



**PERBEDAAN TINGKAT KECACATAN KLIEN KUSTA YANG
AKTIF DAN TIDAK AKTIF MENGIKUTI KEGIATAN
KELOMPOK PERAWATAN DIRI (KPD)
DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

oleh
Frandita Eldiansyah
NIM 112310101014

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**PERBEDAAN TINGKAT KECACATAN KLIEN KUSTA YANG
AKTIF DAN TIDAK AKTIF MENGIKUTI KEGIATAN
KELOMPOK PERAWATAN DIRI (KPD)
DI 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
Frandita Eldiansyah
NIM 112310101014

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

SKRIPSI

**PERBEDAAN TINGKAT KECACATAN KLIEN KUSTA YANG AKTIF
DAN TIDAK AKTIF MENGIKUTI KEGIATAN KELOMPOK
PERAWATAN DIRI (KPD) DI KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Frandita Eldiansyah

NIM 112310101014

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Wantiyah, M. Kep.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Siswoyo, M. Kep.

PERSEMBAHAN

Puji syukur kehadiran Allah SWT., yang selalu memberikan rahmat dan karunia yang tiada terhingga sehingga skripsi ini bisa terselesaikan. Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. orang tua yang saya cintai Ibunda Juwani, Ayahanda Gozali, Ayahanda tiri saya Tukiman, dan adik yang saya sayangi Sandika Septiyan terima kasih atas doa, dukungan, motivasi, dan kasih sayang yang senantiasa selalu diberikan kepada saya untuk meraih cita-cita di masa depan;
2. sahabat yang saya sayangi Adit, Wahyu, Reza, Robi, Andi, dan seluruh angkatan 2011, terima kasih atas bantuan dan dukungan kalian kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi saya;
3. segenap guru SD Bintoro 1 Jember, SMP 2 Jember, SMA 1 Jember, seluruh dosen pengajar terutama Ns. Wantiyah, M. Kep. selaku dosen pembimbing akademik, terimakasih atas motivasi yang diberikan selama ini, dan Ns. Siswoyo, M. Kep., Ns. Latifa Aini S. M. Kep., Sp. Kep. Kom, dan Ns. Nur Widayati, M. N. selaku dosen pembimbing skripsi, terimakasih atas bimbingan yang diberikan selama ini, serta seluruh asisten laboratorium, staf dan karyawan PSIK Universitas Jember, terima kasih atas bantuan dan bimbingannya.

MOTO

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai (dari suatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain. Dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap.
(terjemahan QS. *Alam Nasyrah*, ayat 5-8)*

Bagi manusia ada malaikat-malaikat yang selalu mengikutinya bergiliran, di muka dan di belakangnya, mereka menjaganya atas perintah Allah. Sesungguhnya Allah tidak merubah keadaan sesuatu kaum sehingga mereka merubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri. Dan apabila Allah menghendaki keburukan terhadap sesuatu kaum, maka tak ada yang dapat menolaknya; dan sekali-kali tak ada pelindung bagi mereka selain Dia.
(terjemahan *Qs Ar-Rad*, ayat 11)*

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

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama: Frandita Eldiansyah

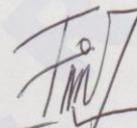
NIM: 11231010114

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah berjudul "*Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember*" yang saya tulis adalah benar-benar hasil karya saya sendiri dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

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

Jember, 18 Juni 2015

Yang menyatakan,



Frandita Eldiansyah

NIM 11231010114

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember” telah di uji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Selasa, 23 Juni 2015

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui,

Pembimbing I



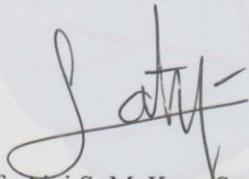
Ns. Wantiyah M. Kep.
NIP 19810712 200604 2 001

Pembimbing II



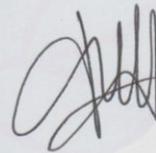
Ns. Siswoyo, M. Kep
NIP 19800412 200604 1 002

Penguji I



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

Penguji II



Ns. Nur Widayati, M. N.
NIP 19810610 200604 2 001

Mengesahkan

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Lantun Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP 19780323 200501 2 002

Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember (*The Difference in Impairment Level of Leprosy Clients who were Active and Inactive participating Self Care Group (SCG) Activities in Jember*)

Frandita Eldiansyah

School of Nursing, The University of Jember

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease caused by Mycobacterium leprae due to problems quite complex involve physical, psychological, social, economic, cultural, and spiritual problems. Physical problems such as impairment experienced by clients leprosy generally occur in the feet, hands, and eyes. Self-care group is a group of leprosy patients who come together to support each other primarily in prevention and reduction disabilities, also to find solutions for problems related to leprosy. The aim of this research was to analyze the difference in impairment levels of leprosy clients who were active and inactive participating Self Care Group (SCG) activities in Jember. This research used historical cohort study. The sampling collection technique used was total sampling involving 44 individuals, divided into 23 active leprosy clients and 21 inactive leprosy clients who participate SCG. Data analysis used Mann Whitney U-test with the significance level of 95% ($\alpha = 0.05$). The research showed that the average value of the active leprosy clients in impairment degree was 0.8, while the impairment degree of the inactive leprosy clients was 2.57. Data analysis showed that there was significant difference in impairment levels of leprosy clients who were active and inactive in participate Self Care Group (SCG) activities in Jember (p value 0.042, $\alpha = 0.05$). Nurses are expected to create new innovations in the implementation of the SCG to increase participation of leprosy client's in the activities of the SCG then the impairment of leprosy client can be prevented and treated.

Keywords: *Leprosy, Impairment levels, Self Care Group (SCG)*

RINGKASAN

Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember; Frandita Eldiansyah, 112310101014; 2015: xx halaman + 184 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Penyakit kusta merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium leprae* yang menimbulkan masalah cukup kompleks baik dari masalah fisik, psikologis, sosial, ekonomi, kultural, dan spiritual. Masalah fisik yang timbul pada klien kusta diakibatkan karena kerusakan atau gangguan terhadap tiga fungsi saraf utama yaitu sensorik, motorik, dan otonom. Salah satu program pemerintah untuk mengurangi kecacatan yang dialami oleh klien kusta adalah Kelompok Perawatan Diri (KPD). KPD merupakan suatu kelompok yang beranggotakan klien yang pernah mengalami kusta yang berkumpul untuk saling memberi dukungan satu sama lain terutama dalam usaha pencegahan dan mengurangi kecacatan serta mencari solusi atau persoalan-persoalan yang dihadapi sebagai akibat dari penyakit kusta.

Hasil studi pendahuluan di Puskesmas Tempurejo dan Puskesmas Jenggawah tercatat 25 anggota KPD Gotong Royong dan 23 anggota KPD Cahaya yang terdaftar sampai pertengahan Maret 2015. Hasil studi pendahuluan menunjukkan bahwa kondisi kecacatan yang dialami anggota KPD umumnya berupa luka/ulkus di kaki dan tangan, kontraktur pada jari tangan, *kaki semper*, *laghophthalmus*, dan mati rasa pada tangan dan kaki. Hasil wawancara pada penanggung jawab program pemberantasan kusta di kedua Puskesmas menunjukkan bahwa dalam setiap pertemuan dalam KPD tidak semua anggota KPD hadir

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menganalisis perbedaan tingkat kecacatan yang dialami klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD di Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *historical cohort study*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling*

dengan jumlah sampel sebanyak 44 orang yang terbagi menjadi klien kusta yang aktif mengikuti KPD sebanyak 23 orang dan klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD sebanyak 21 orang. Analisis data menggunakan *Mann Whitney U-test* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$).

Hasil analisis data menggunakan *Mann Whitney U-test* menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat kecacatan pada klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD di Kabupaten Jember dengan $p\ value = 0,042$ ($p\ value < 0,05$). Hasil penelitian ini menunjukkan klien kusta aktif mengikuti KPD memiliki nilai kecacatan sebesar 0,83 lebih rendah dari pada klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD yaitu sebesar 2,57. Adanya perbedaan tingkat kecacatan pada klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD tidak terlepas dari kegiatan yang dilaksanakan dari KPD dan keaktifan klien kusta dalam mengikuti KPD. Adanya kegiatan KPD berupa pemeriksaan rutin dalam setiap pertemuan KPD, latihan perawatan diri kusta, penyuluhan, diskusi kelompok terkait penyakit kusta, dan latihan/*exercise* untuk melatih tangan, kaki, dan mata (senam kusta) dapat membantu klien kusta dalam mencegah kecacatan yang dialami bertambah parah.

Hasil penelitian ini menyimpulkan KPD bermanfaat untuk membantu klien kusta dalam mencegah dan mengatasi kecacatan. Perawat diharapkan meningkatkan sosialisasi terkait pentingnya KPD kepada klien kusta. Perawat juga diharapkan menciptakan suatu inovasi dan kreatifitas baru dalam pelaksanaan kegiatan KPD seperti pemberian *reward* setiap 6 bulan sekali kepada klien kusta yang aktif dan mampu mengajak anggota KPD lain untuk ikut aktif mengikuti KPD, pertemuan KPD dilaksanakan di rumah anggota secara bergantian, membentuk koperasi simpan pinjam, dan pelatihan keterampilan secara rutin minimal 3 kali setahun. Adanya sosialisasi dan inovasi dalam pelaksanaan kegiatan KPD diharapkan dapat meningkatkan partisipasi dan keaktifan klien kusta dalam kegiatan KPD sehingga kecacatan klien kusta dapat dicegah dan diatasi.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah Swt, karena atas rahmat dan ridho-Nya maka penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember” dengan baik. Skripsi ini disusun sebagai langkah awal untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam mencapai gelar sarjana keperawatan.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan karena skripsi ini dapat penulis selesaikan atas bimbingan dan bantuan dari beberapa pihak, yaitu:

