i>Quasi experiment</i> dengan <i>pretest-posttest design</i>	<i>Prospective Cohort</i>	<i>Quasy Eksperiment</i>	<i>Pretest-posttest control group design</i>
4	Variabel penelitian	Variabel bebas: Pendidikan kesehatan Variabel terikat: Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik deteksi dini kusta	Variabel bebas: Pendidikan Kesehatan Variabel terikat: Pengetahuan, sikap dan keterampilan	Variabel bebas: <i>Women's groups and health education by peer counselors</i> , Variabel terikat: <i>The health of mother and children</i>	Variabel bebas: Pendidikan kesehatan metode <i>peer education</i> Variabel Terikat: Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Pencegahan HIV/AIDS	Variabel bebas: Pengembangan peran serta masyarakat melalui kader dan dasa wisma Variabel Terikat: Penemuan dan pengobatan penderita malaria

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah Penelitian mengenai efektivitas pendidikan kesehatan kepada ibu rumah tangga (IRT) sebagai upaya peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik deteksi dini kusta di Desa Mayong lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara belum pernah dilakukan.

## **1.6. RUANG LINGKUP PENELITIAN**

### **1.6.1. Ruang Lingkup Tempat**

Penelitian ini dilakukan di Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara

### **1.6.2. Ruang Lingkup Waktu**

Waktu penelitian dilaksanakan pada tahun 2015.

### **1.6.3. Ruang Lingkup Materi**

Materi penelitian ini termasuk dalam epidemiologi, ilmu perilaku dan metode yang berkaitan dengan pengendalian penyakit Kusta dalam program P2Kusta.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. LANDASAN TEORI**

##### **2.1.1. Kusta**

Menurut Kemenkes RI, Ditjen P2PL (2012:1) penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional.

Penyakit kusta adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernafasan bagian atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang dan testis. Lepraterutama didapatkan dari daerah tropis dan subtropis yang udaranya panas dan lembab pada lingkungan hidup yang tidak sehat (Harahap, 2000:260; Soedarto, 2009:145).

Sumber: Ditjen PP&PL, Kemenkes 2014

##### **2.1.1.1. Sumber Penularan**

Sampai saat ini hanya manusia satu-satunya yang dianggap sebagai sumber penularan yang ditularkan melalui kontak erat dan lama dengan penderita kusta walaupun kuman kusta dapat hidup pada armadillo, simpanse dan pada telapak kaki tikus yang mempunyai kelenjar thymus (*athymic nude mouse*) (Kemenkes RI, Ditjen P2PL, 2012:9; Soedarto,2009:145).

### 2.1.1.2. Cara Penularan

Kusta hanya ditularkan melalui kontak erat dalam waktu yang lama, kuman kusta mempunyai masa inkubasi rata-rata 2-5 tahun, akan tetapi dapat juga bertahun-tahun. Penularan dapat terjadi apabila *M. leprae* yang hidup keluar dari tubuh pasien dan masuk ke dalam tubuh orang lain. Penularan biasanya terjadi di lingkungan keluarga, misalnya antara ibu penderita kusta dengan anaknya atau suaminya. Pasien yang sudah minum obat MDT tidak menjadi sumber penularan kepada orang lain (Kemenkes RI, Ditjen P2PL, 2012:9; Soedarto, 2009:145).

Menurut Amiruddin (2012:19) ada beberapa cara masuk *M.leprae* ke dalam tubuh yaitu:

1) Penularan melalui kontak

Kontak kulit dengan kulit secara langsung yang erat, lama dan berulang. *M.leprae* terutama memasuki tubuh manusia melalui lesi kulit. Menggunakan pakaian pelindung dan alas kaki dapat membantu mengurangi kemungkinan penularan kusta, mengingat kuman kusta dapat bertahan hidup pada lingkungan diluar tubuh manusia selama lebih dari 46 hari.

2) Penularan melalui inhalasi

Penularan melalui saluran pernapasan yaitu percikan ludah, di mana *M.leprae* tidak mengakibatkan lesi pada paru-paru karena suhu paru-paru yang lebih tinggi tetapi langsung masuk ke aliran darah. Dari aliran darah *M.leprae* kemudian dapat mencapai saraf tepi dan difagosit sel *schwann* dan bermultiplikasi di dalamnya.

### 3) Penularan melalui gigitan serangga

Adanya kemungkinan transmisi kusta melalui gigitan serangga. Untuk terjadinya penularan, ada 3 hal yang diperlukan:

- a. Adanya jumlah bakteri hidup dengan jumlah yang cukup banyak;
- b. Adanya makanan yang cukup untuk bakteri, sampai akhirnya dapat ditularkan kepada *host*;
- c. Bakteri harus dapat bermultiplikasi pada serangga sebagai vektor.

#### **2.1.1.3. Gambaran Klinis**

Manifestasi klinis penyakit kusta biasanya menunjukkan gambaran yang jelas pada stadium yang lanjut, dan diagnosis cukup ditegakkan dengan pemeriksaan fisik saja. Menurut Amiruddin (2012:14) terdapat 3 tanda kardinal yang apabila salah satunya ada sudah cukup untuk menetapkan diagnosis dari penyakit kusta yakni:

- 1) Lesi kulit yang anastesi;
- 2) Penebalan saraf perifer;
- 3) Ditemukannya *M.leprae*.

#### **2.1.1.4. Diagnosis**

Untuk mendignosis kusta dicari kelainan yang berhubungan dengan gangguan saraf tepi dan kelainan yang tampak pada kulit atau dicari tanda-tanda utama atau tanda kardinal (*Cardinal signs*), yaitu:

1) Kelainan (lesi) kulit yang mati rasa.

Makula atau plak atau lebih jarang pada papul atau nodul dengan hilangnya rasa raba, rasa sakit, dan suhu yang jelas. Kelainan kulit/lesi yang spesifik dapat berbentuk bercak putih (hipopigmentasi) atau kemerahan (eritema) dan tekstur kulit serta kelainan pertumbuhan rambut (Amiruddin,2012:14).

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

Gangguan fungsi saraf ini merupakan akibat dari peradangan saraf tepi (neuritis perifer) kronis. Gangguan ini bisa berupa:

- a) Gangguan fungsi sensori: mati rasa
- b) Gangguan fungsi motoris: kelemahan (paresis) atau kelumpuhan (paralisis) otot
- c) Gangguan fungsi otonom: kulit kering dan retak-retak.

3) Adanya basil tahan asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (*slim skin smear*).

#### **2.1.1.4.1. Diagnosis Banding**

1) *Pitriasis alba*

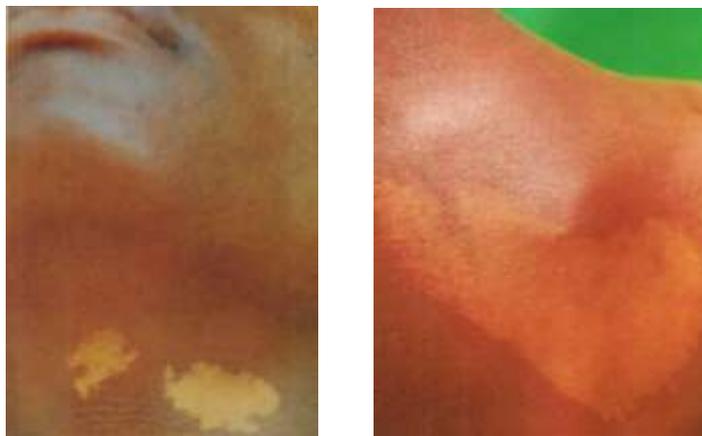
Makula berbentuk bulat warna putih, bercak dapat sangat gatal dan bersisik, lesi dapat tunggal atau multiple dan banyak pada pipi. Biasanya menghilang setelah anak dewasa (Amiruddin,2012:80;McDougall dan Yuasa, 2005:53).



Gambar 2.1. *Pityriasis alba*,  
(Sumber: Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, 2005)

2) Tanda lahir (*Birthmark*)

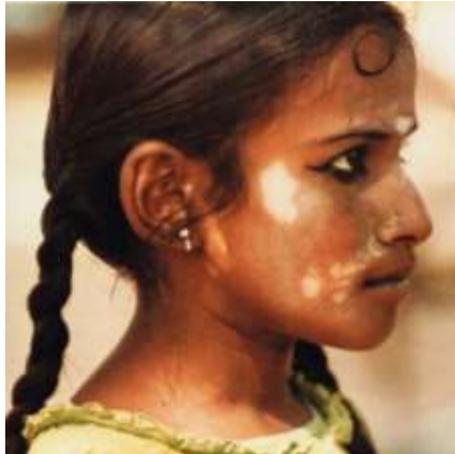
Gambaran khas yang jumlahnya hanya sedikit bahkan kadang tunggal. Muncul sejak lahir dan tidak mengalami perubahan selama periode observasi yang cukup lama (McDougall dan Yuasa, 2005:47).



Gambar 2.2. Tanda lahir (*Birthmark*)  
(Sumber: Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, 2005)

3) *Vitiligo*

Lesi kulit berwarna putih karena disebabkan oleh depigmentasi (pigmen kulit hilang total) tetapi fungsi sensasi, pengeluaran keringat dan tekstur kulit normal (Amiruddin,2012:80;McDougall dan Yuasa, 2005:57).



Gambar 2.3. *Vitiligo*

(Sumber: Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, 2005)

4) *Tinea versikolor* (panu)

Lesi berbatas tegas, bersisik dan tersebar luas ke seluruh tubuh, leher, dan anggota badan. Fungsi sensasi dan pengeluaran keringat normal (McDougall dan Yuasa, 2005:54).



Gambar 2.4. *Tinea Versikolor* (panu)

(Sumber: Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, 2005)

5) Hipokromia pasca inflamasi

Berkurangnya pigmentasi normal pada daerah yang mengalami inflamasi sebelumnya, berasal dari luka dan inflamasi ringan, membedakan dengan kusta dengan memeriksa rasa raba (McDougall dan Yuasa, 2005:54).



Gambar 2.5. Hipokromia pasca inflamasi  
(Sumber: Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, 2005)

6) *Dermatitis seboroik*

Kelainan ini ditandai dengan *skuama*, *eritema*, dan rasa gatal. Biasa terjadi di pipi, dahi, sekitar mulut, kulit kepala dan dagu (Amiruddin,2012:81;McDougall dan Yuasa, 2005:52).



Gambar 2.6. Dermatitis seboroik  
(Sumber: Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, 2005)

7) *Psoriasis*

Lesi kulit yang khas berupa *erupsi skuama* berlapis seperti mika dengan dasar yang *eritematosa*, umumnya terasa gatal (Amiruddin,2012:85;McDougall dan Yuasa, 2005:59).



Gambar 2.7. *Psoriasis*  
(Sumber: Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, 2005)

8) Dermatitis kontak

Terjadi akibat kontak kulit dengan bahan-bahan, seperti pewarna, sabun, deterjen, kosmetik, tanaman, dsb. Pada dermatitis biasanya disertai dengan rasa gatal (McDougall dan Yuasa, 2005:51).



Gambar 2.8. Dermatitis kontak  
(Sumber: Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, 2005)

9) *Tinea corporis*

Lesi tampak jelas, bersisik, kadang-kadang tidak gatal tetapi tidak *anastesi* (Amiruddin,2012:84;McDougall dan Yuasa, 2005:56).



Gambar 2.9. *Tinea corporis*  
(Sumber: Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, 2005)

10) *Pitriasis rosea*

Lesi bewarna merah, dengan tepi agak bersisik halus mengarah ke tengah. Diawali dengan sebuah bercak kemudian tersebar luas di seluruh tubuh (McDougall dan Yuasa, 2005:58).



Gambar 2.10. *Pitriasis rosea*  
(Sumber: Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, 2005)

### 11) *Granuloma anulare*

Dapat menghilang spontan dan kadang-kadang muncul kembali. Lesi berbentuk seperti cincin dengan papul atau nodul timbul biasanya lesi-lesi ini tidak menimbulkan keluhan (Amiruddin, 2012:86; McDougall dan Yuasa, 2005:60).



Gambar 2.11. *Granuloma anulare*  
(Sumber: Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, 2005)

### 12) *Neurodermatitis (Liken simpleks kornikus)*

Bercak tebal, berbatas tegas, tepi tidak teratur. Kelainan ini disertai gatal dan terjadi penebalan kulit (McDougall dan Yausa, 2012:61).



Gambar 2.12. *Neurodermatitis (Liken simpleks kornikus)*  
(Sumber: Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, 2005)

#### 2.1.1.4.2. Klasifikasi

Menurut Kemenkes RI, Ditjen P2PL tahun 2012 penyakit kusta dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa hal yaitu:

- 1) Manifestasi klinis, yaitu jumlah lesi kulit, jumlah saraf yang terganggu.
- 2) Hasil pemeriksaan kerokan jaringan kulit (BTA) positif atau negatif.

Penentuan klasifikasi atau tipe penyakit kusta penting untuk menentukan jenis pengobatan, lama pengobatan, dan perencanaan logistik. Berikut adalah pedoman utama dalam menentukan klasifikasi kusta menurut WHO:

**Tabel 2.1. Tanda utama kusta pada tipe PB dan MB**

Tanda Utama	PB	MB
Bercak Kusta	Jumlah 1-5	Jumlah > 5
Penebalan saraf tepi disertai gangguan fungsi (mati rasa dan atau kelemahan otot, di daerah yang dipersarafi saraf yang bersangkutan)	Hanya 1 saraf	Lebih dari 1 saraf
Kerokan jaringan kulit	BTA negatif	BTA positif

Bila salah satu dari tanda utama MB ditemukan, maka pasien diklasifikasikan sebagai kusta MB. Tanda lain yang dapat dipertimbangkan dalam penentuan klasifikasi penyakit kusta adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.2. Tanda lain untuk klasifikasi kusta**

	PB	MB
Distribusi	Unilateral atau bilateral asimetris	Bilateral asimetris
Permukaan bercak	Kering, kasar	Halus, mengkilap
Batas bercak	Tegas	Kurang tegas
Mati rasa pada bercak	Jelas	Biasanya kurang jelas
Deformitas	Proses terjadi lebih cepat	Terjadi pada tahap lanjut
Ciri-ciri khas	-	Madarosis, hidung pelana, wajah singa ( <i>Facies leonina</i> ), ginikomastia pada laki-laki

## **2.1.1.5. Pemeriksaan Klinis**

### **2.1.1.5.1. Pemeriksaan Fisik**

Menurut Kemenkes RI, Ditjen P2PL tahun 2012 pemeriksaan fisik meliputi:

#### 1. Pemeriksaan kulit/dermatologis

##### 1) Persiapan pemeriksaan

###### 1. Tempat

Tempat pemeriksaan harus cukup cahaya, sebaiknya diluar rumah tetapi tidak boleh langsung dibawah sinar matahari atau di dalam ruangan dengan sinar yang cukup, dengan arah sinar miring dan sebaiknya menjaga kenyamanan orang yang diperiksa.

###### 2. Waktu pemeriksaan

Pemeriksaan dilakukan pada siang hari agar mendapatkan sinar matahari yang cukup.

###### 3. Orang yang diperiksa

Diberikan penjelasan kepada orang yang diperiksa dan keluarganya tentang cara pemeriksaan. Periksa seluruh badan dengan memperhatikan batas-batas kesopanan.

##### 2) Pelaksanaan pemeriksaan

###### 1. Pemeriksaan pandang

- 1) Orang yang akan diperiksa menghadap ke sumber cahaya, berhadapan dengan petugas;

- 2) Pemeriksaan dimulai dari kepala sampai dengan telapak kaki secara sistematis;
- 3) Perhatikan setiap bercak (makula), bintil-bintil (nodulus), jaringan parut, kulit yang keriput, dan setiap penebalan kulit. Pada pemeriksaan pandang tentukan kelainan kulit yang akan diperiksa rasa raba.
- 4) Perhatikan kelainan dan cacat yang terdapat pada tangan dan kaki antara lain atropi, jari kriting, pemendekan jari dan ulkus.

## 2. Pemeriksaan rasa raba pada kelainan kulit

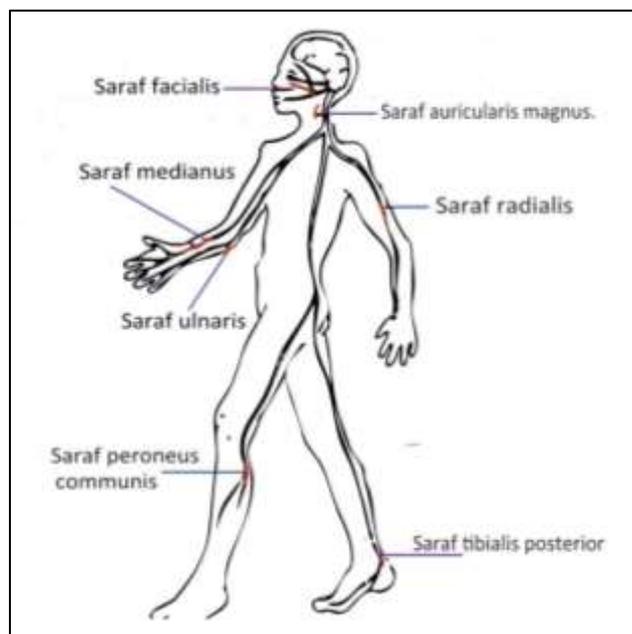
- 1) Gunakan sepotong kapas yang ujungnya dilancipkan, periksalah dengan menyentuhkan ujung dari kapas secara tegak lurus pada kelainan kulit yang dicurigai;
- 2) Terangkan terlebih dahulu jika orang yang diperiksa merasakan sentuhan, ia harus menunjuk kulit yang disentuh dengan jari telunjuknya. Jika lokasi bercak sulit dijangkau maka pasien diminta untuk menghitung jumlah sentuhan atau mengacungkan tangan;
- 3) Jika tekah jelas, pemeriksaan yang sama dilakukan dengan mata pasien tertutup. Kelainan-kelainan di kulit diperiksa secara bergantian dengan kulit yang normal disekitarnya untuk mengetahui ada tidaknya anastesi.

