

Digital Repository Universitas Jember

**PROSIDING SEMINAR &
PRESENTASI ILMIAH KONGRES NASIONAL II**
IKATAN PERAWAT KESEHATAN KOMUNITAS INDONESIA



**PRAKTEK KEPERAWATAN MANDIRI
MEMPERKUAT PELAKSANAAN
SISTEM JAMINAN SOSIAL
NASIONAL KESEHATAN**

HOTEL SHERATON YOGYAKARTA

30 OKTOBER - 1 NOVEMBER 2013

**PROSIDING SEMINAR & PRESENTASI ILMIAH
KONGRES NASIONAL II
IKATAN PERAWAT KESEHATAN KOMUNITAS INDONESIA**

--Yogyakarta: Oktober 2013
vi + 383 hlm.; 21x29 cm

Reviewer :

Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD
Dr. Ni Made Riasmini, M.Kep, Sp.Kom

Editor :

Titih Huriyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kom
Bondan Palestin, SKM, M.Kep.,Sp.Kom
Heru Subekti, S.Kep.,Ns.,M.Kes
Purwanta, S.Kp.,M.Kes
Akhmadi, S.Kp., M.Kep.,Sp.Kom
Nurul Hidayah, S.Kep.,Ns.,M.Nurse
Sri Mulyani, S.Kep.,Ns.,MN
Dinasti Pudang Binoriang, S.Kep.,Ns
Ratna Lestari, S.Kep.,Ns
Suwarsi, S.Kep.,Ns.,M.Kep

ISBN 978-602-9420-50-0

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

DAFTAR ISI

	Hal
Daftar Isi	iii
Kata Pengantar Ketua Panitia	vi
Praktik Keperawatan Berbasis Keluarga Dalam Menyongsong Pelaksanaan SJSN (Dra.Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD)	1
KELOMPOK KEILMUAN KEPERAWATAN KELUARGA	13
Pengaruh Terapi Keluarga Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Pada Penderita Diabetes Melitus (Senja Paramita, Asep Iskandar, Fajar Tri Asih)	15
Hubungan Antara Tingkat Kepatuhan Perawat Dalam Melakukan <i>Home Care</i> Dengan Penurunan Penyakit Infeksi Pada Balita Malnutrisi Di Kota Yogyakarta (Titih Huriah, Gita Kartika)	23
Efektifitas Promosi Kesehatan Tentang Penyakit Demam Berdarah Dan Cara Pencegahannya Melalui Metode Pendidikan Kesehatan Terhadap Perilaku Keluarga Dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) (Arneliwati, Febriana Sabrian)	33
Hubungan Karakteristik Remaja, Keluarga Dan Pola Asuh Keluarga Dengan Pengendalian Risiko Penyalahgunaan Napza Pada <i>Aggregate</i> Remaja Di Kelurahan Tugu Kota Depok (Intan Asri Nurani, Junaiti Sahar, Ety Rekawati) ..	40
Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kekambuhan Pada Penyalahguna Narkotika Di Panti Sosial Pamardi Putra Purwomartani Kalasan Sleman Yogyakarta (Filia Linda Hapsari, Induniasih, Sulistyaningsih)	51
Relationships Parenting and Family Characteristic son Nutrition Status in Childhood Elementary School Village School in Tugu, Depok City (Uswatul Khasanah, Junaiti Sahar, Widyatuti)	58
KELOMPOK KEILMUAN KEPERAWATAN KOMUNITAS	69
Analisis Spasial Dan Faktor Risiko Terjadinya Cedera Kepala Akibat Kecelakaan Lalu Lintas Pada Pengendara Sepeda Motor Di Wilayah Kabupaten Sleman (Heru Subekti, Rahadyan Magetsari, Lutfan Lazuari, Anis Fuad)	71
Pengalaman Remaja Sebagai Pendidik Sebaya Dalam Pencegahan Perilaku Seks Bebas Di Wilayah Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok (Diah Ratnawati, Astuti Yuni Nursasi, Henny Permatasari)	91
Pengalaman Anggota Kelompok Swabantu Dalam Memperoleh Dukungan Untuk Memberikan Asi Eksklusif Di Wilayah Kerja Puskesmas Ciracas Jakarta Timur: Studi (Istianna Nurhidayati, Junaiti Sahar, Henny Permatasari)	136
Implementasi Teori <i>Caring</i> Jean Watson Dengan Diari Terapeutik (Detik): Pendekatan Dalam Mereduksi Skor Stres Melalui Catatan Harian Perasaan Odha Dampingan LSM Sadar Hati Kota Malang (Lukmanul Hakim, Kumboyono)	148