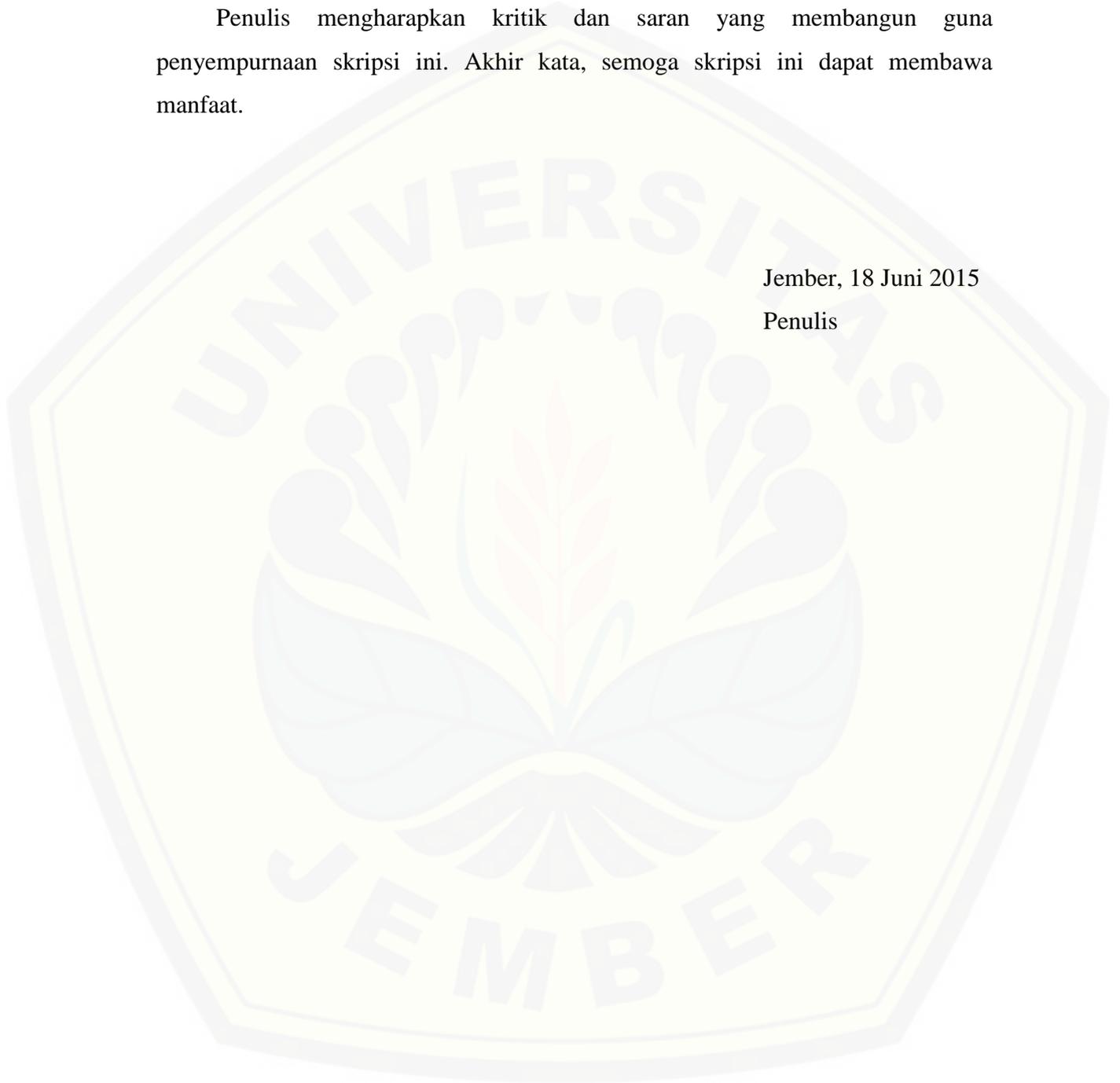
1. Ns. Lantin Sulistyorini, M. Kes., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan;
2. Ns. Wantiyah, M. Kep. selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
3. Ns. Siswoyo, M. Kep. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns. Latifa Aini S. M. Kep., Sp. Kep. Kom. dan Ns. Nur Widayati, M. N. Selaku dosen penguji I dan II yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Ns. Wantiyah, M.Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
6. kedua orang tuaku dan adikku yang selalu mendoakan dan menjadi sumber motivasi, serta semangat demi terselesaikannya skripsi ini;
7. Robi, Wahyu, Reza, Andi, dan Adit terima kasih atas dukungan dan waktunya untuk mendengar keluh kesah selama saya penyusunan skripsi ini;

8. teman-teman seluruh angkatan khususnya angkatan 2011 yang selalu memberikan dukungan dan saran selama penyusunan skripsi ini;
9. serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna penyempurnaan skripsi ini. Akhir kata, semoga skripsi ini dapat membawa manfaat.

Jember, 18 Juni 2015

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PEMBIMBINGAN	iii
LEMBAR PERSEMBAHAN	iv
MOTO	v
LEMBAR PERNYATAAN	vi
LEMBAR PENGESAHAN	vii
ABSTRAK	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	12
1.3 Tujuan Penelitian	12
1.3.1 Tujuan Umum	12
1.3.2 Tujuan Khusus	12
1.4 Manfaat Penelitian	13
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti	13
1.4.2 Manfaat Bagi Instansi Pendidikan.....	13
1.4.3 Manfaat Bagi Instansi Kesehatan	13
1.4.4 Manfaat Bagi Keperawatan	14
1.4.5 Manfaat Bagi Masyarakat	14

1.5 Keaslian Penelitian.....	14
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	16
2.1 Kusta	16
2.1.1 Definisi Kusta	16
2.1.2 Etiologi Kusta.....	17
2.1.3 Klasifikasi Kusta.....	18
2.1.4 Tanda Gejala Kusta.....	23
2.1.5 Pengobatan Kusta	25
2.2 Kecacatan Kusta	27
2.2.1 Kecacatan Pada Klien Kusta.....	27
2.2.2 Patogenesis Kecacatan	27
2.2.3 Derajat Cacat Kusta	30
2.2.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecacatan	33
2.2.5 Upaya Pencegahan Cacat Kusta	40
2.3 Kelompok Perawatan Diri (KPD)	44
2.3.1 Definisi KPD.....	44
2.3.2 Tujuan KPD	44
2.3.3 Prinsip KPD	46
2.3.4 Manfaat KPD	46
2.3.5 Pelaksanaan KPD.....	47
2.3.6 Peran Perawat dalam KPD.....	53
2.4 Perbedaan Tingkat Kecacatan yang Dialami Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti KPD	55
2.5 Kerangka Teori	62
BAB 3. KERANGKA KONSEP	63
3.1 Kerangka Konseptual.....	63
3.2 Hipotesis Penelitian.....	64
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	65
4.1 Desain Penelitian.....	65
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	66
4.2.1 Populasi Penelitian	66

4.2.2 Sampel Penelitian	67
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel	67
4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian	68
4.3 Lokasi Penelitian.....	69
4.4 Waktu Penelitian.....	69
4.5 Definisi Operasional.....	69
4.6 Pengumpulan Data.....	72
4.6.1 Sumber Data	72
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data.....	73
4.6.3 Alat Pengumpulan Data	75
4.6.4 Uji Validitas dan Realibilitas	77
4.7 Rencana Pengolahan Data	78
4.7.1 <i>Editing</i>	78
4.7.2 <i>Coding</i>	78
4.7.3 <i>Processing/entry</i>	80
4.7.4 <i>Cleaning</i>	81
4.8 Rencana Analisa Data.....	81
4.8.1 Analisis Univariat	81
4.8.2 Analisis Bivariat	82
4.9 Etika penelitian	85
4.9.1 <i>Informed Consent</i>	85
4.9.2 Kerahasiaan.....	86
4.9.3 Keanoniman	86
4.9.4 Keadilan dan Keterbukaan	87
BAB 5 PEMBAHASAN	88
5.1 Gambaran Hasil Penelitian.....	88
5.2 Hasil Penelitian.....	89
5.2.1 Karakteristik Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Kabupaten Jember	89
5.2.2 Keaktifan Klien Kusta Mengikuti Kegiatan KPD di Kabupaten Jember	94

5.2.3 Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Kabupaten Jember.....	94
5.2.4 Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti KPD di Kabupaten Jember.....	96
5.3 Pembahasan.....	96
5.3.1 Karakteristik Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Kabupaten Jember.....	97
5.3.2 Keaktifan Klien Kusta Mengikuti Kegiatan KPD di Kabupaten Jember.....	105
5.3.3 Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Kabupaten Jember.....	107
5.3.4 Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti KPD di Kabupaten Jember.....	112
5.4 Keterbatasan Penelitian	120
5.5 Implikasi Keperawatan	121
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	122
6.1 Kesimpulan	122
6.2 Saran	123
DAFTAR PUSTAKA	126
LAMPIRAN.....	132

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Patogenesis Kusta.....	28
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	62
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	63
Gambar 4.1 Desain Penelitian <i>Historical Cohort Study</i> atau <i>Non-Concurrent Prospective Study</i>	66

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	15
Tabel 2.1 Tanda Utama Kusta pada Tipe MB dan PB.....	21
Tabel 2.2 Tanda Lain Untuk Klasifikasi Kusta.....	22
Tabel 2.3 Klasifikasi Kusta PB dan MB menurut P2MPLP	23
Tabel 2.4 Pengobatan Penyakit Kusta Tipe PB (<i>Pausibacillary</i>)	25
Tabel 2.5 Pengobatan Penyakit Kusta Tipe MB (<i>Multibacillary</i>)	25
Tabel 2.6 Tingkat Kecacatan Kusta menurut Kemenkes RI (2012)	31
Tabel 4.1 Definisi Operasional	71
Tabel 4.2 Hasil Uji Normalitas Data Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti KPD	83
Tabel 4.3 Hasil Uji Homogenitas Data Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti KPD	84
Tabel 5.1 Distribusi Berdasarkan Usia Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2015 (n=44)	89
Tabel 5.2 Distribusi Berdasarkan Lama Mengalami Kusta dan Lama Mengikuti KPD Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2015 (n=44)	90
Tabel 5.3 Distribusi Karakteristik Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD Di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember 2015 Berdasarkan Jenis Kelamin, Status Pernikahan, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Kepemilikan Asuransi, Tipe Kusta, dan Pelaksanaan Pengobatan Rutin (n=44)	92
Tabel 5.4 Distribusi Keaktifan Klien Kusta Dalam Mengikuti Kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Selama Maret 2014-Maret 2015 (n=44)	94

Tabel 5.5 Distribusi Tingkat Kecacatan Klien Kusta Menurut Kemenkes RI Pada Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2015 (n=44)	94
Tabel 5.6 Distribusi Tingkat Kecacatan menurut EHF Score Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2015 (n=44)	95
Tabel 5.7 Distribusi Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2015 (n=44)	96

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i>	133
B. Lembar <i>Consent</i>	134
C. Lembar Observasi Tingkat Kecacatan.....	135
D. Lembar SOP Tingkat Kecacatan Kusta.....	140
E. Lembar Daftar Kehadiran Anggota KPD	149
F. Rekapitulasi Hasil Pemeriksaan Tingkat Kecacatan	153
G. Rincian Waktu Penelitian.....	155
H. Hasil Penelitian	156
I. Dokumentasi Penelitian	165
J. Surat Kelayakan untuk Melakukan Pemeriksaan Kecacatan	166
K. Surat Rekomendasi Penelitian.....	168
L. Lembar Bimbingan Skripsi.....	180

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kusta merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium leprae*. *Mycobacterium leprae* merupakan parasit obligat intraseluler yang terdapat pada sel makrofag di sekitar pembuluh darah superfisial pada dermis atau sel schwann di jaringan saraf (Sjamsoe, 2003). Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah cukup kompleks baik dari masalah fisik, psikologis, sosial, ekonomi, kultural, dan spiritual. Masalah fisik yang timbul pada pengidap kusta diakibatkan karena kerusakan atau gangguan terhadap tiga fungsi saraf utama yaitu sensorik (gangguan sensibilitas berupa anastesi), motorik (kelumpuhan otot), dan otonom (kulit kering akibat hilangnya fungsi kelenjar keringat dan kelenjar lemak) (Sjamsoe, 2003).

