



**PERBEDAAN TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG PENCEGAHAN
KUSTA PADA SISWA SEKOLAH USIA 10-11 TAHUN MELALUI
PEMBERIAN PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN
STRATEGI *CARD SORT* DI SDN GEBANG 01
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Eka Afdi Septiyono
NIM 092310101016**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2013**



**PERBEDAAN TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG PENCEGAHAN
KUSTA PADA SISWA SEKOLAH USIA 10-11 TAHUN MELALUI
PEMBERIAN PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN
STRATEGI *CARD SORT* DI SDN GEBANG 01
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh

**Eka Afdi Septiyono
NIM 092310101016**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2013**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SwT yang senantiasa memberikan anugerah dan ridho-Nya sehingga saya dapat berjuang hingga saat ini, serta Nabi Muhammad SAW yang selalu menjadi tauladan bagi umatnya;
2. ibunda Suhen Pujiati dan ayahanda Subardiyo tercinta yang tiada henti-hentinya memberikan doa, cinta, kasih sayang, dukungan, semangat, dan motivasi demi tercapainya harapan dan cita-cita masa depanku, serta yang kusayang adikku Dwi Resta Maulita Sari yang selalu memberi dukungan dan semangat;
3. nenekku Sunarsih dan kakekku Slamet yang selalu memberi nasehat, memberikan doa dan dukungan selama ini;
4. Riskasari Pratiwi yang tiada henti-hentinya memberikan semangat, bantuan, dan dukungan selama ini;
5. teman-teman kost Bapak Rudi, Alvian, Salman, Khoirul, Yosi, Yogis, Lucky, Angger, Udayana, Bagus, Pandu, As'ad, Yudha, dan Iman, komunitas seperjuangan Yanti, Alus, Uly, Mega, Luluk, Melinda, Dita, dan Septiyan terimakasih atas dukungan, semangat, arahan dan buku penunjang selama ini;
6. teman-teman KKT Mayang Desa Tegalwaru Fariz, Gigih, Fiqih, Habib, Pipit, Lail, dan Dita;
7. almamaterku Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, seluruh dosen dan karyawan, serta bapak ibu guruku tercinta di SDN Sumberejo 01, SMPN 01 Pasirian, dan SMAN 02 Lumajang yang telah memberikan ilmu dan mendidikku;
8. seluruh teman-teman angkatanku 2009, seluruh kakak angkatan 2005, 2006, 2007, 2008 dan adik angkatan 2010, 2011, 2012, 2013, terima kasih telah menjadi bagian persaudaraan dan persahabatan kita.

MOTO

Sesungguhnya Allah tidak akan merubah keadaan suatu kaum sebelum mereka merubah keadaan diri mereka sendiri.

(terjemahan QS *Ar-Ra'd* ayat 11) *

Dan janganlah kamu mengikuti apa yang kamu tidak mempunyai pengetahuan tentangnya. Sesungguhnya pendengaran, penglihatan, dan hati, semuanya akan diminta pertanggungjawabannya.

(terjemahan QS *Bani Isra'il* ayat 36) **

Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman diantara kamu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat.

(terjemahan QS *Al-Mujadalah* ayat 11) ***

*) Departemen Agama RI. 2011. *Al Qur'an dan Terjemahannya Edisi Ilmu Pengetahuan*. Bandung : PT Mizan Bunaya Kreativa.

**) Departemen Agama RI. 2011. *Al Qur'an dan Terjemahannya Edisi Ilmu Pengetahuan*. Bandung : PT Mizan Bunaya Kreativa.

***) Departemen Agama RI. 2011. *Al Qur'an dan Terjemahannya Edisi Ilmu Pengetahuan*. Bandung : PT Mizan Bunaya Kreativa.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

nama : Eka Afdi Septiyono

NIM : 092310101016

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : "Perbedaan Pengetahuan Tentang Pencegahan Kusta pada Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun melalui Pemberian Pendidikan Kesehatan dengan Strategi *Card Sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember" adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari ini tidak benar.

Jember, September 2013
yang menyatakan,

Eka Afdi Septiyono
NIM 092310101016

SKRIPSI

PERBEDAAN TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG PENCEGAHAN KUSTA PADA SISWA SEKOLAH USIA 10-11 TAHUN MELALUI PEMBERIAN PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN STRATEGI *CARD SORT* DI SDN GEBANG 01 KABUPATEN JEMBER

Oleh

Eka Afdi Septiyono
NIM 092310101016

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Latifa Aini S., M. Kep., Sp. Kom.

Dosen Pembimbing Anggota : Hanny Rasni, S. Kp., M. Kep.

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Perbedaan Pengetahuan Tentang Pencegahan Kusta Pada Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun melalui Pemberian Pendidikan Kesehatan dengan Strategi *Card Sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari : Kamis
tanggal : 26 September 2013
tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji
Ketua,



Ns. Nur Widayati, S.Kep., MN.
NIP 19810610 200604 2 001

Anggota I,



Ns. Latifa Aini S., M.Kep., Sp.Kom.
NIP 19710926 200912 2 001

Anggota II,



Hanny Rasni, S.Kp., M.Kep.
NIP 19761219 200212 2 003

Mengesahkan
Ketua Program Studi,



dr. Sujono Kardis, Sp.KJ.
NIP 19490610 198203 1 001

Knowledge Differences Regarding Leprosy Preventions on 10-11 Years-Old Students By Giving Health Education with Card Sort Strategies in Gebang 01 Elementary, Jember
(Perbedaan Pengetahuan Tentang Pencegahan Kusta Pada Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun Melalui Pemberian Pendidikan Kesehatan dengan Strategi Card Sort di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember)

EkaAfdi Septiyono

Nursing Science Study Program, Jember University

ABSTRACT

The increasing number of leprosy occurrence required nurses to emphasize primary preventions by giving health education. Card sort is one of the available methods which giving collaborative activities in teaching concepts, classification of nature, facts, or repeating information using card. This study aim to analyze the knowledge difference about leprosy preventions on 10-11 years-old students by giving health education with card sort strategies. This study was a pre experimental research with one group pretest-posttest design. The sample were 42 students out of 43 population acquired by simple random sampling method. Data were analyzed with wilcoxon signed rank test with $\alpha = 0,05$. The result shows that most of the sample had bad knowledge by 61.9% (26 samples) and the rest are in midst by 38.1% (16 samples). The knowledge of leprosy prevention after card sort strategies given shows 83.3% (35 samples) have good knowledge and the rest are bad by 16.7% (7 samples). The statistical test indicates p value of 0.000, which means there is knowledge differences about leprosy prevention on 10-11 years-old students by giving them health education with card sort strategies in Gebang 01 elementary, Jember.

Keywords : leprosy, prevention, knowledge, card sort

RINGKASAN

Perbedaan Pengetahuan Tentang Pencegahan Kusta Pada Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun Melalui Pemberian Pendidikan Kesehatan dengan Strategi *Card Sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember; Eka Afdi Septiyono, 092310101016; 2013 : xviii+89 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Kusta adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*. Bakteri ini menyerang saraf perifer dan kulit serta dapat juga menyerang mata, mukosa saluran respirasi bagian atas, tulang, dan testis. Kusta menyebar aktif pada anak usia 0-14 tahun terutama pada anak umur 10-14 karena pada umur tersebut anak termasuk pada fase usia sekolah. Pencegahan primer dalam mencegah peningkatan kasus Kusta pada anak menuntut perawat di komunitas untuk lebih menekankan pencegahan tersebut di masyarakat melalui kegiatan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan di sekolah merupakan langkah yang strategis dalam upaya peningkatan kesehatan di masyarakat.

Pendidikan kesehatan dalam menyampaikan pesan-pesan kesehatan kepada sasaran memerlukan metode dan teknik. Metode dan teknik dalam pendidikan kesehatan merupakan kombinasi antara metode dan media yang digunakan dalam pendidikan kesehatan. *Card sort* merupakan salah satu metode yang dapat digunakan dalam pendidikan kesehatan yang dimana strategi ini memberikan kegiatan kolaboratif dalam mengajarkan konsep, penggolongan sifat, fakta suatu obyek, atau mengulang informasi tentang pencegahan Kusta dengan menggunakan kartu berkategori sebagai medianya.

Tujuan penelitian ini adalah menganalisis adanya perbedaan pengetahuan tentang pencegahan Kusta pada siswa sekolah usia 10-11 tahun melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian pra eksperimen dengan

rancangan penelitian *one group pretest-posttest*. Jumlah populasi adalah 43 siswa, sedangkan sampel sebesar 42 siswa setelah ditambah 10% untuk mengantisipasi kemungkinan responden terpilih yang *drop out* yang diambil dengan teknik *simple random sampling*. Uji validitas dan reliabilitas menggunakan *Pearson Product Moment* dan uji *Alpha Cronbach*. Analisis data yang telah dilakukan dengan menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan menggunakan $\alpha = 0,05$.

Hasil penelitian pengetahuan tentang pencegahan Kusta dari 42 responden sebelum diberikan pencegahan kusta dengan strategi *card sort* sebagian besar berpengetahuan buruk yaitu sebanyak 26 siswa (61,9%) dan sisanya berpengetahuan kurang yaitu sebanyak 16 siswa (38,1%). Pengetahuan 42 responden tentang pencegahan kusta sesudah diberikan pencegahan kusta dengan strategi *card sort* sebagian besar berpengetahuan baik yaitu sebanyak 35 siswa (83,3%) dan sisanya berpengetahuan kurang yaitu sebanyak 7 siswa (16,7%).

Hasil uji statistik menunjukkan $p\ value = 0,000$ dengan taraf signifikansi (α) sebesar 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa nilai $p\ value$ lebih kecil dari taraf signifikansi (α) yaitu $p\ value (0,000) < \alpha (0,05)$, maka H_0 ditolak yang memiliki makna ada perbedaan pengetahuan tentang pencegahan Kusta pada siswa sekolah usia 10-11 tahun melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember. Tindak lanjut agar pengetahuan seluruh responden baik dengan cara memberi pengetahuan terhadap guru pada sekolah tersebut. Harapan dari kegiatan tersebut adalah informasi pencegahan Kusta masih terus berlanjut dan membuat pengetahuan siswa yang kurang semakin baik.

PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Perbedaan Pengetahuan Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun Tentang Pencegahan Kusta Melalui Pemberian Pendidikan Kesehatan dengan Strategi *Card Sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember”. Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa bantuan dan sumbangan pemikiran dari berbagai pihak. Maka dalam kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada

1. dr. Sujono Kardis, Sp.KJ., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan;
2. Ns. Latifa Aini S., M.Kep., Sp.Kom., selaku dosen pembimbing pertama dan Hanny Rasni, S.Kp.,M.Kep., selaku dosen pembimbing kedua yang telah memberikan motivasi, bimbingan, dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
3. Ns. Nur Widayati, S.Kep., MN., selaku dosen penguji skripsi;
4. Ns. Roymond H. Simamora, M.Kep., selaku dosen pembimbing akademik yang telah membimbing saya selama ini;
5. responden penelitian SDN Gebang 01 dan responden uji validitas SDN Jember Lor 06 yang bersedia mengikuti penelitian ini;
6. semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, September 2013

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRAK	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan	8
1.3.1 Tujuan Umum.....	8
1.3.2 Tujuan Khusus.....	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti.....	9
1.4.2 Manfaat bagi Instansi Pendidikan.....	9
1.4.3 Manfaat bagi Instansi Kesehatan.....	9
1.4.4 Manfaat bagi Siswa.....	10
1.4.5 Manfaat bagi Masyarakat.....	10

1.4.5 Manfaat bagi Keperawatan	10
1.5 Keaslian Penelitian	10
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Konsep Kusta.....	12
2.1.1 Definisi Kusta	12
2.1.2 Penyebab Kusta.....	12
2.1.3 Penularan Kusta	15
2.1.4 Tanda dan Gejala	17
2.1.5 Klasifikasi Kusta	17
2.1.6 Komplikasi Kusta.....	20
2.1.7 Penatalaksanaan	22
2.1.8 Peran Perawat	23
2.2 Anak Usia Sekolah.....	24
2.2.1 Pengertian Anak Usia Sekolah.....	24
2.2.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia Sekolah.....	25
2.3 Konsep Pengetahuan.....	29
2.3.1 Definisi Pengetahuan	29
2.3.2 Tingkat Pengetahuan.....	29
2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	31
2.4 Pendidikan Kesehatan.....	33
2.4.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan.....	33
2.4.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan	33
2.4.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan	34
2.4.4 Proses Pendidikan Kesehatan	34
2.4.5 Model Keyakinan Kesehatan.....	35
2.5 Perawat Sekolah	36
2.5.1 Definisi Perawat Sekolah	36
2.5.2 Standar Praktik Perawat Sekolah.....	37
2.5.3 Tugas Perawat Sekolah	37
2.6 Konsep Card Sort	38
2.6.1 Model-Model Pembelajaran	38

2.6.2 Strategi Pembelajaran <i>Card Sort</i>	40
2.6.3 Faktor yang Mempengaruhi Belajar.....	42
2.7 Kerangka Teori Penelitian	43
BAB 3. Kerangka Konsep	45
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	45
3.3 Hipoteis Penelitian	46
BAB 4. METODE PENELITIAN	47
4.1 Desain Penelitian	47
4.2 Populasi dan Sampel	48
4.2.1 Populasi Penelitian.....	48
4.2.2 Sampel Penelitian.....	48
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel	50
4.2.4 Kriteria Subyek Penelitian.....	50
4.3 Tempat Penelitian	51
4.4 Waktu Penelitian	51
4.5 Definisi Operasional	51
4.6 Pengumpulan Data	52
4.6.1 Sumber Data	52
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data.....	53
4.6.3 Alat Pengumpulan Data.....	58
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	59
4.7 Pengolahan dan Analisa Data	61
4.7.1 <i>Editing</i>	61
4.7.2 <i>Coding</i>	62
4.7.3 <i>Data Entry</i>	63
4.7.4 <i>Cleaning</i>	63
4.7.5 Analisis Data.....	64
4.8 Etika Penelitian	65
4.8.1 Lembar Persetujuan.....	65
4.8.2 Kerahasiaan.....	65
4.8.3 Keadilan	66

4.8.4 Kemanfaatan.....	66
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	67
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	67
5.2 Hasil Penelitian	67
5.1.1 Data Umum.....	68
5.1.2 Data Khusus.....	69
5.3 Pembahasan.....	71
5.3.1 Karakteristik siswa sekolah usia 10-11 tahun SDN Gebang 01 Kabupaten Jember.....	72
5.3.2 Pengetahuan Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan Pencegahan Kusta melalui Strategi <i>Card Sort</i> di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember	74
5.3.3 Pengetahuan Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Pencegahan Kusta melalui Strategi <i>Card Sort</i> di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember.....	76
5.3.4 Perbedaan Pengetahuan Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Pencegahan Kusta melalui Strategi <i>Card Sort</i> di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember.....	79
5.3 Keterbatasan Penelitian.....	80
5.4 Implikasi Keperawatan.....	81
BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN	82
6.1 Simpulan	82
6.2 Saran.....	83
DAFTAR PUSTAKA	86
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Prinsip Pokok Pendidikan Kesehatan.....	34
2.2 Model Keyakinan Kesehatan	36
2.3 Kerangka Teori	44
3.1 Kerangka Konsep	45
4.1 Desain pra eksperimen	47

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1	Klasifikasi Kusta PB dan MB Berdasarkan WHO..... 19
2.2	Klasifikasi Kusta PB dan MB Berdasarkan Depkes RI..... 20
2.3	Gambaran Kecacatan Klien Kusta 21
4.1	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional..... 52
4.2	<i>Blue Print</i> Kuesioner Variabel Penelitian 59
4.3	Perbedaan <i>Blue Print</i> Kuesioner Sebelum dan Sesudah Uji Validitas.. 60
4.4	<i>Coding</i> Kuesioner Variabel Pengetahuan..... 62
5.1	Distribusi Siswa Usia 10-11 Tahun Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, dan Informasi Pencegahan Kusta di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember Tahun 2013 68
5.2	Pengetahuan Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan Pencegahan Kusta melalui Strategi <i>Card Sort</i> di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember Tahun 2013 69
5.3	Pengetahuan Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Pencegahan Kusta melalui Strategi <i>Card Sort</i> di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember Tahun 2013 70
5.4	Perbedaan Pengetahuan Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Pencegahan Kusta melalui Strategi <i>Card Sort</i> di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember Tahun 2013 70

DAFTAR LAMPIRAN

- A. Lembar *Informed*
- B. Lembar *Consent*
- C. Lembar Kuesioner
- D. Satuan Acara Pembelajaran
- E. *Standart Operating Procedure* (SOP)
- F. Kartu Strategi *Card Sort*
- G. Hasil Uji Statistik
- H. Foto Penelitian
- F. Surat Rekomendasi

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit hansen atau yang sering dikenal dengan penyakit Kusta adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*. Bakteri ini menyerang saraf perifer dan kulit serta dapat juga menyerang mata, mukosa saluran respirasi bagian atas, tulang, dan testis. Kusta dapat menyebar diseluruh dunia karena adanya perpindahan penduduk (Brown & Burns, 2005). Kusta menyebar aktif pada anak usia 0-14 tahun terutama pada anak umur 10-14 karena pada umur tersebut anak termasuk pada fase usia sekolah. Pada fase ini anak-anak aktif dalam hal mobilitas dan beraktifitas sehingga kontak dengan pasien Kusta yang menular lebih tinggi (Awaludin, 2004).

World Health Organization (WHO) mengemukakan bahwa jumlah pasien Kusta di dunia pada tahun 2011 sebesar 192.246 orang. Wilayah Asia Tenggara berada diperingkat pertama dari lima wilayah dengan jumlah pasien Kusta terbanyak. Jumlah pasien Kusta di Asia Tenggara sebanyak 113.750 orang (WHO, 2011). Indonesia merupakan negara di wilayah Asia Tenggara yang berada di urutan ketiga jumlah pasien Kusta terbanyak di dunia setelah India dan Brazil. Jumlah pasien di Indonesia sejumlah 23.169 orang dengan jumlah pasien anak 2.170 orang (Kompas.com, 2013).