Efektivitas Terapi Komplementer Gabungan (Meditasi, Aromaterapi dan Musik) Terhadap Perubahan Tingkat Stres Siswa SMK Diponegoro Penawangan Kab Grobogan (Agustina Ari Handayani)	160
Perbandingan Kualitas Hidup Masyarakat Dengan Gagal Ginjal Stadium Akhir yang Menjalani Terapi Pengganti Ginjal (Nur Chayati)	167
Kelompok Swabantu Dalam Pencegahan Tingkat Kecacatan Klien Kusta Di Kabupaten Jember (Tantut Susanto)	173
Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Di Puskesmas Kabupaten Subang Tahun 2012 (Muhammad Saefulloh, Gunawan W)	180
Efektifitas Komunikasi Terapeutik Terhadap Perilaku Pasien Tuberkulosis Dalam Menjalani Pengobatan Di Puskesmas Pejaten Barat Jakarta Selatan Tahun 2013 (Reni Chairani)	186
Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah Dan Identifikasi Peran Faktor Determinan Sebagai Upaya Peningkatan Kesejahteraan Siswa Di Sekolah (Yoyok Bekti Prasetyo).....	193
Design Of Wei Chi 14 Meridian Exercise Which Has Low Impact, Beauty, Safety And Potential Movement To Increase Health For Community (Sutarno,S.St.,M. Kes)	210
Gebas Dede (Gerakan Bebas Demam Berdarah Desa) Sebagai Upaya Pencegahan Dan Penanggulangan Demam Berdarah Di Desa Lojejer Kecamatan Wuluhan Kabupaten Jember (Ferdiana Revitasari, Nurul Azizah, Devintania Kurniasti N. H., Wahyu Elok Pambudi, Akhmat Robbi Tricahyono, Tantut Susanto)	219
Pengaruh Penyuluhan Penyakit TB Paru Dengan Audio Visual Terhadap Perilaku Pencegahan Penularan Pada Keluarga Dengan Tb Paru Di Wilayah Kerja Puskemas Gurah (Moch. Maftuchul Huda Fita Eny Purwanti)	227
Pengaruh Abdominal Stretching Exercise Terhadap Penurunan Skala Nyeri Menstruasi Pada Remaja Siswi SMP Negeri 1 Indralaya(Ns. Putri Widita M., S.Kep., M.Kep ;Herliawati, S.Kp., M.Kes. ;Erpina S.Kep.)	234
Efektifitas “Paket Promkes Balita Sehat” Dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan Di Posyandu Di Kelurahan Maulafa Kupang, Tahun 2012 (Margaretha Teli, Skep, Ns, Msc).....	240
Beberapa Faktor Demografi Yang Berhubungan Dengan Tingkat Pengetahuan Kader Tentang Perawatan TBC Di Puskesmas Gatak Sukoharjo Tahun 2012 (Abi Muhlisin, M.Kep- Arum Pratiwi, M.Kep)	256
Promosi Kesehatan Menggunakan Metode Pendidikan Kesehatan Individual Terhadap Perilaku Pencegahan Penyakit TB Paru (Agrina, Ari Pristiana Dewi) ..	268
Upaya Peningkatan Status Kesehatan Masyarakat Melalui Praktik Profesi Keperawatan Komunitas (Poppy Fitriyani, Henny Permatasari, Tri Widayastuti Handayani)	279
KELOMPOK KEILMUAN KEPERAWATAN GERONTIK	283
Hubungan Fungsi Kognitif Dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Aktivitas Dasar Sehari-Hari Di Dusun Jodog Gilangharjo Pandak Bantul (Titih Huriah, Ratna Lestari, Dian Suspiyanti)	285