## 2. Pemeriksaan saraf tepi

Menurut Kemenkes RI, Ditjen P2PL tahun 2012 Pemeriksaan dilakukan pada saraf-saraf tepi yang paling sering terlibat dalam penyakit kusta, dan dapat diraba, seperti:

### 1) Tempat terjadinya kerusakan saraf

Pada umumnya cacat kusta diakibatkan kerusakan pada saraf-saraf tepi seperti yang ditunjukkan pada gambar di bawah ini:



Gambar 2.13. Tempat Terjadinya Kerusakan Saraf Tepi  
(Sumber: Ditjen P2PL, Kemenkes RI, 2012)

### 2) Perabaan (palpasi) saraf tepi

Berikut adalah prosedur umum pada pemeriksaan perabaan saraf

1. Pemeriksa berhadapan dengan pasien;
2. Perabaan dilakukan dengan tekanan ringan sehingga tidak menyakiti pasien;
3. Pada saat meraba saraf, perhatikan:

- 1) Apakah ada penebalan atau pembesaran;
- 2) Apakah saraf kanan dan kiri sama besar atau berbeda;
- 3) Apakah ada nyeri atau tidak pada saraf.

Saat melakukan palpasi saraf perhatikan mimik pasien, apakah ada kesan kesakitan atau tidak. Ada tiga saraf yang wajib diperiksa yaitu saraf ulnaris, peroneus communis dan tibiais posterior.

#### 2.1.1.6. Menggambar Simbol Kelainan Kusta (*Charting*)

*Charting* merupakan pemetaan kelainan akibat kusta yang terdapat pada tubuh pasien ke gambar tubuh di kartu pasien menggunakan simbol baku yang sudah ditetapkan. Tujuannya adalah sebagai bukti ketepatan diagnosis dan klasifikasi serta rekam medik berharga untuk menilai kemajuan pengobatan atau kekambuhan.

Simbol-simbol tersebut dan artinya adalah sebagai berikut:

	Bercak keputihan atau kemerahan
	Mati rasa / kurang rasa
	Bercak putih / merah yang mati rasa berbatas tegas
	Bercak putih / merah yang mati rasa berbatas tidak jelas
	Infiltrat yang luas dan merata
	Nodul
	Penebalan saraf
	Alis mata rontok / madarosis
	Hidung pelana
	Kontraktur lemas (clawing = c)
	Kontraktur kaku (stiffness = s)
	Mutilasi / absorpsi (hilangnya/susutnya jari-jari atau bagian dari anggota gerak)
	Ulkus
	Tangan lunglai (drop hand, drop wrist) / kaki semper (drop foot)
	Lagophthalmos (Sulit memejamkan mata)

Gambar 2.14. Simbol Kelainan Kusta  
(Sumber: Ditjen P2PL, Kemenkes RI, 2012)

### 2.1.1.7. Pengobatan

Pengobatan penderita kusta ditujukan untuk membunuh kuman *M.leprae* sehingga tidak berdaya merusak jaringan tubuh dan tanda-tanda semakin berkurang, dan kemudian menghilang (Amiruddin,2012:95).

Sesuai dengan rekomendasi dari WHO pengobatan kusta menggunakan *Multi Drug Therapy* (MDT) untuk kusta tipe PB maupun tipe MB. *Multi Drug Therapy* (MDT) adalah kombinasi dua atau lebih obat anti kusta, salah satunya rifampisin sebagai anti kusta yang bersifat bakterisidal kuat sedangkan obat anti kusta lain bersifat bakteriostatik (Ditjen P2PL, Kemenkes RI,2012:99).

Menurut Ditjen P2PL, Kemenkes RI (2012:99) pengobatan kusta memiliki tujuan, yaitu:

1. Memutuskan mata rantai penularan
2. Mencegah resistensi obat
3. Memperpendek masa pengobatan
4. Meningkatkan keteraturan berobat
5. Mencegah terjadinya cacat atau mencegah bertambahnya cacat yang sudah ada sebelum pengobatan.

Apabila pasien kusta tidak minum obat secara teratur, maka kuman kusta dapat menjadi resisten terhadap MDT, sehingga gejala penyakit akan menetap, bahkan memburuk, dan dapat menimbulkan gejala baru pada kulit dan saraf (Ditjen P2PL, Kemenkes RI, 2012:99).

Menurut Kemenkes RI tahun 2012, berikut ini merupakan kelompok orang yang membutuhkan MDT:

- 1) Pasien yang baru didiagnosis kusta dan belum pernah mendapat MDT.
- 2) Pasien ulangan, yaitu pasien yang mengalami hal dibawah ini:
  - a) Relaps;
  - b) Masuk kembali setelah *default* (dapat PB maupun MB);
  - c) Pindahan (pindah masuk);
  - d) Ganti klasifikasi/tipe.

#### **2.1.1.8. Pencegahan**

Menurut pedoman nasional program pengendalian penyakit kusta tahun 2012, upaya yang dapat dilakukan dalam pencegahan atau pemutusan rantai penularan penyakit kusta dapat dilakukan melalui:

- 1) Pengobatan MDT pada pasien kusta;
- 2) Vaksinasi BCG.

#### **2.1.2. Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan adalah upaya persuasif atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah-masalah), dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan ini didasarkan kepada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran (Notoatmodjo,2010:26).

Berdasarkan Lawrence Green (1984) dalam Notoatmodjo (2010:24) pendidikan kesehatan merupakan komponen dari promosi kesehatan yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Berdasarkan Wood dalam Kemenkes (2008:2) pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman menguntungkan yang mempengaruhi pengetahuan, kebiasaan, dan sikap yang berhubungan dengan kesehatan individu, masyarakat dan bangsa.

Tujuan adanya pendidikan kesehatan adalah adanya perubahan perilaku manusia untuk mencapai hidup sehat yang diperoleh melalui pengalaman dan proses belajar.

#### **2.1.2.1. Peran Pendidikan Kesehatan dalam Kesehatan Masyarakat**

Secara garis besar faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, baik individu, kelompok, maupun masyarakat, dikelompokkan menjadi 4 (Blum, 1974). Berdasarkan urutan pengaruh terhadap kesehatan adalah sebagai berikut:

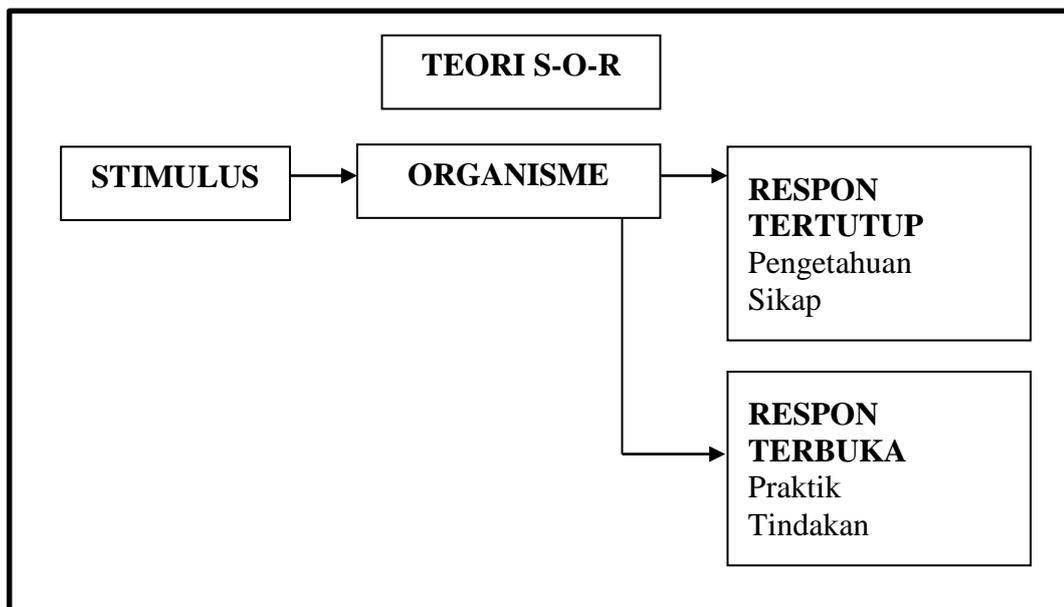
- 1) Lingkungan, mencakup lingkungan fisik, sosial, budaya, politik, ekonomi, dan sebagainya,
- 2) Perilaku,
- 3) Pelayanan kesehatan,
- 4) Keturunan.

Pendidikan kesehatan merupakan bentuk intervensi terutama dalam faktor perilaku. Peran pendidikan kesehatan dalam perilaku berarti pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana mencegah atau menghindari hal-hal yang merugikan kesehatan mereka maupun orang lain, ke mana seharusnya mencari pengobatan bilamana sakit, dan sebaliknya. Kesehatan bukan hanya

untuk di ketahui (*knowledge*) dan disikapi (*attitude*), melainkan harus dikerjakan/dilaksanakan dalam kehidupan sehari-hari (*practice*) (Notoatmodjo,2007:13).

### 2.1.3. Perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan yang dapat diamati oleh orang lain atau secara langsung maupun kegiatan yang tidak dapat diamati orang lain atau pihak luar. Skinner (1938) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Teori Skinner ini disebut teori S-O-R (stimulus-organisme-respons) (Notoatmodjo,2010:43).



Gambar 2.15. Teori S-O-R (Notoatmodjo,2010:45)

Berdasarkan Teori S-O-R tersebut, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

#### 1) Perilaku Tertutup (*Cover behavior*)

Respon tertutup terjadi apabila respon terhadap stilmulus masih belum dapat dillihat atau diamati orang dari luar secara jelas. Respon seseorang

masih berupa perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan, dan sikap terhadap suatu stimulus.

## 2) Perilaku Terbuka (*Overt behavior*)

Perilaku terbuka terjadi apabila respon terhadap stimulus sudah menjadi tindakan atau praktik yang dapat dilihat atau diamati orang dari luar.

Berdasarkan pembagian domain oleh Bloom, Perilaku mencakup tiga domain, yakni: pengetahuan (knowledge), sikap (attitude), dan tindakan atau praktik (practice), sebagai berikut:

### 1) Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dsb). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas yang berbeda-beda. Secara garis besar dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan yaitu:

#### 1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Seseorang yang tahu akan suatu hal yaitu apabila dia dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya dari hal tersebut.

#### 2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan objek yang diketahui secara benar. Orang yang telah memahami akan suatu objek harus dapat menjelaskan,

memberikan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek tersebut.

3. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Komponen analisis dapat dilihat dari kemampuan menggambarkan, membedakan, memisahkan dan mengelompokkan suatu materi.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi merupakan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2) Sikap (*attitude*)

Menurut Newcomb dalam Notoatmodjo (2010:52) sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak tetapi belum merupakan tindakan

atau aktivitas. Sikap terdiri dari beberapa tingkatan berdasarkan intensitasnya, yaitu:

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek).

2. Menanggapi (*responding*)

Menanggapi berarti memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

3. Menghargai (*valuing*)

Menghargai adalah subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau menganjurkan orang lain merespon.

4. Pertanggung jawaban (*responsible*)

Pertanggungjawaban merupakan sikap mau menerima sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko. Ini merupakan tingkatan sikap yang paling tinggi.

3) Praktik (*practice*)

Praktik merupakan perwujudan dari sikap yang didukung dengan adanya fasilitas atau sarana dan prasarana. Praktik dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitas, yaitu:

1. Praktik terpimpin (*guided response*)

Praktik terpimpin yaitu praktik yang apabila atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan.

2. Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Praktik secara mekanisme yaitu praktik yang apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis.

3. Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang.

Perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor – faktor baik dari luar maupun dari dalam. Menurut Lawrence Green, perilaku ditentukan oleh 3 faktor utama, yaitu:

- 1) Faktor Predisposisi (*predisposing factors*):

Faktor-faktor yang dapat mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku pada diri seorang atau masyarakat adalah pengetahuan dan sikap seseorang atau masyarakat tersebut terhadap apa yang akan dilakukan.

- 2) Faktor Pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin atau pendukung (*enabling*) perilaku adalah fasilitas, sarana, atau prasarana yang mendukung atau yang memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.

### 3) Faktor Penguat (*reinforcing factors*)

Faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat perubahan perilaku, misalnya tokoh masyarakat, Peraturan Perundang-undangan, dll

*Transtheoretical stages of change model* merupakan model mengenai perubahan perilaku. Model ini didasarkan pada asumsi bahwa perubahan perilaku merupakan suatu proses dan bahwa setiap orang berada dalam tingkatan yang berlainan berkaitan dengan motivasi dan kesiapan untuk berubah. Manusia pada berbagai tingkatan proses perubahan dapat menarik manfaat dari intervensi yang berbeda.

Dengan kata lain, metode yang digunakan untuk suatu keluaran yang diinginkan tidak berlaku secara umum karena setiap orang tidak selalu berada pada tingkatan atau tahapan kesiapan yang sama. *Transtheoretical stages of change model* juga berpendapat bahwa manusia dapat kambuh atau kembali lagi ketahapan sebelumnya. *Transtheoretical stages of change model* mengidentifikasi lima tahapan atau tingkatan, kesiapan yang dapat diterapkan pada semua jenis perubahan perilaku, yaitu:

- 1) *Precontemplation* (praberpikir) yaitu tidak tertarik untuk merubah perilaku
- 2) *Contemplation* (berpikir) yaitu mempertimbangkan untuk mengubah perilaku
- 3) *Preparation* (persiapan) yaitu persiapan dan eksperimentasi terhadap perubahan perilaku, tetapi tidak memiliki keyakinan diri sendiri untuk secara aktif terlibat dalam proses
- 4) *Action* (tindakan) yaitu secara aktif terlibat dalam proses perubahan perilaku

- 5) *Maintenance* (mempertahankan) yaitu mempertahankan perubahan perilaku dari waktu ke waktu.

#### **2.1.4. Pemberdayaan Masyarakat**

Pemberdayaan masyarakat ialah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Tujuan pemberdayaan dibidang kesehatan adalah:

- 1) Tumbuhnya kesadaran, pengetahuan, dan pemahaman akan kesehatan bagi individu, kelompok atau masyarakat.
- 2) Timbulnya kemauan atau kehendak ialah bentuk lanjutan dari kesadaran dan pemahaman terhadap objek, dalam hal ini kesehatan.
- 3) Timbulnya kemampuan masyarakat di bidang kesehatan berarti masyarakat, baik secara individu maupun kelompok, telah mampu mewujudkan kemauan atau niat kesehatan mereka dalam bentuk tindakan atau perilaku sehat.

#### **2.1.5. Peran Serta Masyarakat**

##### **2.1.5.1. Definisi**

Penggerakan Peran Serta Masyarakat (PSM) adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat positif dan tidak memerintah, yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku, dan kemampuan masyarakat dalam menemukan, merencanakan, dan memecahkan masalah menggunakan sumber daya/ potensi yang mereka miliki termasuk partisipasi dan dukungan tokoh-tokoh masyarakat serta LSM yang ada dan hidup di masyarakat (Arsita, 2011:216).

### **2.1.5.2. Landasan Hukum Peran Serta Masyarakat**

Dalam undang-undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, mengenai peran serta masyarakat, tercantum dalam beberapa pasal berikut ini:

#### **Pasal 5**

Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, dan lingkungannya.

#### **Pasal 8**

Pemerintah bertugas menggerakkan peran serta masyarakat dalam menyelenggarakan dan pembinaan kesehatan, dengan memperhatikan fungsi sosial sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu tetap terjamin.

#### **Pasal 71**

1. Masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan beserta sumber dayanya;
2. Pemerintah membina, mendorong, dan menggerakkan swadaya masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan agar dapat lebih berdaya guna dan lebih berhasil guna;
3. Ketentuan mengenai syarat dan tata cara peran serta masyarakat dibidang kesehatan ditetapkan dengan peraturan pemerintah.

#### **Pasal 72**

1. Peran Serta Masyarakat untuk memberikan pertimbangan dalam ikut menentukan aturan pemerintah pada penyelenggaraan kesehatan dapat

dilakukan melalui Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional yang berpatokan pada tokoh masyarakat dan pakar lainnya;

2. Ketentuan mengenai pembentukan, tugas pokok, fungsi, dan tata kerja Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional ditetapkan dengan Keputusan Presiden.

### **2.1.5.3. Tujuan Penggerakan Peran Serta Masyarakat**

Menurut Arsita (2011:218) Tujuan Penggerakan PSM ada dua hal yaitu:

#### 1) Tujuan Umum

Meningkatkan kemandirian masyarakat dan keluarga dalam bidang kesehatan sehingga masyarakat dapat memberikan andil dalam meningkatkan derajat kesehatannya.

#### 2) Tujuan Khusus

- a) Meningkatnya pengetahuan masyarakat dalam bidang kesehatan;
- b) Meningkatnya kemampuan masyarakat dalam pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatannya sendiri;
- c) Meningkatnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat;
- d) Terwujudnya pelembagaan upaya kesehatan masyarakat di tingkat lapangan.

#### **2.1.5.4. Tahap-Tahap Peran Serta Masyarakat**

Menurut Arsita (2011:220) tahap-tahap peran serta masyarakat yaitu:

1) Menumbuhkembangkan kemampuan masyarakat

Dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebaiknya secara bertahap sedapat mungkin menggunakan sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat, apabila diperlukan bantuan dari luar bentuknya hanya berupa perangsang atau pelengkap sehingga tidak semata-mata bertumpu pada bantuan tersebut.

2) Menumbuhkan dan atau mengembangkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan.

Peran serta masyarakat di dalam pembangunan kesehatan dapat diukur dengan makin banyaknya jumlah anggota masyarakat yang mau memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti memanfaatkan puskesmas, puskesmas pembantu, polindes/PKD, mau hadir ketika ada kegiatan penyuluhan kesehatan, mau menjadi kader kesehatan, mau menjadi peserta tabulin, JPKM, dan lain sebagainya.

3) Mengembangkan semangat gotong-royong dalam pembangunan kesehatan.