Penyebaran Kusta di Indonesia tersebar di berbagai provinsi dengan tingkat penemuan kasus baru lebih dari 10/100.000 penduduk (Kompas.com, 2013). Pulau Jawa khususnya Jawa Timur menduduki peringkat pertama dan menjadi 30% penyumbang utama penderita Kusta secara nasional (News.detik.com, 2011). Jawa Timur memiliki jumlah kasus baru sebanyak 5.281 kasus dan prevalensi penyakit Kusta sebanyak 5.445 pasien. Jumlah kasus tersebut diinterpretasikan dengan angka *New Case Detection Rate* (NCDR) per 100.000 penduduk yaitu 13,89 dan angka *Prevalence Rate* (PR) per 10.000 penduduk yaitu 1,43 (Dinkes Jawa Timur, 2011). Oleh karena itu, Jawa Timur dikatakan endemik tinggi karena angka PR > 1/10.000 penduduk dan NCDCR > 5/100.000 penduduk (Depkes RI, 2006).

Jember merupakan salah satu dari 38 Kabupaten di Jawa Timur yang berada di peringkat 4 dengan jumlah penemuan kasus baru Kusta pada tahun 2011 sebanyak 395 kasus. Rincian pasien Kusta di Jember adalah jumlah pasien Kusta *multibacillary* (MB) sebanyak 254 orang dan Kusta *paucibacillary* (PB) sebanyak 41 orang. Kasus pada anak dengan rentang usia 0-14 tahun yaitu sebanyak 31 orang dengan rincian Kusta MB sebanyak 25 orang dan Kusta PB sebanyak 6 orang (Dinkes Jawa Timur, 2011). Penyebaran Kusta ini merata di seluruh kecamatan di Kabupaten Jember (Dinkes Jember, 2013).

Kecamatan Patrang merupakan salah satu dari 31 Kecamatan yang berada di Kabupaten Jember yang memiliki nilai kasus Kusta dengan PR < 1/10.000 penduduk. Nilai PR Kecamatan Patrang dari tahun 2010 hingga tahun 2012 mengalami peningkatan yaitu 0,1 pada tahun 2010, 0,2 pada tahun 2011, dan 0,5

pada tahun 2012 (Dinkes Jember, 2013). Bertambahnya nilai PR ini merupakan indikasi dari peningkatan pasien Kusta. Penyebaran Kusta di Kecamatan Patrang terpusat di tiga desa dari tujuh desa yaitu Desa Gebang, Desa Patrang dan Desa Jember Lor. Rincian kasus di Desa Gebang terdapat 2 pasien Kusta tipe MB, Desa Patrang 1 pasien Kusta tipe MB, dan Desa Jember Lor 1 pasien Kusta tipe MB (Puskesmas Patrang, 2013).

Hasil studi pendahuluan di Puskesmas Patrang didapatkan data pada tahun 2012 pasien Kusta terbanyak adalah Desa Gebang. Desa Gebang terdiri dari 3 dusun yaitu Dusun Tunggul, Kedawung, dan Poreng. Persebaran kasus Kusta pada Desa Gebang terpusat pada Dusun Poreng dengan jumlah pasien Kusta sebanyak 2 orang. Petugas Kusta Puskesmas Patrang mengatakan bahwa program pemberantasan Kusta saat ini adalah penemuan suspek disertai pendidikan kesehatan tentang pengobatan dan pencegahan kecacatan Kusta. Faktanya pendidikan kesehatan tentang pencegahan Kusta hanya diberikan ketika pasien Kusta mengambil obat secara rutin di Puskesmas.

Keterbatasan dalam penyampaian informasi tentang Kusta menyebabkan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang penyakit Kusta. Listiawan (2012) mengatakan bahwa 88% masyarakat tidak mengetahui bagaimana cara penularan Kusta dan 56% masyarakat masih beranggapan bahwa Kusta merupakan penyakit keturunan. Pengetahuan masyarakat yang kurang ini menyebabkan kasus Kusta terus meningkat. Dampak dari meningkatnya kasus Kusta ini terutama pada anak yaitu menimbulkan dua dampak. Pertama, dampak sosial yang dimunculkan berupa gambaran pasien Kusta anak itu adalah mutilasi jari-jari, cacat yang

mengerikan, dan kutukan Tuhan. Gambaran inilah yang menyebabkan pasien Kusta anak ditolak, dikucilkan, dan disingkirkan dari masyarakat sehingga mendapat diskriminasi dalam memperoleh hak dan kesempatan yang pada akhirnya akan mempengaruhi tingkat kualitas hidup (Depkes RI, 2006). Kedua, dampak individu adalah munculnya rasa malu dan meningkatnya rasa inferioritas sehingga mempengaruhi kemampuan anak untuk berhasil dan bersaing (Wong, 2009).

Program utama pemberantasan Kusta pada daerah endemik rendah dengan nilai PR < 1/10.000 penduduk adalah penemuan suspek, diagnosis, pemeriksaan dan konfirmasi kontak, dan diagnosis dan pengobatan reaksi. Program pendukung salah satunya adalah pendidikan kesehatan pada komunitas berisiko baik secara perorangan dan kelompok (Depkes RI, 2006). Peranan keperawatan dalam penanggulangan Kusta yaitu dengan cara melakukan tindakan pencegahan yang berupa pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier. Pencegahan primer adalah tindakan mencegah suatu penyakit dengan cara promosi kesehatan, misalnya pendidikan kesehatan. Bentuk pencegahan sekunder yang dapat dilakukan perawat adalah deteksi secara dini dan melakukan pengobatan pada penyakit. Tujuan dari pencegahan sekunder adalah untuk mencegah penyebaran penyakit yang lebih luas. Pencegahan tersier dilakukan dengan tujuan untuk mencegah kecacatan suatu penyakit dan merehabilitasi pasien (Anderson & McFarlane, 2011).

Pencegahan primer memiliki menuntut perawat di komunitas untuk lebih menekankan tindakan tersebut di masyarakat melalui kegiatan pendidikan kesehatan (Anderson & McFarlane, 2011). Pendidikan kesehatan di sekolah merupakan langkah yang strategis dalam upaya peningkatan kesehatan di masyarakat. Dasar pemikiran yang digunakan adalah sekolah merupakan komunitas yang telah terorganisasi sehingga mudah dijangkau dalam rangka peningkatan kesehatan di masyarakat. Anak sekolah merupakan kelompok yang sangat mudah dalam menerima perubahan sehingga mudah dalam dibimbing, diarahkan, dan ditanamkan kebiasaan yang baik termasuk kebiasaan hidup sehat (Notoatmojo, 2005).

Pendidikan kesehatan pada anak perlu memperhatikan tahap perkembangan kognitif agar materi yang diberikan mudah diterima. Anak sekolah dengan usia 10-11 tahun memiliki penguasaan kognitif yang baik karena berada pada 2 tahap yaitu operasional konkret dan realisme kritis. Anak usia sekolah pada umur 10-11 tahun menurut teori perkembangan kognitif Piaget anak mulai berpikir logis dan masuk akal karena berada pada tahap operasional konkret. Anak pada usia ini mampu mengklasifikasikan, mengurutkan, menyusun, dan mengatur fakta dalam menyelesaikan suatu masalah. Anak mulai menyelesaikan masalah secara konkret dan sistematis sesuai apa yang dirasakan sehingga mampu untuk menyerap informasi yang di ajarkan (Wong, 2009). Oswald Kroh (dalam Ahmadi, 2005) menyatakan anak usia 10-11 tahun masuk dalam masa realisme kritis. Anak pada usia ini mampu mulai berfikir kritis sehingga mudah dalam menangkap informasi.

Pendidikan kesehatan dalam menyampaikan pesan-pesan kesehatan kepada sasaran memerlukan metode dan teknik. Metode dan teknik dalam pendidikan kesehatan merupakan kombinasi antara metode dan media yang digunakan dalam pendidikan kesehatan. Metode pendidikan kesehatan yang dapat digunakan adalah dengan pendidikan kesehatan kelompok (Notoatmojo, 2005). Salah satu metode yang dapat digunakan adalah dengan menggunakan prinsip konstruktivisme. Konstruktivisme adalah belajar dengan cara memperoleh pengetahuan secara sedikit demi sedikit yang kemudian hasilnya diperluas melalui konteks yang terbatas (Baharudin, 2010).

Prinsip konstruktivisme memiliki beberapa model yang salah satunya adalah *active learning*. *Active learning* adalah model yang didalamnya menuntut peserta belajar aktif dalam melakukan proses belajar (Baharudin, 2010). *Active learning* mempunyai 101 strategi yang salah satu strateginya adalah *card sort* yang dimana strategi ini termasuk dalam golongan strategi belajar dengan cara bekerja sama. Golongan strategi ini memberikan tugas belajar yang harus diselesaikan dalam kelompok kecil peserta belajar. Dukungan teman sejawat, keragaman pandangan, pengetahuan dan keahlian, membantu mewujudkan belajar yang kolaboratif yang menjadi suatu iklim belajar dalam kelas. Hal ini digunakan untuk memaksimalkan keuntungan belajar secara kolaboratif dan meminimalkan kegagalan (Silberman, 2009). Permainan dengan menggunakan kartu yang digunakan dalam metode *card sort* dapat dilakukan oleh anak umur 10-11 tahun karena anak dalam tahap ini mampu bermain dengan permainan yang mengandung ketelitian serta perlu kecerdasan dan keterampilan (Ahmadi, 2005).

Strategi *card sort* ini digunakan Cahyaningrum (2013) dalam penelitian meningkatkan kompetensi belajar mata pelajaran Kesehatan, Keselamatan, Keamanan kerja, dan Lingkungan hidup (K3LH). Penelitian ini menggunakan penelitian tindakan kelas dengan sampel 31 siswa. Hasil yang didapatkan dengan analisis deskriptif adalah sebagian besar siswa mampu meningkatkan kompetensinya dengan jumlah 28 siswa (90,4%).

SD Negeri Gebang 01 adalah sekolah yang berada pada daerah risiko tinggi penularan Kusta. Lokasi SD Negeri Gebang 01 berada di Dusun Tunggul yang bersebelahan dengan Dusun Poreng. Keadaan lokasi ini sangat berisiko tertular Kusta bila tidak dilakukan pendidikan kesehatan tentang pencegahan Kusta. Faktor lain yang menyebabkan sangat berisiko adalah tidak adanya pemeriksaan oleh petugas kesehatan terhadap penyakit Kusta di SD tersebut. Hasil studi pendahuluan kepada 10 siswa dengan usia 10-11 menyatakan bahwa belum mengenal tentang penyakit Kusta. Kepala sekolah SD Negeri Gebang 01 juga mengatakan belum pernah ada petugas yang memberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan Kusta.

Berdasarkan uraian latar belakang masalah tersebut, maka peneliti melakukan penelitian tentang perbedaan pengetahuan tentang pencegahan Kusta pada siswa sekolah usia 10-11 tahun melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas penulis merumuskan masalah “Adakah perbedaan pengetahuan tentang pencegahan Kusta pada siswa sekolah usia 10-11 tahun melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis adanya perbedaan pengetahuan tentang pencegahan Kusta pada siswa sekolah usia 10-11 tahun melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

- a. mengidentifikasi karakteristik siswa sekolah usia 10-11 tahun SDN Gebang 01 Kabupaten Jember;
- b. mengidentifikasi pengetahuan siswa sekolah usia 10-11 tahun sebelum diberikan pendidikan kesehatan pencegahan Kusta melalui strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember;
- c. mengidentifikasi pengetahuan siswa sekolah usia 10-11 tahun sesudah diberikan pendidikan kesehatan pencegahan Kusta melalui strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember;

- d. mengidentifikasi perbedaan pengetahuan siswa sekolah usia 10-11 tahun tentang pencegahan Kusta melalui strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi Peneliti

Hasil dari penelitian ini diharapkan peneliti mendapat pengetahuan tentang metode pembelajaran aktif yang dapat digunakan dalam peningkatan pengetahuan siswa sekolah dalam pencegahan Kusta.

1.4.2 Manfaat bagi Instansi Pendidikan

Hasil dari penelitian ini digunakan sebagai tambahan referensi dan pengembangan penelitian, serta sebagai pedoman untuk melakukan intervensi keperawatan terutama dalam bidang pendidikan kesehatan.

1.4.3 Manfaat bagi Instansi Kesehatan

Hasil dari penelitian ini diharapkan data dan hasil yang diperoleh dapat dijadikan sumber informasi dan masukan untuk optimalisasi program pencegahan Kusta terutama pada anak.

1.4.4 Manfaat bagi Siswa

Hasil dari penelitian ini diharapkan meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan Kusta dan siswa mampu menularkan pengetahuannya ke masyarakat sehingga kasus Kusta pada anak menurun.

1.4.5 Manfaat bagi Masyarakat

Hasil dari penelitian ini diharapkan masyarakat mengetahui tentang pencegahan kusta sehingga angka pasien Kusta menurun.

1.4.6 Manfaat bagi Keperawatan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan peningkatan terhadap kualitas asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan dalam penatalaksanaan pencegahan Kusta terutama pada anak.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu adalah penelitian yang dilakukan oleh Cahyawati (2012) dengan judul “Penerapan Strategi *Card Sort* dalam Pembelajaran Matematika dengan Menggunakan Media Gambar untuk Meningkatkan Komunikasi dan Prestasi Belajar Siswa”. Penelitian tersebut menggunakan desain penelitian dengan teknik analisis deskriptif. Metode pengumpulan data menggunakan lembar penilaian observasi, lembar penilaian ketrampilan siswa, dan tes pilihan ganda. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa metode *card*

sort dapat meningkatkan prestasi 36 siswa dari awal *pretest* didapatkan 30,5% yang berprestasi dan meningkat menjadi 91,66% pada *posttest*.

Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu adalah variabel independennya menggunakan strategi *card sort* sedangkan perbedaannya pada variabel dependennya yaitu pengetahuan tentang pencegahan Kusta. Jenis penelitian yang digunakan adalah pra eksperimen dengan menggunakan rancangan *one group pretest-postest*. Perbedaannya dengan penelitian terdahulu adalah ingin mengetahui penerapan strategi *card sort* untuk meningkatkan komunikasi dan prestasi belajar siswa, sedangkan saat ini peneliti melakukan penelitian tentang pengetahuan siswa sekolah dalam pencegahan Kusta.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kusta

2.1.1 Definisi Kusta

Kusta adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* (Mansjoer *et al*, 2000). Kusta adalah penyakit yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernafasan bagian atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang, dan testis (Harahap, 2000). Penyakit Lepra merupakan infeksi progresif lambat yang mengenai kulit dan saraf perifer dengan kosekuensi deformitas (Robin dan Cotran, 2005). Berdasarkan uraian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa Kusta adalah penyakit kronis dengan progresifitas lambat yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernafasan bagian atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang, dan testis yang disebabkan oleh *M. leprae*.

2.1.2 Penyebab Kusta

Kusta disebabkan oleh bakteri *M. leprae* yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-8 mikron dan lebar 0,2-0,5 mikron. Bakteri ini biasanya hidup berkelompok dan ada juga yang tersebar satu-satu (Widoyono, 2008). *M. leprae* merupakan golongan basil tahan asam (BTA) dan bersifat obligat intraseluler (Mansjoer *et al*, 2000). Bakteri ini tergolong gram positif, tidak bergerak dan tidak berspora (Harahap, 2000).

M. leprae mempunyai dinding yang terdiri dari dua lapisan yaitu lapisan peptidoglikan padat pada bagian dalam dan lapisan transparan lipopolisakarida dan kompleks protein lipopolisakarida pada bagian luar. Sifat khas bakteri ini yang membedakannya dengan bakteri *Mycobacterium* lain adalah dinding membran tetap simetris walaupun dilakukan fiksasi dengan pewarnaan (Harahap, 2000). Organisme ini belum dapat dibiakkan pada media bakteri atau kultur sel. Bakteri ini dapat dibiakkan pada telapak kaki tikus dengan jumlah mencapai 10^6 per gram jaringan dan percobaan infeksi dengan binatang armadillo bakteri ini dapat tumbuh sebanyak 10^9 per gram jaringan (Chin, 2000).

M. leprae adalah hasil obligat intraseluler yang utamanya berkembang baik pada sel *schwann* saraf dan makrofag kulit. Bakteri ini dapat ditemukan dimana-mana, misalnya ditemukan di dalam tanah, air, udara, dan pada manusia terdapat pada permukaan kulit, rongga hidung, dan tenggorokan. Bakteri ini dapat berkembang biak di dalam otot polos sehingga dapat ditemukan pada otot erektor pili, otot, endotel kapiler, otot di skrotum, dan otot di iris mata. Bakteri ini ditemukan dalam folikel rambut, kelenjar keringat, sekret hidung, mukosa hidung, dan daerah erosi atau ulkus pada pasien Kusta (Harahap, 2000).

M. leprae berkembang biak secara perlahan dengan cara *binary fision* yang membutuhkan waktu 11-13 hari. Sifat multiplikasi ini lebih lambat daripada *Mycobacterium tuberculosis* yang hanya membutuhkan waktu 20 jam (Harahap, 2000). Masa tunas bakteri ini adalah antara 40 hari hingga 40 tahun (Mansjoer *et al.*, 2000). Oleh karena itu, dengan masa tunas yang lama menyebabkan manifestasi kliniknya menjadi kronik (Harahap, 2000).