Hubungan Karakteristik Dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada Agregat Lansia Dengan Hipertensi Di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta (Thomas Aquino Erjinyuare Amigo, Junaiti Sahar, Sukihananto)	294
Pengalaman Lanjut Usia Mendapatkan Dukungan Keluarga Di Panti Sosial Tresna Wredha Abiyoso Provinsi D.I. Yogyakarta : Studi Fenomenologi (Nuurhidayat Jafar, Wiwin Wiarsih, Henny Permatasari)	309
Head Massage Therapy Effect Of Head Pain In The Elderly Social Institution Yogyakarta Provincial Unit Budhi Luhur (Induniasih, Wahyu Ratna, Atiek Badi'ah, Sutrisno)	319
Perawatan Restoratif Berbasis Kelompok Sebagai Model Intervensi Keperawatan Untuk Meningkatkan Kapasitas Fungsional Lansia (Bondan Palestin, Maryana, Sugeng, Budhy Ermawan)	325
Analisa Hubungan Faktor Demografi Dan Hipertensi Terhadap Terjadinya Cedera Pada Lansia Di Posbindu Matahari Rw 09 Kelurahan Kota Baru Bekasi Barat (Syamsul Anwar, Isti Andriani)	342
Kualitas Hidup Lansia Hipertensi Dapat Meningkatkan Dengan Dukungan Penghargaan dan Emosional Keluarga (Agnes Dewi Astuti, Junaiti Sahar ² Dan Sukihananto)	350
Perbedaan Terapi Musik Dan Tehnik Relaksasi Progresif Terhadap Kualitas Tidur Lansia (Komang Ayu Henny Achjar)	359
Hubungan Fungsi Kognitif Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru (Herawati, Syamsul Arifin, Noor Kamelia) .	363
Efek Kombinasi <i>Kegel's Exercise</i> , <i>Bladder Training</i> Dan Pengaturan Diet Dalam Menurunkan Episode Inkontinensia Urin Pada Lansia Di Panti Wredha Propinsi D.I Yogyakarta (Wahyu Ratna, Sri Arini Winarti, Sari Candra Dewi, Maryana)	372
Penurunan Insomnia Melalui Stimulasi Cahaya Pada Lansia (Nasrudin)	380

KATA PENGANTAR
KETUA PANITIA KONAS II IPKKI

Assalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah Yang Maha Kuasa, atas karuniaNya, Kongres Nasional Ke II Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas (IPKKI) dapat dilaksanakan di Yogyakarta. Shalawat serta salam semoga tercurah ke Junjungan Nabi Muhammad SAW, kepada keluarga, sahabat dan ummat akhir zaman.

Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas (IPKKI) adalah sebuah organisasi berhimpunnya para perawat dengan peminatan keperawatan komunitas yang dibentuk sebagai badan kelengkapan organisasi profesi untuk melakukan pengembangan dan pembinaan praktik keperawatan komunitas. Saat ini selain IPKKI pusat, IPKKI juga telah dideklarasikan di delapan provinsi di Indonesia.

Kegiatan Kongres Nasional Ke 2 di Yogyakarta diselenggarakan atas kerjasama seluruh panitia pusat maupun panitia daerah. Peserta berasal dari seluruh Indonesia dan dihadiri oleh tamu undangan dari organisasi profesi yang berada di bawah naungan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

Pada kesempatan ini, saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya pada semua pihak yang telah membantu terlaksananya kegiatan ini. Hanya Allah yang bisa membalas semuanya. Akhir kata semoga kegiatan ini membawa manfaat bagi peningkatan kesehatan masyarakat Indonesia pada umumnya dan maju terus perawat kesehatan komunitas Indonesia.

Wassalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Yogyakarta, Oktober 2013
Ketua Panitia

Bondan Palestin, M.Kep.,Sp.Kom

**KELOMPOK SWABANTU DALAM PENCEGAHAN TINGKAT KECACATAN
KLIEN KUSTA DI KABUPATEN JEMBER**

*(Self Help Group For Prevention Disability Client's Leprosy In Jember Regency, East
Java)*

Tantut Susanto¹

Departemen Keperawatan Komunitas Universitas Jember

ABSTRACT

Leprosy is chronic diseases that damage disability and limitation. Disability from client's leprosy can be reduced by self-care activities at support group like self help group. This research was to analyze the influences self help group for the degree of disability and limitation client's leprosy at Jember. The research type was observational-analytic with cohort approach. The population in this research was 48 people, including 24 active and 24 inactive people in the self help group with the sampling method of simple random sampling. The data analyzed with t-independent statistic test with 95% CI (α : 0,05), and was obtained value of $p = 0.01$. The conclusion of this research is that there are influences self help group for reduced the degree of disability and limitation client's leprosy in Jember Regency. Based on this research, it is recommended that the client's leprosy is more active to follow self help group in community health center for increased self care and reduced disability after treatment leprosy diseases.