Masalah fisik berupa kecacatan yang dialami klien kusta umumnya terjadi pada kaki, tangan, dan mata. Kecacatan pada klien kusta umumnya diawali dengan adanya kerusakan saraf yang menyebabkan terjadinya anastesi pada telapak tangan dan kaki, kekeringan pada kulit, dan kelemahan otot. Ketiga hal tersebut umumnya tidak disadari dan cenderung diabaikan oleh klien kusta. Hal ini sesuai penelitian yang dilakukan oleh Susanto (2010), klien kusta cenderung tidak menggunakan jasa pelayanan kesehatan karena kurangnya informasi dan keyakinan klien tentang sakit. Sikap tersebut mengakibatkan masalah fisik pada

klien kusta salah satunya ulkus plantar. Ulkus plantar umumnya terjadi pada 30% klien kusta dan sebagian besar terjadi pada telapak kaki bagian depan karena sebagian besar beban tubuh terpusat pada bagian tersebut (Halim & Menaldi, 2010). Masalah fisik lain yang dialami klien kusta di masyarakat yaitu adanya *lagophthalmos*, mutilasi, absorpsi, kebutaan, kelainan fisik, jari keriting (*claw hand*), kaki semper, dan infeksi sekunder pada luka yang dialami (Susanto, 2010). Kecacatan tersebut dapat menimbulkan stigma buruk dan menyebabkan para penyandang cacat kusta dijauhi, dikucilkan, diabaikan oleh keluarga, serta sulit mendapatkan pekerjaan (Susanto, 2010).

Keparahan yang dialami oleh klien kusta umumnya ditentukan oleh tingkat kecacatan yang dialami oleh klien kusta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) (2012) membagi tingkat kecacatan pada klien kusta di masyarakat menjadi tiga tingkatan yaitu tingkat 0, tingkat 1, dan tingkat 2. Klien kusta dengan kecacatan tingkat 0 merupakan klien kusta yang belum menunjukkan tanda kecacatan. Klien kusta dengan kecacatan tingkat 1 merupakan klien kusta yang telah mengalami gangguan sensorik yang biasanya ditandai dengan adanya kelemahan otot dan hilangnya rasa raba (anestesi) pada telapak tangan dan kaki. Klien kusta dengan kecacatan tingkat 2 merupakan klien kusta yang telah mengalami gangguan pada fungsi mata, tangan, dan kaki yang ditandai dengan adanya *lagophthalmos*, gangguan penglihatan atau kebutaan, luka/ulkus, dan deformitas pada kaki dan tangan (Kemenkes RI, 2012).

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa dari 103 negara dari 5 wilayah WHO (Amerika, Afrika, Mediterania Timur, Asia Tenggara, dan

Pasifik Barat) pada tahun 2013, jumlah pengidap kusta pada tahun 2013 sebanyak 215.656 orang sedangkan pada awal tahun 2014 menurun menjadi sebanyak 180.618 orang (*Weekly Epidemiological Report WHO*, 2014). Dari 5 wilayah yang disoroti oleh WHO, wilayah Asia Tenggara merupakan wilayah dengan jumlah pengidap kusta terbanyak tahun 2013 yaitu sebanyak 155.385 orang. Jumlah tersebut diikuti dengan angka kecacatan tingkat 2 pada tahun 2013 sebanyak 7.964 kasus menurun dari tahun 2012 sebanyak 8.012 kasus (*Weekly Epidemiological Report WHO*, 2014).

Angka kejadian kusta di Indonesia pada tahun 2013 sebanyak 16.856 kasus baru kusta lebih rendah dibandingkan tahun 2012 yang sebesar 18.994 kasus. Angka tersebut menunjukkan bahwa terjadi penurunan angka kejadian kusta di Indonesia. Penurunan jumlah kejadian kusta tersebut tidak diikuti dengan penurunan peringkat Indonesia sebagai negara dengan penyumbang kusta terbanyak ketiga di dunia (*Weekly Epidemiological Report WHO*, 2014). Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) tahun 2013, angka kejadian tersebut diikuti dengan proporsi cacat tingkat 2 di Indonesia pada tahun 2012 yaitu sebesar 5,8% (Kemenkes RI, 2013). Kecacatan tingkat 2 pada klien kusta di Indonesia semakin menurun dari sebesar 8,71 per 1 juta penduduk pada tahun 2012 menjadi 6,82 per 1 juta penduduk pada tahun 2013 (Kemenkes RI, 2014).

Provinsi Jawa Timur merupakan provinsi yang termasuk dalam 14 provinsi di Indonesia yang memiliki beban kusta tinggi dengan *Case Detection Rate* (CDR) sebesar 10,80% per 100.000 penduduk. Provinsi Jawa Timur merupakan

provinsi dengan jumlah klien kusta terbanyak pada tahun 2013 yaitu sebanyak 4.132 pengidap kusta (24,5% dari jumlah pengidap kusta di Indonesia) yang terdiri dari 530 pengidap kusta tipe *Paucibacillary* (PB) dan 3.602 pengidap kusta tipe *Multibacillary* (MB). Provinsi Jawa Timur juga memiliki jumlah pengidap kusta dengan kecacatan tingkat 2 sebanyak 521 pengidap kusta (12,6%) (Kemenkes RI, 2014). Angka kecacatan tingkat 2 tersebut meningkat dibanding tahun 2012 yaitu sebesar 13,95% (499 kasus) (Kemenkes RI, 2013). Peningkatan angka cacat tingkat 2 tersebut juga diimbangi dengan naiknya peringkat Provinsi Jawa Timur ke peringkat 8 sebagai provinsi dengan persentase kecacatan tertinggi di Indonesia (Kemenkes RI, 2014).

Kabupaten Jember merupakan salah satu kabupaten di Jawa Timur yang masuk sepuluh besar kabupaten dengan jumlah kejadian kusta terbanyak. Kabupaten Jember menempati peringkat 4 kejadian kusta terbanyak di Jawa Timur di bawah Kabupaten Sampang, Sumenep, dan Bangkalan (Dinkes Jatim, 2013). Kabupaten Jember terdiri dari 31 kecamatan dengan jumlah warga Kabupaten Jember yang terdeteksi mengalami kusta pada tahun 2012 sebanyak 373 orang. Proporsi cacat tingkat 2 di Kabupaten Jember pada tahun 2012 masih cukup tinggi yaitu sebesar 19,84% (76 kasus) dan jumlah tersebut menempatkan Kabupaten Jember di peringkat ke 9 proporsi cacat tingkat 2 terbanyak di Provinsi Jawa Timur (Dinkes Jatim, 2013). Kabupaten Jember merupakan kabupaten yang kondisi kasus kustanya sangat mengkhawatirkan karena termasuk dalam kategori warna kuning atau sedang dalam kasus kusta dan tingkat kecacatan klien kusta yang masih tinggi sehingga perlu dilakukan penanganan dan pencegahan yang

tepat agar angka kejadian kasus kusta di Jember tidak semakin meningkat (Dinkes Jatim, 2013).

Wilayah Jenggawah dan Tempurejo merupakan wilayah yang termasuk di dalam sepuluh besar wilayah dengan kasus kusta tertinggi serta menjadi wilayah yang telah mencanangkan program untuk mengatasi masalah kecacatan akibat kusta yaitu melalui adanya Kelompok Perawatan Diri (KPD). Data yang didapatkan dari Puskesmas Jenggawah, tercatat selama tahun 2012-2014 terdapat 25 kasus kusta. Data Puskesmas Jenggawah tahun 2014 tercatat ada 9 kasus baru yang terdiri dari 7 klien dengan kusta MB dan 2 klien dengan kusta PB. Kesembilan klien kusta tersebut mengalami kecacatan yaitu satu klien mengalami cacat tingkat 1, dan delapan klien mengalami cacat tingkat 0. Data Puskesmas Jenggawah sampai pertengahan Maret 2015, tercatat tiga kasus baru kusta tipe MB dengan keadaan dua klien mengalami cacat tingkat 1 dan satu klien mengalami cacat tingkat 0.

Data yang didapatkan dari Puskesmas Tempurejo tercatat selama 2012-2014 terdapat 21 kasus kusta. Pada tahun 2014 terdapat 9 kasus baru yang terdiri dari 6 klien dengan kusta MB dan 3 klien dengan kusta PB. Kesembilan klien tersebut mengalami kecacatan yaitu lima klien mengalami cacat tingkat 2, satu klien mengalami cacat tingkat 1, dan tiga klien mengalami cacat tingkat 0. Data Puskesmas Tempurejo sampai pertengahan Maret 2015, tercatat satu kasus baru kusta tipe MB yang mengalami cacat tingkat 0.

Kecacatan yang dialami klien kusta diawali dengan masuknya basil *Mycobacterium leprae* ke dalam tubuh. Kuman kusta di dalam tubuh berpindah ke

dalam jaringan saraf dan memasuki sel schwann. Kuman kusta dapat ditemukan di dalam makrofag, sel-sel otot, dan sel-sel endotel pembuluh darah (*Directorat General of Health Services*, 2009). Kuman kusta akan merusak fungsi saraf sensorik, fungsi saraf motorik maupun saraf otonom apabila tidak dilakukan pengobatan dan penanganan secara dini. Kerusakan fungsi saraf tersebut pada akhirnya menimbulkan adanya tanda gejala kecacatan pada klien kusta (Putra, 2008).

Kerusakan saraf yang dialami klien kusta dibagi menjadi 3 tingkat kerusakan yaitu *stage of involvement*, *stage of damage*, dan *stage of destruction*. Tahap pertama (*stage of involvement*) kerusakan saraf yang dialami klien kusta ditandai dengan penebalan saraf, mungkin disertai nyeri tekan dan nyeri spontan pada saraf perifer tersebut, tetapi belum disertai gangguan fungsi saraf, misalnya anastesi atau kelemahan otot. Tahap kedua kerusakan saraf pada klien kusta adalah *stage of damage*. Pada tahap ini saraf telah rusak dan fungsi saraf tersebut telah terganggu. Diagnosis tahap ini ditegakkan apabila saraf telah mengalami paralisis yang tidak lengkap dan saraf batang tubuh telah mengalami paralisis lengkap lebih dari 6-9 bulan. Pengobatan secara dini pada tahap ini akan menghindarkan klien kusta dari kerusakan saraf secara permanen. Tahap ketiga kerusakan saraf pada klien kusta adalah *stage of destruction*. Pada tahap ini saraf telah rusak secara lengkap. Diagnosis pada tahap ini ditegakkan bila kerusakan atau paralisis saraf secara lengkap lebih dari satu tahun. Pada tahap ini, kerusakan saraf yang dialami tidak dapat diperbaiki meskipun diberikan pengobatan. (Srinivasan dalam Sjamsoe, 2003).