Distribusi lesi secara klinik predominan pada kulit, mukosa hidung, dan saraf perifer superfisial menunjukkan pertumbuhan bakteri ini menyukai temperatur kurang dari 37°C. Bagian tubuh yang dingin seperti saluran pernafasan, testis, ruang anterior mata, kulit terutama cuping telinga, dan jari merupakan tempat yang biasanya terserang. Saraf perifer yang terkena yaitu saraf superfisial dan bagian kulit yang dingin cenderung paling banyak mengalami anastesi. *M. leprae* menyukai temperatur rendah mungkin dikarenakan respon imunologis yang kurang. *M. leprae* di luar hospes dapat bertahan hidup selama 7-9 hari, sedangkan pada temperatur kamar dapat bertahan hidup selama 46 hari (Harahap, 2000).

M. leprae berpredileksi di bagian tubuh yang lebih dingin yaitu daerah dengan vaskularisasi yang sedikit seperti daerah akral (Mansjoer *et al*, 2000). Sedangkan untuk tempat predileksi pada saraf sering menyerang pada saraf yang terletak di superfisial. Saraf tepi yang sering diserang adalah *nervus auriculus magnus*, *nervus ulnaris*, *nervus porenus komunis*, *nervus medianus*, *nervus radialis*, *nervus tibialis posterior*, *nervus tibialis* dan *nervus trigeminus* (Harahap, 2000).

2.1.3 Penularan Kusta

Penularan *M. leprae* yang pasti masih belum diketahui secara jelas (Chin, 2000), tetapi faktor yang mempengaruhi penularan dapat diketahui dari berbagai hasil penelitian. Faktor yang mempengaruhi penularan Kusta adalah :

a. keamatan kontak

kontak dengan pasien Kusta dalam kurun waktu yang lama tampak sangat berperan dalam penularan Kusta (Chin, 2000). Awaludin (2004) dalam penelitiannya menjelaskan Kusta dapat ditularkan karena ada riwayat kontak dengan pasien Kusta baik serumah ataupun tetangga;

b. status gizi

Rahfiludin (2005) menyatakan bahwa konsumsi energi dan protein yang rendah dapat mengganggu sistem imun dan mengakibatkan mudah terkena infeksi bakteri *M. leprae*. Individu yang belum terkena Kusta harus meningkatkan konsumsi energi dan protein agar kekebalan tubuhnya dapat terjaga;

c. imunitas

M. leprae setelah masuk kedalam tubuh, perkembangannya bergantung pada kerentanan seseorang. Respon tubuh setelah masa tunas tergantung sistem imunitas seluler pasien. Sistem imun yang tinggi, Kusta mengarah ke tuberkuloid dan bila rendah, Kusta mengarah ke lepromatosa (Mansjoer *et al*, 2000);

d. lingkungan

Rismawati (2013) dalam penelitiannya mengatakan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan penyebaran Kusta adalah keadaan suhu rumah, pencahayaan alami rumah, luas hunian kamar, kebiasaan mandi, kebiasaan cuci rambut, dan kebiasaan membersihkan lantai. Faktor keadaan suhu rumah dan pencahayaan alami rumah mempengaruhi tingkat kelembaban di ruangan rumah. Udara yang lembab menjadi tempat yang baik untuk berkembangnya mikroorganisme terutama *M. leprae*. Faktor ini juga didukung oleh Warsini (2007) bahwa ventilasi dan pencahayaan yang kurang akan meningkatkan risiko perkembangan *M. leprae*. Faktor luas hunian kamar yang kecil dan tidak sesuai dengan jumlah penghuni dapat menyebabkan risiko penularan Kusta tinggi. Faktor kebiasaan mandi, kebiasaan cuci rambut, dan kebiasaan membersihkan lantai merupakan faktor *personal hygiene*. Faktor ini berpotensi menularkan *M. leprae* jika faktor *personal hygiene* tidak dilakukan karena ketika keadaan kotor mikroorganisme mudah berkembang. Norlatifah (2010) menyatakan bahwa selain itu ada faktor yang lain adalah sumber air yang kotor memiliki risiko 2,083 kali lebih besar membawa *M. leprae* dari pada air bersih. Hal ini dibuktikan dengan uji *Polymerase Chain Reaction* (PCR) pada air kotor ditemukan DNA *M. leprae*.

2.1.4 Tanda dan Gejala

Widoyono (2008) mengemukakan bahwa ada tiga gejala utama penyakit Kusta yaitu makula hipopigmentasi atau anastesi pada kulit, kerusakan saraf perifer, dan hasil pemeriksaan laboratorium dari kerokan kulit menunjukkan BTA positif. WHO menyatakan bahwa tanda kardinal yang dapat muncul adalah :

- a. adanya lesi kulit yang khas dan kehilangan sensibilitas

lesi kulit dapat tunggal maupun *multiple*, biasanya hipopigmentasi dan ada juga yang berupa lesi kemerahan. Lesi berupa papula, makula, atau nodula. Kehilangan sensibilitas pada kulit merupakan gambaran khas pada Kusta. Kehilangan sensibilitas kulit ini merupakan akibat dari kerusakan saraf terutama saraf tepi;

- b. BTA positif

pada beberapa kasus ditemukan basil tahan asam dari kerokan kulit (Mansjoer *et al*, 2000).

2.1.5 Klasifikasi Kusta

Harahap (2000) menyatakan klasifikasi yang dipakai pada bidang penelitian adalah klasifikasi yang dipakai oleh Ridley dan Jopling yang mengelompokkan penyakit Kusta menjadi 5 kelompok berdasarkan gambaran klinik, bakteriologik, histopatologik, dan imunologik. Klasifikasi penyakit Kusta adalah :

a. tipe *tuberkuloid-tuberkuloid* (TT)

tipe ini lesi telah mengenai kulit maupun saraf. Lesi kulit ada satu atau beberapa yang dapat berupa makula ataupun plak berbatas jelas pada bagian tengah ditemukan lesi yang mengalami regresi atau penyembuhan di tengah;

b. tipe *borderline-tuberkuloid* (BT)

tipe ini menyerupai tipe TT yaitu berupa makula anastesi yang sering disertai lesi satelit dipinggirnya. Jumlah lesi satu atau beberapa tetapi gambarannya hipopigmentasi. Gangguan saraf tidak seberat tipe tuberkuloid dan biasanya asimetrik;

c. tipe *borderline-borderline* (BB)

tipe ini merupakan tipe yang paling tidak stabil dari semua spektrum penyakit Kusta. Tipe ini adalah tipe yang jarang dijumpai. Lesi berbentuk makula infiltrat. Permukaan lesi mengkilat, batas lesi kurang jelas, dengan lesi melebihi jumlah tipe BT. Lesi biasa didapatkan hipopigmentasi yang oval pada bagian tengah;

d. tipe *borderline-lepromatous* (BL)

tipe ini secara klasik dimulai dengan makula. Awalnya dalam jumlah sedikit, kemudian menyebar keseluruh badan. Makula pada tipe ini terlihat jelas, nodusnya tegas dan distribusi lesi hampir simetrik. Lesi dibagian tengah sering tampak normal dengan pinggir di dalam infiltrat lebih jelas dibandingkan luarnya. Tanda kerusakan saraf berupa anstesi, hipopigmentasi, berkurangnya keringat dan rontoknya rambut kulit lebih

cepat dibandingkan lepromatous dengan penebalan saraf yang dapat teraba pada predileksi di kulit;

e. tipe *lepromatous-lepromatous* (LL)

tipe ini memiliki jumlah lesi sangat banyak, simetrik, permukaanya halus, lebih eritem, mengkilat, berbatas tegas, tidak ditemukan anastesi dan anhidrosis pada stadium dini. Pada stadium lanjut tampak penebalan kulit yang progresif, cuping telinga menebal, dan garis muka menjadi kasar dan cekung.

World Health Organization (WHO) pada tahun 1982 mengembangkan klasifikasi penyakit Kusta untuk memudahkan pengobatan pasien di lapangan. Klasifikasi yang ditetapkan oleh WHO adalah tipe *Paucibacillary* (PB) dan *Multibacillary* (MB). Klasifikasi ini berdasarkan gambaran klinis pasien dan pemeriksaan BTA *skin smear* (Depkes RI, 2006).

Tabel 2.1 Klasifikasi Kusta PB dan MB berdasarkan WHO

No		Tipe PB	Tipe MB
1	lesi kulit	1-5 lesi	lebih 5 lesi
2	kerusakan saraf (menyebabkan hilangnya sensasi/kelemahan otot yang dipersarafi oleh saraf yang terkena)	hanya satu saraf	lebih dari satu saraf
3	Sediaan apusan	BTA negatif	BTA positif

Sumber : Buku Panduan Pemberantasan Kusta Depkes RI (2006)

Perbedaan tipe penyakit Kusta antara PB dan MB menurut Departemen Kesehatan Bagian Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) tahun 2006 dijelaskan pada tabel 2.2 di bawah ini.

Tabel 2.2 Klasifikasi Kusta PB dan MB menurut Depkes RI

No.	Kelainan kulit dan hasil pemeriksaan bakteriologis	Tipe PB	Tipe MB
1	bercak (makula) a. ukuran b. distribusi c. konsistensi d. batas e. gangguan sensibilitas f. kehilangan kemampuan berkeringat, rambut rontok pada bercak	kecil dan besar unilateral atau bilateral asimetris kering dan kasar tegas selalu ada dan jelas selalu ada dan jelas	kecil-kecil bilateral, simetris halus, berkilat kurang tegas biasanya tidak jelas, jika ada, terjadi pada yang sudah lanjut. biasanya tidak jelas, jika ada, terjadi pada yang sudah lanjut
2	infiltrat a. kulit b. membrana mukosa (hidung tersumbat pendarahan di hidung)	tidak ada tidak pernah ada	ada kadang-kadang tidak ada ada, kadang-kadang tidak ada
3	ciri-ciri khusus	<i>central healing</i> penyembuhan ditengah	<i>punched out</i> (lesi seperti kue donat), madarosis, ginekomastia, hidung pelana, suara sengau
4	nodulus	tidak ada	kadang-kadang ada
5	deformitas (cacat)	biasanya terjadi dini	Biasanya simetris, terjadinya lambat

Sumber : Buku Panduan Pemberantasan Kusta Depkes RI (2006)

2.1.6 Komplikasi Kusta

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

a. infiltrasi langsung *M. leprae* ke susunan saraf tepi dan organ

fungsi saraf mempunyai tiga fungsi yaitu motorik, sensorik dan otonom.

Kecacatan tergantung komponen saraf mana yang terkena. Berikut ini tabel yang memperlihatkan kecacatan karena gangguan fungsi saraf.

Tabel 2.3 Gambaran Kecacatan Klien Kusta Karena Terganggunya Fungsi Syaraf-syaraf

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

Sumber : Buku Panduan Pemberantasan Kusta (Depkes RI, 2006)

b. melalui reaksi Kusta

reaksi Kusta dibedakan menjadi dua yaitu :

1) reaksi tipe 1

reaksi ini sering terjadi pada klien yang berada di spektrum *borderline* karena pada spektrum ini merupakan tipe yang tidak stabil. Reaksi ini terjadi karena adanya peningkatan respon imun seluler secara tiba-tiba yang mengakibatkan radang pada kulit dan saraf. Peradangan pada saraf akan bermanifestasi kecacatan bila tidak segera ditangani. Gejala yang sering muncul pada reaksi tipe 1 adalah peradangan pada kulit dan saraf yang berupa kemerahan, bengkak, terasa panas, dan nyeri (Depkes RI, 2006);

2) reaksi tipe 2

reaksi ini terjadi pada pasien tipe MB dan merupakan hasil dari respon imun humoral dimana tubuh membuat antibodi karena banyaknya antigen dari *M. leprae*. Gejala yang sering muncul pada pasien adalah reaksi pada kulit yang berupa nodul merah dengan konsistensi yang lunak dan nyeri. Perjalanan reaksi berlangsung selama 3 minggu atau lebih (Depkes RI, 2006).

2.1.7 Penatalaksanaan

Tatalaksana dalam pemberantasan Kusta dibagi menjadi dua oleh Chin (2000) yaitu :

a. upaya pencegahan

- 1) promosi kesehatan tentang pencegahan Kusta pada individu yang belum terkena Kusta. Pemberian informasi kepada pasien agar berobat secara teratur agar tidak menularkan ke orang lain;
- 2) melakukan pencarian pasien secara aktif;
- 3) melakukan imunisasi *Bacillus Calmette Guerin* (BCG);

b. pengawasan pasien, kontak, dan lingkungan sekitarnya

- 1) isolasi pasien Kusta sudah tidak diperlukan lagi jika sudah dianggap tidak menular lagi;
- 2) pembersihan terhadap lubang hidung pasien Kusta yang menular;
- 3) pemeriksaan secara intensif terhadap kontak dari pasien Kusta secara dini;

- 4) pengobatan spesifik dengan pemberian *Multi Drug Therapy* dengan kombinasi *rimfapin*, *clofasmine*, dan *dapsone* (DDS);
- 5) kerjasama lintas program dan lintas sektoral, meningkatkan keterampilan petugas, peningkatan perawatan diri pada pasien Kusta.

2.1.8 Peran perawat

Peran perawat dalam melakukan pencegahan Kusta menurut Susanto (2012) antara lain :

a. perawat sebagai pendidik

perawat dalam mencegah individu yang berisiko tertular Kusta dengan cara memberikan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan yang dapat diberikan meliputi penyebab, tanda dan gejala, dan pencegahan Kusta;

b. perawat sebagai pelaksana

perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pencegahan Kusta yaitu melakukan pengkajian dengan cara mengumpulkan dan menganalisis data penyebaran Kusta, merumuskan diagnosa keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan yang sesuai, melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan, dan melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan;

c. perawat sebagai pembaharu

perawat membuat inovasi agar individu mempunyai cara berfikir yang benar dalam mengatasi masalah, sehingga sikap dan perilaku menjadi efektif dalam meningkatkan kesehatan;

d. perawat sebagai *advocat*

perawat berfungsi sebagai pelindung individu dalam membantu mengambil keputusan tentang tindakan kesehatan yang akan dilakukan;

e. perawat sebagai kolaborator

perawat bekerja sama dengan tim kesehatan lain dalam pengendalian penularan Kusta seperti menentukan rencana penanggulangan dan persebaran Kusta;

f. perawat sebagai peneliti

perawat melakukan penelitian dalam mengembangkan mutu pelayanan keperawatan. Perawat dituntut mampu dalam mengidentifikasi masalah, menerapkan prinsip dan metode penelitian, dan memanfaatkan hasil penelitian dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

2.2 Anak Usia Sekolah

2.2.1 Pengertian anak usia sekolah

Periode usia sekolah atau masa sekolah adalah dimulai dari usia 6 tahun hingga usia 12 tahun. Anak mulai bergabung dengan teman seusianya, mempelajari budaya masa anak-anak (Wong, 2008). Pada masa ini anak sudah

matang untuk masuk sekolah. Sekolah akan memberikan pengaruh yang besar pada anak sebagai individu dan sebagai makhluk sosial (Ahmadi, 2005).

2.2.2 Pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah

Wong (2005) mengemukakan bahwa pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah adalah :

a. perkembangan biologis

selama anak-anak dalam periode masa sekolah, pertumbuhan tinggi dan berat badan menjadi lebih lambat dibandingkan dengan masa sebelumnya. Pada periode ini anak-anak mengalami pertumbuhan sekitar 5 cm per tahun untuk tinggi badannya dan berat badannya bertambah sekitar 2 hingga 3 kg per tahun. Perubahan proporsional pada periode ini anak sekolah lebih anggun daripada usia prasekolah. Proporsi bentuk tubuh tubuh tampak lebih ramping dengan kaki lebih panjang dan postur tubuh lebih tinggi. Proporsi tubuh ini memudahkan anak usia sekolah dalam aktivitas seperti memanjat, mengendarai sepeda dan aktivitas lainnya. Pada periode ini dikenal dengan usia tanggalnya gigi karena semua gigi primer (susu) akan tanggal pada masa periode ini;

b. perkembangan psikoseksual

periode masa sekolah adalah periode perkembangan psikoseksual yang dikembangkan oleh Freud sebagai periode laten. Periode laten ini merupakan periode tenang antara fase *odipus* pada masa anak-anak awal dan erotisme masa remaja. Anak-anak dalam periode ini mulai membina

hubungan dengan teman sebaya dan mulai ada ketertarikan pada lawan jenis yang didalamnya pubertas mulai muncul.

c. perkembangan psikososial

perkembangan psikososial menurut Erikson (dalam Wong, 2005) anak-anak dalam tahap pengembangan rasa industri. Anak pada tahap ini mempunyai rasa ingin mengembangkan keterampilan dan berpartisipasi pada dalam pekerjaan yang berarti dan berguna secara sosial. Anak-anak juga mendapatkan rasa kepuasan yang tinggi dari perilaku mandiri dalam menggali dan memanipulasi lingkungannya serta dari interaksi dari teman sebayanya. Bahaya yang terdapat pada tahap ini adalah munculnya rasa inferioritas. Hal ini terjadi ketika anak pada tahap sebelumnya belum mencapainya dengan sempurna. Hal ini mengakibatkan perasaan kurang berharga yang diperoleh oleh anak itu sendiri maupun dari lingkungannya;

d. perkembangan kognitif

perkembangan kognitif anak pada usia sekolah dikatakan berada tahap operasional konkret oleh Piaget. Tahap perkembangan operasional konkret ini dimulai ketika anak berada pada rentan usia 7-11 tahun. Perkembangan yang muncul adalah anak mulai memperoleh kemampuan untuk menggabungkan serangkaian kejadian dalam menggambarkan mental anak baik secara *verbal* maupun *non verbal*. Anak juga mengembangkan pemahamannya mengenai hubungan antara sesuatu hal dan ide dan anak mengalami kemajuan dari membuat penilaian berdasarkan apa yang mereka

lihat (pemikiran perseptual) sampai membuat penilaian berdasarkan alasan mereka sendiri (pemikiran konseptual).