Semangat gotong-royong ini dapat diukur dengan melihat apakah masyarakat bersedia bekerjasama dalam peningkatan sanitasi lingkungan, penggalakan gerakan 3M dalam upaya pemberantasan penyakit demam berdarah, dan lain sebagainya.

4) Bekerja bersama masyarakat

Dalam pembangunan kesehatan adanya bimbingan, dan dorongan dari pemerintah/ petugas kesehatan sangatlah dibutuhkan, karena pada prinsipnya pemerintah/ petugas kesehatan bekerja untuk dan bersama masyarakat dengan begitu maka akan meningkatkan motivasi dan kemampuan masyarakat dalam pembangunan kesehatan.

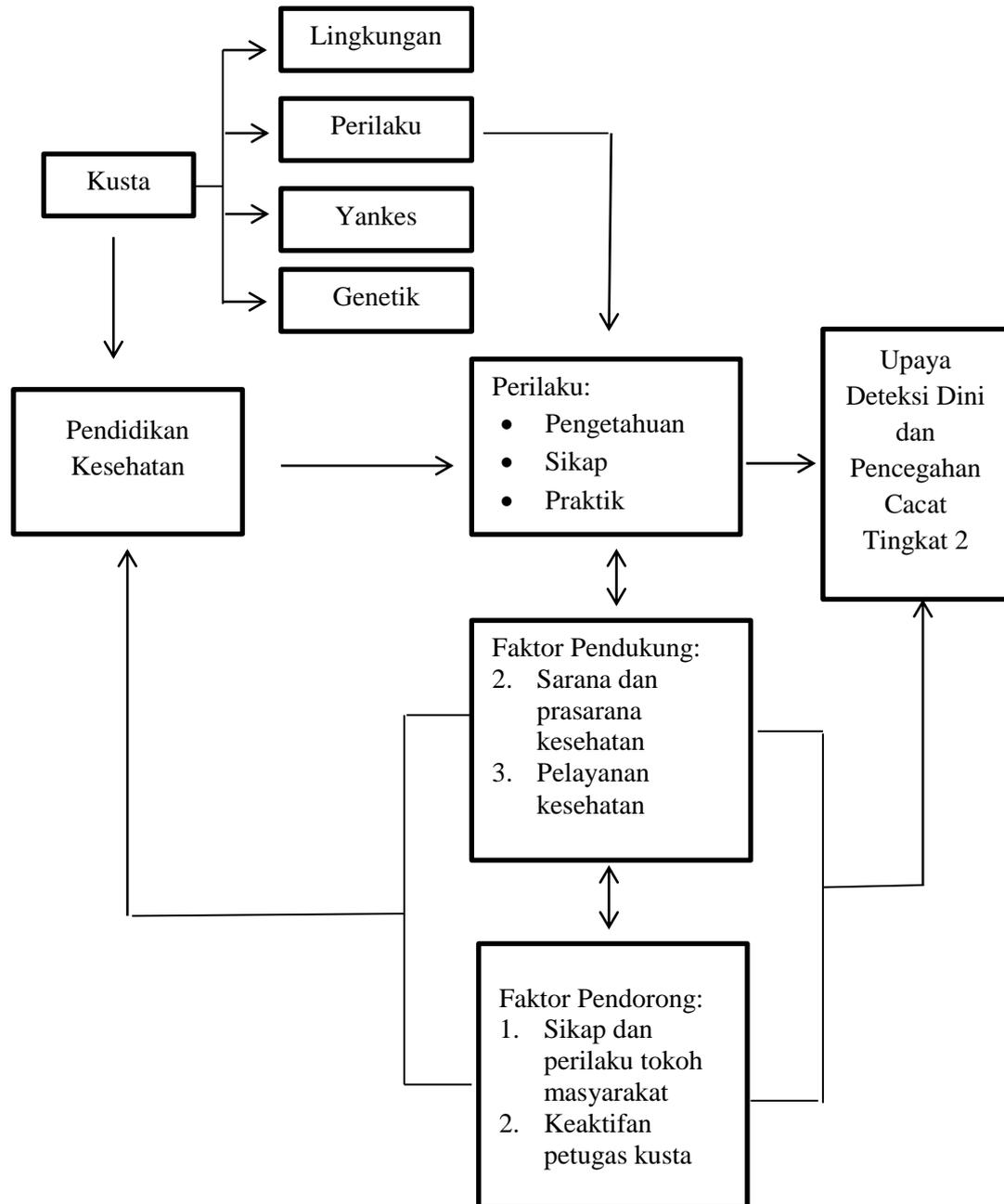
5) Menggalang kemitraan dengan LSM dan organisasi kemasyarakatan yang ada di masyarakat

Prinsip lain dari penggerakan PSM di bidang kesehatan adalah pemerintah dan tenaga kesehatan hendaknya memanfaatkan dan bekerja sama dengan LSM serta dengan organisasi kemasyarakatan yang ada di sekitar masyarakat. Dengan demikian, upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat lebih efektif dan efisien.

6) Penyerahan pengambilan keputusan kepada masyarakat

Pengambilan keputusan pelaksanaan kegiatan guna pemecahan masalah kesehatan hendaknya diserahkan kepada masyarakat. Pemerintah maupun tenaga kesehatan hanya bertindak sebagai fasilitator dan dinamisator sehingga masyarakat merasa lebih memiliki tanggung jawab untuk melaksanakannya.

## 2.2. Kerangka Teori

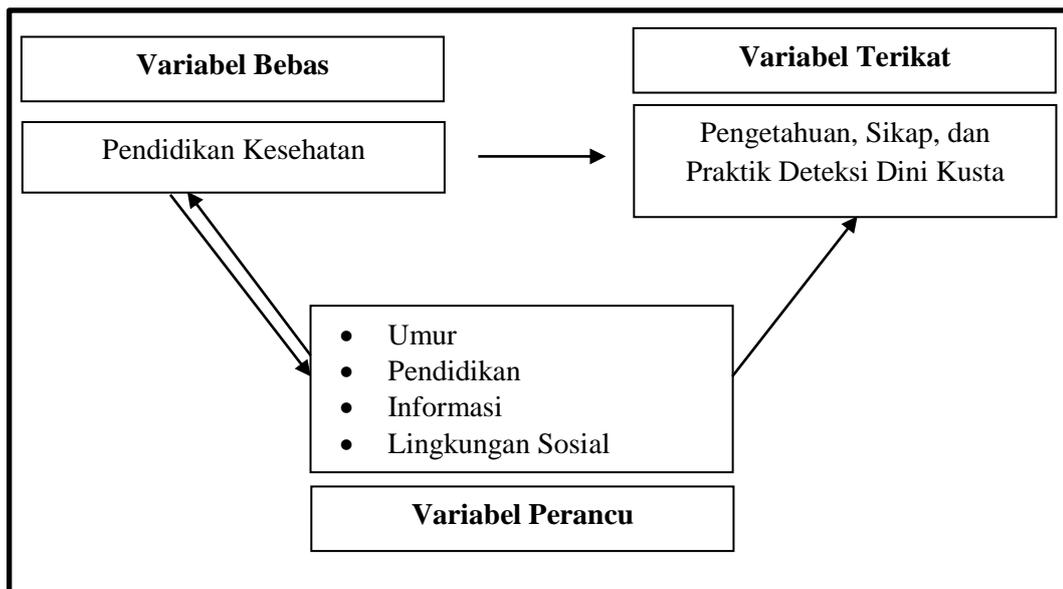


Gambar 2.15. Kerangka teori (Modifikasi Teori perilaku (L. Green) dan Teori mengenai derajat kesehatan masyarakat (H.L Blum)).

## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **3.1. KERANGKA KONSEP**

Kerangka konsep pada penelitian ini adalah:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

### **3.2. VARIABEL PENELITIAN**

Variabel penelitian adalah sesuatu yang sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang suatu konsep pengertian tertentu (Notoatmodjo, S, 2010:103).

#### **3.2.1. Variabel Bebas**

Variabel bebas atau variabel yang berubah dan akan mengakibatkan perubahan pada variabel lainnya dalam penelitian ini adalah Pendidikan Kesehatan.

### **3.2.2. Variabel Terikat**

Variabel terikat atau variabel yang berubah akibat perubahan dari variabel bebas dalam penelitian ini adalah Pengetahuan, Sikap dan Praktik Deteksi Dini Kusta.

### **3.2.3. Variabel Perancu**

Variabel perancu adalah variabel yang mengganggu terhadap hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat (Notoatmodjo, 2010: 104).

#### **3.2.3.1. Umur**

Bertambahnya umur seseorang dapat menjadikan perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pada aspek psikologis atau mental taraf berpikir semakin matang atau dewasa sehingga pengetahuan dapat lebih mudah diterima dan sikap menjadi lebih terbuka. Oleh karena itu umur harus dikendalikan yaitu dengan cara memilih responden yang memiliki rentang umur antara 31-50 tahun.

#### **3.2.3.2. Pendidikan**

Semakin tinggi pendidikan seseorang akan semakin mudah menerima informasi sehingga pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Oleh karena itu, pendidikan dikendalikan dengan cara memilih responden yang memiliki tingkat pendidikan minimal sekolah dasar.

#### **3.2.3.3. Informasi**

Kemudahan dalam memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru. Responden yang pernah mendapatkan pendidikan kesehatan atau penyuluhan dan pelatihan mengenai kusta cenderung memiliki pengetahuan, sikap dan praktik yang lebih

baik mengenai kusta. Oleh karena itu, hal ini harus dikendalikan dengan cara memilih responden yang belum pernah menerima informasi mengenai kusta selama satu tahun terakhir sehingga responden hanya mendapatkan informasi dari peneliti saja.

### 3.2.3.4. Lingkungan Sosial

Lingkungan sosial akan dikendalikan dengan memilih responden yang tinggal di lingkungan yang sama, yaitu yang tinggal satu RT dengan penderita kusta (RT 01 dan RT 05) sehingga pengaruh lingkungan dapat dianggap sama.

## 3.3. HIPOTESIS PENELITIAN

Hipotesis dalam penelitian ini adalah terdapat perbedaan pengetahuan, sikap, dan praktik deteksi dini kusta sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan kepada ibu rumah tangga (IRT) di Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara.

## 3.4. DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL

**Tabel 3.1. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel**

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Kategori	Skala
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>Variabel Bebas</b>					
1	Pendidikan Kesehatan	Pendidikan kesehatan kepada Ibu rumah tangga (IRT) berupa penyuluhan mengenai penyakit kusta dan pelatihan deteksi dini kusta yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik deteksi dini kusta Ibu Rumah Tangga (IRT).	Lembar identitas	1. Sebelum dilakukan pendidikan kesehatan 2. Sesudah dilakukan pendidikan kesehatan	Nominal
<b>Variabel Terikat</b>					
1	Pengetahuan	Besarnya nilai pemahaman ibu-ibu	Kuesioner	1. Baik, skor >50%	Ordinal

		dalam menjawab kuesioner tentang kusta yang meliputi pengertian kusta, tanda/ gejala kusta, Dampak/akibat kusta, penularan kusta, pengobatan kusta.		2. Kurang, skor $\leq 50\%$  (Budiman dan Agus Riyanto, 2013)	
2	Sikap	Tanggapan / respon ibu-ibu mengenai penyakit kusta dan penderita kusta	Kuesioner	1. Positif, skor $\geq \text{mean}$ 2. Negatif, skor $< \text{mean}$  (Budiman dan Agus Riyanto, 2013)	Ordinal
3	Praktik	Kegiatan deteksi dini kusta dengan melakukan pemeriksaan bercak, pemeriksaan mata, pemeriksaan pada tangan dan pemeriksaan pada kaki yang dilakukan oleh ibu kepada keluarganya masing-masing sebagai alternatif solusi penemuan kasus kusta secara aktif.	Lembar Observasi	1. Bisa menilai suspek, ditandai dengan dapat melakukan deteksi dini kusta 2. Tidak bisa menilai suspek, ditandai dengan tidak dapat melakukan deteksi dini kusta	Nominal

### 3.5. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian *Quasi Experiment* dengan rancangan *non equivalent control group design*. Dengan rancangan ini, peneliti melakukan *pretest* pada kedua kelompok penelitian dan diikuti intervensi pada kelompok intervensi. Setelah beberapa waktu dilakukan *post-test* pada kedua kelompok. Bentuk desain ini adalah sebagai berikut:

Kelompok Intervensi             $O_1$  ----- X -----  $\rightarrow O_2$

Kelompok Kontrol             $O_1$  -----  $\rightarrow O_2$

Keterangan:

O<sub>1</sub> : Pengukuran pertama (*pretests*)

X : Intervensi

O<sub>2</sub> : Pengukuran kedua (*posttest*)

Pretest dilakukan untuk mengetahui pengetahuan, sikap, dan praktik deteksi dini ibu-ibu sebelum adanya perlakuan. Setelah itu diberikan perlakuan berupa pendidikan kesehatan berupa penyuluhan mengenai penyakit kusta dan pelatihan deteksi dini kusta. Waktu antara tes yang pertama dengan tes yang kedua tidak terlalu jauh tetapi tidak juga terlalu dekat. Selang waktu antara 15-30 hari adalah cukup memenuhi persyaratan. Apabila waktu terlalu pendek, kemungkinan responden masih ingat pertanyaan-pertanyaan pada tes yang pertama. Sedangkan kalau selang waktu itu terlalu lama, kemungkinan pada responden sudah terjadi perubahan variabel yang akan diukur (Notoatmodjo S, 2010:169). Oleh karena itu, pada penelitian ini rentang waktu antara *pretest* dan *posttest* adalah selama 15 hari.

### **3.6. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN**

#### **3.6.1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan objek yang diteliti (Notoatmodjo S, 2010:79). Populasi dalam penelitian ini adalah ibu-ibu yang tinggal di RW 03 Desa Mayong Lor Kabupaten Jepara. RW 03 memiliki jumlah penduduk sebanyak 1489 penduduk, dengan jumlah KK sebanyak 372 KK.

### **3.6.2. Sampel**

Menurut Sugiyono (2012:118) sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Pada penelitian ini adalah ibu-ibu yang tinggal di RT yang sama dengan penderita kusta (RT 01 dengan 65KK dan RT 05 dengan 62KK) yang terdapat pada register penderita kusta Puskesmas Mayong II pada tahun 2014-tahun 2015.

Berdasarkan pendapat Roscoe dalam Sugiyono (2009:74), bahwa untuk penelitian eksperimen yang sederhana, yang menggunakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol, jumlah sampel minimal masing-masing kelompok yaitu antara 10 sampai dengan 20 sampel. Maka yang digunakan dalam penelitian ini adalah 20 sampel untuk masing-masing kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

#### **3.6.2.1. Sampel Eksperimen**

Sampel eksperimen dalam penelitian ini adalah ibu-ibu rumah tangga yang tinggal di RT 01 RW 03 Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara, dengan jumlah sampel kontrol sebanyak 20 orang.

##### **1. Kriteria Inklusi**

Adapun kriteria inklusi dari sampel penelitian ini adalah:

- 1) Bertempat tinggal di Desa Mayong Lor
- 2) Tinggal di RT yang sama dengan penderita Kusta (RT 1) yang terdaftar pada register penderita kusta di Puskesmas Mayong II.
- 3) Pendidikan minimal tingkat dasar (SD)

- 4) Umur 31-50 tahun
- 5) Belumpernah mengikuti penyuluhan atau pelatihan mengenai penyakit kusta

## 2. Kriteria Eksklusi

- 1) Pada saat penelitian berpindah tempat tinggal
- 2) Subjek menolak menjadi responden

### **3.6.2.2. Sampel Kontrol**

Sampel eksperimen dalam penelitian ini adalah ibu-ibu rumah tangga yang tinggal di RT 05 RW 03 Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara, dengan jumlah sampel kontrol sebanyak 20 orang.

## 1. Kriteria Inklusi

Adapun kriteria inklusi dari sampel penelitian ini adalah:

- 1) Bertempat tinggal di Desa Mayong Lor
- 2) Tinggal di RT yang sama dengan penderita Kusta (RT 05) yang terdaftar pada register penderita kusta di Puskesmas Mayong II.
- 3) Pendidikan minimal tingkat dasar (SD)
- 4) Umur 31-50 tahun
- 5) Belumpernah mengikuti penyuluhan atau pelatihan mengenai penyakit kusta

## 2. Kriteria Eksklusi

- 1) Pada saat penelitian berpindah tempat tinggal
- 2) Subjek menolak menjadi responden

### **3.7. SUMBER DATA**

#### **3.7.1. Data Primer**

Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari hasil observasi, dokumentasi, wawancara langsung dengan pihak puskesmas, perangkat desa, dan pengisian kuesioner oleh responden.

#### **3.7.2. Data Sekunder**

Data sekunder diperoleh dari profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Dinas Kesehatan Jepara, Puskesmas Mayong II, dan data tentang kependudukan dari kelurahan di tempat penelitian.

### **3.8. INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA**

#### **3.8.1. Instrumen Penelitian**

Instrumen dalam penelitian ini adalah lembar identitas, lembar praktik deteksi dini kusta, lembar observasi dan Buku panduan deteksi dini kusta serta lembar kuesioner.

#### **3.8.2. Teknik Pengambilan Data**

##### **3.8.2.1. Observasi**

Pengamatan (observasi) adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi kegiatan melihat dan mencatat jumlah dan taraf aktifitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. Jadi dalam melakukan observasi bukan hanya mengunjungi, melihat atau menonton saja, tetapi disertai keaktifan jiwa atau perhatian khusus dan melakukan pencatatan-pencatatan (Sugiyono, 2005: 145). Pengamatan ini dilakukan dengan cara mengamati upaya yang dilakukan puskesmas dalam penanggulangan penyakit

kusta dan mengamati perilaku masyarakat dengan adanya penderita kusta di lingkungan sekitar.

#### **3.8.2.2. Wawancara**

Wawancara (*interview*) adalah metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapat keterangan lisan dari petugas kusta puskesmas, perangkat desa, dan responden untuk mengetahui upaya yang sudah dilakukan dalam penanggulangan penyakit kusta. Wawancara ini juga bertujuan untuk mengetahui identitas, karakteristik responden.