Key words: *leprosy, disability, self help group*

PENDAHULUAN

Jumlah klien kusta di Indonesia tahun 2010 adalah 17.012 orang¹ dengan jumlah terbanyak di Pulau Jawa khususnya Jawa Timur dengan 30% berkontribusi terhadap jumlah klien kusta secara Nasional. Kabupaten Jember pada tahun 2009 sebanyak 736 orang masih merupakan daerah endemik kusta di Jawa Timur. Penemuan penderita baru terkait dengan deteksi penyakit kusta di komunitas masih sangat sulit. Penemuan penderita kusta di komunitas biasanya sudah terlambat dan tertunda, karena anggapan masyarakat yang negatif terhadap klien kusta, rendahnya kesadaran mengenai awal gejala kusta, dan kondisi cacat yang dialami oleh klien kusta. Kondisi kecacatan klien kusta umumnya juga diakibatkan oleh usaha pencarian pelayanan kesehatan oleh klien kusta dan keluarga yang salah seperti penggunaan pengobatan tradisional dan interaksi dengan intervensi pelayanan kesehatan khususnya Puskesmas yang menjadi alternatif terakhir dalam penanganan kusta².

Puskesmas di Kabupaten Jember dengan jumlah klien kusta binaan terbanyak melalui program Kelompok Perawatan Diri Kusta adalah Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo. Puskesmas Jenggawah tahun 2011 ada 20 kasus kusta yang terdiri dari 18 klien dengan tipe kusta MB dan 2 klien dengan tipe kusta PB. Data Puskesmas Tempurejo tahun 2011 terdapat 14 kasus kusta, dengan rincian tipe PB ada 2 klien dan 12 klien dengan tipe MB. Puskesmas dengan jumlah klien kusta terbesar tetapi belum melakukan program KPD adalah di Puskesmas Ajung tahun 2012 sebanyak 36 penderita, dengan

rincian 24 orang sebagai penderita kusta tipe MB yang masih aktif dalam mengikuti program pengobatan atau MDT (*Multy Drug Theraphy*), sedangkan 12 diantaranya adalah penderita kusta yang telah selesai menyelesaikan masa pengobatan atau RFT (*release from treatment*). Puskesmas dapat memberikan pelayanan melalui kelompok-kelompok khusus di masyarakat dalam membantu permasalahan klien kusta di masyarakat sebagai pusat rehabilitasi dan konseling dengan adanya kelompok swabantu kusta. Salah satu program yang dapat diterapkan adalah Kelompok Swabantu Kusta dengan setiap anggota kelompok dalam kelompok akan saling tukar informasi dan saling mendukung satu sama lain terhadap masalah yang dialaminya. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh kelompok swabantu terhadap tingkat kecacatan klien kusta di Kabupaten Jember Propinsi Jawa Timur.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *quasi eksperimental with two group desaign* dengan pendekatan cross sectional. Penelitian ini memberikan gambaran dan menganalisis klien kusta yang terlibat dalam kelompok swabantu dengan derajat kecacatan yang dialaminya. Penelitian ini dilakukan di tiga wilayah kerja Puskesmas di Jember, yaitu Puskesmas Ajung, Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo selama bulan Oktober sampai dengan Desember 2012. Sampel penelitian ini berjumlah 48 klien yang diambil secara simple random sampling. 24 klien mengikuti KPD sebagai kelompok perlakuan dan 24 klien tidak mengikuti KPD sebagai kelompok kontrol. Sampel dalam penelitian ini adalah klien kusta yang terdaftar dari ketiga puskesmas tersebut dan sedang menjalani pengobatan MDT baik klien kusta jenis PB maupun MB.

Sampel dalam penelitian ini dibagi kedalam dua kelompok yaitu perlakuan dan kontrol. Kelompok perlakuan dibagi dua kelompok swabantu di Puskesmas Jenggawah dan Tempurejo, sedangkan klien di Puskesmas Ajung dijadikan kelompok kontrol karena belum ada program KPD. Setiap anggota kelompok KPD mendapatkan beberapa kegiatan didalam kelompok swabantu yang terdiri dari 6 sesi kegiatan setiap seminggu sekali kegiatan. Sesi 1: penjelasan tentang pembentukan kelompok swabantu dan pengukuran awal derajat kecacatan. Sesi 2: diskusi tentang penyakit kusta. Sesi 3: diskusi dan refleksi tentang aktivitas kegiatan harian peserta. Sesi 3: simulasi cara perawatan mata, tangan, dan kaki peserta. Sesi 4: redemostrasi kegiatan perawatan diri di rumah. Sesi 5: refleksi diri terhadap kemajuan perawatan peserta. Sesi 6: pengukuran akhir derajat kecacatan dan tindak lanjut kegiatan kelompok. Setiap subyek dalam penelitian mendapatkan perlakuan yang sama berdasarkan prinsip etik dalam etika penelitian kesehatan. Derajat kecacatan yang dialami oleh klien kusta sebelum dan sesudah mengikuti kelompok swabantu diukur dengan cara observasi dengan lembar observasi dari Panduan Penatalaksanaan dan Pemberantasan Kusta. Hasil penelitian kemudian dianalisis dengan menggunakan uji independent t test.