Perkembangan anak usia sekolah berdasarkan Oswald Kroh terbagi menjadi 4 masa yaitu masa sintesis fantasi (usia 7-8 tahun) yang pada masa ini anak dipengaruhi oleh fantasinya dan kenyataan dicampurkan dengan fantasi, masa realisme naif (usia 8-10 tahun) yang pada masa ini anak mengumpulkan segala informasi yang diterima, masa realisme kritis (usia 10-12 tahun) yang pada masa ini anak mulai berfikir kritis dan mulai berfikir abstrak, dan masa subyektif (usia 12-14 tahun) anak mulai berorientasi pada dunianya sendiri dan perhatiannya hanya untuk dirinya sendiri (Ahmadi, 2005);

e. perkembangan moral

perkembangan moral anak mulai berubah dari egosentris menjadi pola pikir yang lebih logis. Anak usia sekolah lebih mampu dalam menilai suatu tindakan berdasarkan niat dibandingkan hasil yang akan dicapainya. Peraturan tidak bersifat mutlak lagi tetapi digantikan kebutuhan dan keinginan orang lain. Pelanggaran peraturan dilihat dari kondisi dan moralitas dari peraturan tersebut. Anak dalam hal ini menggunakan berbagai pandangan yang berbeda dalam membuat penilaian sehingga mampu dalam memperlakukan orang lain sebagai mana mereka diperlakukan;

f. perkembangan spiritual

anak-anak pada usia ini mulai berfikir dalam batasan yang konkret dalam mempelajari agamanya. Anak mulai belajar membedakan hal natural dan supranatural tetapi kesulitan dalam memahami simbol-simbol. Mereka mulai merasa nyaman dengan mereka berdoa dan melakukan ritual keagamaan. Aktifitas tersebut telah menjadi kegiatan sehari-hari anak sehingga anak mulai terbiasa. Anak juga mampu untuk mendiskusikan perasaan mereka tentang keimanan dan hubungan-Nya dengan kehidupan mereka;

g. perkembangan sosial

perkembangan sosial anak pada masa ini adalah anak mulai belajar bagaimana menghadapi dominasi dan permusuhan, berhubungan dengan pemimpin dan pemegang kekuasaan, serta menggali ide-ide dari lingkungannya. Agen yang paling berpengaruh adalah teman sebaya. Selain teman sebaya yang berpengaruh juga adalah keluarga dan sekolah. Anak dalam hal ini memiliki budaya serdiri, adat istiadat dan adat istiadat yang meningkatkan rasa solidaritas kepada kelompok. Identifikasi anak dengan teman sebaya memiliki pengaruh yang kuat dalam anak memperoleh kemandiriannya. Dukungan dari kelompok memberi keamanan yang cukup dalam menghadapi risiko penolakan dari orang tua ketika dalam perkembangan kemandirian.

2.3 Konsep Pengetahuan

2.3.1 Definisi pengetahuan

Stanhope & Lancaster (2002) mengemukakan bahwa pengetahuan terdiri dari mengingat, mengerti, memberi alasan, dan menyelesaikan masalah, dan dibagi menjadi beberapa klasifikasi dari perilaku. Notoatmojo (2005) mengemukakan bahwa pengetahuan adalah hasil dari pengindraan manusia (mata, hidung, telinga, kulit dan lidah) terhadap suatu obyek.

2.3.2 Tingkat pengetahuan

Pengetahuan mempunyai tingkat yang berbeda-beda yang oleh Bloom *et al* (dalam Stanhope & Lancaster, 2002) dibagi menjadi 6 tingkat pengetahuan yaitu :

a. tahu (*know*)

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

b. memahami (*comprehension*)

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

c. aplikasi (*application*)

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

d. analisis (*analysis*)

analisis merupakan suatu kemampuan seseorang dalam menjabarkan suatu materi atau obyek ke dalam komponen-komponen kemudian dicari hubungan antara komponen-komponen tersebut, misalnya peserta pendidikan kesehatan mulai menentukan untuk berperilaku hidup sehat dan bersih agar tidak tertular *M. lepra* yang menyebabkan penyakit Kusta;

e. sintesis (*synthesis*)

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

f. evaluasi (*evaluation*)

evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang dalam memberikan penilaian terhadap materi atau obyek tertentu, misalnya peserta pendidikan

kesehatan menilai keadaannya sekarang telah hidup bersih dan sehat sehingga mampu mencegah tertularnya penyakit Kusta.

2.3.3 Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

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

a. pendidikan

pendidikan diartikan sebagai bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu informasi agar dapat dimengerti. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin banyak informasi yang didapat dan akhirnya pengetahuan yang didapat semakin banyak. Sebaliknya, jika tingkat pendidikannya rendah akan menghambat penerimaan informasi dan nilai-nilai yang baru sehingga pengetahuannya tidak bertambah banyak;

b. umur

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

c. minat

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

d. pengalaman

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

e. kebudayaan lingkungan sekitar

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

f. informasi

kemudahan dalam mendapat informasi mempercepat seseorang dalam mendapatkan ilmu baru yang meningkatkan pengetahuannya.

2.4 Pendidikan Kesehatan

2.4.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan sekumpulan pengalaman yang mendukung kebiasaan, sikap, dan pengetahuan yang berhubungan dengan kesatuan individu (Wood, dalam Mubarak *et al*, 2007). Stanhope & Lancaster (2002) mengungkapkan bahwa pendidikan kesehatan adalah sekumpulan informasi yang diberikan perawat kepada klien yang bertujuan untuk mengoptimalkan kesehatan, menjaga agar tetap sehat, mengidentifikasi suatu masalah kesehatan, dan mengurangi kecacatan yang diakibatkan suatu penyakit. Nyswander (dalam Fitriani, 2011) menyatakan pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan perilaku yang dinamis, bukan pemindahan materi dari seseorang ke orang lain.

2.4.2 Tujuan pendidikan kesehatan

Tujuan utama pendidikan kesehatan adalah agar orang mampu

- a. menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri;
- b. memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya dengan menggunakan sumber daya dan dukungungan dari luar yang ada;
- c. memutuskan kegiatan paling tepat untuk meningkatkan taraf hidup sehat (Bagus, 1992 dalam Mubarak 2007).

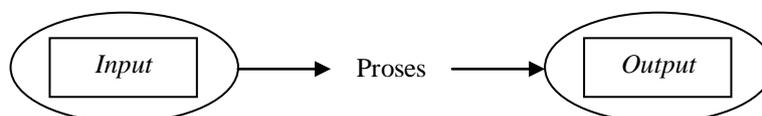
2.4.3 Sasaran pendidikan kesehatan

Sasaran pendidikan di Indonesia berdasarkan pada program pembangunan Indonesia adalah :

- a. masyarakat umum;
- b. masyarakat dalam kelompok tertentu seperti wanita dan remaja serta kelompok khusus seperti lembaga pendidikan mulai dari taman kanak-kanak hingga perguruan tinggi;
- c. individu dengan teknik pendidikan kesehatan individual (Fitriani, 2011).

2.4.4 Proses Pendidikan Kesehatan

Proses pendidikan kesehatan terdapat tiga persoalan pokok yaitu masukan (input), proses dan keluaran (output).



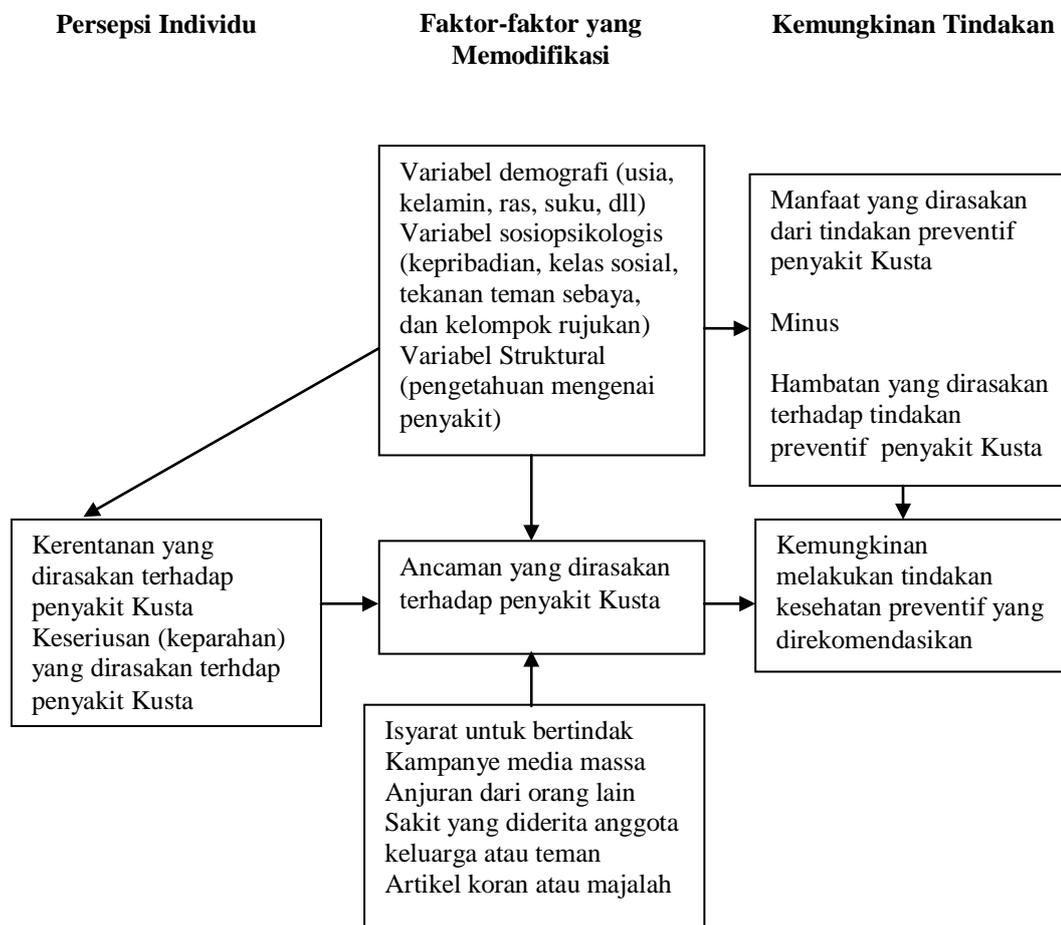
Gambar 2.1 Prinsip Pokok Pendidikan Kesehatan (Fitriani, 2011)

Masukan (*input*) dalam pendidikan kesehatan menyangkut sasaran belajar yaitu individu, kelompok dan masyarakat dengan berbagai latar belakangnya. Proses merupakan mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan dan perilaku pada diri subjek belajar. Proses pendidikan kesehatan didalamnya terjadi timbal balik berbagai faktor antara lain adalah pengajar, tehnik belajar dan materi atau bahan pelajaran, sedangkan keluaran (*output*) merupakan kemampuan sebagai hasil perubahan yaitu perilaku sehat dari sasaran didik melalui pendidikan kesehatan (Fitriani, 2011).

2.4.5 Model Keyakinan Kesehatan

Model keyakinan kesehatan adalah model yang ditujukan untuk memprediksi perilaku individu yang akan atau tidak menggunakan tindakan preventif (Rosentock, dalam Blais, 2007). Becker (dalam Blais, 2007) memodifikasi model keyakinan kesehatan dengan memasukkan komponen persepsi individu, faktor-faktor yang memodifikasi, dan variabel yang mempengaruhi tindakan.

Becker (dalam Blais, 2007) menjelaskan bahwa persepsi individu mencakup (1) kerentanan yang dirasakan yaitu seseorang merasakan keyakinan/percaya akan kemungkinan sakit yang terjadi pada dirinya, (2) keseriusan yang dirasakan yaitu seseorang memprediksikan tingkat keparahan apabila menderita penyakit Kusta, dan (3) ancaman yang dirasakan yaitu kerentanan yang dirasakan dan keseriusan yang dirasakan dari penyakit Kusta. Faktor-faktor yang memodifikasi adalah (1) variabel demografi yang meliputi usia, jenis kelamin, suku, dan ras, (2) variabel sosiopsikologis yang menjadikan tekanan sosial atau pengaruh sosial berpengaruh terhadap persepsi tentang kesehatan, (3) variabel struktural yaitu variabel tentang pengetahuan tentang penyakit, dan (4) isyarat untuk bertindak yaitu strategi yang digunakan individu untuk kesiapsiagaan (Becker, dalam Blais, 2007). Kemungkinan untuk bertindak terdiri dari (1) manfaat yang dirasakan yaitu seseorang menimbang keuntungan yang diperoleh antara biaya yang dikeluarkan dengan tingkat sakitnya dan (2) hambatan yang dirasakan yaitu hambatan yang ada dalam seseorang berperilaku sehat (Rosentock, dalam Glanz, 2008).



Gambar 2.2 Model Keyakinan Kesehatan Rosenstock dan Becker (dalam Blais, 2007)

2.5 Perawat Sekolah

2.5.1 Definisi perawat sekolah

Perawat sekolah merupakan perawat komunitas yang memberikan keperawatan kepada anak usia sekolah (Anderson & McFarlane, 2011). Stanhope & Lancaster (2002) mengungkapkan bahwa perawat sekolah memberikan perhatian terhadap masalah kesehatan dengan berperan sebagai pemberi asuhan langsung, pendidik, konsultan, dan pemecah masalah.

2.5.2 Standar praktik perawat sekolah

Stannhope (2002) menerangkan bahwa *National Association of School Nurse* (NASN) tahun 2001 harus memenuhi 11 kriteria yang harus dipenuhi oleh seorang perawat yaitu :

- a. mampu mengikuti aturan dan tata tertib yang ada disekolah;
- b. mampu mengevaluasi tentang tindakan keperawatan;
- c. tetap dalam ranah pengetahuan keperawatan;
- d. mampu berkolaborasi dengan tim kesehatan lain;
- e. mampu percaya diri dalam melaksanakan tindakan keperawatan;
- f. konsultasi dengan orang lain untuk memberikan keperawatan yang baik;
- g. mampu melakukan riset keperawatan;
- h. memberikan keamanan ke anak;
- i. mempunyai kemampuan komunikasi;
- j. mengatur program kesehatan sekolah dengan benar;
- k. mengajarkan tentang kesehatan.

2.5.3 Tugas perawat sekolah

Stannhope (2002) menerangkan bahwa perawat sekolah mempunyai tugas sesuai dengan *American Academy of Pediatric* (APP) tahun 2001 yaitu :

- a. memberikan perawatan kesehatan kepada anak-anak sesuai dengan yang mereka alami termasuk pertolongan kegawatdarutan di sekolah;
- b. melakukan pengecekan terhadap vaksin yang telah diterima oleh anak;

- c. melakukan *screening* terhadap masalah kesehatan;
- d. memberikan pendidikan kesehatan di ruang kelas.

2.6 Konsep *Card Sort*

2.6.1 Model-model pembelajaran

Card sort yang merupakan strategi yang terdapat pada model pembelajaran aktif (*active learning*). Model tersebut menggunakan model pembelajaran yang berdasarkan prinsip konstruktivisme. Konstruktivisme adalah belajar dengan cara memperoleh pengetahuan secara sedikit demi sedikit yang kemudian hasilnya diperluas melalui konteks yang terbatas. Model pembelajaran konstruktivisme dikembangkan agar peserta belajar aktif dalam kegiatan belajar dengan membangun sendiri pengetahuan berdasarkan pengalamannya. Beberapa model pembelajaran yang didasarkan oleh konstruktivisme menurut Baharrudin (2010) yaitu :

a. discovery learning

model pembelajaran ini dikembangkan oleh Jerome Bruner yang dalam model ini peserta didorong untuk belajar dengan diri mereka sendiri. Peserta belajar dengan aktif terhadap konsep-konsep dan prinsip-prinsip sedangkan fasilitator mendorong peserta untuk mendapatkan pengalaman-pengalaman dan menghubungkan pengalaman tersebut dengan prinsip mereka sendiri;

b. reception learning

model yang dikembangkan oleh David Ausabel ini menyatakan bahwa fasilitator mempunyai tugas untuk menyusun situasi pembelajaran, memilih materi yang sesuai bagi peserta, kemudian dipersentasikan dengan baik dari hal yang umum ke hal yang khusus;

c. assisted learning

model pembelajaran ini mempunyai peran yang sangat penting terhadap perkembangan individu. Perkembangan kognitif terjadi melalui interaksi percakapan antara anak dengan lingkungan sekitarnya, baik dengan teman sebaya, orang tua, ataupun orang lain. Interaksi ini berperan sebagai pembimbing dalam memberikan informasi yang dibutuhkan dalam mengembangkan kemampuannya;

d. the accelerated learning

model pembelajaran ini adalah model pembelajaran yang cepat. Konsep pembelajaran ini adalah pembelajaran berlangsung dengan cepat, menyenangkan dan memuaskan. Model ini dikembangkan oleh Dave Meier. Pembelajaran ini menyarankan fasilitator untuk mengelola kelas dalam keadaan dengan pendekatan *somatik* (belajar dengan bergerak dan berbuat), *auditory* (belajar dengan berbicara berbicara dan mendengar), *visual* (belajar dengan mengamati dan mengambarkan) dan *intellectual* (belajar dengan cara melakukan pemecahan masalah);

e. quantum learning

model ini adalah model dimana belajar dengan cara mengubah bermacam-macam interaksi, hubungan dan inspirasi yang ada dalam dan disekitar ketika proses belajar. Praktik dalam model ini adalah mengabungkan antara sugestologi, teknik

pemercepatan belajar, dan neurolinguisti dengan teori, keyakinan dan model tertentu. Oleh karena itu peserta belajar diharapkan mampu menggunakan potensi nalar dan emosinya secara baik dan mendapat prestasi belajar yang baik;

f. contextual teaching and learning

model pembelajaran ini adalah konsep belajar yang membantu fasilitator dalam mengkaitkan antara materi yang diajarkan dengan situasi nyata yang ada saat ini. Hal ini membuat peserta belajar membuat hubungan antara pengetahuan yang didapat dengan penerapan dalam kehidupan sehari-hari. Konsep ini diharapkan peserta belajar mampu mendapatkan hasil bermakna dari pembelajaran;

g. active learning

model ini dikembangkan oleh Melvin L. Silberman. Model pembelajaran ini menerapkan belajar bukan merupakan konsekuensi otomatis dari penyampaian informasi kepada peserta belajar. Belajar disini membutuhkan keterlibatan mental dan tindakan sekaligus. Peserta belajar dituntut aktif dalam melakukan sebagian besar pembelajaran.