Salah satu program pemerintah untuk mengurangi kecacatan yang dialami oleh klien kusta adalah dengan membentuk suatu kelompok untuk rehabilitasi kusta yang disebut Kelompok Perawatan Diri (KPD). KPD merupakan salah satu solusi untuk mengatasi permasalahan kecacatan dan masalah sosial ekonomi pada klien kusta. KPD pada klien kusta diartikan sebagai suatu kelompok yang beranggotakan klien yang pernah mengalami kusta yang berkumpul untuk saling memberi dukungan satu sama lain terutama dalam usaha pencegahan dan mengurangi kecacatan serta mencari solusi atau persoalan-persoalan yang dihadapi sebagai akibat dari kusta (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health, 2006*).

KPD bertujuan untuk mengurangi atau mencegah bertambahnya kecacatan melalui dukungan kelompok, diskusi, dan perawatan diri (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health, 2006*). KPD memiliki banyak manfaat bagi klien kusta yaitu meningkatkan pemahaman klien kusta tentang perawatan diri, mencegah dan mengurangi kecacatan klien kusta melalui aktivitas perawatan diri yang diajarkan di KPD, dan meningkatkan rasa kepercayaan diri dan kemampuan sosial klien kusta sehingga mengurangi mengurangi risiko isolasi sosial pada klien kusta (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health, 2006*). Keuntungan yang didapatkan dengan adanya KPD dikarenakan adanya kegiatan perawatan diri (merendam, menggosok dan mengoles), latihan/*exercise*, saling bertukar pengalaman tentang bagaimana tata cara perawatan diri di rumah dan bagaimana mereka mengatasi masalah lain seperti masalah kehidupan sosial (Arief, 2008).

Provinsi Jawa Timur telah mendirikan KPD di 14 kabupaten salah satunya terdapat di Kabupaten Jember. Data dari dinas Kabupaten Jember pada wilayah Kabupaten Jember memiliki 2 KPD yaitu KPD Cahaya di wilayah Jenggawah dan KPD Gotong Royong di wilayah Tempurejo. Hasil studi pendahuluan di Puskesmas Tempurejo dan Puskesmas Jenggawah tercatat 25 anggota KPD Gotong Royong dan 23 anggota KPD Cahaya yang terdaftar sampai pertengahan Maret 2015. Pembentukan KPD yang ada ditujukan untuk menyukseskan upaya eliminasi kecacatan kusta dan menghilangkan stigma tentang kusta dan dampak yang ditimbulkan secara fisik, psikologis, maupun ekonomi (Cahyani, 2014).

Hasil wawancara pada ketua KPD Gotong Royong dan KPD Cahaya menunjukkan banyak manfaat yang dirasakan dari keikutsertaan dalam kegiatan KPD. Manfaat yang dirasakan adalah mendapatkan keterampilan perawatan diri dan perawatan luka secara tepat, keterampilan senam kusta untuk mencegah kekakuan pada jari tangan dan kaki, mendapatkan bantuan sandal khusus dan sarung tangan untuk mencegah luka dalam kegiatan sehari-hari, dan juga mendapatkan pengetahuan yang luas mengenai penyakit kusta baik pencegahan, pengobatan, dan perawatannya. Manfaat lain yang dirasakan adalah dapat saling bertukar pendapat mengenai masalah yang dialami sehingga dapat termotivasi untuk membantu tetangga atau saudara yang mengalami masalah yang sama.

Keaktifan mengikuti KPD akan meningkatkan kemampuan klien kusta dalam melakukan aktivitas perawatan diri. Kata aktif menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2008) diartikan sebagai suatu sikap giat atau rajin dalam melakukan suatu hal. Peningkatan kemampuan aktivitas perawatan diri klien kusta

yang aktif mengikuti KPD ditunjukkan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Pribadi (2012). Penelitian yang dilakukan Pribadi (2012) mendapatkan hasil bahwa dari 2 KPD yang terdapat di Kabupaten Jember terdapat 20 klien yang aktif mengikuti KPD dan 20 klien yang tidak aktif mengikuti KPD. Klien yang aktif mengikuti KPD, 75% klien memiliki aktivitas perawatan diri yang baik dan 25% memiliki aktivitas perawatan diri yang kurang baik sedangkan klien yang tidak aktif mengikuti kegiatan KPD sebanyak 40% memiliki aktivitas perawatan diri yang baik dan 60% memiliki aktivitas perawatan diri yang kurang baik.

Aktivitas perawatan diri yang baik akan mempengaruhi kecacatan yang dialami oleh klien kusta. Adanya perawatan diri yang baik pada pasien kusta tanpa kecacatan maupun pada pasien dengan kecacatan kusta akan mampu mencegah atau mengurangi kecacatan pada pasien kusta dan mencari solusi untuk persoalan yang mereka hadapi. Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian Madyarti *et al* (2012) yang mendapatkan data bahwa ada hubungan antara perawatan diri dengan kecacatan kusta ($p = 0,041$). Penelitian Susanto (2006) juga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara perawatan diri dengan kecacatan kusta ($p = 0,000$).

Hasil wawancara pada penanggung jawab program pemberantasan kusta di Puskesmas Tempurejo dan Puskesmas Jenggawah menunjukkan beberapa klien kusta yang sering mengikuti setiap kegiatan KPD memiliki keterampilan perawatan diri yang baik dan juga memiliki kepercayaan diri yang baik. Klien kusta juga mendapatkan keterampilan senam kusta untuk mencegah kontraktur pada jari tangan dan kakinya dan sandal khusus pengidap kusta sarung tangan

untuk mencegah timbulnya luka dalam aktivitas sehari-hari. Hasil wawancara di Puskesmas Tempurejo didapatkan data bahwa beberapa klien yang jarang mengikuti KPD mengalami ulkus pada kaki yang tidak kunjung sembuh dan terdapat beberapa klien kusta mengalami kontraktur pada tangan dan kakinya.

Keikutsertaan klien kusta dalam KPD juga akan membantu mengatasi salah satu masalah kecacatan fisik yang dialami oleh klien kusta yaitu luka (ulkus). Luka yang dialami klien kusta umumnya berupa ulkus plantar (Halim & Menaldi, 2010). Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian Ebenso dkk. (2009) yang berjudul *Self Care Groups and Ulcer Prevention in Okegala, Nigeria* yang mendapatkan data bahwa 18 dari 24 anggota *Self Care Group* (SCG) yang mengalami luka saat pertama kali mengikuti kegiatan SCG mengalami perubahan dalam luka yang dialaminya. Selama 4 tahun penelitian, sebanyak 13 (72, 2%) dari 18 anggota menyatakan bahwa lukanya sembuh setelah mengikuti kegiatan SCG sedangkan 5 orang lainnya (27,8%) menyatakan lukanya tidak sembuh. Anggota SCG menjelaskan bahwa mereka dapat mencegah timbulnya luka yang lebih efektif, mampu melakukan perawatan luka sederhana saat terjadi luka, dan menyembuhkan luka dengan cepat secara mandiri dengan dukungan kelompok tanpa harus dirujuk ke rumah sakit.

Penelitian Gidado dkk (2010) juga menunjukkan bahwa keikutsertaan dalam KPD bermanfaat untuk mengatasi permasalahan kecacatan terutama yang berupa luka yang dialami oleh klien kusta. Gidado dkk. (2010) mengumpulkan 26 sampel yang diminta untuk membuat SCG. Enam orang mengalami luka kusta di kaki dan 2 diantaranya mengalami luka di kedua kakinya. Setiap bulannya anggota SCG

membahas mengenai pengalaman mereka dalam mencegah terjadinya luka dan saling memberikan dukungan satu sama lain. Pertemuan tersebut didampingi oleh petugas kesehatan yang memonitor dan mengobservasi klien kusta. Pengamatan dilakukan 6 bulan kemudian dan didapatkan hasil 4 luka (50%) telah sembuh dari 2 orang yang mengalami luka kusta (33,3%). Hasil pengukuran dengan skala *Eye Hand Foot* (EHF) didapatkan data bahwa 2 klien (15%) yang awalnya memiliki skor EHF 1-4 berubah menjadi skor 0 dalam 6 bulan terakhir tersebut.

Hasil studi pendahuluan menunjukkan bahwa anggota KPD yang mengalami kecacatan baik di wilayah Puskesmas Tempurejo dan Puskesmas Jenggawah. Kecacatan yang dialami oleh anggota KPD umumnya berupa luka/ulkus di kaki, kontraktur pada jari tangan, *kaki semper*, *laghophthalmus*, dan mati rasa pada tangan dan kaki. Kecacatan yang dialami anggota KPD tersebut tidak lepas dari faktor keaktifan anggota dalam mengikuti setiap pertemuan dan kegiatan dalam KPD. Hasil wawancara pada penanggung jawab program pemberantasan kusta di Puskesmas Tempurejo dan Puskesmas Jenggawah menunjukkan bahwa dalam setiap pertemuan dalam KPD tidak semua anggota KPD hadir. Faktor tersebutlah yang diduga dapat menyebabkan masih banyaknya anggota KPD yang mengalami kecacatan dengan kondisi kecacatan yang beragam. Berdasarkan alasan tersebut, peneliti ingin melakukan penelitian mengenai perbedaan tingkat kecacatan yang dialami klien kusta yang aktif dan tidak aktif di dalam mengikuti kegiatan KPD di Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Mengacu pada latar belakang yang telah dijelaskan, maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah apakah ada perbedaan tingkat kecacatan yang dialami klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD di Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menganalisis perbedaan tingkat kecacatan klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD di Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. mengidentifikasi karakteristik klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD di Kabupaten Jember, yang terdiri dari usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, kepemilikan asuransi, tipe kusta, lama mengalami kusta, lama mengikuti KPD, dan pengobatan yang dilakukan;
- b. mengidentifikasi keaktifan klien kusta mengikuti kegiatan KPD di Kabupaten Jember;
- c. mengidentifikasi tingkat kecacatan klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD di Kabupaten Jember;

- d. menganalisis perbedaan tingkat kecacatan klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD di Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah memperoleh pengetahuan dan wawasan mengenai perbedaan tingkat kecacatan yang dialami oleh klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD di Kabupaten Jember.

1.4.2 Manfaat Bagi Instansi Pendidikan

Manfaat yang bisa diperoleh bagi instansi pendidikan adalah sebagai tambahan referensi dan pengembangan penelitian tentang kusta, serta sebagai pedoman untuk melakukan intervensi pada keperawatan komunitas khususnya dalam hal pencegahan terjadinya kecacatan akibat penyakit kusta, khususnya dalam hal perawatan mata, tangan, dan kaki.