#### **3.8.2.3. Dokumentasi**

Dalam penelitian ini juga menggunakan teknik dokumentasi dalam pengumpulan data berdasarkan dokumen-dokumen yang ada, baik berupa laporan catatan, berkas, atau bahan-bahan tertulis lainnya yang merupakan dokumen resmi yang relevan dalam penelitian ini dan juga mendokumentasikan keadaan di lapangan.

#### **3.8.2.4. Kuesioner**

Kuesioner dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu-ibu tentang penyakit kusta dan sikap ibu-ibu terhadap penyakit kusta.

##### **3.8.2.4.1. Validitas**

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Untuk menguji tingkat validitas empiris instrumen, peneliti mencobakan instrumen tersebut pada sasaran penelitian menggunakan teknik uji validitas. Kuesioner yang sudah disusun akan diujicobakan pada sampel

tercoba sebanyak 20 responden. Sampel tercoba dalam penelitian ini adalah Ibu-Ibu yang berusia 30-50 tahun yang tinggal di RT 02 RW 7 Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong yang memiliki karakteristik yang sama dengan kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Hasil dari uji coba tersebut akan diolah untuk menguji validitasnya menggunakan uji statistik, dalam penelitian ini menggunakan program SPSS versi 16. Hasil akhirnya ( $r$  hitung) akan dibandingkan dengan  $r$  tabel *pearson product moment*, dengan  $N = 20$  taraf signifikansi 5% diketahui  $r$  tabel = 0,378 dengan kriteria apabila  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel maka berarti angket tersebut valid. Apabila tidak valid, maka butir soal dihilangkan. Setelah itu butir-butir soal yang valid diuji validitasnya kembali. Apabila semua butir soal sudah valid, maka instrumen tersebut dapat digunakan sebagai instrumen penelitian yang sah.

Berdasarkan uji validitas yang dilakukan kepada 20 responden yang memiliki karakteristik yang sama dengan responden penelitian, terdapat 2 item pertanyaan dari 38 pertanyaan yang tidak valid (nilai *corrected item*  $<$  0,05) yaitu item pertanyaan no 10 dan 16 sehingga item tersebut dihilangkan. Setelah dihilangkan, kuesioner tersebut diuji kembali validitasnya menggunakan SPSS versi 16 yang menghasilkan 36 pertanyaan yang valid.

#### **3.8.2.4.2. Reliabilitas**

Pengujian reliabilitas instrumen dilakukan untuk mengetahui instrumen penelitian ini reliabel atau tidak. Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan uji SPSS versi 16 dengan taraf signifikansi 5%. Perolehan  $r$  hitung dibandingkan dengan  $r$  tabel, apabila  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel maka instrumen tersebut adalah reliabel.

Setelah mendapat item pertanyaan yang valid, maka selanjutnya adalah menganalisis reliabilitas semua item pertanyaan. Hasil dari uji reliabilitas yang peneliti lakukan yaitu  $r_{\alpha} > r_{\text{tabel}}$  ( $0,907 > 0,378$ ) sehingga dapat dikatakan bahwa 29 item pertanyaan pada kuesioner adalah reliabel yang selanjutnya dapat digunakan sebagai instrumen penelitian.

### **3.9. PROSEDUR PENELITIAN**

#### **3.9.1. Tahap Pra Penelitian**

1. Mengurus surat perijinan dari BAPPEDA Kabupaten Jepara untuk melakukan penelitian di Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara.
2. Melakukan koordinasi dengan aparat Desa dan Petugas Kusta Puskesmas Mayong II.
3. Melakukan FGD (*Focus Group Discussion*) dengan warga dan aparat desa terkait penelitian yang akan dilaksanakan. FGD ini bertujuan untuk sosialisasi dan menerima saran-saran dalam pelaksanaan penelitian.

#### **3.9.2. Tahap Penelitian**

##### **3.9.2.1. Kelompok intervensi (RT 01)**

1. Pengukuran pertama (*pretest*) untuk mengetahui pengetahuan, dan sikap menggunakan kuesioner, serta untuk mengetahui praktik deteksi dini menggunakan lembar observasi sebelum adanya perlakuan. Pengisian kuesioner diberikan kepada sampel masing-masing selama  $\pm 15$  menit sebelum diberikan penyuluhan dan pelatihan.
2. Penyuluhan dan pelatihan kepada responden (ibu rumah tangga) mengenai penyakit kusta dan praktik deteksi dini kusta dengan melakukan pemeriksaan

bercak, pemeriksaan pada mata, pemeriksaan pada tangan dan pemeriksaan pada kaki. Pelatihan praktik dilakukan dengan cara peneliti menunjukkan bagaimana cara melakukan praktik dengan bantuan probandus. Penyuluhan dan pelatihan dilakukan 2 kali selama penelitian berlangsung yang dilakukan oleh peneliti dan didampingi oleh petugas kusta puskesmas, materi penyuluhan yang disampaikan mengenai penyakit kusta meliputi pengertian, tanda/gejala, pencegahan, penularan, dampak dan pengobatan penyakit kusta. Kegiatan penyuluhan dan pelatihan ini dilaksanakan selama 2 minggu yang terbagi dalam 2 forum pengajian rutin ibu-ibu. Forum ini dipilih karena responden aktif dalam kegiatan ini, Pelatihan berlangsung  $\pm$  30 menit.

3. Pada minggu ke III sampai minggu ke IV peserta pelatihan melakukan praktik deteksi dini kusta pada keluarganya masing-masing dengan menggunakan buku panduan deteksi dini kusta.
4. Pada minggu ke V sampai VI dilakukan *posttest* untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan praktik deteksi dini kusta. *Posttest* dilakukan dengan cara peneliti mendatangi rumah sampel satu per satu.

#### **3.9.2.2. Kelompok Kontrol (RT 05)**

1. Pengukuran pertama (*pretest*) untuk mengetahui pengetahuan, dan sikap menggunakan kuesioner, serta untuk mengetahui praktik deteksi dini kusta. Pengisian kuesioner diberikan kepada sampel masing-masing selama  $\pm$  15 menit sebelum diberikan sosialisasi atau penjelasan mengenai penelitian ini.
2. Pada minggu ke IV sampai V dilakukan pengukuran kedua (*posttest*) untuk mengetahui pengetahuan, sikap, dan praktik deteksi dini terhadap penyakit

kusta setelah adanya perlakuan. *Posttest* dilakukan dengan cara peneliti mendatangi rumah sampel satu per satu.

### **3.9.3. Tahap Pasca Penelitian**

1. Mengolah data hasil penelitian
2. Menganalisis data untuk mendapatkan hasil dari proses pengambilan data yang telah dilakukan.

## **3.10. TEKNIK ANALISIS DATA**

### **3.10.1. Pengolahan Data**

Langkah-langkah pengolahan data dalam penelitian ini adalah:

1. Editing

Langkah ini dimaksudkan untuk melakukan pengecekan kelengkapan data, kesinambungan data, dan keseragaman data mengenai karakteristik responden serta gambaran wilayah dan gambaran kesehatan

2. Koding

Koding yaitu kegiatan untuk mengklasifikasikan data menurut kategori masing-masing dengan pemberian kode untuk memudahkan pengolahan data.

3. Entri

Data yang telah dikode kemudian dimasukkan ke dalam komputer untuk diolah.

4. Tabulasi

Sebagai kelanjutan dari entri, maka dilakukan tabulasi data, yaitu mengelompokkan data sesuai variabel dan kategori penelitian.

### **3.10.2. Analisis Data**

#### **3.10.2.1. Analisis Univariat**

Analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel, misalnya distribusi frekuensi responden berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan jenis pekerjaan.

#### **3.10.2.2. Analisis Bivariat**

Analisis ini dilakukan secara eksperimen dengan uji statistik, yaitu untuk mendapatkan hubungan antar variabel bebas dan variabel terikat. Untuk mengukur perbedaan *pretest* dan *posttest* pada masing-masing kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Uji statistik yang digunakan adalah uji *McNemar*, karena skala pengukuran variabel kategorik dan untuk *crostabulating 2x2*.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **4.1. Gambaran Umum Penelitian**

Desa Mayong Lor merupakan salah satu desa yang berada di Kecamatan Mayong, Kabupaten Jepara. Batas wilayah sebelah utara berbatasan dengan Desa Pelemkerep, sedangkan di sebelah selatan berbatasan dengan Desa Mayong Kidul, pada sebelah barat berbatasan dengan Desa Tigojuru dan disebelah timur berbatasan dengan Desa Pringtulis dan Desa Tunggul Pandean. Desa Mayong Lor merupakan Desa sentra pengrajin keramik atau tanah liat. Mayoritas masyarakat Mayong Lor bekerja sebagai pengrajin keramik dan tanah liat. Desa Mayong Lor terdiri dari 9 RW dan 49 RT serta terbagi menjadi 4 dukuh yaitu Dukuh Bendoangin (RW 01 sampai RW 03), Krajan (RW 04 dan RW 05), Karang Panggung (RW 06 dan RW 07), dan Gleged (RW 08 dan RW 09).

Penelitian ini dilakukan di Desa Mayong Lor tepatnya di RW 03, Kecamatan Mayong, yaitu untuk kelompok intervensi dilaksanakan di RT 01 RW 03 Desa Mayong Lor dimana di RT 01 terdapat penderita kusta sebanyak 2 orang. Kelompok kontrol dilaksanakan di RT 05 RW 03 Desa Mayong Lor dimana di RT 05 terdapat penderita kusta sebanyak 1 orang.

## 4.2. Analisis Univariat

### 4.2.1. Distribusi Responden Berdasarkan Usia

Distribusi responden berdasarkan usia dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.1: Distribusi Responden Berdasarkan Usia**

No	Usia	Kelompok			
		Intervensi		Kontrol	
		F	%	F	%
1	31-35	1	5	2	10
2	36-40	5	25	7	35
3	41-45	6	30	5	25
4	46-50	8	40	6	30
<b>Jumlah</b>		20	100	20	100

Berdasarkan tabel 4.1 mengenai distribusi responden berdasarkan usia, dapat diketahui bahwa responden pada kelompok intervensi yang berusia antara 31-35 tahun sebanyak 1 orang (5%), usia antara 36-40 tahun sebanyak 5 orang (25%), usia antara 41-45 tahun sebanyak 6 orang (30%), dan usia antara 46-50 tahun sebanyak 8 orang (40%). Sedangkan pada kelompok kontrol, responden yang berusia antara 31-35 tahun sebanyak 2 orang (10%), usia antara 36-40 tahun sebanyak 7 orang (35%), usia antara 41-45 tahun sebanyak 5 orang (25%), dan usia antara 46-50 tahun sebanyak 6 orang (30%).

### 4.2.2. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.2: Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan**

No	Tingkat Pendidikan	Kelompok			
		Intervensi		Kontrol	
		F	%	F	%
1	SD	6	30	4	20
2	SMP	7	35	7	35
3	SMA	6	30	7	35
4	Perguruan Tinggi	1	5	2	10
<b>Jumlah</b>		20	100	20	100

Berdasarkan tabel 4.2 mengenai distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan, dapat diketahui bahwa responden pada kelompok intervensi dengan pendidikan SD sebanyak 6 orang (30%), pendidikan SMP sebanyak 7 orang (35%), pendidikan SMA sebanyak 6 orang (30%), dan Perguruan Tinggi sebanyak 1 orang (5%). Sedangkan pada kelompok kontrol, responden dengan pendidikan SD sebanyak 4 orang (20%), pendidikan SMP sebanyak 7 orang (35%), pendidikan SMA sebanyak 7 orang (35%), dan Perguruan Tinggi sebanyak 2 orang (10%).

#### 4.2.3. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan

Distribusi responden berdasarkan pekerjaan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4.3: Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan**

No	Pekerjaan	Kelompok			
		Intervensi		Kontrol	
		F	%	F	%
1	Ibu Rumah Tangga	12	60	10	50
2	Buruh	6	30	4	20
3	Wiraswasta	2	10	4	20
3	Guru	-	-	2	10
<b>Jumlah</b>		20	100	20	100

Berdasarkan tabel 4.3 mengenai distribusi responden berdasarkan pekerjaan, dapat diketahui bahwa responden pada kelompok intervensi dengan pekerjaan ibu rumah tangga sebanyak 12 orang (60%), buruh sebanyak 6 orang (30%), dan wiraswasta sebanyak 2 orang (10%). Sedangkan pada kelompok kontrol, responden dengan pekerjaan ibu rumah tangga sebanyak 10 orang (50%), Wiraswasta sebanyak 4 orang (20%), Pegawai Swasta sebanyak 4 orang (20%), dan Guru sebanyak 2 orang (10%).

#### **4.2.4. Pengetahuan Ibu Rumah Tangga tentang Penyakit Kusta Sebelum Intervensi**

Pengetahuan mengenai penyakit kusta diukur dengan menggunakan item-item pertanyaan meliputi definisi, penyebab, tanda dan gejala, dampak, pencegahan, dan cara penularan penyakit kusta.

Berikut gambaran tingkat pengetahuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang disajikan dalam tabel sebagai berikut:

**Tabel 4.4 Deskripsi tingkat pengetahuan ibu mengenai penyakit kusta sebelum intervensi**

Pengetahuan Tentang Penyakit Kusta	Kelompok			
	Kontrol		Intervensi	
	f	%	f	%
Pengetahuan Kurang	12	60	14	70
Pengetahuan Baik	8	40	6	30
<b>Jumlah</b>	20	100	20	100

Berdasarkan tabel 4.4 diperoleh bahwa masih cukup banyak yang pengetahuannya kurang mengenai penyakit kusta. Pada kelompok kontrol terdapat 60% dengan pengetahuan kurang mengenai penyakit kusta sedangkan pada

kelompok intervensi terdapat 70% yang memiliki pengetahuan kurang mengenai penyakit kusta.

#### 4.2.5. Sikap Ibu Rumah Tangga terhadap Penyakit Kusta Sebelum Intervensi

Berikut ini adalah deskripsi sikap ibu rumah tangga tentang penyakit kusta sebelum intervensi (pendidikan kesehatan) yang disajikan dalam tabel berikut:

**Tabel 4.5 Deskripsi sikap ibu terhadap penyakit kusta dan penderita kusta sebelum intervensi**

Sikap terhadap penyakit kusta	Kelompok			
	Kontrol		Intervensi	
	F	%	F	%
Sikap Positif	11	55	10	50
Sikap Negatif	9	45	10	50
<b>Jumlah</b>	20	100	20	100

Berdasarkan tabel 4.5 diperoleh bahwa masih terdapat sikap negatif terhadap penyakit kusta. Pada kelompok kontrol terdapat 45% yang masih memiliki sikap negatif pada penyakit kusta sedangkan pada kelompok kontrol masih terdapat 50% yang memiliki sikap negatif pada penyakit kusta.

#### 4.2.6. Praktik Deteksi Dini Penyakit Kusta Sebelum Intervensi

Berikut ini adalah deskripsi praktik deteksi dini kusta sebelum dilakukan intervensi.

**Tabel 4.6 Deskripsi praktik deteksi dini kusta sebelum dilakukan intervensi**

Praktik Deteksi Dini Kusta	Kelompok			
	Kontrol		Intervensi	
	f	%	f	%
Dapat menilai suspek	2	10	3	15
Tidak bisa menilai suspek	18	90	17	85
<b>Jumlah</b>	20	100	20	100

Dari tabel 4.6, diketahui bahwa pada praktik deteksi dini kusta masih rendah baik pada kelompok kontrol (10%) maupun pada kelompok intervensi (15%).

#### **4.2.7. Pengetahuan Ibu Rumah Tangga tentang Penyakit Kusta Setelah Intervensi**

Berikut ini adalah deskripsi pengetahuan ibu rumah tangga tentang penyakit kusta setelah intervensi (pendidikan kesehatan) yang disajikan dalam tabel berikut:

**Tabel 4.7 Deskripsi tingkat pengetahuan ibu mengenai penyakit kusta setelah intervensi**

Pengetahuan Tentang Penyakit Kusta	Kelompok			
	Kontrol		Intervensi	
	f	%	f	%
Pengetahuan Kurang	7	35	6	30
Pengetahuan Baik	13	65	14	70
<b>Jumlah</b>	20	100	20	100

Berdasarkan tabel 4.8, diperoleh bahwa terdapat 7 orang (35%) dari kelompok kontrol yang masih memiliki pengetahuan kurang, sedangkan untuk kelompok intervensi yang masih memiliki pengetahuan kurang tentang penyakit kusta sebanyak 6 orang (30%). Sedangkan 14 orang (70%) lainnya pada kelompok intervensi memiliki pengetahuan yang baik tentang penyakit kusta.

#### **4.2.8. Sikap Ibu Rumah Tangga terhadap Penyakit Kusta Setelah Intervensi**

Berikut ini adalah deskripsi sikap ibu rumah tangga tentang penyakit kusta setelah intervensi (pendidikan kesehatan) yang disajikan dalam tabel berikut:

**Tabel 4.8 Deskripsi sikap ibu terhadap penyakit kusta dan penderita kusta setelah intervensi**

Sikap terhadap penyakit kusta	Kelompok			
	Kontrol		Intervensi	
	F	%	f	%
Sikap Positif	14	70	17	75
Sikap Negatif	6	30	3	15
<b>Jumlah</b>	20	100	20	100

Berdasarkan tabel 4.8 diperoleh bahwa masih terdapat sikap negatif terhadap penyakit kusta. Pada kelompok kontrol terdapat 30% yang masih memiliki sikap negatif pada penyakit kusta sedangkan pada kelompok kontrol masih terdapat 15% yang memiliki sikap negatif pada penyakit kusta.