2.6.2 Strategi pembelajaran *card sort*

Silberman (2009) menyatakan strategi *card sort* merupakan kegiatan kolaboratif yang digunakan dalam mengajarkan konsep, pengolongan sifat, fakta tentang suatu obyek, atau mengulangi informasi. Gerakan fisik yang diutamakan dapat membantu digunakan untuk meningkatkan atmosfer kelas ketika kelas letih. Prosedur yang digunakan dalam *card sort* ini menurut Silberman (2009) yaitu :

- a. berikan masing-masing peserta belajar kartu indeks yang berisi informasi yang cocok dengan satu kategori atau lebih. Misalnya ciri-ciri *Mycobacterium leprae*, tanda dan gejala penyakit Kusta, cara mencegah penularan penyakit Kusta dan lain sebagainya;
- b. setelah dibagi kartu indeks tersebut, peserta belajar diminta mencari temannya diruang kelas dan menemukan orang yang memiliki kartu dengan kategori yang sama. Fasilitator sebelumnya telah mengumumkan kategori tersebut sebelumnya;
- c. biarkan peserta belajar dengan kartu kategorinya yang sama menyajikan sendiri kepada orang lain;
- d. ketika kategori dipresentasikan kepada orang lain, fasilitator membuat rangkuman dari pembelajaran yang disampaikan.

Card sort digunakan untuk menguji pemahaman peserta pendidikan kesehatan. Strategi ini efektif untuk mengetahui ketercapaian dari tujuan pembelajaran pada pendidikan kesehatan dengan cara cukup sederhana dan dapat dilakukan berkali-kali. *Card sort* dapat dilakukan pada awal materi, tengah, maupun akhir materi sesuai tujuan pembelajaran pada pendidikan kesehatan.

Kelebihan dari *card sort* menurut Silberman (2009) yaitu :

- a. mengajak peserta pendidikan kesehatan untuk belajar berdiskusi yang menyenangkan;
- b. mengajak peserta pendidikan kesehatan untuk belajar secara berkelompok;
- c. mengajak peserta pendidikan kesehatan untuk belajar dengan peserta lainnya dan mengajak peserta pendidikan kesehatan untuk belajar mandiri.

2.6.3 Faktor yang mempengaruhi belajar

Belajar dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi belajar dibedakan menjadi faktor internal dan faktor eksternal (Sunaryo, 2004). Faktor-faktor yang mempengaruhi belajar adalah :

a. faktor internal

1) faktor fisiologis

faktor fisiologis ini dipengaruhi oleh (1) kematangan fisik yaitu fisik yang matang mempermudah dan memperpanjang proses belajar, (2) keadaan indra yaitu keadaan yang sehat pada indra terutama pendengaran dan pengelihatannya akan memperlancar proses pembelajaran, dan (3) keadaan kesehatan yaitu keadaan yang kurang sehat akan membuat kendala pada proses belajar;

2) faktor psikologis

faktor psikologis dipengaruhi oleh (1) motivasi yakni dengan motivasi yang kuat akan memperlancar proses belajar, (2) emosi yaitu ketika emosi stabil dan terkendali akan memperlancar proses belajar, (3) sikap yakni ketika sikap yang buruk terhadap materi dan fasilitator akan menghambat proses belajar, (4) minat yakni ketika bahan pelajaran menarik minat akan meningkatkan proses belajar, (5) bakat yaitu ketika materi yang disampaikan tidak sesuai dengan bakat maka akan menghambat proses belajar, (6) intelegensi disini merupakan faktor yang paling berpengaruh dalam proses dan kemajuan individu, dan (7) kreatifitas yaitu ketika

individu memiliki usaha untuk memperbaiki kegagalannya dalam proses belajar;

b. faktor eksternal

1) faktor sosial

faktor yang berasal dari luar individu yang sedang belajar. Faktor tersebut adalah (1) orang tua yaitu ketika orang tua mampu mendidik anaknya dengan baik, berkomunikasi dengan baik dan penuh perhatian akan meningkatkan keberhasilan anaknya dalam belajar, (2) manusia yang hadir yakni manusia yang hadir ketika proses belajar yang dapat mengganggu proses belajar, dan (3) bukan manusia yang hadir yakni dapat berupa film, musik, atau game yang dapat mengganggu proses belajar;

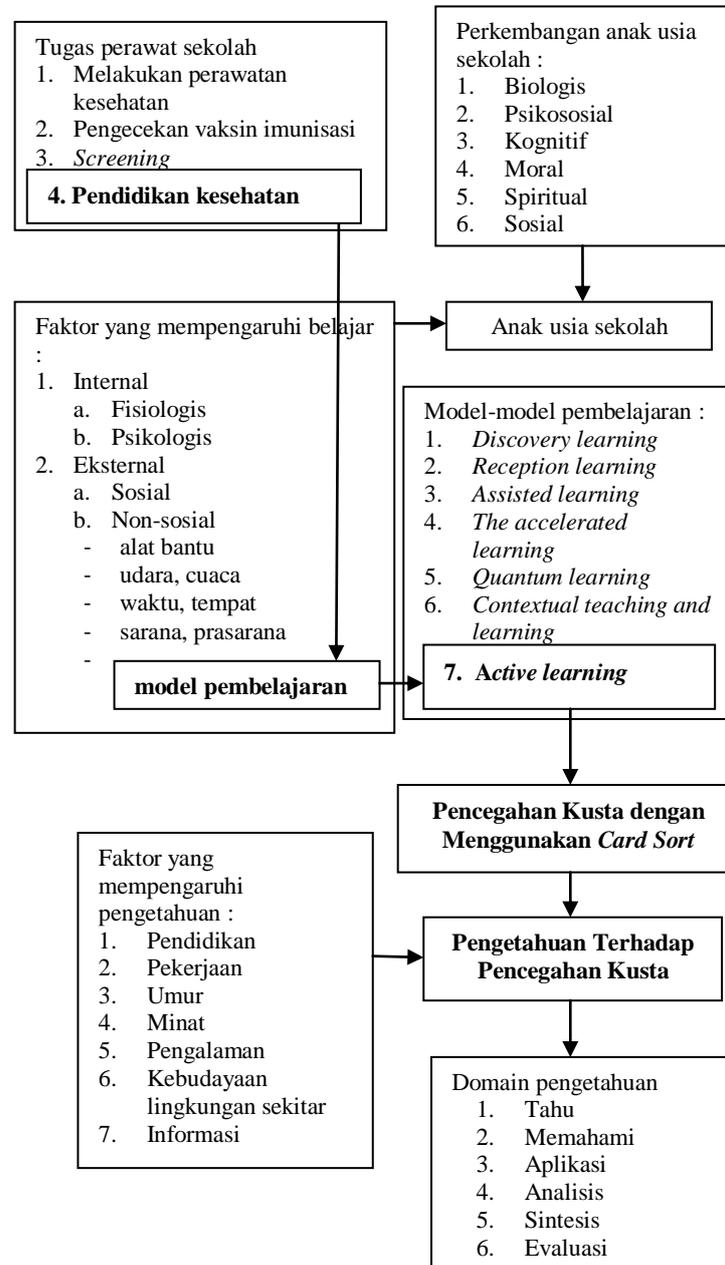
2) faktor non-sosial

faktor ini dapat berupa alat bantu ketika mengajar yang meningkatkan proses belajar metode mengajar yang menyenangkan, dan faktor seperti cuaca, suhu, waktu, tempat, suasana, dan prasarana yang mempengaruhi proses belajar.

2.7 Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori ini menerangkan teori-teori yang dipakai dalam penelitian.

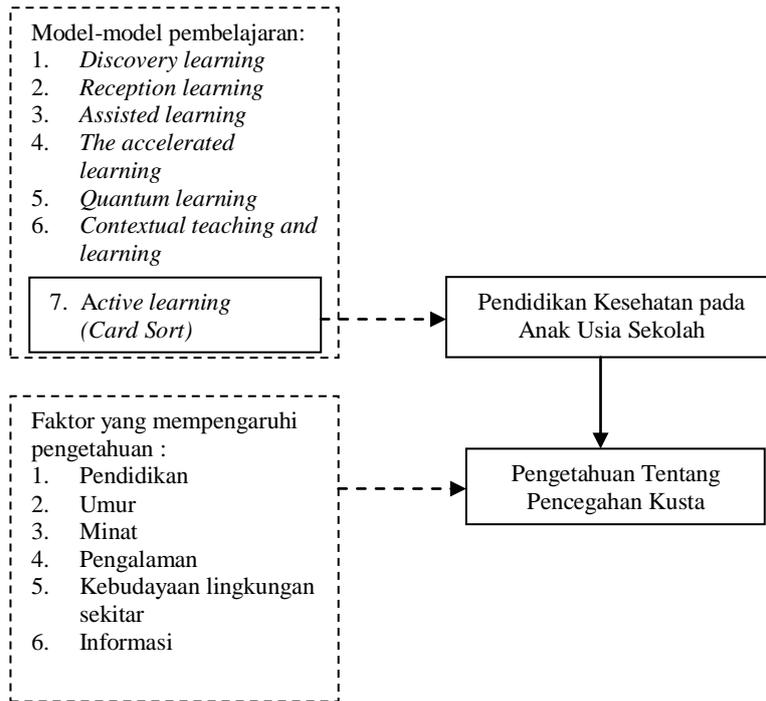
Kerangka teori dapat dilihat dari gambar 2.3 berikut.



Gambar 2.3 Kerangka Teori Penelitian

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1. Kerangka Konsep Penelitian

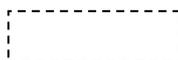


Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :



= diteliti



= tidak diteliti

3.2. Hipotesis Penelitian

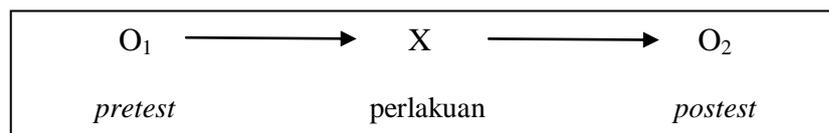
Hipotesis dalam penelitian merupakan jawaban atau dugaan sementara penelitian atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam sebuah penelitian (Setiadi, 2007). Pengambilan keputusan untuk uji hipotesis dari hasil analisa data pada penelitian ini adalah menggunakan H_a sebagai hipotesis penelitian. H_a yang diambil mempunyai arti bahwa ada perbedaan pengetahuan tentang pencegahan Kusta pada siswa sekolah usia 10-11 tahun melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember.

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah pra eksperimen dengan rancangan penelitian *one group pretest-posttest*. Rancangan *one group pretest-posttest* tidak mempunyai kelompok kontrol (pembanding), tetapi memiliki observasi pertama (*pretest*) yang digunakan dalam menguji perubahan yang terjadi setelah adanya perlakuan atau eksperimen (Notoatmojo, 2010).

Perlakuan yang diberikan pada penelitian ini adalah pembelajaran aktif dengan strategi *card sort* (X) dengan sebelumnya dilakukan pengukuran pertama (O_1) dan pengukuran kedua (O_2) pada pengetahuan siswa SDN Gebang 01 terhadap pencegahan Kusta. Desain *one group pretest-posttest* dapat dijelaskan berdasarkan gambar berikut.



Gambar 4.1 Desain pre eksperimen dengan rancangan *one group pretest-posttest*

Keterangan :

O_1 : *pretest* pengetahuan siswa SDN Gebang 1 terhadap pencegahan Kusta

X : perlakuan pembelajaran aktif dengan strategi *card sort*

O_2 : *posttest* pengetahuan siswa SDN Gebang 1 terhadap pencegahan Kusta

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi penelitian

Populasi adalah kumpulan semua individu dalam suatu batas tertentu (Budiarto, 2001). Populasi adalah keseluruhan subyek yang akan diteliti (Setiadi, 2007). Notoatmojo (2010) mengungkapkan bahwa populasi adalah semua obyek penelitian atau obyek yang diteliti. Dr. Siswojo dalam Setiadi (2007) juga mengatakan bahwa populasi adalah sejumlah kasus yang memenuhi seperangkat kriteria yang ditentukan peneliti. Populasi dalam penelitian ini adalah siswa/siswi SDN Gebang 01 yang berusia 10-11 tahun Kecamatan Patrang Kabupaten Jember dengan jumlah populasi sebesar 43 siswa.

4.2.2. Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian obyek dalam populasi yang dilakukan penelitian (Budiarto, 2001). Sampel adalah obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmojo, 2010). Sugiyono (2011) mengatakan bahwa sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan rumus proporsi adalah sebagai berikut.

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{43 (1,96)^2 (0,5) (0,5)}{(0,05)^2 (43 - 1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5)}$$

$$n = 38,16$$

$$n = 38$$

Keterangan :

n = besar sampel yang dibutuhkan

N = jumlah populasi

Z_{α} = nilai standar normal 1,96 dengan akurasi $\alpha = 0,05$

p = proporsi responden, jika tidak diketahui dianggap 50%

q = $1 - p$ (100% - p)

d = derajat presisi/ketepatan yang diinginkan 5% = 0,05 jadi $d = 0,05$

Hasil perhitungan dari sampel diperoleh 38 responden. Peneliti melakukan koreksi terhadap besar sampel yang dihitung untuk mengantisipasi kemungkinan responden terpilih yang *drop out*, *loss to follow-up*, atau subyek yang tidak taat, sehingga perlu dilakukan koreksi besar sampel dengan menambahkan subyek agar besar sampel tetap terpenuhi (Sastroasmoro dan Ismael, 2010). Rumus perhitungan untuk koreksi sampel adalah

$$n' = n / (1 - f)$$

$$n' = 38 / (1 - 0,1)$$

$$n' = 42,16$$

$$n' = 42$$

Keterangan :

n' = besar sampel setelah dikoreksi

f = perkiraan proporsi *drop out* 10% (0,1)

Jadi, besar sampel yang telah ditambah *drop out* 10% adalah 42 siswa yang menjadi responden dalam penelitian ini.

4.2.3. Teknik pengambilan sampel

Metode pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *probability sampling* dengan teknik *simple random sampling*. *Probability sampling* menempatkan setiap anggota populasi mempunyai kesempatan yang sama dalam pengambilan sampel. *Simple random sampling* merupakan teknik pengambilan sampel yang menempatkan setiap anggota populasi menjadi sampel yang diambil dengan cara sederhana yaitu dengan undian (*lottery technique*) atau menggunakan tabel bilangan acak (*random number*) (Notoatmojo, 2010). Pengambilan sampel yang dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan daftar nama absensi siswa yang menjadi responden sebanyak 43 siswa. Peneliti memberi kode dengan angka mulai dari 1 hingga 43. Peneliti melakukan kocokan sebanyak 42 kali untuk menentukan responden terpilih.

4.2.4. Kriteria subyek penelitian

Kriteria subyek dalam suatu penelitian terdiri dari kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria inklusi adalah ciri-ciri yang harus ada dalam anggota populasi sebelum menjadi sampel. Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri dari anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmojo, 2010) Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah

- a. berusia 10-11 tahun saat dilakukan penelitian;
- b. siswa/siswi yang bersedia menjadi responden penelitian;

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah

- a. siswa/siswi yang tidak mengikuti salah satu dari kegiatan yang dilakukan selama penelitian.

4.3. Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di SDN Gebang 01 Kecamatan Patrang Kabupaten Jember karena sekolah ini merupakan sekolah dasar yang berada di wilayah kerja Puskesmas Patrang dan belum mendapatkan pendidikan kesehatan mengenai pencegahan Kusta.

4.4. Waktu Penelitian

Waktu yang digunakan pada penelitian ini antara bulan Maret tahun 2013 sampai bulan September 2013. Waktu penelitian dihitung mulai dari pembuatan proposal sampai penyusunan laporan.

4.5. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel bebas dan terikat. Definisi operasional variabel bebas pada penelitian ini adalah *card sort*, sedangkan variabel terikat adalah pengetahuan pencegahan Kusta pada siswa sekolah. Penjelasan definisi operasional dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
Variabel bebas : <i>Card sort</i>	Strategi belajar aktif dengan memberikan kegiatan kolaboratif dalam mengajarkan konsep, penggolongan sifat, fakta suatu obyek, atau mengulang informasi tentang pencegahan Kusta dengan menggunakan kartu berkategori sebagai medianya.	-	-	-	-
Variabel terikat : Pengetahuan tentang pencegahan Kusta	Kemampuan berfikir siswa sekolah dalam pencegahan Kusta.	Indikator Pengetahuan tentang pencegahan Kusta: a. Pengertian Kusta; b. Penyebab Kusta; c. Tanda dan Gejala Kusta; d. Cara penularan Kusta; e. Cara pencegahan Kusta.	Lembar kuesioner dengan 35 pertanyaan	Ordinal	a. Baik, jika 76-100% (27-35 soal) jawaban benar. b. Kurang, jika 56-75% (26-20 soal) jawaban benar. c. Buruk, jika $\leq 55\%$ (≤ 19 soal) jawaban benar

4.6. Pengumpulan Data

4.6.1. Sumber data

Sumber data yang digunakan pada penelitian adalah sumber data primer dan sekunder. Sumber data primer yaitu sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data atau peneliti (Sugiyono, 2011). Sumber data primer

pada penelitian ini adalah hasil pengisian kuesioner oleh siswa sekolah usia 10-11 tahun di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember. Sumber data sekunder ataupun data pelengkap yaitu data yang diperoleh peneliti berdasarkan hasil observasi atau tulisan orang lain (Sugiyono, 2011). Sumber data sekunder diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Puskesmas Patrang terkait dengan jumlah klien Kusta untuk menentukan lokasi penelitian.