1.4.3 Manfaat bagi Instansi Kesehatan

Manfaat yang diperoleh bagi instansi kesehatan khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten Jember adalah data dan hasil yang didapatkan dapat dijadikan bahan acuan untuk membuat kebijakan dalam meningkatkan penanganan dalam mengurangi angka terjadinya kecacatan pada klien kusta. Bagi puskesmas, hasil dari penelitian ini dapat dijadikan acuan atau bahan evaluasi

untuk tenaga kesehatan yang bertanggung jawab mengelola KPD untuk mengurangi angka kejadian kecacatan pada klien kusta.

1.4.4 Manfaat bagi Keperawatan

Manfaat penelitian ini bagi keperawatan yaitu hasil penelitian diharapkan dapat memberikan tambahan wawasan dan pengetahuan terhadap bidang ilmu keperawatan untuk nantinya dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan khususnya dalam prevensi primer, sekunder, dan tersier di wilayah komunitas klien kusta .

1.4.5 Manfaat bagi Masyarakat

Manfaat yang bisa diperoleh bagi masyarakat adalah sebagai tambahan wawasan, pengetahuan, dan sumber informasi baru mengenai pentingnya kegiatan KPD.

1.5 Keaslian Penelitian

Sejauh yang peneliti ketahui, belum ada penelitian yang meneliti tentang perbedaan tingkat kecacatan terhadap keaktifan mengikuti kegiatan KPD pada klien kusta. Penelitian sebelumnya yang mendasari peneliti melakukan penelitian ini adalah penelitian yang berjudul “Perbedaan Aktivitas Perawatan Diri Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember” yang dilakukan oleh Dian Wahyu Pribadi. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti memiliki beberapa persamaan yaitu tempat penelitian dan

metode pengambilan sampel penelitian. Penelitian yang dilakukan peneliti memiliki beberapa perbedaan dengan penelitian sebelumnya. Perbedaan tersebut dapat dilihat dalam tabel berikut ini.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Perbedaan	Penelitian sebelumnya	Penelitian sekarang
1	Judul	Perbedaan Aktivitas Perawatan Diri Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember	Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember
2	Peneliti	Dian Wahyu Pribadi	Frandita Eldiansyah
3	Tahun penelitian	2013	2015
4	Sampel penelitian	40 orang	44 orang
5	Alat pengumpulan data	Kuisioner aktivitas perawatan diri	Lembar observasi tingkat kecacatan kusta

BAB 2 TINJAUAN TEORI

2.1 Kusta

2.1.1 Definisi Kusta

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi kemudian dapat menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernafasan bagian atas, sistem retikuloendotelial, mata, otot, tulang, dan testis (Harahap, 2000). Kusta merupakan penyakit infeksi yang sifatnya kronik progresif dan mula-mula menyerang saraf tepi kemudian terdapat manifestasi pada kulit (Siregar, 2004). Orang yang terinfeksi kuman kusta dapat asimtomatik, namun pada sebagian kecil memperlihatkan gejala dan mempunyai kecenderungan untuk menjadi cacat, khususnya pada tangan dan kaki (Sjamsoe, 2003).

Penyakit kusta dapat menyerang semua orang. Laki-laki lebih banyak terkena dibandingkan dengan wanita dengan perbandingan 2:1, walaupun ada beberapa daerah yang menunjukkan insiden hampir sama bahkan ada yang menunjukkan pengidap kusta wanita lebih banyak. Penyakit kusta ini juga dapat mengenai semua umur, namun sangat jarang terjadi pada umur yang sangat muda dan di atas 70 tahun (Harahap, 2000). Penyakit kusta dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi. Hal ini terbukti di negara-negara di Eropa. Adanya peningkatan sosial ekonomi akan menurunkan kejadian kusta bahkan sampai hilang (Kemenkes RI, 2012).

2.1.2 Etiologi Kusta

Penyakit kusta disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*). Secara umum bakteri ini memiliki kriteria sebagai berikut (Harahap, 2000):

- a. memiliki bentuk *pleomorf* lurus, batang panjang, dan sisi paralel dengan kedua ujung bulat;
- b. memiliki ukuran 0,3-0,5 x 1-8 mikron;
- c. basil ini berbentuk batang gram positif, tidak bergerak, dan tidak berspora;
- d. berkembang biak secara perlahan dengan cara *binary fision* yang membutuhkan waktu 11-13 hari;
- e. merupakan basil obligat intraseluler yang terutama dapat berkembang biak di dalam sel schwann saraf dan makrofag kulit;
- f. memiliki sifat tahan asam, namun dapat diekstraksi oleh piridin (sifat khas *M. leprae*);
- g. merupakan salah satu parasit intraseluler obligat yang tidak dapat dibiakkan pada media buatan;
- h. dapat bertahan hidup di luar *hospes*/sekret kering selama 7-9 hari dengan temperatur yang bervariasi atau 46 hari pada temperatur kamar;
- i. ekstrak terlarut dan preparatnya mengandung komponen yang stabil dengan aktivitas imunologis yang khas yaitu uji kulit positif pada klien kusta *tuberkuloid* dan negatif pada klien kusta *lepromatous*.

Waktu pembelahan *Mycobacterium leprae* sangat lama yaitu 2-3 minggu (Kemenkes RI, 2012). Kuman kusta mengalami pertumbuhan optimal *in vivo* di tikus pada suhu 27-30 °C. Kuman kusta mempunyai masa inkubasi rata-rata 2-5

tahun, akan tetapi dapat juga bertahun-tahun. Penularan terjadi ketika *Mycobacterium leprae* yang utuh (hidup) keluar dari tubuh risiko dan masuk ke dalam tubuh orang lain.

Secara teoritis penularan ini dapat terjadi dengan cara kontak yang lama dengan klien terutama klien kusta tipe *Multibacillary* (MB) kecuali apabila sudah berobat teratur. Fakta klinis dan laboratorium membuktikan bahwa infektivitas penyakit ini hilang dalam waktu 3 bulan melalui pengobatan berkelanjutan dan teratur dengan menggunakan Dapsone (DDS) atau *clofasimine* dalam waktu 3 hari dengan menggunakan rifampisin (Chin, 2006). Beberapa faktor penularan seperti bersin, sekret yang terinfeksi bakteri kusta, dan juga bekas tanah yang pernah bersentuhan dengan klien kusta dapat juga menjadi salah satu faktor penularan. Penularan kusta juga dipengaruhi oleh keadaan sistem imun individu, karena sistem imun merupakan sistem pertahanan tubuh manusia terhadap serangan penyakit dari luar (Mansjoer et al, 2000).

2.1.3 Klasifikasi Kusta

Penyakit kusta dibagi menjadi 5 kelompok yang didasarkan pada klasifikasi menurut Ridley dan Jopling (Harahap, 2000). Kusta dibedakan menjadi tipe *tuberkuloid* (TT), *borderline tuberculoid* (BT), *mid borderline* (BB), *borderline lepromatous* (BL), dan *lepromatosa* (LL). Klasifikasi ini didasarkan pada gambaran klinik, bakteriologik, histopatologik, dan imunologik.

a. *Tuberkuloid* (TT)

Lesi yang terjadi pada jenis ini biasanya mengenai kulit atau saraf. Lesi kulit bisa berjumlah satu atau lebih. Ukuran lesi ini umumnya 3-30 cm. Lesi kulit dapat berupa makula, plak, dengan batas jelas, dan biasanya pada bagian tengah ditemukan lesi yang regresif atau *central healing*. Permukaan lesi dapat berupa sisik, dengan bagian tepi meninggi dan dapat menyerupai gambaran *psoriasis*. Lesi pada tipe ini dapat disertai dengan penebalan saraf perifer yang biasanya teraba, kelemahan, dan adanya rasa gatal. Kusta dengan tipe TT ini dapat menyebabkan kecacatan pada klien kusta (Harahap, 2000).

b. *Borderline tuberculoid* (BT)

Kusta tipe BT ini, lesi biasanya berupa makula anastetis yang disertai dengan lesi satelit dipinggirnya dengan jumlah lesi satu atau beberapa. Lesi satelit tersebut biasanya terletak dekat dengan bagian saraf perifer menebal. Gambaran hipopigmentasi, kekeringan kulit atau skuama tidak jelas pada tipe ini. Gangguan saraf yang terjadi juga tidak seberat dengan tipe *tuberkuloid* dan biasanya asimetris (Harahap, 2000).

c. *Mid borderline* (BB)

Tipe ini merupakan tipe yang paling tidak stabil. Tipe ini jarang dijumpai pada klien kusta. Lesi yang terjadi pada tipe ini biasanya berbentuk makula infiltrat dengan permukaan lesi mengkilat. Batas lesi pada tipe ini kurang jelas dengan jumlah lesi yang melebihi tipe BT dan cenderung simetris. Lesi yang terbentuk sangat bervariasi baik ukuran, bentuk, maupun distribusinya. Ciri khas dari lesi tipe ini adalah adanya lesi *punch out*

(hipopigmentasi yang oval pada bagian tengah dan batas jelas) (Harahap, 2000).

d. *Borderline lepromatous* (BL)

Tipe BL ini memiliki lesi awal yang berbentuk makula dengan jumlahnya sedikit namun cepat menyebar ke seluruh badan. Makula pada tipe ini terlihat lebih jelas dan dengan bentuk yang bervariasi. Meskipun ukurannya masih kecil, kapul dan nodus lebih tegas dengan distribusi lesi yang hampir simetris dan beberapa nodus tampak melekat pada bagian tengah. Lesi bagian tengah pada tipe ini biasanya tampak normal dengan pinggir dalam infiltrat lebih jelas daripada pinggir luarnya serta beberapa plak tampak seperti *punch out*. Pada tipe BL ini dapat dijumpai adanya beberapa tanda kerusakan pada saraf seperti hilangnya sensasi, hipopigmentasi, berkurangnya keringat mulai muncul, gugurnya rambut lebih cepat muncul dibandingkan dengan tipe *lepromatous*, dan terjadi penebalan saraf yang dapat teraba pada tempat predileksi di kulit (Harahap, 2000).

e. *Lepromatosa* (LL)

Tipe ini memiliki lesi yang sangat banyak dibandingkan dengan kusta tipe lainnya. Pada tipe ini, lesi simetrik dengan permukaan yang halus, mengkilat, dan dengan batas yang tidak tegas atau kabur. Pada lesi tipe ini tidak ditemukan gangguan anastesi dan anhidrosis pada stadium dini. Distribusi lesi pada tipe ini memiliki ciri khas yaitu di daerah wajah mengenai dahi, dagu, pelipis, cuping hidung, dan cuping telinga serta pada daerah

badan biasanya mengenai bagian belakang yang dingin, lengan, punggung tangan, dan ekstensor tungkai bawah.

Pada stadium lanjut biasanya akan tampak adanya penebalan kulit yang progresif, garis muka menjadi kasar dan cekung membentuk fasies leonina, dan cuping telinga menebal. Jika keadaan tersebut berlanjut dapat terjadi deformitas pada hidung, pembesaran kelenjar limfe, orkitis yang selanjutnya dapat menjadi atrofi testis. Kerusakan pada saraf dermis dapat menyebabkan gejala yang disebut *stocking and glove anaesthesia*. Kerusakan saraf juga dapat menyebabkan serabut-serabut saraf perifer mengalami degenerasi hialin dan menyebabkan pengecilan otot kaki dan tangan (Harahap, 2000).