#### 4.2.9. Praktik Deteksi Dini Penyakit Kusta Setelah Intervensi

Berikut ini adalah deskripsi praktik deteksi dini kusta setelah intervensi pendidikan kesehatan:

**Tabel 4.9 Deskripsi praktik deteksi dini kusta setelah intervensi**

Praktik Deteksi Dini Kusta	Kelompok			
	Kontrol		Intervensi	
	F	%	f	%
Dapat menilai suspek	3	15	6	30
Tidak bisa menilai suspek	17	85	14	70
<b>Jumlah</b>	20	100	20	100

Dari tabel 4.9, diketahui bahwa praktik deteksi dini kusta setelah mendapatkan intervensi pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi mengalami peningkatan yaitu menjadi 30% dan pada kelompok kontrol menjadi 15%.

### 4.3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat berfungsi untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat yaitu pendidikan kesehatan dengan

pengetahuan, sikap dan praktik deteksi dini kusta di Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara.

#### 4.3.1. Perbedaan Pengetahuan tentang Penyakit Kusta Sebelum dan Sesudah Intervensi antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Berikut ini adalah deskripsi perbedaan pengetahuan tentang penyakit kusta antara sebelum dan sesudah intervensi baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi.

**Tabel 4.10 Perbedaan pengetahuan tentang penyakit kusta sebelum dan sesudah intervensi**

Kelompok sampel		Pengetahuan tentang Penyakit Kusta (Post)		Jumlah	P Value
		Kurang	Baik		
Kontrol	Pengetahuan	Kurang	6	6	0,125
	Tentang	Baik	1	7	
	Penyakit Kusta (Pre)	Jumlah	7	14	
Intervensi	Pengetahuan	Kurang	6	8	0,008
	tentang	Baik	0	6	
	Penyakit Kusta (Pre)	Jumlah	6	14	

Berdasarkan hasil uji beda dengan menggunakan uji Mc Nemar, diketahui bahwa setelah dilakukan intervensi, pada kelompok intervensi antara sebelum dan sesudah intervensi (melalui pendidikan kesehatan) ada perbedaan. Hal ini ditunjukkan dengan p value = 0,008 (p value < 0,05). Sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan, p value = 0,125 (p value > 0,05).

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa pendidikan kesehatan dapat mempengaruhi pengetahuan mengenai penyakit kusta pada kelompok intervensi.

Hal ini ditunjukkan dengan meningkatnya pengetahuan pada kelompok intervensi. Sebelum dilakukan intervensi dari 20 responden pada kelompok intervensi terdapat 40% yang memiliki pengetahuan baik, tetapi setelah diberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan meningkat menjadi 65%. Hasil uji perbedaan dengan uji Mc Nemar diketahui bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi ( $p$  value = 0,008).

Sebaliknya pada kelompok kontrol tidak menunjukkan perubahan yang signifikan pada pengetahuan tentang penyakit kusta. Hal ini ditunjukkan dengan  $p$  value  $> 0,05$ .

#### **4.3.2. Perbedaan Sikap Ibu Rumah Tangga terhadap Penyakit Kusta Sebelum dan Sesudah Intervensi antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi**

Berikut ini adalah deskripsi perbedaan sikap terhadap penyakit kusta antara sebelum dan sesudah intervensi baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi.

**Tabel 4.11 Perbedaan sikap terhadap penyakit kusta sebelum dan sesudah intervensi**

Kelompok sampel			Sikap terhadap Penyakit Kusta (Post)		Jumlah	P Value
			Kurang	Baik		
Kontrol	Sikap terhadap Penyakit Kusta (Pre)	Kurang	6	3	9	0,250
		Baik	0	11	11	
	Jumlah	6	14	20		
Intervensi	Sikap terhadap Penyakit Kusta (Pre)	Kurang	3	7	10	0,016
		Baik	0	10	10	
	Jumlah	3	17	20		

Berdasarkan uji beda dengan menggunakan uji Mc Nemar, diketahui bahwa terdapat perbedaan sikap pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah pemberian intervensi berupa pendidikan kesehatan. Hal ini ditunjukkan dengan  $p$  value = 0,016 ( $p$  value < 0,05). Sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan,  $p$  value = 0,250 ( $p$  value > 0,05).

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa pendidikan kesehatan dapat mempengaruhi sikap terhadap penyakit kusta pada kelompok intervensi. Hal ini ditunjukkan dengan berubahnya sikap pada kelompok intervensi. Sebelum dilakukan intervensi dari 20 responden pada kelompok intervensi terdapat 50% yang memiliki sikap positif terhadap penyakit kusta, tetapi setelah diberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan meningkat menjadi 75%. Hasil uji perbedaan dengan uji Mc Nemar diketahui bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi ( $p$  value = 0,016).

Sebaliknya pada kelompok kontrol tidak menunjukkan adanya perubahan yang signifikan pada sikap terhadap penyakit kusta. Hal ini ditunjukkan dengan  $p$  value > 0,05.

#### **4.3.3. Perbedaan Praktik Deteksi Dini Kusta Sebelum dan Sesudah Intervensi antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi**

Berikut ini adalah deskripsi perbedaan praktik deteksi dini penyakit kusta antara sebelum dan sesudah intervensi baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi.

**Tabel 4.12** Perbedaan praktik deteksi dini penyakit kusta sebelum dan sesudah intervensi

Kelompok sampel			Praktik Deteksi Dini Penyakit Kusta (Post)		Jumlah	P Value
			Tidak Bisa	Bisa		
Kontrol	Praktik	Tidak	17	1	18	1,000
	Deteksi Dini	Bisa	0	2		
	Penyakit Kusta (Pre)	Jumlah	17	3		
Intervensi	Praktik	Tidak	14	3	17	0,250
	Deteksi Dini	Bisa	0	3		
	Penyakit Kusta (Pre)	Jumlah	14	6		

Berdasarkan uji beda dengan menggunakan uji Mc Nemar, diketahui bahwa tidak terdapat perbedaan praktik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi sebelum dan sesudah pemberian intervensi berupa pendidikan kesehatan. Hal ini ditunjukkan dengan p value = 1,000 pada kelompok kontrol dan p value = 0,250 pada kelompok intervensi (p value > 0,05).

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **5.1.Pembahasan**

##### **5.1.1. Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Tentang Penyakit Kusta**

Pendidikan kesehatan yang dilakukan di kelompok intervensi berdasarkan hasil perhitungan dengan menggunakan Uji Mc Nemar didapatkan *p value* 0,008 ( $p \text{ value} < 0,05$ ), maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, sehingga ada pengaruh antara pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan Ibu Rumah Tangga tentang penyakit kusta di Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara. Pada kelompok intervensi, sebelum dilakukan intervensi dari 20 responden terdapat 30% (6 orang) yang memiliki pengetahuan baik dan setelah mengikuti intervensi berupa pendidikan kesehatan terdapat 70% (14 orang) yang memiliki pengetahuan baik. Data ini menunjukkan adanya perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi.

Sebaliknya pada kelompok kontrol tidak menunjukkan adanya perubahan yang signifikan pada pengetahuan tentang penyakit kusta. Hal ini ditunjukkan dengan  $p \text{ value} > 0,05$  (0,125). Selain itu dari 20 responden sebanyak 65% kelompok kontrol tidak mengetahui klasifikasi penyakit kusta dan sebanyak 80% (dari 20 responden) tidak mengetahui tanda atau ciri dari suatu klasifikasi penyakit kusta, serta 55% dari (20 responden) kelompok kontrol tidak mengetahui mengenai tanda-tanda kusta pada saraf.

Hal tersebut sesuai dengan penelitian oleh Yanti (2010), dan Isnainy (2013) yang menyatakan adanya hubungan antara pendidikan kesehatan dengan peningkatan pengetahuan. Hal ini juga sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh WOOD yaitu pendidikan kesehatan dapat mempengaruhi pengetahuan, kebiasaan dan sikap melalui sejumlah pengalaman yang menguntungkan. Dari penelitian yang dilakukan oleh Yanti dan Isnainy diperoleh hasil dari membandingkan antara kondisi sebelum dan sesudah dilakukannya intervensi terdapat perbedaan pengetahuan yang dibuktikan dengan perhitungan SPSS dengan  $p$  value  $< 0,05$ ). Hal ini menunjukkan adanya bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah pemberian intervensi pendidikan kesehatan.

#### **5.1.2. Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Sikap Ibu Rumah Tangga terhadap Penyakit Kusta**

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu. Menurut Newcomb dalam Notoatmodjo (2010:52) sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak tetapi belum merupakan tindakan atau aktivitas. Dalam kata lain, fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup (Notoatmodjo (2010:52)).

Pendidikan kesehatan yang dilakukan di kelompok intervensi berdasarkan hasil perhitungan dengan menggunakan Uji Mc Nemar didapatkan  $p$  value 0,016 ( $p$  value  $< 0,05$ ), maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, sehingga ada pengaruh antara pendidikan kesehatan terhadap sikap Ibu Rumah Tangga terhadap penyakit kusta

di Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara. Pada kelompok intervensi, sebelum dilakukan intervensi dari 20 responden terdapat 50% (10 orang) yang memiliki sikap positif dan setelah mengikuti intervensi berupa pendidikan kesehatan terdapat 75% (17 orang) yang memiliki sikap positif terhadap penyakit kusta. Data ini menunjukkan adanya perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi.

Sebaliknya pada kelompok kontrol tidak menunjukkan adanya perubahan yang signifikan pada sikap terhadap penyakit kusta. Hal ini ditunjukkan dengan  $p$  value  $> 0,05$  (0,25). Dari 20 responden, sebanyak 35% kelompok kontrol masih beranggapan penderita kusta tidak boleh bersentuhan dengan orang lain dan sebanyak 35% (dari 20 responden) kelompok kontrol masih takut tertular oleh penyakit kusta. Serta dari 20 kelompok kontrol sebanyak 25% masih menganggap penyakit kusta adalah penyakit yang menakutkan.

Hasil ini sesuai dengan penelitian Yanti (2010) bahwa ada peningkatan yang signifikan dari sikap positif ibu sebelum dilakukan intervensi dan sesudah dilakukan intervensi yaitu dari 62,53% menjadi 72,47% dengan  $p$  value 0,000. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Herniatun (2009) bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi pada kelompok perlakuan dengan  $p$  value 0,024.

### **5.1.3. Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Praktik Deteksi Dini Penyakit Kusta**

Efektivitas pendidikan kesehatan terhadap praktik deteksi dini penyakit kusta di Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara tidak

menunjukkan perbedaan yang bermakna. Berdasarkan uji statistik Mc Nemar didapatkan p value sebesar 0,256. Dengan demikian tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara praktik deteksi dini kusta yang dilakukan oleh kelompok perlakuan yang mendapatkan pendidikan kesehatan dengan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan. Pada kelompok intervensi, sebelum dilakukan intervensi dari 20 responden terdapat 15% (3 orang) yang dapat menilai suspek dan setelah mengikuti intervensi berupa pendidikan kesehatan terdapat 30% (6 orang) yang dapat menilai suspek. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi melalui pendidikan kesehatan tidak efektif terhadap peningkatan praktik deteksi dini kusta.

Hasil Penelitian Isnainy Mayasari (2013) tentang pendidikan kesehatan metode *peer education* terhadap pengetahuan, sikap, praktik bagi warga binaan permasyarakatan di lapas yogyakarta menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan terhadap praktik pencegahan HIV/AIDS antara kelompok perlakuan yang mendapatkan pendidikan kesehatan dengan kelompok kontrol.

*Thanstheoretical stages of change model* menyebutkan bahwa perubahan perilaku merupakan suatu proses dan bahwa setiap orang berada dalam tingkatan yang berlainan berkaitan dengan motivasi dan kesiapan untuk berubah. Manusia pada berbagai tingkatan proses perubahan dapat menarik manfaat dari intervensi yang berbeda (Bensley,2008:10)

Dengan kata lain, metode yang digunakan untuk suatu keluaran yang diinginkan tidak berlaku secara umum karena setiap orang tidak selalu berada

pada tingkatan atau tahapan kesiapan yang sama. Model diatas juga berpendapat bahwa manusia dapat kambuh atau kembali lagi ke tahapan sebelumnya.

Pada penelitian ini praktik responden pada kelompok perlakuan tidak berbeda secara signifikan dengan praktik pada kelompok kontrol. Hal ini dikarenakan kemungkinan sesuai dengan teori di atas bahwa tahapan praktik pada tahapan disini masih pada tahap yang pertama yaitu *precontemplation* (pra berpikir) yaitu tidak tertarik merubah perilaku atau dalam tahapan yang ke dua yaitu *contemplation* (berpikir) yaitu mempertimbangkan untuk mengubah perilaku untuk suatu hari nanti.

Selain hal tersebut, waktu penelitian yang pendek juga mempengaruhi tidak efektivitasnya pendidikan kesehatan terhadap peningkatan praktik deteksi dini kusta. Ibu-ibu kelompok intervensi terdapat 40% (8 orang) yang tidak melakukan praktik deteksi dini kusta dikarenakan acuh terhadap praktik deteksi dini ini dan 30% (6 orang) responden sudah melakukan tetapi masih salah atau belum dapat menilai suspek dengan benar.

## **5.2. Hambatan dan Kelemahan Penelitian**

Hambatan yang ditemukan selama penelitian berlangsung adalah dalam mengajak masyarakat untuk berpartisipasi dalam kegiatan dalam penelitian masih sulit, kebanyakan masyarakat kurang tertarik. Selain itu kebanyakan dari kelompok intervensi tidak melakukan praktik deteksi dini dikarenakan masih belum paham bagaimana melakukan praktik deteksi dini dan tidak sempat melakukannya dikarenakan harus bekerja serta mengurus urusan rumah tangga.

Kelemahan yang ditemukan dalam penelitian ini adalah waktu penelitian yang relatif singkat yaitu selama dua bulan, selain itu dalam pelatihan praktik peneliti tidak mengikut sertakan responden saat melakukan simulasi praktik pemeriksaan sehingga besar kemungkinan responden tidak paham benar dengan praktik pemeriksaan yang harus dilakukan dan keterbatasan peneliti yang tidak dapat memastikan secara langsung apakah praktik deteksi dini benar benar dilakukan atau tidak

## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1. Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian ini maka dapat diperoleh simpulan bahwa pendidikan kesehatan efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu rumah tangga terhadap penyakit kusta tetapi tidak efektif dalam peningkatan praktik deteksi dini penyakit kusta.

#### **6.2. Saran**

1. Bagi Ibu-ibu yang sudah menerima penyuluhan dan pelatihan mengenai kusta diharapkan dapat menyebarluaskan ilmu yang sudah didapat kepada orang-orang di sekitarnya.
2. Bagi masyarakat diharapkan tidak memandang negatif penderita kusta dan mau untuk berinteraksi dengan penderita kusta.
3. Bagi puskesmas untuk dapat memberikan penyuluhan atau penyebaran informasi mengenai kusta sehingga dapat menghilangkan stigma negatif yang berkembang di masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin Muh Dali, 2012, *Penyakit Kusta*, Brilian Internasional, Surabaya.
- Andy Muharry, 2014, *Faktor Risiko Kejadian Kusta*, KEMAS, Vol 9, No 2, Januari 2014, hlm. 174-182.
- Budiman, Agus Riyanto, 2013, *Kapita Selekta Kuesioner Pengetahuan dan Sikap Penelitian Kesehatan*, Salemba Medika, Jakarta
- Colin A McDougall dan Yo Yuasa, 2005, *Atlas Kusta*, Terjemahan oleh Linuwih Sri M, dkk. Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo
- Dahlan S, 2014, *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Epidemiologi Indonesia.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2012, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2011*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.
- , 2013, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.
- , 2014, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.
- Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2012, *Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2014, *Analisis Situasi Kusta*, Dinas Kesehatan Provinsi Jateng, Semarang.
- , 2014, *Situasi Kusta di Indonesia*, Dinas Kesehatan Provinsi Jateng, Semarang.
- , 2014, *Laporan Kusta Kabupaten Jepara Tahun 2014*, Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara, Jepara.
- Harahap M, 2000, *Ilmu Penyakit Kulit*, Hipokrates, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- , 2013, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.

- , 2014, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Manyullei *et al*, 2012, *Gambaran Faktor yang Berhubungan dengan Penderita Kusta di Kecamatan Tamalate Kota Makasar*, Indonesia Journal of Public Health, Vol 1, No 1, Juli 2012, hlm. 10-17
- Mayasari, Isnainy P, 2013, Efektivitas Pendidikan Kesehatan Metode Peer Education Terhadap Pengetahuan, Sikap, Praktik, Bagi Warga Binaan Perumahan, di Lapas Yogyakarta
- Notoatmojo S, 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta
- , 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- , 2010, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Prasetyawati Arsita E, 2011, *Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk Kebidanan Holistik*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Riyantini Yanti, 2010, *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan, Ibu Serta Kejadian Hiperbilirubinemia Pada Bayi Baru Lahir Di RSAB Harapan Kita Jakarta*, Tesis, Universitas Indonesia, Depok
- Sahat M, 2005, *Pengembangan Peran Serta Masyarakat Melalui Kader dan Dasa Wisma Dalam Penemuan dan Pengobatan Penderita Malaria di Kecamatan Pituruh, Kabupaten Purworejo*, Buletin Penelitian Kesehatan, Volume 33, No 3, 2005, hlm. 140-151.
- Soedarto, 2009, *Penyakit Menular di Indonesia*, Sagung Seto, Jakarta.
- Sugiyono, 2005, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*, Alfabeta Bandung, Jakarta.
- , 2010, *Statistik untuk Penelitian*, Alfabeta Bandung, Jakarta.
- , 2012, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*, Alfabeta Bandung, Jakarta.