HASIL

Pengambilan data dilaksanakan pada bulan Agustus sampai dengan September 2012 dengan jumlah sampel 18 responden di wilayah kerja Puskesmas Ajung Kabupaten Jember. Adapun karakteristik responden dalam penelitian ini tergambar dalam table 1 berikut ini:

Tabel 1. Karakteristik Responden Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Ajung Bulan Agustus-September 2012

Variabel	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase
Usia				
30 – 40 tahun	10	41,67	9	37,5
40 – 50 tahun	9	37,5	9	37,5
Lebih dari 50 tahun	5	45,45	6	54,5
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	14	58,33	15	62,5
Perempuan	10	41,67	9	37,5
Pendidikan				
Tidak sekolah	5	20,83	4	16,67
SD	8	33,33	8	33,33
SMP	6	25	7	29,17
SMA	5	20,83	5	20,83
Pekerjaan				
Tidak bekerja	3	12,5	2	8,33
Ibu Rumah Tangga	5	20,83	6	25
Petani	9	37,5	10	41,67
Pedagang	2	8,33	4	16,67
Buruh	5	20,83	2	8,33
Lama menderita				
Lebih dari 6 bulan	16	66,67	20	83,33
Kurang dari 6 bulan	8	33,33	4	16,67
Tingkat Kecatatan				
0	6	25	8	33,33
1	10	41,67	12	50
2	8	33,33	4	16,67

Dari data diatas menunjukkan klien kusta pada kelompok perlakuan berada pada usia dewasa lebih dari 50 tahun sebanyak 45,45% dengan berjenis kelamin laki-laki sebanyak 58,33%, dan berpendidikan mayoritas adalah SD sebesar 33,33% serta dengan bekerja sebagai petani 37,5% serta lamanya klien menderita kusta adalah lebih dari 6 bulan atau sudah bersifat kronis 66,67% dengan derajat kecacatan tingkat 1 sebesar 41,67%. Sedangkan klien kusta pada kelompok kontrol berada pada usia dewasa lebih dari 50 tahun sebanyak 54,5% dengan berjenis kelamin laki-laki sebanyak 62,5%, dan berpendidikan mayoritas adalah SD sebesar 33,33% serta dengan bekerja sebagai petani 41,67% serta lamanya klien menderita kusta adalah lebih dari 6 bulan atau sudah bersifat kronis 83,33% dengan derajat kecacatan tingkat 1 sebesar 50%.

Klien dalam enam minggu mengikuti kelas kelompok swabantu. Setelah mengikuti kelompok swabantu, klien mendapatkan suatu buku petunjuk dalam kegiatan kesehariannya untuk memonitor perawatan mata, tangan, dan kaki. Klien kusta yang melakukan perawatan tersebut diharapkan akan mampu menurunkan derajat kecacatan yang dialaminya. Adapun tingkat kecacatan yang dialami oleh klien kusta selama mengikuti kegiatan kelompok swabantu dapat digambarkan dalam table 2 berikut ini.

Table 2. Tingkat Kecacatan Klien Kusta Dalam Mengikuti Kegiatan Kelompok Swabantu di wilayah Kerja Puskesmas Ajung Kabupaten Jember bulan Agustus-september tahun 2012

Variabel	Mean	SD	t	P value	N
TingkatKecacatanKlienKusta dalam Kegiatan Kelompok Swabantu	46.64	4.62	5.798	0,01	24
Perlakuan Kontrol	40.82	3.40			24

Tabel 2 diatas menunjukkan perbedaan hasil nilai rata-rata tingkat kecacatan klien kusta yang ikut dalam kegiatan kelompok swabantu dan yang tidak ikut dalam kegiatan kelompok swabantu. Nilai rata-rata tingkat kecacatan klien yang mengikuti swabantu adalah 46,64; sedangkan nilai rata-rata tingkat kecacatan klien kusta yang tidak ikut swabantu adalah 40,82. Hasil uji statistik *t-independent* diperoleh *p value* (0,01) $< \alpha = 0,05$ dan dengan tingkat kepercayaan 95%, maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak atau H_a diterima yang berarti ada perbedaan tingkat kecacatan klien kusta yang mengikuti dan yang tidak mengikuti kegiatan kelompok swabantu di Kabupaten Jember.