Directorat General of Health Services (2009) mengklasifikasikan penyakit kusta menjadi tipe *Multibacillary* (MB) dan tipe *Paucibacillary* (PB). Perbedaan tanda utama kusta pada tipe MB dan PB dapat dilihat pada tabel 2.1 berikut ini:

Tabel 2.1 Tanda Utama Kusta pada Tipe MB dan PB

Tanda Utama	Tipe PB	Tipe MB
lesi kulit	1-5 lesi	6 atau lebih lesi
Penebalan saraf tepi	Hanya 1 saraf	Lebih dari 1 saraf
Kerokan jaringan kulit (<i>Skin smear</i>)	Basil Tahan Asam (BTA) negatif	Basil Tahan Asam (BTA) positif

Sumber : *Directorat General of Health Services* (2009)

Apabila salah satu dari tanda utama MB ditemukan, maka klien diklasifikasikan sebagai kusta MB dengan catatan apabila didapatkan hasil *skin smear* positif maka penyakit kusta digolongkan ke dalam tipe MB tanpa harus memperhatikan jumlah lesi dan penebalan saraf, namun apabila *skin smear* negatif maka digolongkan berdasarkan jumlah lesi dan penebalan saraf. Tanda lain yang dapat

dipertimbangkan dalam penentuan klasifikasi penyakit kusta terdapat pada tabel 2.2 berikut.

Tabel 2.2 Tanda Lain untuk Klasifikasi Kusta

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

Sumber : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2012)

Perbedaan tipe penyakit kusta antara PB dan MB berdasarkan Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (P2MPLP) dijelaskan pada tabel 2.3 di bawah ini.

Tabel 2.3 Klasifikasi Kusta PB dan MB Menurut P2MPLP

No.	Kelainan kulit dan hasil pemeriksaan bakteriologis	Tipe PB	Tipe MB
1	Bercak (makula) a. jumlah b. ukuran c. distribusi d. permukaan e. batas f. gangguan sensibilitas g. kehilangan kemampuan berkeringat, rambut rontok pada bercak	1-5 kecil dan besar unilateral atau bilateral asimetris kering dan kasar tegas selalu ada dan jelas bercak tidak berkeringat, ada bulu rontok pada bercak.	banyak kecil-kecil bilateral, simetris halus, berkilat kurang tegas biasanya tidak jelas, jika ada, terjadi pada yang sudah lanjut. bercak masih berkeringat, bulu tidak rontok
2	Infiltrat a. kulit b. membran mukosa (hidung tersumbat pendarahan di hidung)	tidak ada tidak pernah ada	ada kadang-kadang tidak ada ada, kadang-kadang tidak ada
3	Nodus	tidak ada	kadang-kadang ada
4	Penebalan saraf tepi	lebih sering terjadi dini, asimetris	terjadi pada yang lanjut biasanya lebih dari satu dan simetris
5	Deformitas (cacat)	biasanya asimetris terjadi dini	terjadi pada stadium lanjut
6	Ciri-ciri khusus	<i>central healing</i> penyembuhan ditengah	<i>punched out</i> (lesi seperti kue donat), madarosis, ginekomastia, hidung pelana, suara sengau

Sumber: Buku Panduan Pemberantasan Kusta (Depkes RI, 2006) dalam Sutanto dkk (2013).

2.1.4 Tanda Gejala Kusta

Tanda dan gejala penyakit kusta diawali lesi dengan bercak putih bersisik halus pada bagian tubuh (Siregar, 2004). Lesi ini tidak terasa gatal dan dapat

semakin membesar dan meluas. Lesi akan menimbulkan keluhan berupa kesemutan pada bagian tubuh tertentu, kesulitan menggerakkan anggota badan, dan kekakuan sendi apabila sudah mengenai saraf. Tiga tanda yang dapat digunakan untuk menetapkan diagnosis penyakit kusta yaitu (Harahap, 2000):

- a. adanya lesi kulit yang anastesi;
- b. adanya penebalan pada saraf perifer;
- c. ditemukannya *Mycobacterium leprae* (bakteriologis positif).

Penegakan diagnosis penyakit kusta dapat dilihat salah satu dari tiga tanda diatas. Apabila seseorang mengalami salah satu tanda tersebut maka tanda tersebut sudah cukup untuk menegakkan diagnosis penyakit kusta. Harahap (2000) menjelaskan bahwa gejala dan keluhan penyakit yang dialami oleh pengidap kusta bergantung pada respon imun dari pengidapnya, komplikasi yang diakibatkan oleh kerusakan saraf perifer, dan multiplikasi kuman *Mycobacterium leprae*.

WHO (2006) menjelaskan bahwa pada klien kusta terdapat lima masalah fisik yang sering dijumpai yaitu:

- a. masalah dengan penutupan mata;

Menurunnya kekuatan otot untuk menutup mata akan mengakibatkan kornea terpapar secara terus menerus. Kerusakan akibat paparan ini menyebabkan ulserasi kornea. Umumnya ulkus tersebut dapat disembuhkan, tetapi bekas ulkus yang sudah sembuh dapat mengganggu penglihatan dan menyebabkan kebutaan.

- b. kehilangan sensasi (anastesi) di tangan;

Mati rasa biasanya disertai dengan hilangnya keringat dan kekeringan ekstrim di kulit. Hal itu akan menyebabkan cedera berulang, kulit pecah-pecah, dan ulserasi. Apabila dibiarkan akan menyebabkan infeksi kronis, kekakuan, dan hilangnya jaringan, serta mengganggu fungsi normal tangan.

- c. kelemahan dan deformitas tangan;

Kelemahan otot adalah cacat yang muncul dengan sendirinya, tetapi lama-kelamaan dapat terjadi kontraktur dan deformitas yang menetap.

- d. kehilangan sensasi dan ulserasi kaki;

Masalah yang diakibatkan karena kekeringan pada kulit adalah cedera berulang (terutama dari berjalan), retak, dan ulserasi terjadi pada kaki. Komplikasi akhir yang dapat muncul adalah infeksi kronis (*osteomyelitis*), bahkan dapat dilakukan amputasi.

- e. kelemahan dan deformitas kaki.

Kelemahan otot mempengaruhi jari kaki, tetapi biasanya tidak mempengaruhi kemampuan berjalan. *Foot drop* dapat menyebabkan gangguan pada kemampuan berjalan.

2.1.5 Pengobatan Kusta

Program pemberantasan kusta yang dicanangkan oleh pemerintah bertujuan untuk menyembuhkan klien kusta, mencegah timbulnya cacat kusta, dan memutus rantai penularan serta menurunkan insidensi penyakit. Salah satu cara yang digunakan adalah dengan pengobatan *Multi Drug Therapy* (MDT).

Pengobatan MDT ini merupakan pengobatan yang direkomendasikan oleh WHO sejak tahun 1982 untuk klien kusta tipe PB maupun MB. Tujuan dari pengobatan MDT ini adalah memutuskan rantai penularan, mencegah resistensi obat, memperpendek masa pengobatan, meningkatkan keteraturan berobat, dan mencegah terjadinya cacat atau mencegah bertambahnya kecacatan. Cacat yang sudah terjadi sebelum pengobatan tidak dapat diperbaiki dengan MDT (Kemenkes RI, 2012)

Tabel 2.4 Pengobatan Penyakit Kusta Tipe PB

Jenis obat	< 5 th	5-9 Th	10-15 th	> 15 th	Keterangan
Rifampisin		300 mg/bln	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
Dapson/DDS	Berdasarkan berat badan	25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di depan petugas
		25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di rumah

Sumber: Buku Pedoman Nasional Program Pengendalian Kusta (Kemenkes RI, 2012)

*sesuaikan dosis bagi anak-anak yang lebih kecil dari 10 tahun. Misalnya, dapson/DDS 25 mg/hari dan rifampisin 300 mg/bulan (diawasi).

Tabel 2.5 Pengobatan Penyakit Kusta Tipe MB

Jenis obat	< 5 th	5-10 th	10-16 th	> 15 th	Keterangan
Rifampisin		300 mg/bln	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
Daapson/DDS	Berdasarkan berat badan	25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di depan petugas
		25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di rumah
Lampren		100 mg/bln	150 mg/bln	300 mg/bln	Minum di depan petugas
		50 mg 2x seminggu	50 mg/2 hari	50 mg/hari	Minum di rumah

Sumber: Buku Pedoman Nasional Program Pengendalian Kusta (Kemenkes RI, 2012)

* sesuaikan dosis bagi anak-anak yang lebih kecil dri 10 tahun. Misalnya, dapson/DDS 25 mg/hari dan rifampisin 300 mg/bulan (diawasi). Lampren 50 mg 2x seminggu, dan lampren 100 mg/bulan (diawasi).

2.2 Kecacatan Kusta

2.2.1 Kecacatan pada Klien Kusta

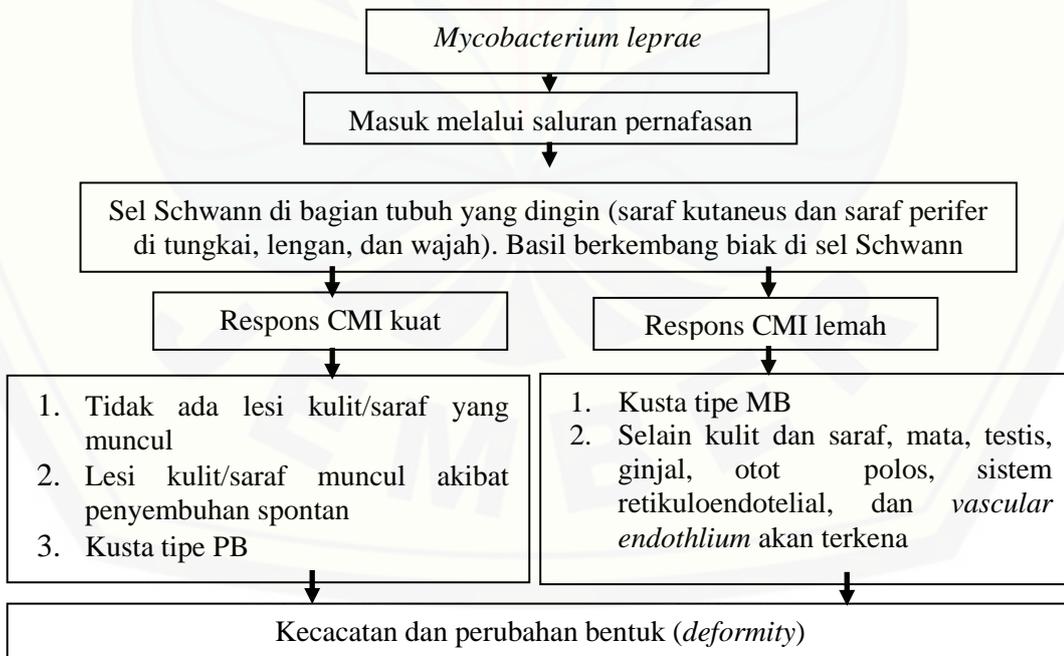
Penyakit kusta merupakan penyakit yang memberi stigma yang sangat besar kepada masyarakat, sehingga klien kusta tidak hanya memikirkan penyakitnya tetapi juga dijauhi dan dikucilkan di masyarakat. Hal tersebut disebabkan akibat kecacatan yang dialami oleh klien kusta. Kecacatan pada klien kusta disebabkan karena *Mycobacterium leprae* yang merusak saraf sensorik, otonom, dan motorik. Pada saraf sensorik akan terjadi anastesi sehingga dapat terjadi luka tusuk, luka sayat, dan luka bakar. Pada saraf otonom akan terjadi kekeringan kulit yang dapat mengakibatkan kulit mudah retak-retak dan dapat terjadi infeksi sekunder. Pada saraf motorik akan terjadi paralisis sehingga dapat timbul deformitas sendi (Wisnu dan Hadilukito, 2003).