# LAMPIRAN

## Lampiran 1 Surat Keputusan Dosen Pembimbing



**KEPUTUSAN  
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG  
Nomor: 951/FIK/2014  
Tentang  
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER  
GASAL/GENAP  
TAHUN AKADEMIK 2014/2015**

**Menimbang** : Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.

**Mengingat** : 1. Undang-undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahan Lembaran Negara RI No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara RI Tahun 2003, Nomor 78)  
2. Peraturan Rektor No. 21 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Skripsi UNNES  
3. SK. Rektor UNNES No. 164/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (St) UNNES;  
4. SK Rektor UNNES No.162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES,

**Menimbang** : Usulan Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Tanggal 16 September 2014

**MEMUTUSKAN**

**Menetapkan** :  
**PERTAMA** : Menunjuk dan menugaskan kepada:  
Nama : dr. MAHALUL AZAM, M.Kes.  
NIP : 197511192001121001  
Pangkat/Golongan : III/D  
Jabatan Akademik : Lektor  
Sebagai Pembimbing  
Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :  
Nama : ULYA RAIS ABDILLAH  
NIM : 6411411208  
Jurusan/Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat  
Topik : Penyakit Menular

**KEDUA** : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan : SEMARANG  
18 September 2014



Tembusan  
1. Pembantu Dekan Bidang Akademik  
2. Ketua Jurusan  
3. Petinggal

  
6411411208  
FM-GO-RKD-249Rn- 01

M. Si  
1985031001

Lampiran 2 *Ethical Clearance*



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG  
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT  
**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)**  
Gedung F3, Lantai 2 Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, Telp (024) 8508107

---

**ETHICAL CLEARANCE**  
Nomor: 285/KEPK/2015

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

Efektivitas Pendidikan Kesehatan pada Ibu Rumah Tangga (IRT) sebagai Upaya Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Deteksi Dini Kusta di Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara

Nama Peneliti Utama : Ulya Rais Abdillah  
 Nama Pembimbing : dr. Mahalul Azam, M.Kes.  
 Alamat Institusi Peneliti : Jurusan IKM Unnes, Gedung F1, Lantai-2, Sekaran, Gunungpati, Semarang  
 Lokasi Penelitian : Desa Mayong Lor, Kecamatan Mayong, Kabupaten Jepara  
 Tanggal Persetujuan : 9 September 2015  
*(berlaku 1 tahun setelah tanggal persetujuan)*

menyatakan bahwa penelitian di atas telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki tahun 2008 dan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan tahun 2011 dan oleh karenanya dapat dilaksanakan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.

Peneliti harus melampirkan *informed consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian dan saksi pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan:

- Laporan kemajuan penelitian
- Laporan kejadian bahaya yang ditimbulkan
- Laporan akhir penelitian

Semarang, 9 September 2015  
Ketua,




Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H., M.Kes.  
NIP. 19591001 198703 2 001

## Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian Dari BAPPEDA Jepara



**PEMERINTAH KABUPATEN JEPARA**  
**BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH**  
 Jl. Pattimura No. 4 Telp. (0291) 592478, Fax. (0291) 592478  
**J E P A R A 59416**

---

**SURAT REKOMENDASI PENELITIAN / SURVEI**  
 Nomor : 072/2197

Berdasarkan surat dari Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang Nomor 7345/UN37.1.6/LT/2015 tanggal 16 September 2015 tentang Permohonan Ijin Penelitian, maka dengan ini diberikan ijin kepada :

1. Nama	: <b>ULYA RAIS ABDILLAH</b>
2. Pekerjaan	: Mahasiswa
3. NIM	: 6411411208
4. Alamat	: Banggirejo Suruh RT 02/RW 03 Kab. Semarang
5. Penanggung jawab	: Dr. H Harry Pranomo, M.Si
6. Maksud dan tujuan penelitian/survei	: Untuk melakukan penelitian guna penyusunan Skripsi dengan judul : <i>"EFEKTIVITAS PENDIDIKAN KESEHATAN PADA IBU RUMAH TANGGA SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PRAKTIK DETEKSI DINI KUSTA DI DESA MAYONG LOR KECAMATAN MAYONG KABUPATEN JEPARA "</i>
7. Lokasi	: Kabupaten Jepara

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

1. Pelaksanaan penelitian/survei tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu stabilitas Pemerintah;
2. Sebelum melaksanakan penelitian/survei langsung kepada responden harus terlebih dahulu melaporkan kepada Penguasa Wilayah setempat;
3. Setelah penelitian/survei selesai, supaya menyerahkan hasilnya kepada BAPPEDA Kabupaten Jepara;
4. *Surat Rekomendasi penelitian/survei ini berlaku tanggal 22 September 2015 s.d 22 Desember 2015.*

Dikeluarkan di : Jepara  
 Pada tanggal : 22 September 2015

An. KEPALA BAPPEDA KABUPATEN JEPARA  
 KEPALA UP7 LITBANG  
  
**YORISMAN, S.H., M.H.**  
 NIP. 19671219 198901 1 002

Tembusan :

1. Ka. Bakesbangpol Kab. Jepara;
2. Ka. Dinas/Instansi yang terkait dalam penelitian ini
3. Arsip.

## Lampiran 4 Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian

 PEMERINTAH KABUPATEN JEPARA  
KECAMATAN MAYONG  
DESA MAYONGLOR  
*Jl. Raya Mayong - Welahan Km. 1 Mayong - Jepara ☎ 59465*

---

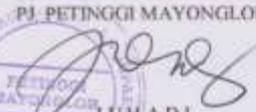
**SURAT KETERANGAN**  
No : 110/MYL/X/2015

Yang bertanda tangan dibawah ini PJ. Petinggi Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara, menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

Nama : Ulya Rais Abdillah  
Pekerjaan : Mahasiswa  
NIM : 6411411208  
Jurusan : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Fakultas : Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang

Benar yang bersangkutan telah melakukan penelitian di Desa Mayong Lor Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara.

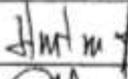
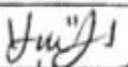
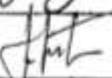
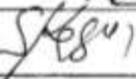
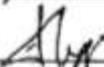
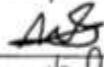
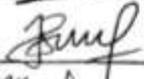
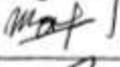
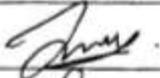
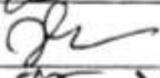
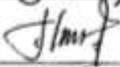
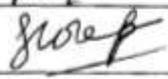
Demikian surat ini dibuat dengan sebenarnya dan untuk dapat dipergunakan seperlunya

Mayonglor, 23 Oktober 2015  
PJ. PETINGGI MAYONGLOR  
  
J. H. A. D. I  
NIP. 19670920 200701 1 020



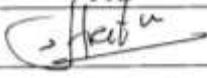
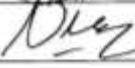
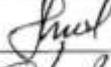
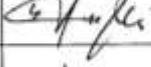
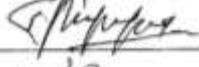
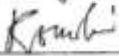
## Lampiran 5 Daftar Hadir Penyuluhan dan Pelatihan Kelompok Intervensi

## DAFTAR HADIR

NO	NAMA	TTD
1	SUWARNI	
2	ALFIROTI	
3	KUSMI	
4	SUNITA	
5	ulfah	
6	MU	
7	SUKESI	
8	Sripah.	
9	Hj Sunatni	
10	SOPHIA	
11	St. thomsatun	
12	Scripah	
13	Sutini	
14	Murtah	
15	Indah. Fitriyani	
16	INSIJATI	
17	Namiatur	
18	Rojah	
19	sri imarah	
20	dhe scripah	

## Lampiran 6 Daftar Hadir Kelompok Kontrol

## DAFTAR HADIR

NO	NAMA	TTD
1	Tri Hidayati	
2	STI Hartatik	
3	sulinah	
4	susilowati	
5	Dewi Widiastuti	
6	STI NINGSIH	
7	Sumiyati	
8	Sri Kanah	
9	Mutiatur	
10	TRI Zuliasih	
11	Sumiyati	
12	Asiyah	
13	fatimah	
14	Judra wah	
15	NUNIK SUTRISNI	
16	ISTIANATI	
17	Wiwik Dwi P	
18	NUR WATIYANI	
19	Zulfa Nur	
20	Rondiyah	

## Lampiran 7 Rekapitulasi Data Identitas Sampel

<b>KELOMPOK KONTROL</b>				
<b>NO</b>	<b>NAMA</b>	<b>UMUR</b>	<b>PENDIDIKAN</b>	<b>PEKERJAAN</b>
1	Asiatun	45	SD	IRT
2	Dewi Wijastuti	37	SMA	IRT
3	Fatihah	31	SMA	Wiraswasta
4	Istianah	36	SMA	Guru Paud
5	Mutiaturun	38	SD	Buruh
6	Ninik Sutrisni	36	SMA	IRT
7	Nur Wahyuni	40	SMA	Buruh
8	Rondiyah	46	SMP	Buruh
9	Siti Indrawati	48	PT	Guru
10	Sri Hartatik	32	SMP	Wiraswasta
11	Sri Kanah	46	SMA	IRT
12	Sri Ningsih	40	PT	Wiraswasta
13	Sulinah	43	SMA	IRT
14	Sumiyati	48	SD	IRT
15	Sumiyati	44	SD	Buruh
16	Rondiyah	48	SMP	IRT
17	Tri Hidayati	50	SMP	IRT
18	Tri Zuliastuti	43	SMP	IRT
19	Wiwik Dwi Puji A	42	SMP	IRT
20	Zulfa Nur	38	SMP	Wiraswasta
<b>KELOMPOK INTERVENSI</b>				
1	Alfiroti	41	SMA	Wiraswasta
2	Indah Fitriyani	36	PT	IRT
3	Insiyati	47	SD	Buruh
4	Jamiaturun	38	SMP	Buruh
5	Kusmi	41	SMP	IRT
6	Mu	50	SD	IRT
7	Muryati	44	SMP	IRT
8	Rojjah	48	SMA	IRT
9	Saripah	39	SMP	Buruh
10	Siti Khomsatun	48	SD	IRT
11	Sopiah	45	SMA	Buruh
12	Sri Imanah	46	SMA	Wiraswasta
13	Sripah	50	SMP	IRT
14	Sukesi	40	SD	IRT
15	Sunita	45	SMA	IRT
16	Suratni	43	SMP	Buruh
17	Suripah	46	SMP	IRT
18	Sutini	40	SD	Buruh
19	Suwarni	48	SD	IRT
20	Ulfa	33	SMA	IRT

## Lampiran 8 Kuesioner Penelitian

**LEMBAR IDENTITAS**  
**PESERTA PENDIDIKAN KESEHATAN**  
**KECAMATAN MAYONG KABUPATEN JEPARA**

---

1	Nama	
2	Umur	
3	Alamat	
4	Pendidikan Terakhir	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tidak tamat/ tidak sekolah</li><li>2. Tamat SD</li><li>3. Tamat SLTP</li><li>4. Tamat SLTA</li><li>5. Tamat akademi (D1-D3)</li><li>6. Tamat Sarjana</li></ol>
5	Pekerjaan	

**KUESIONER PENELITIAN**

**EFEKTIVITAS PENDIDIKAN KESEHATAN KEPADA IBU RUMAH TANGGA (IRT) SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PRAKTIK DETEKSI DINI TERHADAP PENYAKIT KUSTA DI DESA MAYONG LOR KEC. MAYONG KAB. JEPARA**

Berikan tanda (X) pada jawaban yang dipilih

1	No Responden		
2	Tanggal Pengisian		
<b>A. PENGETAHUAN</b>			
1	Apakah penyakit kusta itu?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penyakit menular dan menahun</li> <li>b. Penyakit menular</li> <li>c. Penyakit bawaan sejak lahir</li> <li>d. Penyakit keturunan dari orang tua</li> </ul>	
2	Apa yang dimaksud dengan penyakit kusta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penyakit yang disebabkan oleh udara dingin</li> <li>b. Penyakit yang disebabkan oleh <i>Mycobacterium leprae</i></li> <li>c. Penyakit yang disebabkan oleh air kotor/tercemar</li> <li>d. Penyakit yang disebabkan oleh gigitan serangga</li> </ul>	
3	Apakah nama lain dari Penyakit kusta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Filariasis</li> <li>b. measles</li> <li>c. Lepra</li> <li>d. Tidak tahu</li> </ul>	
4	Apa penyebab penyakit kusta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Serangga</li> <li>b. Bakteri</li> <li>c. Jamur</li> <li>d. Virus</li> </ul>	
5	Berikut adalah jenis penyakit (klasifikasi) kusta yang benar adalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. BTA (+) dan BTA (-)</li> <li>b. Akut dan Kronis</li> <li>c. PB dan MB</li> <li>d. PP dan MP</li> </ul>	

6	Berikut ini adalah tanda utama kusta tipe MB, Kecuali:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jumlah bercak &lt;5</li> <li>b. Jumlah Bercak &gt;5</li> <li>c. Gangguan saraf tepi &gt;1</li> <li>d. Kerokan jaringan kulit BTA (+)</li> </ul>
7	Berikut ini adalah tanda utama kusta tipe PB, Kecuali:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jumlah bercak &lt;5</li> <li>b. Jumlah bercak &gt;5</li> <li>c. Batas bercak tegas</li> <li>d. Kerokan Jaringan kulit BTA (-)</li> </ul>
8	Apakah tanda pada kulit penyakit kusta yang saudara ketahui?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Adanya bercak ditubuh dan gatal</li> <li>b. Adanya bercak ditubuh dan mati rasa</li> <li>c. Adanya bercak ditubuh yang semakin meluas</li> <li>d. Adanya bercak ditubuh dan panas</li> </ul>
9	Berikut adalah tanda-tanda kusta pada saraf, yaitu, kecuali:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kelemahan otot atau anggota gerak</li> <li>b. Nyeri pada anggota gerak</li> <li>c. Kulit mati rasa</li> <li>d. Adanya cacat</li> </ul>
10	Bagaimana cara penularan penyakit kusta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menggunakan bekas peralatan penderita kusta</li> <li>b. Bercakap-cakap dengan penderita kusta</li> <li>c. Bersentuhan dengan penderita kusta dalam waktu yang lama</li> <li>d. Keringat penderita yang tersentuh tangan</li> </ul>
11	Bagaimana pemeriksaan pada suspek penderita kusta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pemeriksaan rasa raba kulit</li> <li>b. Pemeriksaan darah</li> <li>c. Pemeriksaan air kecil</li> <li>d. Pemeriksaan feses</li> </ul>
12	Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui seseorang menderita kusta adalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pemeriksaan darah</li> <li>b. Peeriksaan Dahak</li> <li>c. Pemeriksaan jaringan kulit</li> <li>d. Pemeriksaan air kecil</li> </ul>
13	Kelompok orang yang rentang tertular kusta adalah?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tetangga penderita kusta</li> <li>b. Anggota keluarga yang tidak tinggal serumah dengan penderita kusta</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita kusta</li> <li>d. Teman kerja/sekolah penderita kusta</li> </ul>
14	Apakah saudara tahu akibat yang ditimbulkan oleh penyakit kusta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kematian</li> <li>b. Kecacatan</li> <li>c. Tidak bisa sembuh</li> <li>d. Tidak tahu</li> </ul>
15	Berapa lama pengobatan kusta sampai sembuh?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Langsung sembuh tidak lama setelah minum obat</li> <li>b. 1 sampai 3 bulan</li> <li>c. Sangat Lama</li> <li>d. 6 sampai 12 bulan</li> </ul>
16	Apa akibat apabila tidak menyelesaikan pengobatan?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penyakit kambuh kembali</li> <li>b. Tidak bisa diobati lagi</li> <li>c. Penyakitnya sembuh dengan sendirinya</li> <li>d. Mengulang pengobatan dari awal</li> </ul>
17	Tujuan dari perawatan diri penderita kusta adalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyembuhkan penyakit</li> <li>b. Mencegah bertambah parahnya cacat</li> <li>c. Menghilangkan bercak di tubuh</li> <li>d. a, b, c betul semua</li> </ul>
18	Penderita kusta yang sudah selesai menjalani pengobatan dan dinyatakan sembuh masih dapat menularkan penyakit kustanya?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ya</li> <li>b. Tidak</li> </ul>
<b>B. SIKAP</b>		
1	Menurut saudara penderita kusta bisa bergaul dengan masyarakat?	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat Setuju (SS)</li> <li>2. Setuju (S)</li> <li>3. Kurang Setuju (KS)</li> <li>4. Tidak Setuju (TS)</li> </ul>
2	Menurut saudara penderita kusta boleh bersentuhan dengan	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat Setuju (SS)</li> <li>2. Setuju (S)</li> </ul>

	orang lain?	3. Kurang Setuju (KS) 4. Tidak Setuju (TS)
3	Menurut saudara penyakit kusta adalah penyakit yang menakutkan?	1. Sangat Setuju (SS) 2. Setuju (S) 3. Kurang Setuju (KS) 4. Tidak Setuju (TS)
4	Menurut saudara penyakit kusta merupakan penyakit kutukan?	1. Sangat Setuju (SS) 2. Setuju (S) 3. Kurang Setuju (KS) 4. Tidak Setuju (TS)
5	Saya takut tertular oleh penderita kusta	1. Sangat Setuju (SS) 2. Setuju (S) 3. Kurang Setuju (KS) 4. Tidak Setuju (TS)
6	Saya tidak takut berinteraksi / bergaul dengan penderita kusta	1. Sangat Setuju (SS) 2. Setuju (S) 3. Kurang Setuju (KS) 4. Tidak Setuju (TS)
7	Menurut pendapat saya alat-alat makan boleh bebarengan dengan penderita kusta	1. Sangat Setuju (SS) 2. Setuju (S) 3. Kurang Setuju (KS) 4. Tidak Setuju (TS)
8	Menurut saudara apakah masyarakat perlu berperan serta dalam program pengendalian penyakit kusta	1. Sangat Setuju (SS) 2. Setuju (S) 3. Kurang Setuju (KS) 4. Tidak Setuju (TS)
9	Menurut saudara penderita kusta perlu mendapatkan motivasi untuk sembuh	1. Sangat Setuju (SS) 2. Setuju (S) 3. Kurang Setuju (KS) 4. Tidak Setuju (TS)