PEMBAHASAN

Penemuan penderita baru terkait dengan deteksi penyakit kusta di komunitas masih sangat sulit. Penemuan penderita kusta di komunitas biasanya sudah terlambat dan tertunda. Penemuan klien kusta yang terlambat dan tertunda berhubungan dengan anggapan masyarakat yang negatif terhadap klien kusta, rendahnya kesadaran mengenai awal gejala kusta, dan kondisi cacat yang dialami oleh klien kusta. Kondisi kecacatan klien kusta umumnya juga diakibatkan oleh usaha pencarian pelayanan kesehatan oleh klien kusta dan keluarga yang salah seperti penggunaan pengobatan tradisional dan interaksi dengan intervensi pelayanan kesehatan khususnya Puskesmas yang menjadi alternatif terakhir dalam penanganan kusta².

Pelayanan kesehatan yang mengutamakan pencegahan primer antara lain peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat klien kusta, pengontrolan lingkungan yang sehat, dan penyebarluasan informasi tentang penyakit kusta di masyarakat. Pencegahan sekunder dapat dilakukan melalui perawatan secara fisik dan psikologis serta sosial klien kusta. Pelayanan dapat diberikan melalui perawatan langsung pada lesi kulit klien, peningkatan harga diri klien kusta, dan peningkatan kesadaran masyarakat tentang keadaan penyakit kusta sehingga tidak menimbulkan stigma, labeling dan diskriminasi sosial pada klien kusta di masyarakat. Tindakan utama perawat komunitas lebih banyak berperan pada pencegahan tersier. Tindakan pencegahan tersebut dilakukan untuk mengurangi kondisi lesi dan derajat gangguan fungsi atau kecacatan khususnya pada tangan, kaki, dan mata yang umumnya merupakan suatu masalah utama pada klien kusta.

Pengontrolan yang kurang efektif terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian kusta akan mengakibatkan permasalahan yang lebih luas bagi klien kusta di komunitas. Permasalahan klien kusta tersebut berkaitan dengan masalah fisik dan psikososial. Permasalahan fisik klien kusta timbul akibat adanya kondisi lesi pada kulit klien yang memburuk hingga terjadi kecacatan fisik. Masalah psikososial pada klien kusta terjadi sebagai akibat dari penyakitnya³. Permasalahan psikososial ini muncul sebagai akibat

pandangan masyarakat terkait dengan *labeling* dan *stigma* pada populasi penderita kusta di masyarakat. Dampak sosial terhadap penyakit kusta mengakibatkan masalah pada penderita, keluarga, dan masyarakat⁴. Penerimaan penyakit kusta di masyarakat masih sulit, hal ini dikarenakan masyarakat masih menganggap kusta sebagai penyakit menular yang tidak dapat diobati. Masyarakat juga menganggap kusta sebagai penyakit keturunan yang diakibatkan oleh kutukan Tuhan dan akan berdampak pada kecacatan pada klien kusta sebagai suatu hukuman karena dosa³.

Program prevensi kesehatan kusta atau pencegahan penyakit kusta terkait dengan hasil Kongres di Geneva tahun 2006 yang menghasilkan dua strategi utama untuk menghapuskan kusta yaitu meningkatkan akses diagnosis kusta melalui pengintegrasian program pengendalian kusta ke dalam pelayanan kesehatan masyarakat dan menyediakan obat anti kusta yang efektif secara gratis. Pendeteksian kasus yang lebih awal akan dapat mengurangi resiko kelainan bentuk dan cacat pada penderita, dan memastikan bahwa penderita kusta dapat hidup normal dan bermartabat di masyarakat⁵.

Program prevensi kusta juga ditekankan tentang program prevensi kecacatan (*handicaps*) klien kusta. Kesakitan dan kecacatan pada klien kusta diakibatkan karena efek sekunder dari kerusakan saraf. Umumnya kesadaran klien dalam mencegah kerusakan tersebut sangat minimal. Klien kusta yang mengalami penurunan sensasi pada tangan dan kaki membutuhkan pengertian dan pemahaman secara baik tentang pentingnya perawatan diri dalam kehidupan sehari-harinya, khususnya identifikasi terhadap benda-benda yang berpotensi untuk menimbulkan trauma dan identifikasi keadaan lesi atau trauma yang terjadi⁶. Tindakan perawatan diri yang diajarkan kepada klien kusta terbukti sangat efektif dalam mencegah ulserasi pada tangan dan kaki klien kusta⁶.