2.2.2 Patogenesis Kecacatan

Penyakit kusta diawali dengan masuknya basil *Mycobacterium leprae* ke dalam tubuh. Rendahnya patogenesis dari kuman kusta menyebabkan hanya sebagian kecil orang yang terinfeksi yang menunjukkan gejala penyakit. Kuman kusta yang telah masuk ke dalam tubuh akan berpindah ke dalam jaringan saraf dan memasuki sel schwann. Kuman kusta juga dapat ditemukan dalam makrofag, sel-sel otot, dan sel-sel endotel pembuluh darah. Setelah memasuki sel schwann/makrofag, nasib kuman kusta bergantung pada perlawanan dari individu yang terinfeksi kuman kusta. Kuman kusta kemudian mulai berkembang biak secara perlahan (12-14 hari untuk satu kuman kusta) dalam sel. Sel yang terinfeksi akan

hancur dan kuman kusta akan menyerang sel-sel lainnya. Pada tahap ini klien yang terinfeksi kuman kusta akan tetap bebas dari tanda dan gejala kusta (*Directorat General of Health Services, 2009*).

Kuman kusta yang terus berkembang tentunya akan meningkatkan beban sistem imun tubuh untuk melawan kuman kusta yang semakin bertambah. Limfosit dan histiosit (makrofag) menyerang jaringan yang terinfeksi. Pada tahap ini mungkin akan muncul manifestasi klinis berupa penurunan sensasi (anastesi). Jika tidak didiagnosis dan diobati secara dini, keparahan kusta akan dipengaruhi oleh sistem imun individu yang terinfeksi kuman kusta. Setiap individu memiliki sel spesifik untuk melawan kuman kusta yaitu *Cell Mediated Immunity* (CMI). Pada individu yang memiliki CMI yang kuat ini akan mengalami kusta jenis PB sedangkan individu yang memiliki respons CMI yang rendah ini cenderung akan mengalami kusta tipe MB (*Directorat General of Health Services, 2009*).



Gambar 2.1 Patogenesis kusta
(*Directorat General of Health Services, 2009*)

Kecacatan pada klien kusta disebabkan karena adanya kerusakan pada saraf perifer yang diakibatkan oleh *Mycobacterium leprae*. Kecacatan yang terjadi tergantung dari fungsi serta saraf mana yang mengalami kerusakan. Kerusakan saraf akan mengalami beberapa tingkat kerusakan sebagai berikut (Srinivasan dalam Sjamsoe, 2003).

a. *Stage of involvement*

Pada tahap ini terjadi penebalan saraf dan mungkin disertai nyeri tekan dan nyeri spontan pada saraf perifer tersebut, tetapi belum disertai gangguan fungsi saraf, misalnya anastesi atau kelemahan otot.

b. *Stage of damage*

Pada tahap ini saraf telah rusak dan fungsi saraf tersebut telah terganggu. Diagnosis tahap ini ditegakkan jika saraf telah mengalami paralisis yang tidak lengkap dan saraf batang tubuh telah mengalami paralisis lengkap lebih dari 6-9 bulan. Penegakan diagnosis tahap ini secara dini sangat penting karena pengobatan pada tahap ini dapat menghindarkan klien kusta dari kerusakan saraf permanen.

c. *Stage of destruction*

Pada tahap ini saraf telah rusak secara lengkap. Diagnosis pada tahap ini ditegakkan bila kerusakan atau paralisis saraf secara lengkap lebih dari satu tahun. Pada tingkat ini walaupun diberikan pengobatan fungsi saraf, kerusakan saraf tidak dapat diperbaiki.

Kecacatan akibat kerusakan saraf tepi dapat dibagi menjadi tiga tahap. Tahap 1 akan terjadi kelainan pada saraf yang berbentuk penebalan pada saraf,

nyeri, dan masih belum ada gangguan pada fungsi gerak, namun telah terjadi gangguan sensorik seperti anastesi pada kulit seperti kulit kaki. Tahap 2 akan terjadi kerusakan pada saraf. Pada tahap ini akan timbul paralisis tidak lengkap termasuk pada otot kelopak mata, otot jari tangan, dan otot kaki. Pada stadium ini masih dapat terjadi pemulihan kekuatan otot dan apabila dikenali sejak dini tahap ini, kerusakan saraf yang permanen dapat dihindari dan juga dapat menghindarkan klien dari kecacatan yang lebih parah seperti kelumpuhan, timbulnya luka/ulkus, kehilangan penglihatan, dan kerusakan tulang. Pada tahap 3 akan terjadi penghancuran saraf. Pada tahap ini akan terjadi kelumpuhan yang menetap dan dapat terjadi infeksi yang progresif dengan kerusakan tulang dan gangguan penglihatan (Sjamsoe, 2003).

2.2.3 Derajat Cacat Kusta

Kecacatan merupakan istilah yang luas maknanya mencakup setiap kerusakan, pembatasan aktivitas yang mengenai seseorang. Mengingat bahwa organ yang paling berfungsi dalam kegiatan sehari-hari adalah tangan, mata, dan kaki, maka Kemenkes RI membagi cacat kusta menjadi 3 tingkat kecacatan. Tingkat kecacatan pada klien kusta yang dimodifikasi dari tingkat kecacatan menurut WHO, terbagi menjadi 3 tingkatan (Kemenkes RI, 2012) yaitu:

Tabel 2.6 Tingkat Kecacatan Kusta

Tingkat Kecacatan		
Tingkat	Mata	Tangan/kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata akibat kusta, penglihatan masih normal.	Tidak ada anastesi, tidak ada cacat yang kelihatan akibat kusta.
1	-	Ada anastesi pada telapak tangan/kaki serta lemah tahanan pada pergelangan tangan, ibu jari, jari kelingking, dan pergelangan kaki (tetapi tidak ada cacat/ada cacat/ kerusakan yang terlihat).
2	Adanya <i>lagophthalmos</i>	<i>Clawing</i> , mutilasi/absorpsi, ulkus, lemah gerak pada pergelangan tangan, ibu jari, dan jari kelingking serta <i>droop hand</i> dan <i>droop foot</i> (ada cacat/ kerusakan yang terlihat akibat kusta)

Sumber : Kemenkes RI (2012)

Cacat tingkat 0 berarti tidak ada cacat. Cacat tingkat 1 adalah cacat yang disebabkan oleh kerusakan saraf sensorik yang tidak terlihat seperti hilangnya rasa raba pada kornea mata, telapak tangan, dan telapak kaki. Gangguan fungsi sensorik pada mata tidak diperiksa di lapangan oleh karena itu tidak ada cacat tingkat 1 pada mata. Cacat tingkat 1 pada telapak kaki berisiko terjadinya ulkus plantaris, namun dengan perawatan diri secara rutin risiko ulkus dapat dicegah. Mati rasa pada bercak bukan merupakan cacat tingkat 1 karena bukan disebabkan oleh kerusakan saraf perifer utama tetapi rusaknya saraf lokal kecil pada kulit. Cacat tingkat 2 berarti cacat atau kerusakan yang terlihat. Untuk mata tidak mampu menutup mata dengan rapat (*lagophthalmos*), kemerahan yang jelas pada mata (terjadi pada ulserasi kornea/*uveitis*), dan gangguan penglihatan berat atau kebutaan. Untuk tangan dan kaki terdapat luka atau ulkus di telapak, deformitas yang disebabkan oleh kelumpuhan otot (*semper/jari kontraktur*) dan atau hilangnya jaringan atau reabsorpsi parsial dari jari-jari (Kemenkes RI, 2012).

Penilaian kecacatan yang dialami klien kusta dapat menggunakan skor kecacatan yang sering disebut *Eye Hand Foot Score* (EHF Score). Kemenkes RI (2012) menjelaskan EHF score digunakan untuk menilai kualitas pencegahan cacat selama MDT dengan cara membandingkan skor cacat pada awal dan akhir MDT. EHF score pertama kali diperkenalkan oleh Rijk et al. pada tahun 1994 (Ebenso J & Ebenso B, 2007). EHF score dinilai dengan cara menjumlahkan angka cacat pada bagian tubuh yang dinilai yaitu mata, tangan, dan kaki. EHF score memiliki nilai minimal 0 dan nilai maksimal 12 (Salsa Collaborative Study Group, 2010). Contoh penilaian EHF score dapat dilihat di bawah ini.

	<i>Eye</i>	<i>Hand</i>	<i>Foot</i>
<i>Right</i>	0	1	1
<i>Left</i>	2	1	1

WHO : 2

EHF score : 6

	<i>Eye</i>	<i>Hand</i>	<i>Foot</i>
<i>Right</i>	0	1	2
<i>Left</i>	2	1	2

WHO : 2

EHF score : 8

Penilaian kecacatan menggunakan EHF score dan WHO menunjukkan bahwa EHF score lebih sensitif dalam mengukur perubahan kecacatan yang dialami klien kusta dibandingkan menggunakan skala WHO (Salsa Collaborative Study Group, 2010). Penelitian yang dilakukan Ebenso J. & Ebenso B. (2007) menunjukkan EHF score memiliki nilai sensitifitas sebesar 61% dan nilai spesifitas sebesar 100%. Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa EHF score dapat digunakan sebagai pilihan instrumen untuk tujuan evaluasi (Ebenso J. & Ebenso B., 2007).