10	Keluarga penderita kusta (tidak sakit) berpotensi menularkan penyakit kusta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat Setuju (SS)</li> <li>2. Setuju (S)</li> <li>3. Kurang Setuju (KS)</li> <li>4. Tidak Setuju (TS)</li> </ol>
11	Menurut saudara apakah penderita kusta perlu mendapatkan tempat khusus untuk sesama penderita kusta?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat Setuju (SS)</li> <li>2. Setuju (S)</li> <li>3. Kurang Setuju (KS)</li> <li>4. Tidak Setuju (TS)</li> </ol>
12	Saya takut bersentuhan dengan penderita yang sudah sembuh	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat Setuju (SS)</li> <li>2. Setuju (S)</li> <li>3. Kurang Setuju (KS)</li> <li>4. Tidak Setuju (TS)</li> </ol>
13	Menurut saudara penderita yang sudah sembuh dapat bekerja dan berinteraksi dengan masyarakat?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat Setuju (SS)</li> <li>2. Setuju (S)</li> <li>3. Kurang Setuju (KS)</li> <li>4. Tidak Setuju (TS)</li> </ol>
14	Menurut saudara apakah saudara merasa risih apabila berada di dekat penderita kusta?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat Setuju (SS)</li> <li>2. Setuju (S)</li> <li>3. Kurang Setuju (KS)</li> <li>4. Tidak Setuju (TS)</li> </ol>
15	Menurut saudara apakah penderita kusta pantas untuk dikucilkan?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat Setuju (SS)</li> <li>2. Setuju (S)</li> <li>3. Kurang Setuju (KS)</li> <li>4. Tidak Setuju (TS)</li> </ol>
16	Menurut saudara pemberantasan Kusta hanya tanggung jawab pemerintah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat Setuju (SS)</li> <li>2. Setuju (S)</li> <li>3. Kurang Setuju (KS)</li> <li>4. Tidak Setuju (TS)</li> </ol>
17	Untuk menghindari penularan dengan orang lain sebaiknya penderita kusta tetap tinggal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat Setuju (SS)</li> <li>2. Setuju (S)</li> </ol>

	dirumah	3. Kurang Setuju (KS) 4. Tidak Setuju (TS)
18	Apakah penyakit kusta merupakan penyakit yang memalukan?	1. Sangat Setuju (SS) 2. Setuju (S) 3. Kurang Setuju (KS) 4. Tidak Setuju (TS)
<b>C. PRAKTIK</b>		
<b>No</b>	<b>Komponen Penilaian</b>	<b>Penilaian</b>
1	Dimana seharusnya tempat pemeriksaan bercak yang baik?	a. Ruangan yang tertutup b. Ruangan yang memiliki cukup matahari c. Ruangan yang banyak memiliki cahaya lampu
2	Kapan waktu yang tepat saat melakukan pemeriksaan bercak?	a. Siang Hari b. Pagi Hari c. Malam Hari
3	Bagaimana cara pemeriksaan bercak yang benar?	a. Dari telapak tangan kemudian ke badan b. Dari ujung kaki menuju ke badan c. Dari ujung kepala sampai ujung kaki
4	Bagaimana cara memeriksa rasa raba pada bercak	a. Suspek diminta untuk memejamkan mata dan kemudian menunjuk bagian yang sudah disentuh oleh pemeriksa b. Suspek diminta meraba bercak yang ada dan kemudian melaporkan kepada pemeriksa apakah mati rasa atau tidak
5	Bagaimana cara pemeriksaan pada mata suspek/pasien kusta?	a. Suspek diminta untuk tidak berkedip selama 5 detik b. Suspek diminta untuk memejamkan mata
6	Pemeriksaan rasa raba pada tangan	a. Suspek diminta untuk memejamkan mata dan kemudian menunjuk bagian yang sudah disentuh oleh pemeriksa b. Suspek diminta meraba telapak tangan yang ada di tangannya dan kemudian melaporkan kepada pemeriksa apakah mati rasa atau tidak
7	Bagaimana cara pemeriksaan kekuatan jari tangan	a. Kelingking dijauhkan dari jari yang lain kemudian suspek diminta untuk menahan kelingking pada posisi tersebut

		b. Suspek diminta mengangkat barang dengan jari tangannya
8	Bagaimana cara pemeriksaan rasa raba pada kaki	a. Suspek diminta untuk memejamkan mata dan kemudian menunjuk bagian yang sudah disentuh oleh pemeriksa b. Suspek diminta meraba telapak kaki yang ada dan kemudian melaporkan kepada pemeriksa apakah mati rasa atau tidak
9	Bagaimana cara pemeriksaan kekuatan kaki	a. Suspek diminta untuk berjalan b. Suspek diminta untuk mengangkat ujung kaki dan menahan posisi tersebut.

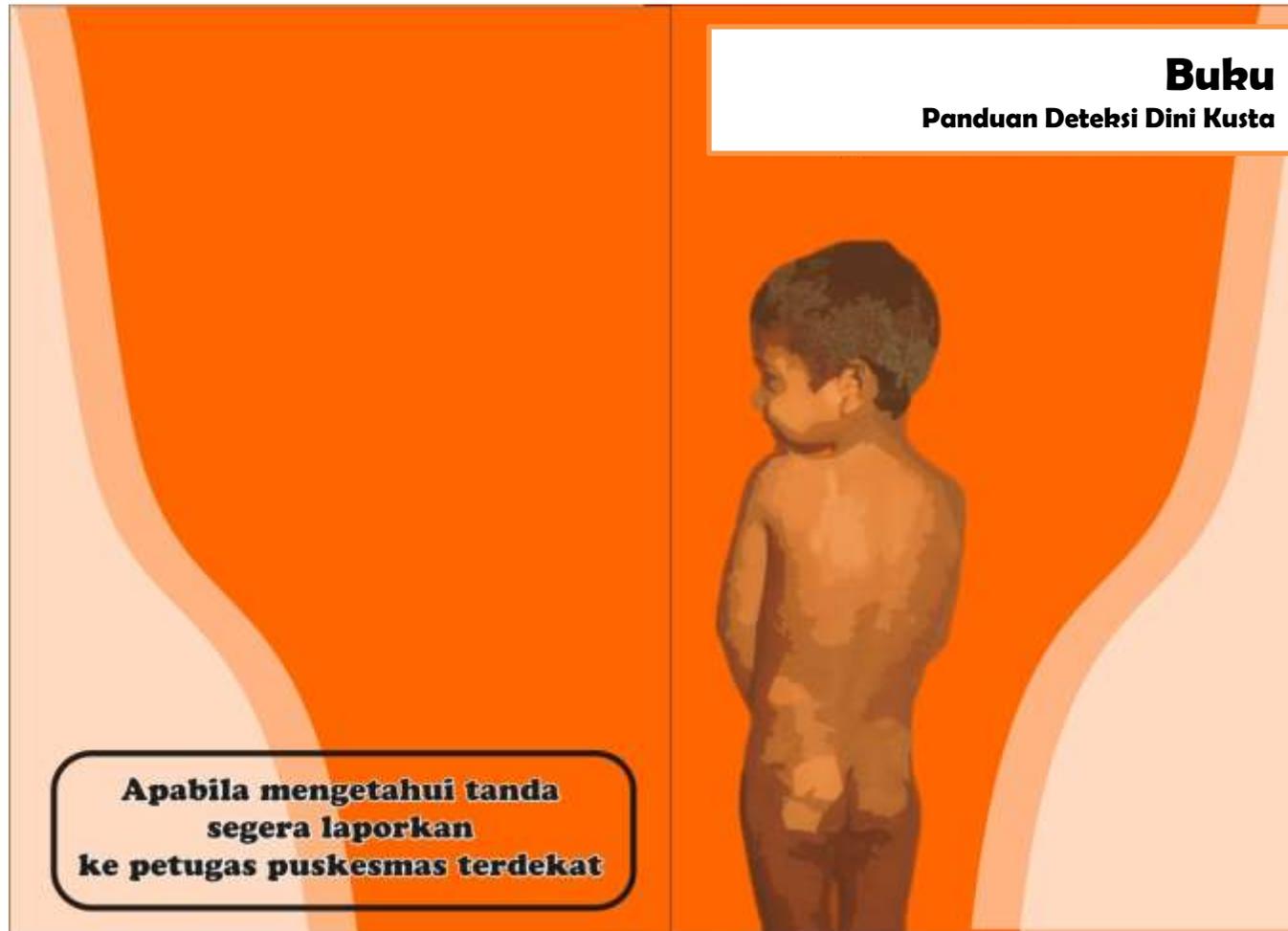
## Lampiran 9 Lembar Observasi Praktik Deteksi Dini Kusta

	No Responden				
	Nama				
No	Komponen Penilaian	Penilaian		Sesuai	Tidak Sesuai
		Standar	Jawaban		
1	Dimana seharusnya tempat pemeriksaan bercak yang baik?	Pemeriksaan dilakukan di tempat yang cukup cahaya matahari	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ruangan yang tertutup</li> <li>b. Ruangan yang memiliki cukup matahari</li> <li>c. Ruangan yang banyak memiliki cahaya lampu</li> </ul>		
2	Kapan waktu yang tepat saat melakukan pemeriksaan bercak?	Pemeriksaan dilakukan pada Siang Hari	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Siang Hari</li> <li>b. Pagi Hari</li> <li>c. Malam Hari</li> </ul>		
3	Bagaimana cara pemeriksaan bercak yang benar?	Pemeriksaan secara sistematis (Dari ujung kepala sampai ujung kaki)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dari telapak tangan kemudian ke badan</li> <li>b. Dari ujung kaki menuju ke badan</li> <li>c. Dari ujung kepala sampai ujung kaki</li> </ul>		
4	Bagaimana cara memeriksa rasa raba pada bercak	Mampu menjelaskan cara pemeriksaan rasa raba pada bercak	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Suspek diminta untuk memejamkan mata dan kemudian menunjuk bagian yang sudah disentuh oleh pemeriksa</li> <li>b. Suspek diminta meraba bercak yang ada dan kemudian melaporkan kepada pemeriksa apakah mati rasa atau tidak</li> </ul>		
5	Bagaimana	Suspek/	a. Suspek diminta		

	cara pemeriksaan pada mata suspek/pasien kusta?	pasien diminta memejamkan mata	untuk tidak berkedip selama 5 detik b. Suspek diminta untuk memejamkan mata		
6	Pemeriksaan rasa raba pada tangan	Mampu menjelaskan cara pemeriksaan rasa raba pada tangan	a. Suspek diminta untuk memejamkan mata dan kemudian menunjuk bagian yang sudah disentuh oleh pemeriksa b. Suspek diminta meraba telapak tangan yang ada di tangannya dan kemudian melaporkan kepada pemeriksa apakah mati rasa atau tidak		
7	Bagaimana cara pemeriksaan kekuatan jari tangan	Mampu menjelaskan bagaimana cara pemeriksaan kekuatan jari	a. Kelingking dijauhkan dari jari yang lain kemudian suspek diminta untuk menahan kelingking pada posisi tersebut b. Suspek diminta mengangkat barang dengan jari tangannya		
8	Bagaimana cara pemeriksaan rasa raba pada kaki	Mampu menjelaskan cara pemeriksaan rasa raba pada kaki	a. Suspek diminta untuk memejamkan mata dan kemudian menunjuk bagian yang sudah disentuh oleh pemeriksa b. Suspek diminta meraba telapak kaki yang ada dan kemudian melaporkan kepada pemeriksa apakah		

			mati rasa atau tidak		
9	Bagaimana cara pemeriksaan kekuatan kaki	Mampu menjelaskan bagaimana cara pemeriksaan kekuatan kaki	a. Suspek diminta untuk berjalan b. Suspek diminta untuk mengangkat ujung kaki dan menahan posisi tersebut.		

## Lampiran 10 Buku Panduan Deteksi Dini Kusta



## Apa itu Kusta ??

Kusta merupakan penyakit menular yang diakibatkan oleh *M. leprae*. yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernafasan bagian atas, sistem retikulo endotelial (kelenjar limfe, limfa, hati, dan sumsum tulang), mata, otot, tulang dan testis.

## Bagaimana cara penularannya ??

Kusta hanya ditularkan melalui kontak erat dalam waktu yang lama, kuman kusta mempunyai masa inkubasi rata-rata 2-5 tahun, akan tetapi dapat juga bertahun-tahun. Penularan dapat terjadi apabila *M. leprae* yang hidup keluar dari tubuh pasien dan masuk kedalam tubuh orang lain. Penularan biasanya terjadi di lingkungan keluarga, misalnya antara ibu penderita kusta dengan anaknya atau suaminya.

## Bagaimana Tanda-Tandanya ??

- Adanya bercak dikulit yang mati rasa
- Bercak merah
- Kulit Mengkilap
- Bercak tidak gatal
- Lepuh tidak nyeri
- Penebalan saraf tepi:
- Kesemutan/ nyeri di badan
- Deformitas/ cacat
- Luka yang tak kunjung sembuh/ ulkus



Berikut adalah contoh bercak kusta:

Bercak di pipi kiri, berbatas tegas, dan berwarna keputihan



Bercak di bahu kiri, berbeda dengan kulit disekitarnya



Bercak melingkar seperti cincin, bagian tepi meninggi, agak tebal, dan kering. tidak mengeluarkan keringat



Bercak agak luas di punggung lengan bawah, dengan batas yang tidak tegas



Bercak tebal dan berbatas tegas di pipi kanan



Bercak merah dengan tepi menebal di punggung khaki dan pergelangan



Bercak keputihan dibahu kiri, cenderung membentuk bercak kecil atau satelit di sekitarnya



Bercak putih yang banyak menyebar di sekitar pantat dan sekitar punggung dan anggota badannya



Bercak seperti kue donat di tungkai dan dan pantat



memiliki banyak bercak kemerahan yang tebal di bagian tubuh



Bercak tebal dan menipis pada bagian tepi, seperti mangkok



Seluruh bagian punggung dan lengan menunjukkan penyebaran bercak datar yang simetris

bercak di wajah dan leher, beberapa tonjolan bulat dan lonjong di telinga



**Berikut adalah cara pemeriksaan Penyakit Kusta:**

**a. Pemeriksaan Kulit/ dermatologis**

1) Persiapan pemeriksaan

a) Tempat

Tempat periksaan harus cukup cahaya, di ruangan yang cukup terang, dengan menjaga kenyamanan orang yang di periksa.

b) Waktu pemeriksaan

Pemeriksaan diadakan pada siang hari agar mendapatkan cukup cahaya matahari.

c) Orang yang diperiksa

Periksa seluruh badan, dengan memperhatikan batas-batas kesopanan.

2) Pelaksanaan Pemeriksaan

a) Pemeriksaan pandang

- Orang yang diperiksa menghadap ke sumber cahaya, berhadapan dengan petugas.

- Pemeriksaan dimulai dari kepala sampai telapak kaki secara sistematis.
  - Perhatikan setiap bercak (makula), bintil-bintil (nodulus) jaringan parut, kulit yang keriput dan setiap penebalan kulit.
  - Perhatikan kelainan dan cacat pada tangan dan kaki antara lain atropi, jari keriting, pemendekan jari dan ulkus.
- b) Pemeriksaan rasa raba pada kelainan kulit.
- Gunakan sepotong kapas yang ujungnya dilancipkan, periksalah dengan menyentuhkan ujung dari kapas secara tegak lurus pada kelainan kulit yang dicurigai.
  - Terangkan terlebih dahulu jika orang yang diperiksa merasakan sentuhan, ia harus menunjuk kulit yang disentuh dengan jari telunjuknya. Jika lokasi

bercak sulit dijangkau pasien diminta untuk mengacungkan tangan.

- Jika telah jelas, pemeriksaan pasien dilanjutkan dengan mata tertutup. Kelainan-kelainan dikulit diperiksa secara bergantian dengan kulit yang normal disekitarnya untuk mengetahui ada tidaknya anastesi.

#### b. Pemeriksaan saraf tepi

Prosedur pemeriksaan saraf:

- Periksa berhadapan dengan pasien.
- perabaan dilakukan dengan tekanan ringan sehingga tidak menyakiti pasien
- Paa saat memeriksa saraf perhatikan apakah ada penebalan, apakah saraf kiri dan kanan sama besar atau berbeda, dan apakah ada nyeri apa tidak pada saraf.

##### 1) Saraf ulnaris

- Tangan kanan pemeriksa memegang lengan kanan bawah penderita dengan posisi siku sedikit ditekuk sehingga lengan pasien relaks.
- Dengan jari telunjuk dan jari tengah tangan kiri pemeriksa mencari sambil meraba saraf Ulnaris di dalam sulkus nervi ulnaris yaitu lekukan diantara tonjolan tulang siku dan tonjolan kecil di bagian medial.
- Dengan tekanan ringan gulirkan pada saraf ulnaris, dan telusuri keatas dengan halus sambil melihat mimik / reaksi pasien apakah tampak kesakitan atau tidak.



## 2) Saraf Peroneus Communis

- Pasien diminta duduk disuatu tempat (kursi, tangga, dll) dengan kaki dalam keadaan relaks.
- Pemeriksa duduk di depan pasien dengan tangan kanan memeriksa kaki kiri pasien dan tangan kiri memeriksa kaki kanan.
- Pemeriksa meletakkan jari telunjuk dan jari tengah pada pertengahan betis bagian luar pasien sambil pelan-pelan meraba ke atas sampai menemukan benjolan tulang (caput fibula). Setelah menemukan tulang tersebut jari pemeriksa meraba saraf peroneus 1cm ke arah belakang.
- Dengan tekanan yang ringan saraf tersebut digulirkan bergantian ke kanan dan ke kiri sambil melihat mimik / reaksi pasien.



## 3) Saraf tibialis posterior

- Pasien duduk relaks.
- Dengan jari telunjuk dan tengah, pemeriksa memeriksa saraf Tibialis posterior dibagian belakang bawah dari mata kaki sebelah dalam (maleolus medialis) dengan tangan menyilang (tangan kiri pemeriksa memeriksa saraf tibialis kiri dan tangan kanan pemeriksa memeriksa saraf tibialis posterior kanan)
- Dengan tekanan ringan saraf tersebut digulirkan sambil melihat mimik / reaksi dari pasien.