4.6.2. Teknik pengumpulan data

Nursalam (2008) menyatakan pengumpulan data sebagai proses pendekatan kepada subjek dan pengumpulan karakteristik subjek dalam penelitian. Teknik pengumpulan data diperlukan dalam penelitian ini karena digunakan dalam mengetahui hasil dari strategi *card sort* terhadap pengetahuan dalam pencegahan Kusta siswa sekolah usia 10-11 tahun.

Pengumpulan data pada penelitian dimulai pada hari Sabtu tanggal 14 September 2013 untuk pertemuan pertama, hari Rabu tanggal 18 September 2013 untuk pertemuan kedua, dan hari Sabtu tanggal 21 September 2013 untuk pertemuan ketiga. Jumlah populasi adalah 43 siswa/siswi, sedangkan sampel sebesar 42 siswa/siswi setelah ditambah 10% untuk mengantisipasi kemungkinan responden terpilih yang *drop out* yang diambil dengan teknik *simple random sampling*. Kegiatan pada penelitian ini dijabarkan sebagai berikut :

a. Pertemuan pertama

Hari Sabtu tanggal 14 September 2013 pukul 07.30 WIB dilaksanakan kegiatan penelitian perbedaan pengetahuan tentang

pencegahan Kusta pada siswa sekolah usia 10-11 tahun melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember. Penelitian ini pertama kali dilakukan dengan perkenalan peneliti dengan responden dan dilanjutkan dengan penjelasan *informed* dan *consent* kepada responden. Pemberian *pretest* dilakukan setelah responden mengisi lembar *consent*, *pretest* ini diberikan kepada 42 siswa/siswi dengan jumlah soal sebanyak 35 butir pertanyaan tertutup tentang pencegahan Kusta dengan alokasi waktu yang diberikan selama 35 menit. Responden menjawab pada lembar kuesioner yang peneliti berikan pada tiap responden. Peneliti mengambil kembali kuesioner yang telah dijawab oleh masing-masing responden dan kemudian dinilai jawaban responden. Kegiatan dilanjutkan dengan pemberian materi tentang pengenalan penyakit Kusta dengan sub materi pengertian Kusta, penyebab Kusta, tanda dan gejala, dan cara penularan Kusta melalui strategi *card sort*.

Langkah pertama, peneliti menjelaskan pengertian Kusta dengan memaparkan bahwa responden rentan terserang penyakit Kusta, memaparkan keparahan kasus Kusta disekitar responden, dan siapa saja yang mudah terserang Kusta. Sub materi penyebab Kusta, tanda dan gejala Kusta, dan cara penularan Kusta diberikan setelahnya. Pemberian materi menggunakan *slide* persentasi yang berisi gambar yang sama dengan kartu yang akan diberikan nantinya. *Slide* persentasi ini digunakan sebagai penguat penjelasan yang diberikan peneliti.

Peneliti selama kegiatan diatas memberikan beberapa pertanyaan untuk menguji pemahaman responden terhadap materi yang diberikan.

Langkah kedua, peneliti pada kegiatan pada hari pertama ini diakhiri dengan penguatan materi dengan strategi *card sort*. Strategi *card sort* ini dilakukan dengan cara

- 1) peneliti membagi kartu sejumlah responden dengan kategori pengertian Kusta, penyebab Kusta, tanda dan gejala Kusta, dan cara penularan Kusta;
- 2) responden mencari kartu dengan kategori sama pada responden lain;
- 3) responden berkumpul pada kategori yang sama dalam satu kelompok;
- 4) kelompok menjelaskan tentang kartu yang didapat sesuai dengan kelompok kategori yang didapat;
- 5) setelah semua kelompok menjelaskan kategori kartu responden kembali ke tempat duduknya masing-masing.

Akhir dari pertemuan ini dilakukan dengan sesi diskusi antara peneliti dengan responden tentang materi yang di berikan dan kontrak pertemuan selanjutnya dengan responden.

b. Pertemuan kedua

Pertemuan kedua dilakukan pada hari Rabu tanggal 18 September 2013 pukul 07.30 WIB. Kegiatan yang dilakukan adalah pemberian materi tentang pencegahan penyakit Kusta dengan sub materi *review*

tanda dan gejala, *review* cara penularan Kusta, dan pencegahan Kusta melalui strategi *card sort*. Langkah pertama, peneliti mengulang materi tanda dan gejala Kusta dan cara penularan Kusta. Sub tentang pencegahan Kusta diberikan setelahnya dengan memasukan sesi diskusi tentang pemahaman responden tentang manfaat pencegahan Kusta, hambatan dalam melakukan pencegahan, dan mengetahui responden akan melakukan tindakan pencegahan atau tidak. Pemberian materi menggunakan *slide* persentasi yang berisi gambar yang sama dengan kartu yang akan diberikan nantinya. Peneliti selama kegiatan diatas memberikan beberapa pertanyaan untuk menguji pemahaman responden terhadap materi yang diberikan.

Langkah kedua, peneliti pada kegiatan pada hari kedua ini diakhiri dengan penguatan materi dengan strategi *card sort*. Strategi *card sort* ini dilakukan dengan cara

- 1) peneliti membagi kartu sejumlah responden dengan kategori tanda dan gejala Kusta, cara penularan Kusta, dan pencegahan Kusta;
- 2) responden mencari kartu dengan kategori sama pada responden lain;
- 3) responden berkumpul pada kategori yang sama dalam satu kelompok;
- 4) kelompok menjelaskan tentang kartu yang didapat sesuai dengan kelompok kategori yang didapat;

- 5) setelah semua kelompok menjelaskan kategori kartu responden kembali ke tempat duduknya masing-masing.

Akhir dari pertemuan ini dilakukan dengan sesi diskusi antara peneliti dengan responden tentang materi yang di berikan dan kontrak pertemuan selanjutnya dengan responden.

c. Pertemuan ketiga

Pertemuan ketiga dilakukan pada hari Sabtu tanggal 21 September 2013 pukul 07.30 WIB. Kegiatan yang dilakukan adalah pemberian materi tentang pencegahan penyakit Kusta dengan sub materi pengertian Kusta, penyebab Kusta, tanda dan gejala Kusta, cara penularan Kusta, dan pencegahan Kusta melalui strategi *card sort*.

Kegiatan pada hari ketiga ini adalah penguatan materi tentang pengertian Kusta, penyebab Kusta, tanda dan gejala Kusta, cara penularan Kusta, dan pencegahan Kusta dengan strategi *card sort*.

Strategi *card sort* ini dilakukan dengan cara

- 1) peneliti membagi kartu sejumlah responden dengan kategori pengertian Kusta, penyebab Kusta, tanda dan gejala Kusta, cara penularan Kusta, dan pencegahan Kusta;
- 2) responden mencari kartu dengan kategori sama pada responden lain;
- 3) responden berkumpul pada kategori yang sama dalam satu kelompok;

- 4) kelompok menjelaskan tentang kartu yang didapat sesuai dengan kelompok kategori yang didapat;
- 5) setelah semua kelompok menjelaskan kategori kartu responden kembali ke tempat duduknya masing-masing.

Akhir dari pertemuan ini dilakukan dengan sesi diskusi antara peneliti dengan responden dan selanjutnya dilakukan kegiatan *posttest* kuesioner yang sama pada saat *pretest* kepada 42 siswa/siswi dengan jumlah soal sebanyak 35 butir pertanyaan tertutup tentang pencegahan Kusta dengan alokasi waktu yang diberikan selama 35 menit. Responden menjawab pada lembar kuesioner yang peneliti berikan pada tiap responden. Peneliti mengambil kembali kuesioner yang telah dijawab oleh masing-masing responden dan kemudian dinilai hasil dari jawaban responden

4.6.3. Alat pengumpulan data

Alat pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan lembar kuesioner. Sugiyono (2010) mengemukakan bahwa kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberikan sejumlah pertanyaan tertulis untuk dijawab oleh responden penelitian. Alat pengumpulan data pada variabel pendidikan menggunakan kuesioner dengan 35 pertanyaan tertutup. Berikut ini *blue print* kuesioner variabel pengetahuan

Tabel 4.2 *Blue print* kuesioner variabel pengetahuan

Variabel	Indikator	Item	Favorable	Unfavorable	Total
Pengetahuan	a. Pengertian Kusta;	3, 32	3, 32	-	2
	b. Penyebab Kusta;	1, 4, 7	1, 7	4	3
	c. Tanda dan Gejala Kusta;	6, 15, 17, 21, 26, 27	6, 15, 17	21, 26, 27	6
	d. Cara penularan Kusta;	2, 11, 18, 22, 23, 25, 29, 33, 35	11, 18, 22, 29, 33	2, 23, 25, 35	9
	e. Cara pencegahan Kusta.	5, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 24, 28, 30, 31, 34	5, 8, 12, 13, 14, 16, 19, 24, 30	9, 10, 20, 28, 31, 34	15
Total			21	14	35

4.6.4. Uji validitas dan reabilitas

Kuesioner yang telah disusun peneliti perlu dilakukan uji validitas dan reabilitas yang bertujuan hasil penelitian memiliki makna yang kuat dengan menggunakan kuesioner yang valid dan reliabel dalam pengumpulan data (Setiadi, 2007). Uji validitas dan reabilitas dilakukan kepada 25 responden yaitu siswa/siswi SDN Jember Lor 06 pada hari Sabtu tanggal 7 September 2013. SDN Jember Lor 06 menjadi tempat uji validitas dan reabilitas dikarenakan memiliki karakteristik yang sama dengan SDN Gebang 01 yaitu

- 1) SD Negeri Jember Lor 06 termasuk lokasi yang berisiko tertular Kusta yaitu di Kecamatan Patrang yang angka Kusta terus meningkat;
- 2) SD Negeri Jember Lor 06 tidak pernah mendapat pendidikan kesehatan tentang Kusta sebelumnya;
- 3) SD Negeri Jember Lor 06 tidak pernah mendapat pemeriksaan Kusta sebelumnya.

a. Uji validitas

Validitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan alat ukur tersebut benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmojo, 2010). Uji validitas menggunakan teknik korelasi *pearson product moment* (r), dengan pengambilan keputusan jika r hitung $>$ r tabel maka suatu instrumen dikatakan valid. Taraf signifikan yang digunakan dalam penelitian ini sebesar 5% dengan jumlah responden sebesar 25 maka penelitian ini memiliki nilai r tabel = 0,431.

Kuesioner sebelum uji validitas berjumlah 50 pertanyaan. Hasil uji validitas diperoleh 35 pertanyaan valid dengan r hitung $>$ 0,431 dan 15 pertanyaan tidak valid dengan r hitung $<$ 0,431. Pertanyaan yang tidak valid tidak digunakan sehingga kuesioner yang digunakan sebanyak 35 pertanyaan. Adapun sebaran pertanyaan setelah uji validitas dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Perbedaan *Blue Print* Kuesioner Sebelum dan Sesudah Uji Validitas

Variabel	Indikator	Sebelum Uji Validitas		Total	Sesudah Uji Validitas		Total
		Favorable	Unfavorable		Favorable	Unfavorable	
Pengetahuan	1. Pengertian Kusta;	4, 42	1, 44	4	4, 42	-	2
	2. Penyebab Kusta;	2, 8	5, 15	4	2, 8	5	3
	3. Tanda dan Gejala Kusta;	7, 19, 22, 45	29, 36, 37, 50	8	7, 19, 22	29, 36, 37	6
	4. Cara penularan Kusta;	14, 24, 30, 33, 39, 46	3, 20, 23, 32, 35, 47, 49	13	14, 24, 30, 39, 46	3, 32, 35, 49	9
	5. Cara pencegahan Kusta.	6, 9, 11, 16, 17, 18, 21, 26, 34, 40	10, 12, 13, 25, 27, 28, 31, 38, 41, 43, 48	21	6, 9, 16, 17, 18, 21, 26, 34, 40	10, 13, 28, 38, 41, 48	15
Total		24	26	50	21	14	35

b. Uji reabilitas

Reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana hasil dari pengukuran dapat dipercaya dan tetap konsisten bila dilakukan pengukuran berulang terhadap gejala yang sama dengan alat ukur yang sama pula (Notoatmodjo, 2010). Item instrumen penelitian yang valid dilanjutkan dengan uji reliabilitas dengan rumus *alfa croanbach* yaitu membandingkan nilai *r alfa* dengan nilai *r* tabel. Penelitian ini menggunakan *r* tabel = 0,431 dan hasil *r alfa* dari uji validitas ini sebesar 0,948, sehingga *r alfa* > *r* tabel. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kuesioner adalah reliabel.

4.7. Pengolahan dan Analisis Data

4.7.1. Editing

Editing merupakan kegiatan pemeriksaan dan perbaikan dari kuesioner yang digunakan dalam pengumpulan data. Kegiatan yang dilakukan yaitu :

- a. memeriksa kelengkapan pertanyaan;
 - b. memeriksa jawaban atau tulisan masing-masing jawaban sudah jelas atau terbaca
 - c. memeriksa apakah jawaban relevan dengan pertanyaannya;
 - d. memeriksa jawaban dari pertanyaannya konsisten dengan pertanyaan lain
- (Notoatmodjo, 2010).

Proses *editing* dilakukan oleh peneliti sendiri dengan cara memeriksa kelengkapan jawaban dari 42 responden terpilih apakah sudah terisi semua dan sesuai dengan pertanyaannya.

4.7.2. Coding

Coding adalah proses mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan untuk membantu dalam proses *data entry* atau memasukkan data (Notoatmodjo, 2010). Tanda/kode dibuat sendiri oleh peneliti (Setiadi, 2007).

a. Variabel pengetahuan

Tabel 4.4 *Coding* kuesioner variabel pengetahuan

Jawaban	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
Benar	1	0
Salah	0	1

Nursalam (2008) menyatakan bahwa hasil skoring dari jawaban pada daftar pertanyaan pengetahuan dapat dikategorikan dengan

- 1) 76%-100% (27-35 soal) jawaban benar dari nilai maksimal artinya tingkat pengetahuan baik;
- 2) 56%-75% (20-26 soal) jawaban benar dari nilai maksimal artinya tingkat pengetahuan kurang;
- 3) $\leq 55\%$ (≤ 19 soal) jawaban benar dari nilai maksimal artinya tingkat pengetahuan buruk.

Kegiatan *coding* yang dilakukan peneliti adalah dengan cara memberi kode yang sesuai dengan jawaban dari 42 responden. Kode disesuaikan dengan kode pada pertanyaan *favorable* dan *unfavorable*

4.7.3. *Data Entry*

Data entry adalah proses memasukkan data dari masing-masing responden ke dalam program atau *software* yang ada di komputer (Notoatmodjo, 2010). Peneliti menggunakan aplikasi *Statistical Product and Service Solution* (SPSS) yang ada di komputer untuk melakukan pengolahan data. Peneliti memasukkan data yang diperoleh selama penelitian yaitu karakteristik responden dan variabel penelitian dari 42 responden.

4.7.4. *Cleaning*

Cleaning adalah kegiatan pembersihan data untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode atau ketidaklengkapan dan dilakukan koreksi kembali. Kegiatan dalam proses *cleaning* yaitu :

- a. mengetahui *missing data* (data yang hilang);
- b. mengetahui variasi data;
- c. mengetahui konsistensi data.

Cleaning dilakukan setelah melakukan *data entry* ke dalam tabel dengan melihat kembali apakah terdapat kesalahan atau tidak (Notoatmodjo, 2010). Proses *cleaning* dalam penelitian ini dengan cara memeriksa kembali data dari 42 responden yang telah di masukkan pada program SPSS.

4.7.5. Analisis Data

Analisis data digunakan untuk mengetahui adanya *card sort* terhadap pengetahuan dalam pencegahan Kusta pada siswa sekolah usia 10-11 tahun. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat dan analisis bivariat.

a. Analisis univariat

Analisis univariat merupakan analisis yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Analisa univariat dalam penelitian ini terdiri dari umur, jenis kelamin, dan informasi pencegahan Kusta.

b. Analisis bivariat

Uji hipotesis dalam penelitian ini menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* yang digunakan untuk menguji signifikansi hipotesis komparatif dua sampel yang berkorelasi bila datanya berbentuk ordinal atau berjenjang (Sugiono, 2011). Uji ini dipilih karena variabel pengetahuan merupakan data ordinal sehingga uji yang sesuai dengan *pre-test* dan *post-test* adalah *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan tingkat kesalahan 0,05. Pengambilan keputusan uji *Wilcoxon* menurut Santoso (2006) diinterpretasikan sebagai berikut :

- 1) jika *asympt sig* > nilai α , maka H_0 diterima artinya tidak ada perbedaan pengetahuan tentang pencegahan Kusta pada siswa sekolah usia 10-11 tahun melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember;

- 2) jika *asympt sig* < nilai α , maka H_0 ditolak artinya ada perbedaan pengetahuan tentang pencegahan Kusta pada siswa sekolah usia 10-11 tahun melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember.

4.8. Etika Penelitian

4.8.1. Lembar persetujuan

Lembar persetujuan merupakan pernyataan kesediaan bagi responden untuk ikut ke dalam penelitian. Responden sebagai subyek penelitian diberi informasi yang penuh dan lengkap tentang tujuan penelitian, prosedur penelitian dan manfaat dan kerugian yang akan diperoleh dalam mengikuti penelitian. Responden diberikan hak untuk bersedia atau tidak bersedia ikut ke dalam penelitian melalui lembar persetujuan (Potter dan Perry, 2005). Peneliti dalam penelitian ini memberikan lembar persetujuan kepada 42 responden sebagai pernyataan bahwa responden bersedia mengikuti penelitian ini.