Beberapa tindakan pencegahan yang dapat dilakukan klien kusta antara lain dengan pemakaian sepatu khusus bagi klien kusta yang mengalami penurunan sensasi pada kaki, tetapi sepatu khusus yang dapat mencegah trauma tersebut sulit untuk diproduksi dan akan menimbulkan stigma khusus pada klien kusta. Hasil penelitian pemakaian sepatu khusus klien kusta menunjukkan, pemakaian sepatu kain yang dijahit khusus sangat murah dan sangat melindungi, hemat biaya, dan lebih disukai daripada sepatu *orthopaedic*⁶. Tindakan pencegahan pada *ulcerasi* telapak kaki juga dapat dilakukan melalui mengistirahatkan telapak kaki tersebut. *Ulcerasi* pada telapak kaki muncul sebagai akibat peningkatan tekanan pada tulang penyangga utama yaitu telapak kaki dan akan hilang timbul akibat kelainan bentuk dan hilangnya sensasi. *Ulcerasi* atau lesi pada klien kusta berbeda dengan *ulcer* pada klien dengan kaki diabetes atau gangguan *iskhemia* kaki lainnya. Pada klien kusta yang mengalami *ulcerasi* pada kaki akan kembali sembuh apabila dijaga dari penggunaan yang berlebihan (*weight-bearing*)⁶.

Pengistirahatan penggunaan kaki (*no weight-bearing*) sebaiknya dilakukan sampai *ulcer* pada kaki sembuh. Komplikasi akibat *ulcerasi* membutuhkan tindakan pembedahan untuk membuang jaringan yang mati dengan *eksplorasi* dan *drainase*. Penggunaan antibiotik sebaiknya digunakan hanya pada infeksi tulang atau *septicemia*. Kontraktur pada tangan dan kaki serta *drop foot* dapat dicegah dengan perawatan mobilitas, tetapi apabila kontraktur pada tangan dan *foot drop* berat serta adanya kondisi *lagophthalmos*, *entropion*, dan *ectropion* dianjurkan untuk dilakukan rekonstruksi melalui pembedahan⁶. Program prevensi dan pemberantasan kusta adalah dengan jalan mengontrol bukan melalui suatu eradikasi ataupun eliminasi kasus. Pendekatan epidemiologi dapat digunakan untuk melakukan kontrol terhadap kasus kecacatan kusta yang telah diujicobakan di beberapa negara di Amerika Latin⁷. Program eradikasi kasus kusta memerlukan suatu peningkatan

test diagnostik, stigma sosial, dan deteksi sumber-sumber penularan. Program eliminasi membutuhkan suatu proteksi dan prevensi secara menyeluruh terkait dengan imunisasi dan pengobatan MDT yang akan dijalani oleh penderita. Pendekatan yang realitis dalam prevensi dan proteksi kecacatan pada populasi kusta adalah dengan kontrol kasus kusta melalui *case detection* dan *treatment* kasus kusta serta pengintegrasian program pelayanan kesehatan di masyarakat.

Strategi dalam pencegahan kusta kedepan adalah dengan melakukan program kontrol sesuai dengan program WHO untuk eliminasi kusta⁸. Intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan vaksinasi dan *chemoprophylaxis* untuk kusta. Vaksinasi dan *chemoprophylaxis* dapat mencegah penularan kusta pada seseorang yang kontak dengan penderita dalam jangka waktu yang lama dan kontak serumah. Imunisasi dapat diberikan pada penderita kusta untuk menekan keadaan kusta dan penyebarannya. Imunisasi dapat diberikan pada penderita kusta yang kontak langsung dan terus menerus terutama yang tinggal di daerah endemis kusta. Imunisasi diberikan dalam menekan penyebaran lebih lanjut, karena kusta dapat ditularkan dalam keadaan lingkungan yang lama dan adanya kontak yang berlangsung lama dan terus menerus⁷.