#### c. Pemeriksaan pada Mata

- Pasien diminta memejamkan mata
- Dilihat dari depan/samping apakah mata tertutup dengan sempurna atautkah terdapat celah

#### d. Pemeriksaan pada Tangan

- Tangan kiri pemeriksa memegang ujung jari manis, jari tengah, dan jari telunjuk tangan kanan pasien, dengan telapak tangan pasien menghadap ke atas dan posisi jari kelingking bebas bergerak tidak terhalang oleh tangan pemeriksa
- Minta pasien menjauhkan dan mendekatkan kelingking dari jari-jari lainnya, bila pasien

dapat melakukannya, minta pasien menahan kelingkingnya pada posisi jauh dari jari lainnya, dan kemudian jari telunjuk pemeriksa mendorong jari kelingking pasien. Apabila kelingking dapat menahan dorongan berarti kekuatan ototnya tergolong kuat.

- Untuk pemeriksaan ibu jari pemeriksa memegang jari telunjuk sampai dengan jari kelingking pasien. Ibu jari pasien ditegakkan keatas sehingga tegak lurus terhadap telapak tangan, dan pasien di minta mempertahankan posisi tersebut.
- Jari telunjuk pemeriksa menekan pangkal ibu jari pasien yaitu dari bagian batas antara punggung dan telapak tangan mendekati telapak tangan. Apabila kelingking dapat menahan dorongan berarti kekuatan ototnya tergolong kuat.

**e. Pemeriksaan pada Kaki**

- Dalam keadaan duduk, pasien diminta mengangkat ujung kaki dengan tumit tetap menempel di lantai.
- Pasien diminta bertahan pada posisi tersebut kemudian pemeriksa menekan dengan kedua tangan menekan punggung kaki pasien ke bawah/ke arah lantai.

Nama			
Unur			
Pekerjaan			
No	Tanda-Tanda/ Kelainan	Ada	Tidak
1	<b>Tanda-tanda pada Kulit:</b>		
	a. Bercak kelainan kulit yang kemerahan atau putih di bagian tubuh		
	b. Kulit mengkilap		
	c. Bercak yang tidak gatal		
	d. Adanya bagian tubuh yang tidak berkeringat		
	e. Lepuh yang tidak nyeri		
	f. Kulit kering dan retak-retak		
2	<b>Tanda-tanda pada saraf</b>		
	a. Rasa kesemutan, tertusuk-tusuk pada anggota badan atau muka		
	b. Gangguan gerak pada tangan dan kaki		
	c. Jari tangan atau kaki kiting		
	d. Luka yang tak kunjung sembuh		
	e. Mati rasa pada kulit		
	f. Kelemahan otot atau kelumpuhan		
3	<b>Pemeriksaan pada mata</b>		
	Mata tidak dapat menutup dengan		

	sempurna		
4	<b>Pemeriksaan pada tangan</b>		
	a. Telapak tangan tidak bisa merasakan rasa sentuhan		
	b. Jari kelingking tidak dapat bergerak menjauhi dan mendekati jari manis		
	c. Jari kelingking atau ibu jari tidak dapat menahan dorongan		
5	<b>Pemeriksaan pada kaki</b>		
	a. Telapak kaki tidak bisa merasakan rasa sentuhan		
	b. Telapak kaki tidak bisa mengangkat ujung kaki (seperti berjalan dengan tumit)		



No	Praktik										Jumlah Benar		Presentase (%)		Kategori		Kode		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11,11	11,11	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11,11	11,11	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
4	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	22,22	22,22	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
5	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11,11	11,11	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
7	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11,11	11,11	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
8	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11,11	11,11	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
9	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	3	3	33,33	33,33	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
10	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11,11	11,11	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
11	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	2	22,22	22,22	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
12	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11,11	11,11	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
13	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	11,11	11,11	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
14	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	4	5	44,44	55,56	Tidak dapat	Dapat	0	1
15	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	5	5	55,56	55,56	Dapat	Dapat	1	1
16	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11,11	11,11	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
17	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11,11	11,11	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
18	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	5	5	55,56	55,56	Dapat	Dapat	1	1
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
20	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11,11	11,11	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0

Lampiran 12 Data Mentah (Kelompok Intervensi)

No	Pegestahan										Jumlah Besar		Presentase (%)		Kategori											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post		
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	10	22,22	55,56	Kurang Baik	Baik	0	1
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	7	27,78	38,89	Kurang Baik	Kurang Baik	0	0
3	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	8	27,78	44,44	Kurang Baik	Kurang Baik	0	0
4	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	13	50,00	72,22	Kurang Baik	Baik	0	1
5	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	14	66,67	77,78	Baik	Baik	1	1
6	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	14	51,11	77,78	Baik	Baik	1	1
7	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	16	50,00	68,69	Kurang Baik	Baik	0	1
8	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	11	36,36	51,11	Kurang Baik	Baik	0	1
9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	15	36,36	83,33	Kurang Baik	Baik	0	1
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	9	22,22	50,00	Kurang Baik	Kurang Baik	0	0
11	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	14	51,11	77,78	Baik	Baik	1	1
12	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	12	33,33	66,67	Kurang Baik	Baik	0	1
13	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	15	44,44	83,33	Kurang Baik	Baik	0	1
14	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	7	16,67	38,89	Kurang Baik	Kurang Baik	0	0
15	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	15	77,78	83,33	Baik	Baik	1	1
16	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	12	55,56	66,67	Baik	Baik	1	1
17	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	14	36,36	77,78	Kurang Baik	Baik	0	1
18	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	14	51,11	77,78	Baik	Baik	1	1
19	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	9	22,22	50,00	Kurang Baik	Kurang Baik	0	0
20	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	8	27,78	44,44	Kurang Baik	Kurang Baik	0	0

No	Silang										Jumlah		Kategori		Buku										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Jumlah Pre = 51, Post = 61

No	Praktik									Jumlah Benar		Presentase (%)		Kategori		Kode			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post		
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	22,22	0,00	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
2	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	4	5	44,44	55,56	Tidak dapat	Dapat	0	1
3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11,11	0,00	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	22,22	0,00	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
5	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	6	6	11,11	66,67	Tidak dapat	Dapat	0	1
6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	22,22	0,00	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
7	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11,11	0,00	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
8	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	5	5	55,56	55,56	Dapat	Dapat	1	1
9	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	33,33	0,00	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
10	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11,11	0,00	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
11	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	22,22	0,00	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
12	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	7	11,11	77,78	Tidak dapat	Dapat	0	1
13	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11,11	0,00	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
14	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	5	7	55,56	77,78	Dapat	Dapat	1	1
15	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	22,22	33,33	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11,11	0,00	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
17	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	5	5	55,56	55,56	Dapat	Dapat	1	1
18	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	4	22,22	44,44	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
19	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	22,22	0,00	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0
20	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11,11	0,00	Tidak dapat	Tidak dapat	0	0

## Lampiran 13 Hasil Uji Validitas dan Realibilitas

**Hasil Uji Validitas dan Realibilitas****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	20	95.2
	Excluded <sup>a</sup>	1	4.8
	Total	21	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.905	38

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
Pertanyaan_1	1.3000	.47016	20
Pertanyaan_2	2.4000	.68056	20
Pertanyaan_3	3.2500	.63867	20
Pertanyaan_4	2.6000	.94032	20
Pertanyaan_5	3.1500	.98809	20
Pertanyaan_6	1.9000	1.02084	20
Pertanyaan_7	2.4500	.88704	20
Pertanyaan_8	2.0500	.99868	20
Pertanyaan_9	2.2500	.85070	20
Pertanyaan_10	1.2500	.44426	20
Pertanyaan_11	2.6500	.93330	20
Pertanyaan_12	1.3000	.47016	20
Pertanyaan_13	2.3000	1.12858	20
Pertanyaan_14	2.5000	.88852	20
Pertanyaan_15	2.3500	.93330	20

Pertanyaan_16	1.3000	.47016	20
Pertanyaan_17	2.8500	1.08942	20
Pertanyaan_18	2.6500	1.22582	20
Pertanyaan_19	2.3000	1.26074	20
Pertanyaan_20	1.5500	.51042	20
P1	2.5000	.76089	20
P2	2.7500	.96655	20
P3	2.7500	1.01955	20
P4	3.7000	.47016	20
P5	2.4500	.75915	20
P6	2.5000	1.05131	20
P7	3.5000	.51299	20
P8	1.5500	.51042	20
P9	1.5500	.51042	20
P10	2.9500	1.05006	20
P11	2.3500	1.22582	20
P12	3.1500	.74516	20
P13	2.0000	.56195	20
P14	3.8000	.41039	20
P15	3.5500	.51042	20
P16	3.6000	.50262	20
P17	2.5000	1.00000	20
P18	1.7000	.47016	20

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pertanyaan_1	91.9000	210.937	.583	.902
Pertanyaan_2	90.8000	208.800	.501	.902
Pertanyaan_3	89.9500	211.103	.410	.903
Pertanyaan_4	90.6000	201.200	.638	.899
Pertanyaan_5	90.0500	204.050	.499	.901
Pertanyaan_6	91.3000	204.747	.456	.902

Pertanyaan_7	90.7500	203.987	.566	.900
Pertanyaan_8	91.1500	206.555	.403	.903
Pertanyaan_9	90.9500	204.787	.559	.900
Pertanyaan_10	91.9500	217.839	.082	.906
Pertanyaan_11	90.5500	203.734	.545	.900
Pertanyaan_12	91.9000	213.147	.419	.903
Pertanyaan_13	90.9000	200.621	.539	.901
Pertanyaan_14	90.7000	206.853	.449	.902
Pertanyaan_15	90.8500	205.397	.480	.902
Pertanyaan_16	91.9000	217.568	.096	.906
Pertanyaan_17	90.3500	203.924	.450	.902
Pertanyaan_18	90.5500	200.787	.484	.902
Pertanyaan_19	90.9000	202.726	.412	.903
Pertanyaan_20	91.6500	212.450	.430	.903
P1	90.7000	206.958	.529	.901
P2	90.4500	207.103	.398	.903
P3	90.4500	203.945	.485	.901
P4	89.5000	213.211	.414	.903
P5	90.7500	209.671	.403	.903
P6	90.7000	204.958	.434	.902
P7	89.7000	212.221	.444	.903
P8	91.6500	212.661	.416	.903
P9	91.6500	211.818	.474	.902
P10	90.2500	205.987	.399	.903
P11	90.8500	202.555	.432	.903
P12	90.0500	209.945	.399	.903
P13	91.2000	211.958	.418	.903
P14	89.4000	213.516	.453	.903
P15	89.6500	212.555	.423	.903
P16	89.6000	213.305	.379	.903

P17	90.7000	207.168	.380	.903
P18	91.5000	213.526	.391	.903

#### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
93.2000	219.116	14.80256	38

## Validitas II

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	95.2
	Excluded <sup>a</sup>	1	4.8
	Total	21	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.907	36

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Pertanyaan_1	1.3000	.47016	20
Pertanyaan_2	2.4000	.68056	20
Pertanyaan_3	3.2500	.63867	20
Pertanyaan_4	2.6000	.94032	20
Pertanyaan_5	3.1500	.98809	20
Pertanyaan_6	1.9000	1.02084	20
Pertanyaan_7	2.4500	.88704	20
Pertanyaan_8	2.0500	.99868	20
Pertanyaan_9	2.2500	.85070	20
Pertanyaan_11	2.6500	.93330	20
Pertanyaan_12	1.3000	.47016	20
Pertanyaan_13	2.3000	1.12858	20

Pertanyaan_14	2.5000	.88852	20
Pertanyaan_15	2.3500	.93330	20
Pertanyaan_17	2.8500	1.08942	20
Pertanyaan_18	2.6500	1.22582	20
Pertanyaan_19	2.3000	1.26074	20
Pertanyaan_20	1.5500	.51042	20
P1	2.5000	.76089	20
P2	2.7500	.96655	20
P3	2.7500	1.01955	20
P4	3.7000	.47016	20
P5	2.4500	.75915	20
P6	2.5000	1.05131	20
P7	3.5000	.51299	20
P8	1.5500	.51042	20
P9	1.5500	.51042	20
P10	2.9500	1.05006	20
P11	2.3500	1.22582	20
P12	3.1500	.74516	20
P13	2.0000	.56195	20
P14	3.8000	.41039	20
P15	3.5500	.51042	20
P16	3.6000	.50262	20
P17	2.5000	1.00000	20
P18	1.7000	.47016	20

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pertanyaan_1	89.3500	208.345	.581	.904
Pertanyaan_2	88.2500	206.408	.490	.904
Pertanyaan_3	87.4000	208.884	.388	.905
Pertsnyaan_4	88.0500	198.576	.641	.901
Pertanyaan_5	87.5000	201.000	.517	.903
Pertanyaan_6	88.7500	202.303	.451	.904

Pertanyaan_7	88.2000	201.537	.561	.902
Pertanyaan_8	88.6000	203.937	.404	.905
Pertanyaan_9	88.4000	202.147	.561	.902
Pertanyaan_11	88.0000	200.737	.561	.902
Pertanyaan_12	89.3500	210.661	.408	.905
Pertanyaan_13	88.3500	198.239	.533	.903
Pertanyaan_14	88.1500	204.345	.445	.904
Pertanyaan_15	88.3000	203.063	.471	.904
Pertanyaan_17	87.8000	200.905	.465	.904
Pertanyaan_18	88.0000	198.316	.482	.904
Pertanyaan_19	88.3500	200.029	.416	.905
Pertanyaan_20	89.1000	209.884	.426	.905
P1	88.1500	204.450	.525	.903
P2	87.9000	203.989	.417	.905
P3	87.9000	201.674	.474	.904
P4	86.9500	210.576	.414	.905
P5	88.2000	207.011	.406	.905
P6	88.1500	203.082	.409	.905
P7	87.1500	209.503	.450	.904
P8	89.1000	210.200	.405	.905
P9	89.1000	209.147	.477	.904
P10	87.7000	203.905	.382	.905
P11	88.3000	199.800	.437	.905
P12	87.5000	206.895	.420	.904
P13	88.6500	209.292	.421	.905
P14	86.8500	210.976	.445	.905
P15	87.1000	209.674	.441	.905
P16	87.0500	210.471	.393	.905
P17	88.1500	204.029	.400	.905
P18	88.9500	210.997	.383	.905

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
90.6500	216.450	14.71224	36

## Lampiran 14 Hasil Analisis Bivariat

## 1. Pengetahuan

## 1) Kelompok Kontrol

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
K_Peng_pre *	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
K_Peng_post						

**K\_Peng\_pre \* K\_Peng\_post Crosstabulation**

			K_Peng_post		Total
			Kurang	Baik	
K_Peng_pre	Kurang	Count	6	6	12
		% of Total	30.0%	30.0%	60.0%
	Baik	Count	1	7	8
		% of Total	5.0%	35.0%	40.0%
Total		Count	7	13	20
		% of Total	35.0%	65.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.125 <sup>a</sup>
N of Valid Cases	20	

a. Binomial distribution used.

## 2) Kelompok intervensi

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
E_Peng_pre *	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
E_Peng_post						

**E\_Peng\_pre \* E\_Peng\_post Crosstabulation**

			E_Peng_post		Total
			Kurang	Baik	
E_Peng_pre	Kurang	Count	6	8	14
		% of Total	30.0%	40.0%	70.0%
	Baik	Count	0	6	6
		% of Total	.0%	30.0%	30.0%
Total	Count	6	14	20	
	% of Total	30.0%	70.0%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.008 <sup>a</sup>
N of Valid Cases	20	

a. Binomial distribution used.

## 2. Sikap

### 1) Kelompok Kontrol

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
K_Sikap_pre * K_Sikap_post	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

**K\_Sikap\_pre \* K\_Sikap\_post Crosstabulation**

			K_Sikap_post		Total
			Negatif	Positif	
K_Sikap_pre	Negatif	Count	6	3	9
		% of Total	30.0%	15.0%	45.0%
	Positif	Count	0	11	11
		% of Total	.0%	55.0%	55.0%

Total	Count	6	14	20
	% of Total	30.0%	70.0%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.250 <sup>a</sup>
N of Valid Cases	20	

a. Binomial distribution used.

#### 2) Kelompok intervensi

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
E_Sikap_Pre *						
E_Sikap_Post	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

#### E\_Sikap\_Pre \* E\_Sikap\_Post Crosstabulation

			E_Sikap_Post		Total
			Negatif	Positif	
E_Sikap_Pre	Negatif	Count	3	7	10
		% of Total	15.0%	35.0%	50.0%
	Positif	Count	0	10	10
		% of Total	.0%	50.0%	50.0%
Total		Count	3	17	20
		% of Total	15.0%	85.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.016 <sup>a</sup>
N of Valid Cases	20	

a. Binomial distribution used.

## 3. Praktik

## 1) Kelompok Kontrol

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
K_Praktik_Pre *	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
K_Praktik_Post						

**K\_Praktik\_Pre \* K\_Praktik\_Post Crosstabulation**

			K_Praktik_Post		Total
			Tidak Bisa	Bisa	
K_Praktik_Pre	Tidak Bisa	Count	17	1	18
		% of Total	85.0%	5.0%	90.0%
	Bisa	Count	0	2	2
		% of Total	.0%	10.0%	10.0%
Total		Count	17	3	20
		% of Total	85.0%	15.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		1.000 <sup>a</sup>
N of Valid Cases	20	

a. Binomial distribution used.

## 2) Kelompok intervensi

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
E_Praktik_Pre *	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
E_Praktik_Post						

**E\_Praktik\_Pre \* E\_Praktik\_Post Crosstabulation**

			E_Praktik_Post		Total
			Tidak Bisa	Bisa	
E_Praktik_Pre	Tidak Bisa	Count	14	3	17
		% of Total	70.0%	15.0%	85.0%
	Bisa	Count	0	3	3
		% of Total	.0%	15.0%	15.0%
Total	Count	14	6	20	
	% of Total	70.0%	30.0%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.250 <sup>a</sup>
N of Valid Cases	20	

a. Binomial distribution used.

Lampiran 15 Dokumentasi Penelitian



Penyuluhan dan Pelatihan Deteksi Dini Kusta Pada Kelompok Intervensi



Sosialisasi dan Penjelasan Mengenai Penelitian Pada Kelompok Kontrol



Pengambilan Nilai *Posttest* pada Kelompok Kontrol



Pengambilan Nilai *Posttest* Pada Kelompok Intervensi