4.8.2. Kerahasiaan

Peneliti menjamin segala informasi yang diberikan oleh responden tidak dilaporkan dengan cara apapun dan tidak mungkin dapat diakses selain oleh peneliti (Potter dan Perry, 2005). Peneliti dalam hal ini menggunakan *coding* sebagai ganti identitas responden. Peneliti memberikan kode dari 1 sampai 42 terhadap 42 responden tanpa memunculkan identitas responden sebenarnya.

4.8.3. Keadilan

Prinsip keadilan perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Prinsip keadilan ini digunakan untuk menjamin responden memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan jenis kelamin, agama, etnis dan sebagainya (Notoatmojo, 2010). Peneliti tidak membedakan selama penelitian berlangsung terhadap 42 responden. Semua responden mempunyai hak yang sama dalam penelitian.

4.8.4. Kemanfaatan

Penelitian diharapkan memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat pada umumnya dan subyek penelitian pada khususnya. Peneliti diharapkan meminimalisasi dampak merugikan selama penelitian (Notoatmojo, 2010). Responden mendapat manfaat yaitu pengetahuan tentang pencegahan Kusta yang diberikan oleh peneliti.

BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

SDN Gebang 01 terletak di Jl. Cempaka No. 1 Kecamatan Patrang. Kepala SDN Gebang 01 saat ini Dra. Hj. Siti Maryam Zaini. Fasilitas yang ada di SDN Kasiyan Timur 01 Kecamatan Puger antara lain: mushollah, tempat parkir guru dan siswa, kamar mandi guru dan siswa, koperasi siswa, delapan ruang kelas tempat siswa belajar, satu ruangan untuk perpustakaan, dan ruangan kepala sekolah dan guru. SDN Gebang 01 tidak mempunyai ruangan Unit Kesehatan Sekolah (UKS), hal tersebut dikarenakan lahan SDN Gebang 01 sangat sempit bila dibandingkan dengan sekolah lainnya. Tenaga kesehatan dari puskesmas tidak pernah melakukan kontrol dan pemberian pendidikan kesehatan ke SDN Gebang 01.

5.2 Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel dan narasi. Hasil data yang disajikan berupa data umum dan variabel penelitian. Data umum meliputi karakteristik responden yang terdiri atas usia, jenis kelamin, dan informasi tentang Kusta. Data khusus meliputi pengetahuan siswa sekolah sebelum diberikan pendidikan kesehatan pencegahan Kusta melalui strategi *card sort*, pengetahuan siswa sekolah sesudah diberikan pendidikan kesehatan pencegahan Kusta melalui

strategi *card sort*, dan perbedaan pengetahuan siswa sekolah sebelum dan sesudah tentang pencegahan Kusta melalui strategi *card sort*.

5.2.1 Data Umum

Data umum dari penelitian ini meliputi karakteristik responden yang terdiri atas usia, jenis kelamin, dan informasi pencegahan Kusta pada siswa SDN Gebang 01. Distribusi data umum diperoleh dari responden siswa SDN Gebang 01 sebanyak 42 siswa. Distribusi berdasarkan karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 5.1 dibawah ini.

Tabel 5.1 Distribusi Siswa Usia 10-11 Tahun Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, dan Informasi Pencegahan Kusta di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember Tahun 2013 (n: 42)

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
a. Usia (tahun)		
1. 10	25,0	59,5
2. 11	17,0	40,5
Total	42,0	100,0
b. Jenis Kelamin		
1. Perempuan	15,0	35,7
2. Laki-laki	27,0	64,3
Total	42,0	100,0
c. Informasi Kusta		
1. Tidak pernah	42,0	100,0
2. Pernah	0,0	0,0
Total	42,0	100,0

Sumber: Data Primer, September 2013

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 42 siswa yang menjadi responden dalam penelitian ini untuk kategori usia bervariasi yaitu usia 10 tahun sebanyak 25 siswa (59,5 %) dan usia 11 tahun sebanyak 17 siswa (40,5%). Distribusi jenis kelamin pada penelitian ini dari 42 siswa yang menjadi responden yaitu sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sebanyak 27 orang (64,3%) dan sisanya berjenis kelamin perempuan sebanyak 15 orang (35,7%). Distribusi informasi pencegahan Kusta pada penelitian ini dari 42 siswa yang menjadi

responden yaitu seluruhnya (100%) tidak pernah mendapatkan informasi sebelumnya tentang pencegahan Kusta.

5.2.2 Data Khusus

Data khusus dari penelitian ini meliputi pengetahuan siswa sekolah sebelum diberikan pendidikan kesehatan pencegahan Kusta melalui strategi *card sort*, pengetahuan siswa sekolah sesudah diberikan pendidikan kesehatan pencegahan Kusta melalui strategi *card sort*, dan perbedaan pengetahuan siswa sekolah sebelum dan sesudah tentang pencegahan Kusta melalui strategi *card sort*. Pemaparan data khusus dapat dilihat pada masing-masing tabel dibawah ini.

- a. Pengetahuan siswa sekolah usia 10-11 tahun sebelum diberikan pendidikan kesehatan pencegahan Kusta melalui strategi *card sort*

Tabel 5.2 Pengetahuan Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan Pencegahan Kusta melalui Strategi *Card Sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember Tahun 2013 (n: 42)

Pengetahuan tentang pencegahan Kusta	Frekuensi	Persentase (%)
Buruk	26,0	61,9
Kurang	16,0	38,1
Baik	0,0	0,0
Total	42,0	100,0

Sumber: Data primer, September 2013

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa pengetahuan 42 responden tentang pencegahan Kusta pada siswa Usia 10-11 Tahun SDN Gebang 01 Kabupaten Jember sebelum diberikan pencegahan Kusta dengan strategi *card sort* sebagian besar memiliki pengetahuan buruk yaitu sebanyak 26 siswa (61,9%) dan sisanya memiliki pengetahuan kurang yaitu sebanyak 16 siswa (38,1%).

- b. Pengetahuan siswa sekolah sesudah usia 10-11 tahun diberikan pendidikan kesehatan pencegahan Kusta melalui strategi *card sort*

Tabel 5.3 Pengetahuan Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Pencegahan Kusta melalui Strategi *Card Sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember Tahun 2013 (n: 42)

Pengetahuan tentang pencegahan Kusta	Frekuensi	Persentase (%)
Buruk	0,0	0,0
Kurang	7,0	16,7
Baik	35,0	83,3
Total	42,0	100,0

Sumber: Data primer, September 2013

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa pengetahuan 42 responden tentang pencegahan Kusta pada siswa Usia 10-11 Tahun SDN Gebang 01 Kabupaten Jember sesudah diberikan pencegahan Kusta dengan strategi *card sort* sebagian besar memiliki pengetahuan baik yaitu sebanyak 35 siswa (83,3%) dan sisanya memiliki pengetahuan kurang yaitu sebanyak 7 siswa (16,7%).

- c. Perbedaan pengetahuan siswa sekolah usia 10-11 tahun sebelum dan sesudah tentang pencegahan Kusta melalui strategi *card sort*

Tabel 5.4 Perbedaan Pengetahuan Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Pencegahan Kusta melalui Strategi *Card Sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember Tahun 2013 (n: 42)

Pendidikan kesehatan pencegahan Kusta dengan strategi <i>card sort</i>	Pengetahuan tentang pencegahan Kusta						Total	<i>p value</i>	<i>z</i>	
	Buruk		Kurang		Baik					
	F	%	F	%	F	%	N	%		
Sebelum	26,0	61,9	16,0	38,1	0,0	0,0	42,0	100,0	0,000	-5.686
Sesudah	0,0	0,0	7,0	16,7	35,0	83,3	42,0	100,0		

Sumber: Data primer, September 2013

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa pengetahuan 42 responden tentang pencegahan Kusta pada siswa Usia 10-11 Tahun SDN Gebang 01 Kabupaten Jember sebelum diberikan pencegahan Kusta dengan strategi *card sort* sebagian besar memiliki pengetahuan buruk yaitu sebanyak 26 siswa (61,9%)

dan sisanya memiliki pengetahuan kurang yaitu sebanyak 16 siswa (38,1%). Pengetahuan 42 responden tentang pencegahan Kusta pada siswa Usia 10-11 Tahun SDN Gebang 01 Kabupaten Jember sesudah diberikan pencegahan Kusta dengan strategi *card sort* sebagian besar memiliki pengetahuan baik yaitu sebanyak 35 siswa (83,3%) dan sisanya memiliki pengetahuan kurang yaitu sebanyak 7 siswa (16,7%).

Analisis data dilakukan dengan menggunakan Uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan menggunakan $\alpha = 0,05$. Hasil uji statistik menunjukkan *p value* = 0,000. Hasil ini menunjukkan bahwa nilai *p value* lebih kecil dari taraf signifikansi (α) yaitu *p value* (0,000) < α (0,05), sedangkan jika dilihat dari nilai $z = -5.686$ menandakan bahwa nilai z hitung berada di daerah H_0 ditolak karena nilai z (probabilitas) < 0,05. Angka negatif pada nilai z hitung menandakan arah kurva ke arah kiri. Oleh karena itu, kesimpulan yang dapat diambil adalah H_0 ditolak yang memiliki makna ada perbedaan pengetahuan tentang pencegahan Kusta pada siswa sekolah usia 10-11 tahun melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember.

5.3 Pembahasan

Pembahasan pada penelitian ini disajikan dalam bentuk narasi berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh. Penjelasan dari pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian yang terdiri dari karakteristik siswa sekolah usia 10-11 tahun SDN Gebang 01 Kabupaten Jember, pengetahuan siswa sekolah usia 10-11 tahun

sebelum diberikan pendidikan kesehatan pencegahan Kusta melalui strategi *card sort*, pengetahuan siswa sekolah usia 10-11 tahun sesudah diberikan pendidikan kesehatan pencegahan Kusta melalui strategi *card sort*, dan perbedaan pengetahuan siswa sekolah usia 10-11 tahun sebelum dan sesudah tentang pencegahan Kusta melalui strategi *card sort*.

5.3.1 Karakteristik siswa sekolah usia 10-11 tahun SDN Gebang 01 Kabupaten Jember

Penelitian ini menggunakan 42 responden siswa sekolah usia 10-11 tahun SDN Gebang 01 yang diambil dengan teknik *simple random sampling*. Hasil karakteristik responden yang diperoleh dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi tiga yaitu usia, jenis kelamin, dan informasi pencegahan Kusta.

Berdasarkan tabel 5.1 karakteristik usia menyatakan sebagian besar siswa berusia 11 tahun dan sisanya berusia 10 tahun. Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan. Tingkatan usia menunjukkan kematangan fisik dan psikologis yang mempengaruhi dari tingkat kognitifnya (Mubarak *et al*, 2007). Pemberian informasi kesehatan sangat tepat pada anak usia ini karena anak berada pada usia 10-11 tahun memasuki dua fase perkembangan yaitu operasional konkret dan realisme kritis. Tahap operasional konkret ini anak mulai memperoleh kemampuan untuk menggabungkan serangkaian kejadian dalam menggambarkan mental anak baik secara *verbal* maupun *non verbal*. Anak juga mengembangkan pemahamannya mengenai hubungan antara sesuatu hal dan ide dan anak mengalami kemajuan dari membuat penilaian berdasarkan apa yang mereka lihat

(pemikiran perseptual) sampai membuat penilaian berdasarkan alasan mereka sendiri (pemikiran konseptual) (Wong, 2005). Tahap realisme kritis ini anak mulai berorientasi pada dunianya sendiri dan perhatiannya hanya untuk dirinya sendiri (Ahmadi, 2005).

Berdasarkan tabel 5.1 karakteristik jenis kelamin menyatakan sebagian besar siswa berjenis kelamin laki-laki dan sisanya perempuan. Jenis kelamin merupakan karakteristik responden yang bersifat genetis. Jenis kelamin laki-laki maupun perempuan mempunyai kesempatan yang sama dalam mengikuti informasi tentang kesehatan terutama pencegahan penyakit menular seperti Kusta. Jenis kelamin mempengaruhi dalam penelitian ini karena berdasarkan pengamatan peneliti anak laki-laki dan perempuan ketika berada pada kategori yang sama dengan kartu yang mereka bawa dan ketika berdiskusi terlihat malu-malu. Hal tersebut dikarenakan anak usia 10-11 perkembangan psikososialnya masuk dalam fase laten dimana anak mulai membina hubungan dengan teman sebaya dan mulai tertarik dengan lawan jenis (Wong, 2005). Rasa malu tersebut dikhawatirkan akan mempengaruhi konsentrasi ketika sedang belajar memahami informasi kesehatan yang diberikan.

Berdasarkan tabel 5.1 karakteristik informasi pencegahan Kusta menyatakan sebagian seluruh siswa tidak pernah memperoleh informasi sebelumnya tentang pencegahan Kusta. Informasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi dari pengetahuan. Kemudahan dalam mendapat informasi membuat seseorang dapat ilmu baru yang meningkatkan pengetahuannya (Mubarak *et al*, 2007). Informasi sebelumnya pada siswa SDN Gebang 01 tentang

penyakit Kusta tidak didapatkan oleh tenaga kesehatan, masyarakat sekitar maupun dari guru. Informasi yang tidak didapatkan ini menyebabkan siswa SDN Gebang 01 tidak tahu tentang penyakit Kusta yang membuat mereka berisiko tinggi untuk tertular penyakit Kusta.

5.3.2 Pengetahuan Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan Pencegahan Kusta melalui Strategi *Card Sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember

Stanhope & Lancaster (2002) mengemukakan bahwa pengetahuan terdiri dari mengingat, mengerti, memberi alasan, dan menyelesaikan masalah, dan dibagi menjadi beberapa klasifikasi dari perilaku. Pengetahuan siswa usia 10-11 tahun SDN Gebang 01 sebelum diberikan pendidikan kesehatan pencegahan Kusta melalui strategi *card sort* dapat diketahui dari tabel 5.2. Hasil penelitian menyatakan bahwa sebagian besar memiliki pengetahuan buruk, sisanya memiliki pengetahuan kurang, dan tidak ada yang memiliki pengetahuan baik.

Buruknya pengetahuan siswa ini diketahui dari 5 indikator dalam penelitian ini. Pertama, pada indikator pengertian Kusta siswa tidak mengetahui bahwa kusta menyerang mata. Kedua, pada indikator penyebab Kusta siswa tidak mengetahui bahwa kuman Kusta berkembang biak pada ruangan yang lembab. Ketiga, pada indikator tanda dan gejala Kusta siswa tidak mengetahui bahwa tanda/bercak putih pada kulit merupakan tanda Kusta dan kuman Kusta dapat menyerang Kulit. Keempat, pada cara penularan Kusta siswa tidak mengetahui bahwa kuman Kusta dapat menular dari orang ke orang, rumah yang padat huni

mampu menularkan penyakit Kusta, dan sumber air yang tidak bersih merupakan sumber kuman Kusta. Kelima, pada indikator pencegahan Kusta siswa tidak mengetahui bahwa cuci tangan, membersihkan rambut yang kotor, olahraga teratur, menjaga kebersihan diri sendiri dan lingkungan, dan cara memilih makanan yang sehat untuk meningkatkan kekebalan tubuh mereka agar terhindar dari Kusta.

Pengetahuan yang buruk pada siswa dikarenakan tidak adanya informasi yang diberikan sebelumnya. Kepala SDN Gebang 01 Kabupaten Jember menyatakan bahwa tidak ada petugas kesehatan dari Puskesmas yang melakukan pendidikan kesehatan tentang Kusta pada guru dan siswa. Informasi merupakan faktor yang mempengaruhi dari pengetahuan. Informasi membuat seseorang mendapat ilmu baru yang meningkatkan pengetahuannya (Mubarak *et al*, 2007).

Pengetahuan siswa yang buruk terhadap penyakit Kusta terutama pencegahan Kusta akan mengakibatkan angka Kusta pada anak meningkat. Pencegahan Kusta pada anak perlu dilakukan agar Kusta tidak menimbulkan dampak pada anak. Kusta pada anak akan mengakibatkan anak tersebut dikucilkan dan disingkirkan dari masyarakat sehingga mendapat diskriminasi dalam memperoleh hak dan kesempatan serta dapat memunculkan rasa malu dan meningkatnya rasa inferioritas sehingga mempengaruhi kemampuan anak untuk berhasil dan bersaing (Wong, 2009).

Stanhope & Lancaster (2002) mengungkapkan bahwa perawat sekolah memberikan perhatian terhadap masalah kesehatan dengan berperan sebagai pemberi asuhan langsung, pendidik, konsultan, dan pemecah masalah. Perawat

sekolah mempunyai tugas memberikan pendidikan kesehatan di ruang kelas. Pendidikan kesehatan yang diharapkan meningkatkan pengetahuan siswa dalam pencegahan Kusta. Perawat dalam melaksanakan tindakan pencegahan memerlukan dukungan dari berbagai pihak seperti keluarga dan masyarakat. Harapan dari dukungan ini adalah mampu menekan angka Kusta pada anak. Keluarga diharapkan mampu meningkatkan kebersihan lingkungan rumah dan menjaga kesehatan anggota keluarga dengan mengajak anggota keluarga untuk berolahraga teratur dan makan makanan yang bergizi. Masyarakat diharapkan mampu untuk menjaga kebersihan lingkungan dengan cara tidak mengotori sumber air dan melakukan kerja bakti bersama.