Klien kusta yang mengikuti kegiatan kelompok swabantu mampu menurunkan tingkat kecacatan yang dialaminya. Kelompok swabantu atau self help group (SHG) merupakan suatu kelompok yang beranggotakan individu-individu yang memiliki permasalahan yang sama baik fisik, psikis, ataupun mental⁹. *Self help group* juga sering disebut dengan *mutual help*, *mutual aid*, atau *support groups*, dan diartikan sebagai suatu kelompok yang saling mendukung satu sama lain¹⁰. Setiap anggota dalam kelompok akan dapat saling bertukar pengalaman serta dukungan bagi anggota lain yang sedang dalam masa transisi dalam kehidupannya misalnya kematian anggota mitra atau keluarga, diagnosis dari penyakit yang mengancam jiwa, terjadinya kondisi kesehatan jangka panjang, hilangnya peran atau pekerjaan⁹. *Self help group* dapat digunakan sebagai suatu terapi diluar dari segi medis¹¹.

Klien kusta yang mengikuti kelompok swabantu juga telah aktif dalam kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta. Adanya KPD ini memberikan kesempatan kepada klien untuk dapat memperbaiki kekurangan yang terjadi, misalnya mengambil langkah aktif dalam menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi, mengakhiri gaya hidup negatif dan mulai hidup dengan cara yang lebih positif mendapatkan sudut pandang atau pemecahan terhadap masalah yang dihadapi⁹. Pengertian KPD pada klien kusta yaitu suatu kelompok yang beranggotakan klien dan individu yang pernah mengalami kusta yang berkumpul untuk saling memberi dukungan satu sama lain terutama dalam usaha pencegahan dan mengurangi kecacatan serta mencari solusi atas persoalan-persoalan yang dihadapi sebagai akibat dari kusta.

KESIMPULAN

Klien kusta yang mengikuti kegiatan kelompok swabantu akan mampu berperilaku adaptif dalam perawatan dirinya sehingga mampu mengurangi derajat kecacatan yang dialaminya. Klien kusta dalam penelitian ini mengalami tingkat kecacatan derajat 1 pada umumnya dan pada kelompok perlakuan sudah aktif mengikuti kegiatan kelompok perawatan diri yang dilakukan di puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. (2006). *Report of The Global Forum on Elimination of Leprosy as a Public health Problems*. Diakses dari http://www.who.org.cds_ntd_2006.4_egn. Tanggal 15 April 2009.
2. Nicholls, PG., Wiens C, and Smith WCS. (2002). Delay in Presentation in the Context of Local Knowledge and Attitude Towards Leprosy: The Results of Qualitative Fieldwork in Paraguay. *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases: Vol. 71, No. 3, pp. 198-209*. Diakses dari <http://www.leprosy-ila.org/leprosyjournal/html/71-3/71-3-03.php> tanggal 30 Desember 2009.
3. Zulkifli. (2003). *Penyakit Kusta dan Masalah Yang Ditimbulkannya*. <http://www.usu.ac.id/digital/library>. Diakses pada 20 Pebruari 2009.
4. Watts, J., (2001). Japanese Leprosy Patients Receive Official Apology. *The Lancet; Jun 2, 2001; 357, 9270*; Diakses dari <http://www.Proquest.com/pqdauto/Nursing and Allied Health Source pg. 1774>. tanggal 5 April 2009.
5. WHO. (2005). *Regional Strategy for Sustaining Leprosy Services and Further Reducing the Burden of Leprosy - 2006-2010*. Diakses dari <http://www.who.org/> tanggal 15 April 2009.
6. Britton, W.J., Diana N J Lockwood. (2004). Leprosy. *The Lancet; Apr 10, 2004; 363, 9416*; Diakses dari ProQuest Nursing & Allied Health Source pg. 1209. Diakses dari <http://www.Proquest.com/pqdauto/Nursing and Allied Health Source>. Tanggal 16 Desember 2009
7. Smith, C., Jan, H.R. (2008). Leprosy Strategy Is About Control, Not Eradication. *The Lancet; Mar 22-Mar 28, 2008; 371, 9617*; Diakses dari <http://www.Proquest.com/pqdauto/Nursing and Allied Health Source pg. 969>. tanggal 15 April 2009.
8. Senior, K. (2009). Stigma, Chemoprophylaxis, And Leprosy Control. *Journal Infection Vol 9, p.10 January 2009*. Diakses dari <http://www.thelancet.com/infection> tanggal 15 April 2009.
9. Nottingham. 2005. What are self help support groups?. [serial online]. <http://www.selfhelp.org.uk/selfhelpgroups.html> [05 September 2012].
10. Ahmadi, K. 2007. What is a Self-Help Group?. [serial online]. <http://psychcentral.com/lib/2007/what-is-a-self-help-group/> [23 maret 2012].
11. Encyclopedia Of Mental Disorders. 2012. Self Help Group. <http://www.minddisorders.com/Py-Z/Self-help-groups.html> [4 November 2012].