5.3.3 Pengetahuan Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Pencegahan Kusta melalui Strategi *Card Sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember

Pendidikan kesehatan adalah sekumpulan informasi yang diberikan perawat kepada klien yang bertujuan untuk mengoptimalkan kesehatan, menjaga agar tetap sehat, mengidentifikasi suatu masalah kesehatan, dan mengurangi kecacatan yang diakibatkan suatu penyakit (Stanhope & Lancaster, 2002). Pendidikan kesehatan yang telah dilakukan pada siswa SDN Gebang 01 mampu meningkatkan pengetahuan mereka yang tercantum pada tabel 5.3. Hasil yang diperoleh adalah sebagian besar memiliki pengetahuan baik, sisanya memiliki pengetahuan kurang, dan tidak ada yang memiliki pengetahuan buruk.

Pengetahuan siswa yang baik terhadap pencegahan Kusta dalam penelitian ini memperhatikan tingkatan usia dan pemberian informasi yang menarik. Tingkatan usia menunjukkan kematangan fisik dan psikologis yang mempengaruhi dari tingkat kognitifnya (Mubarak *et al*, 2007). Usia 10-11 tahun anak masuk pada tahap kognitif operasional kongkret yang dimana anak mulai mengembangkan pemahamannya mengenai hubungan antara sesuatu dan mulai mengalami kemajuan membuat penilaian berdasarkan apa yang mereka lihat hingga membuat penilaian berdasarkan alasannya sendiri (Wong, 2005). Informasi yang menarik diberikan melalui strategi *card sort* untuk meningkatkan pemahaman mereka terhadap pencegahan Kusta. Pemberian informasi dengan menggunakan metode dan media yang menarik meningkatkan kemauan dalam belajar (Sunaryo, 2004).

Pengetahuan siswa yang masih kurang tentang pencegahan Kusta diketahui dari indikator yang diukur. Siswa masih tidak memahami beberapa materi dari dua dari lima indikator. Indikator pertama adalah cara penularan Kusta, sebagian besar siswa masih belum memahami tentang memilih tempat bermain yang benar seperti tidak bermain ditempat yang kotor. Indikator kedua adalah pencegahan Kusta, sebagian besar siswa masih belum memahami cara memilih makanan yang sehat untuk meningkatkan kekebalan tubuh mereka agar terhindar dari Kusta.

Pengetahuan siswa yang kurang perlu dilakukan tindak lanjut berupa memberi pengetahuan kepada guru. Harapan dari kegiatan tersebut adalah informasi pencegahan Kusta masih terus berlanjut dan membuat pengetahuan

siswa yang kurang semakin baik. Rencana lainnya yang dapat dilakukan adalah pemberian informasi tentang pencegahan Kusta dengan cara pendidikan kesehatan pada keluarga dan masyarakat yang dilakukan oleh perawat komunitas. Pendidikan kesehatan merupakan pencegahan primer yang merupakan tindakan mencegah suatu penyakit dengan cara promosi kesehatan (Anderson & McFarlane, 2011).

5.3.4 Perbedaan Pengetahuan Siswa Sekolah Usia 10-11 Tahun Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Pencegahan Kusta melalui Strategi *Card Sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember

Hasil dari penelitian ini dapat diketahui dari tabel 5.4 yang menyatakan bahwa hasil uji dengan menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* menghasilkan p value $< \alpha$. Hasil tersebut menyatakan bahwa ada perbedaan pengetahuan tentang pencegahan Kusta pada siswa sekolah usia 10-11 tahun melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember. Pengetahuan siswa 10-11 tahun sebelum diberi pendidikan kesehatan tentang pencegahan Kusta melalui strategi *card sort* menyatakan bahwa sebagian besar memiliki pengetahuan buruk, sisanya memiliki pengetahuan kurang, dan tidak ada yang memiliki pengetahuan baik. Pengetahuan siswa 10-11 tahun sesudah diberi pendidikan kesehatan tentang pencegahan Kusta melalui strategi *card sort* menyatakan bahwa sebagian besar memiliki pengetahuan baik, sisanya memiliki pengetahuan kurang, dan tidak ada yang memiliki pengetahuan buruk.

Card sort yang merupakan strategi yang terdapat pada model pembelajaran aktif (*active learning*). Model tersebut menggunakan model pembelajaran yang berdasarkan prinsip konstruktivisme. Konstruktivisme adalah belajar dengan cara memperoleh pengetahuan secara sedikit demi sedikit yang kemudian hasilnya diperluas melalui konteks yang terbatas (Baharrudin, 2010). Silberman (2009) menyatakan strategi *card sort* merupakan kegiatan kolaboratif yang digunakan dalam mengajarkan konsep, pengolongan sifat, fakta tentang suatu obyek, atau mengulangi informasi.

Perubahan pengetahuan siswa yang terjadi merupakan hasil dari beberapa faktor yang mempengaruhi yaitu metode pembelajaran dan media yang digunakan. Metode pembelajaran dan media merupakan faktor eksternal non-sosial yang mempengaruhi seseorang dalam belajar (Santoso, 2004). Metode pembelajaran yang digunakan adalah *card sort*. *Card sort* dalam penelitian ini mampu meningkatkan pengetahuan siswa dikarenakan dalam pelaksanaannya menitikberatkan pada belajar berdiskusi dengan cara yang menyenangkan dan belajar secara berkelompok.

Belajar berdiskusi dengan cara yang menyenangkan dan belajar secara berkelompok merupakan kelebihan dari strategi *card sort* (Silberman, 2009). Berdiskusi dengan cara yang menyenangkan menyenangkan dan belajar secara berkelompok dalam penelitian ini dilakukan dengan cara bermain kartu berkategori dan berkelompok dengan teman yang berkategori sama. Kegiatan setelahnya adalah berdiskusi dengan teman sekategori dan sekelas terhadap kartu yang dimilikinya. Kegiatan berdiskusi ini meningkatkan pemahaman dan saling

bertukar informasi antara siswa yang satu dengan yang lainnya. Kegiatan berdiskusi dan berkelompok ini merupakan faktor eksternal sosial yang mempengaruhi belajar pada siswa (Santoso, 2004).

Mubarak *et al* (2007) mengemukakan bahwa media yang bisa digunakan dalam pembelajaran adalah media permainan. Hal ini sesuai dengan strategi yang dipilih oleh peneliti yaitu pada strategi *card sort* menggunakan kartu berkategori sebagai medianya. Media kartu berkategori mempengaruhi siswa dalam belajar pencegahan Kusta karena media merupakan faktor eksternal non-sosial yang mempengaruhi belajar.

Hasil dari penelitian ini diharapkan adanya keberlanjutan. Pengetahuan siswa yang meningkat tentang pencegahan Kusta diharapkan siswa mampu menyalurkan informasi dari pencegahan tersebut kepada teman, guru, keluarga, dan masyarakat. Tenaga kesehatan terutama perawat komunitas mampu memanfaatkan hasil penelitian ini untuk memberikan asuhan keperawatan pada anak usia sekolah di komunitas. Pengembangan metode pendidikan kesehatan ini dapat digunakan dalam rangka meningkatkan keberhasilan perawat ketika memberikan pendidikan kesehatan pencegahan Kusta.

5.4 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian berdasarkan penelitian yang telah dilakukan adalah responden kesulitan berpindah karena kelas terlalu sempit pada saat penguatan materi dengan menggunakan kartu dan responden mencari kelompoknya. Kelas menjadi gaduh saat siswa lain yang tidak menjadi responden

menonton jalannya penelitian. Peneliti menutup pintu dan memperingatkan agar tidak membuka kembali. Kejadian ini membuat konsentrasi peneliti dan responden terpilih menjadi terpecah.

5.5 Implikasi Keperawatan

Penelitian tentang pendidikan kesehatan tentang pencegahan Kusta melalui strategi *card sort* merupakan salah satu tugas dari perawat komunitas terutama perawat sekolah. Tindakan pencegahan Kusta pada anak usia sekolah merupakan tindakan prevensi primer yang dilakukan oleh perawat dalam mencegah kasus Kusta anak yang terus meningkat. Perawat meningkatkan pengetahuan siswa terhadap pencegahan Kusta dengan maksud agar siswa usia sekolah mampu menjaga dirinya sendiri dari tertularnya Kusta dan membagi informasi yang diterima kepada teman, guru, orang tua, dan masyarakat sekitar.

BAB. 6 SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Simpulan ini merupakan rangkuman dari hasil dan pembahasan yang diuraikan sebelumnya dari penelitian perbedaan pengetahuan tentang pencegahan kusta pada siswa sekolah usia 10-11 tahun melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember.

Simpulan yang dapat diketahui adalah :

- a. karakteristik dari 42 siswa yang menjadi responden dalam penelitian ini untuk kategori usia bervariasi yaitu usia 10 tahun sebanyak 25 siswa (59,5 %) dan usia 11 tahun sebanyak 17 siswa (40,5%). Distribusi jenis kelamin pada penelitian ini dari 42 siswa yang menjadi responden yaitu sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sebanyak 27 orang (64,3%) dan sisanya berjenis kelamin perempuan sebanyak 15 orang (35,7%). Distribusi informasi penyakit Kusta pada penelitian ini dari 42 siswa yang menjadi responden yaitu seluruhnya (100%) tidak pernah mengetahui informasi sebelumnya tentang penyakit Kusta;
- b. pengetahuan 42 responden tentang pencegahan Kusta pada siswa Usia 10-11 Tahun sebelum diberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan Kusta dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember sebagian besar memiliki pengetahuan buruk yaitu sebanyak 26 siswa

- (61,9%) dan sisanya memiliki pengetahuan kurang yaitu sebanyak 16 siswa (38,1%);
- c. pengetahuan 42 responden tentang pencegahan Kusta pada siswa Usia 10-11 Tahun sebelum diberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan Kusta dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember sebagian besar memiliki pengetahuan baik yaitu sebanyak 35 siswa (83,3%) dan sisanya memiliki pengetahuan kurang yaitu sebanyak 7 siswa (16,7%);
 - d. hasil uji statistik menunjukkan $p\ value = 0,000$ dengan taraf signifikansi (α) sebesar 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa nilai $p\ value$ lebih kecil dari taraf signifikansi (α) yaitu $p\ value (0,000) < \alpha (0,05)$, maka H_0 ditolak yang memiliki makna ada perbedaan pengetahuan tentang pencegahan Kusta pada siswa sekolah usia 10-11 tahun melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember.

6.2 Saran

Saran yang diberikan terkait dari hasil dan pembahasan yang diuraikan sebelumnya dari penelitian perbedaan pengetahuan tentang pencegahan kusta pada siswa sekolah usia 10-11 tahun melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan strategi *card sort* di SDN Gebang 01 Kabupaten Jember adalah :

a. bagi siswa

- 1) membagi informasi tentang pencegahan Kusta ke teman-teman, guru, dan masyarakat sekitar agar penularan penyakit Kusta dapat di cegah;
- 2) selalu menjaga kesehatan dan kebersihan diri agar tidak tertular penyakit Kusta;

b. bagi instansi pendidikan keperawatan

- 1) bekerja sama dengan instansi kesehatan yang berada dilokasi untuk meningkatkan pendidikan kesehatan pencegahan Kusta agar penyakit Kusta tidak menyebar;
- 2) menggunakan strategi *card sort* sebagai tambahan referensi dan pengembangan penelitian, serta sebagai pedoman untuk melakukan intervensi keperawatan dalam pencegahan primer penyakit menular pada bidang pendidikan kesehatan;

c. bagi instansi kesehatan

- 1) bekerja sama dengan masyarakat sekitar dalam menjaga kebersihan dan kesehatan seperti melakukan kerja bakti bersama;
- 2) mengadakan deteksi dini pada anak usia sekolah dalam upaya pencegahan Kusta;
- 3) bekerja sama dengan pihak sekolah untuk mengupayakan pembentukan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dalam rangka pencegahan penyakit;

d. bagi penelitian selanjutnya

- 1) mengadakan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan kelompok kontrol;
- 2) mengadakan penelitian lebih lanjut tentang pengetahuan siswa sekolah tentang pencegahan Kusta melalui pendidikan kesehatan dengan strategi *card sort* di daerah endemik;

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi, Abu H. 2005. *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Anderson, E. T. dan McFarlane, J. 2011. *Community As Partner 6-Edition: Theory and Practice in Nursing*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Awaludin. 2004. *Beberapa Faktor Risiko Kontak dengan penderita Kusta dan Lingkungan yang Berpengaruh Terhadap kejadian Kusta Pada Anak*. [Serial Online]. <http://eprints.undip.ac.id/14486/>. [29 April 2013].
- Baharuddin. 2010. *Teori Belajar dan Pembelajaran*. Yogyakarta : Ar-Ruzz Media.
- Blais, K. K. 2007. *Praktik Keperawatan Profesional: Konsep & Perspektif*. Jakarta: EGC.
- Brown, R. G. & Burns, T. 2005. *Lecture Notes Dermatologi*. Jakarta: Erlangga.
- Budiarto, Eko. 2001. *Biostatistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Cahyaningrum, Melati. 2013. *Peningkatan Kompetensi Belajar Mata Pelajaran Kesehatan, Keselamatan, Keamanan Kerja dan Lingkungan Hidup (K3LH) dengan Model Card Sort pada Siswa Kelas X SMK Negeri 1 Sewon Bantul*. [Serial Online]. <http://eprints.uny.ac.id/10058/> . [29 April 2013].
- Cahyawati, Yunita. 2012. *Penerapan Strategi Card Sort Dalam Pembelajaran Matematika Dengan Menggunakan Media Gambar Untuk Meningkatkan Komunikasi dan Prestasi Belajar Siswa*. [Serial Online]. <http://v2.eprints.ums.ac.id/archive/etd/19669/1/>. [29 April 2013].
- Chin, James. 2000. *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*. Jakarta: Departemen Kesehatan R.I.
- Depkes R.I. 2006. *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta*. Jakarta: Departemen Kesehatan R.I.
- Dinkes Jawa Timur. 2011. *Profil Kesehatan Jawa Timur*. [Serial Online]. http://dinkes.jatimprov.go.id/dokumen/dokumen_publicasi.html. [29 April 2013].

- Dinkes Jember. 2013. "*Rekapitulasi Data Kusta Jember*". Tidak Diterbitkan. Jember: Dinkes Jember.
- Fitriani, Sinta. 2011. *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Harahap, Marwali. 2000. *Ilmu Penyakit Kulit*. Jakarta: Hipokrates.
- Kompas.com. 2013. *Indonesia Peringkat Ke-3 Pengidap Kusta Terbesar di Dunia*. [Serial Online]. <http://regional.kompas.com/read/2013/02/13/21-064444/-Indonesia-Peringkat-Ke-3.Pengidap.Kusta.Terbbesar.di.Dunia>. [29 April 2013].
- Listiawan, M. Y. 2012. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Kusta dengan Tingkat Penerimaan Masyarakat di Sekitar Penderita Di Kecamatan Kudu Kabupaten Jombang*. [Serial Online]. <http://penelitian.unair.ac.id/artikel-dosen-Hubungan%20Tingkat%20Pengetahuan%20Kusta%20dengan-4093-4379>. [29 April 2013].
- Manjoer, Arif. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran: Edisi Ketiga Jilid 2*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Mubarak, Wahit Iqbal, dkk. 2007. *Promosi Kesehatan Sebuah Metode Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- News.detik.com. 2011. *30 Persen Penderita Kusta Didominasi Jawa Timur*. [Serial Online]. <http://news.detik.com/surabaya/read/2011/02/02/10225-9/15-58723/466/30-persen-penderita-kusta-didominasi-jawa-timur>. [29 April 2013].
- Norlatifah. 2010. *Hubungan Kondisi Fisik Rumah, Sarana Air Bersih Dan Karakteristik Masyarakat dengan Kejadian Kusta Di Kabupaten Tapin Kalimantan Selatan*. [Serial Online]. www.journal.uad.ac.id/index.php/KesMas/article/view/1184. [29 April 2013].
- Notoatmodjo. 2005. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, Patricia A. Dan Anne Griffin Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta : EGC.

- Puskesmas Patrang. 2013. "*Rekapitulasi Data Kusta Kecamatan Patrang*". Tidak Diterbitkan. Jember: Puskesmas Patrang.
- Rahfliudin, M. Z. 2005. *Hubungan Tingkat Konsumsi Energi Protein dengan Kadar IgM PGL-I Narakontak Serumah Penderita Kusta Di Kota Semarang*. [Serial Online]. <http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/jkmi/article/view/394>. [29 April 2013].
- Rismawati, D. 2013. *Hubungan Antara Sanitasi Rumah dan Personal Hygiene dengan Kejadian Kusta Multibasiler*. [Serial Online]. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph/article/view/963>. [29 April 2013].
- Santoso, Singgih. 2006. *Menggunakan SPSS untuk Statistika Non Parametrik*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Sastroasmoro, Sudigdo dan Sofyan Ismael. 2010. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : Sagung Seto.
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Silberman, Mel. 2009. *Active Learning: 101 Strategi Pembelajaran Aktif*. Yogyakarta : Pustaka Insan Madani.
- Stanhope dan Lancaster. 2002. *Foundations of Nursing in the Community: Community-Oriented Practice*. Virginia : Mosby.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Penerbit Alfabeta.
- Sunaryo. 2004. *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Susanto, T. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Teori pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Warsini, Sri. 2007. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penularan Kusta pada Kontak Serumah Di Propinsi DIY dan Kabupaten Klaten*. [Serial Online]. http://etd.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=34759&obyek_id=4. [29 April 2013].
- Widoyono. 2008. *Penyakit Tropis: Epidemiologi, Penularan, Pencegahan & Pemberantasan*. Jakarta: Penerbit Erlangga.

Wong, Donna L. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC.

World Health Organization. 2011. *Weekly Epidemiological Record: Leprosy Update, 2011*. [Serial Online] <http://www.who.int/-wer/2011/-wer8636/en/-index.html>. [29 April 2013].