2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecacatan

Perkembangan dan kondisi klien yang memburuk dari tanda gejala dan manifestasi klinis dari penyakit kusta yang dapat menyebabkan kecacatan. Beberapa faktor risiko yang mempengaruhi klien kusta adalah deteksi awal, keteraturan berobat, perawatan diri, riwayat reaksi, tipe kusta, lama bekerja, dan lama sakit. Beberapa faktor karakteristik orang yang berdasarkan penelitian memiliki hubungan dengan kecacatan pada klien kusta adalah umur, jenis kelamin, pengetahuan, pendidikan, dan status ekonomi.

a. Jenis kelamin

Tingkat kecacatan cenderung lebih tinggi terjadi pada laki-laki dibanding dengan perempuan. Hal ini berkaitan dengan pekerjaan, kebiasaan keluar rumah dan merokok (Muhammed et al., 2004). Penelitian Susanto (2006) di Kabupaten Sukoharjo menemukan bahwa kejadian cacat tingkat 2 pada klien kusta lebih banyak dialami oleh laki-laki dengan persentase 68,42% dibandingkan perempuan dengan persentase sebesar 31,58% dari seluruh kejadian cacat tingkat 2. Proporsi cacat tingkat 2 pada klien kusta laki-laki ditemukan sebesar 50,65% dan pada perempuan sebesar 56,25%.

b. Usia

Kecacatan klien kusta lebih sering terjadi pada klien dewasa atau tua dibandingkan klien anak-anak atau dewasa muda. Kecacatan pada usia tua cenderung *irreversibel*. Kondisi fisik dan penurunan fungsi organ tubuh pada orang tua menjadi faktor risiko terjadinya cacat yang progresif dan *irreversibel* (Bravo, 1987, dalam Hasnani, 2003). Hasnani (2003)

menemukan bahwa klien kusta kusta kelompok umur >14 tahun memiliki risiko mengalami cacat tingkat 2 sebesar 4,891 kali dibanding klien kusta umur <14 tahun. Peningkatan tingkat kecacatan pada klien kusta dapat disebabkan oleh meningkatnya usia klien kusta. Peningkatan usia dapat menyebabkan kemampuan sistem saraf berkurang sehingga pada saraf motorik terjadi paralisis.

c. Pendidikan

Status pendidikan berkaitan dengan tindakan pencarian pengobatan pada klien kusta. Rendahnya tingkat pendidikan dapat mengakibatkan lambatnya pencarian pengobatan dan diagnosis penyakit. Hal ini dapat mengakibatkan kecacatan pada klien kusta semakin parah (Peter dan Eshiet, 2002, dalam Susanto 2006). Hasil penelitian Susanto (2006) menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kejadian cacat tingkat 2 pada klien kusta Kabupaten Sukoharjo ($p=0,000$ pada $\alpha=0,05$). Tingkat pendidikan yang rendah dapat mempengaruhi klien kusta untuk tidak merawat kondisi luka akibat kusta sehingga akan memperparah kondisi cacat (Susanto, 2006).

d. Reaksi kusta

Reaksi pada penyakit kusta adalah suatu reaksi kekebalan (*cellular respons*) atau reaksi antigen-antibodi (*humoral respons*) klien terhadap kuman kusta yang dapat merugikan klien terutama jika mengenai saraf tepi karena menyebabkan gangguan fungsi saraf (cacat). Reaksi kusta dapat terjadi sebelum pengobatan, tetapi umum terjadi selama atau setelah

pengobatan. Gambaran klinis reaksi sangat khas berupa merah, panas, bengkak, nyeri, dan dapat disertai gangguan fungsi saraf, namun tidak semua reaksi memiliki gejala yang sama (Kemenkes RI, 2012).

Diagnosis reaksi kusta ditegakkan dengan pemeriksaan klinis, meliputi pemeriksaan lesi kulit, saraf tepi, dan keadaan umum klien kusta. Apabila didapatkan tanda klinis adanya nodul, nodul userasi, bercak aktif atau bengkak di daerah saraf tepi, nyeri tekan saraf, berkurangnya rasa raba, dan kelemahan otot serta adanya *lagophthalmos* dalam 6 bulan terakhir, berarti klien sedang mengalami reaksi kusta. Susanto (2006) dalam penelitian terhadap faktor-faktor yang berhubungan terhadap tingkat kecacatan pada klien kusta di Kabupaten Sukoharjo, menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara reaksi kusta dengan kejadian kecacatan pada klien kusta ($p=0,000$ pada $\alpha=0,05$). Penelitian yang dilakukan oleh Sulastri dan Sukriyadi (2013), mendapatkan adanya hubungan antara reaksi kusta dengan kejadian kecacatan tingkat 2 pada klien kusta ($p= 0,17$, $OR= 9,455$). Hal ini disebabkan karena pada reaksi *reversal* terjadi peningkatan hebat secara tiba-tiba mengakibatkan terjadinya respon radang pada daerah kulit dan saraf yang terkena. Inflamasi pada jaringan saraf mengakibatkan kerusakan dan kecacatan yang timbulnya dalam hitungan hari jika tidak ditangani dengan adekuat. Reaksi *Erytema Nodusum Leprosum* (ENL) dengan serangan berulang-ulang menyebabkan neuritis dan efek sistemik pada saraf tepi yang berakibat terjadinya kecacatan pada klien kusta (Sulastri dan Sukriyadi, 2013).

e. Tipe kusta

Tipe kusta ada dua yaitu PB dan MB. Jumlah kecacatan lebih tinggi pada tipe MB, hal ini karena sifat alami tipe MB yang memiliki penyebaran kuman lebih cepat dan banyak menimbulkan kecacatan pada akhir spektrum (Hasnani, 2003). Penelitian yang dilakukan oleh Sulastri dan Sukriyadi (2013) mendapatkan adanya hubungan antara tipe kusta dengan kejadian kecacatan tingkat 2 pada klien kusta ($p=0,006$, $OR=5,905$). Perbedaan tingkat kecacatan pada tipe PB dan MB disebabkan karena perbedaan respon imunitas, dimana ditemukan sistem imunitas yang kurang baik pada tipe MB. Hal ini yang banyak menyebabkan kecacatan lebih banyak terjadi pada tipe MB. Tipe MB juga memerlukan waktu pengobatan lebih lama dibanding dengan tipe PB, sehingga banyak klien kusta yang tidak taat berobat di pelayanan kesehatan (Sulastri dan Sukriyadi, 2013).

f. Pengetahuan

Pengetahuan yang rendah tentang penyakit kusta dapat menimbulkan stigma yang buruk terhadap penyakit kusta. Stigma yang buruk disebabkan kecacatan fisik yang tampak jelas pada klien kusta. Rendahnya pengetahuan tentang penyakit kusta mengakibatkan klien kusta tidak mengetahui akibat buruk yang ditimbulkan oleh penyakit kusta (Das, 2006).

g. Keteraturan berobat

Pengobatan klien kusta ditujukan untuk mematikan kuman kusta. Pada klien kusta dengan tipe PB yang berobat dini dan teratur akan cepat sembuh tanpa menimbulkan cacat. Pada klien kusta yang sudah dalam keadaan cacat

permanen, pengobatan hanya dapat mencegah cacat lebih lanjut. Selama pengobatan klien kusta dapat bersekolah atau bekerja seperti biasa. Apabila klien kusta tidak minum obat secara teratur, maka kuman kusta dapat menjadi aktif kembali, sehingga timbul gejala-gejala baru pada kulit dan saraf yang memperburuk keadaan. Disinilah pentingnya pengobatan secara dini dan teratur (Ishii, 2005). Penelitian yang dilakukan Susanto (2006) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara keteraturan berobat dengan tingkat kecacatan yang dialami klien kusta ($p=0,000$). Hal ini dibuktikan dalam penelitian Susanto (2006), klien yang mengalami kecacatan tingkat 2 sebanyak 82,8% tidak berobat secara teratur.

h. Lama sakit

Lama mengalami kusta menentukan perjalanan penyakit kusta termasuk dalam menimbulkan kecacatan. Kejadian kecacatan sering muncul pada pengidap kusta dengan lama sakit 45 tahun. Penyakit kusta berkembang seiring dengan lamanya sakit. Saraf menipis dan keras serta mengakibatkan mati rasa, deformitas, dan kecacatan (Mc. Dougall, 1992 dalam Hasnani, 2003). Hasil penelitian yang dilakukan Hasnani (2003) menunjukkan lama sakit mengalami kusta berhubungan dengan kejadian cacat tipe 2 dengan $OR= 3,211$.

i. Lama bekerja

Pekerjaan yang berat dan kasar dapat mengakibatkan kerusakan jaringan kulit dan saraf semakin parah. Pekerjaan dengan intensitas yang lama membuat aktivitas mata semakin meningkat sehingga klien kusta mengalami

lagophthalmus akan mengalami kekeringan pada kornea mata yang berakibat terjadinya keratitis (Susanto, 2006).

j. **Diagnosis dini**

Penegakan diagnosis kusta memerlukan tanda dan gejala pada tubuh klien kusta (Kemenkes RI, 2012) yaitu sebagai berikut:

- 1) adanya kelainan (lesi) kulit yang mati rasa. Kelainan kulit dapat berupa hipopigmentasi, bercak eritema (kemerah-merahan) yang mati rasa;
- 2) penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf;
- 3) adanya kuman tahan asam kerokan jaringan kulit (Basil Tahan Asam (BTA) positif).

Seseorang dinyatakan sebagai klien kusta bilamana terdapat satu dari tanda-tanda utama di atas. Pada dasarnya sebagian besar klien kusta dapat didiagnosis dengan pemeriksaan klinis, apabila hanya ditemukan *cardinal sign* kedua, perlu dirujuk kepada wasor atau ahli kusta. Jika masih ragu orang tersebut dianggap sebagai klien yang dicurigai (suspek) (Kemenkes RI, 2012).

Penelitian yang dilakukan oleh Susanto (2006) menunjukkan adanya hubungan signifikan antara diagnosis dengan tingkat kecacatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada klien kusta yang mengalami cacat kusta tingkat 0 sebanyak 87,5% tidak terlambat didiagnosis, pada klien kusta tingkat 1 sebanyak 52,3% tidak terlambat didiagnosis dan sebanyak 15,9% sangat terlambat untuk didiagnosis. Klien kusta dengan kecacatan tingkat 2 sebanyak 93% klien kusta sangat terlambat didiagnosis. Hal ini menunjukkan

bahwa semakin dini klien didiagnosis kusta maka kemungkinan terjadinya kecacatan akan semakin berkurang.

k. Perawatan diri

Perawatan diri merupakan salah satu upaya yang dapat dilakukan oleh pengidap kusta dalam mencegah kecacatan. Prinsip dalam pencegahan cacat akibat kusta adalah 3M yaitu memeriksa secara teratur, melindungi dari trauma fisik, dan merawat diri (Rambey, 2012). Aktivitas perawatan diri dapat dilakukan dengan cara sendiri-sendiri di rumah atau dengan berkelompok bersama klien kusta lain dalam KPD. Hasil penelitian Madyarti *et. all* (2012) menunjukkan adanya hubungan antara perawatan diri dengan kecacatan kusta ($p = 0,041$). Penelitian Susanto (2006) juga menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara perawatan diri dengan kecacatan kusta ($p = 0,000$). Adanya perawatan diri yang baik pada klien kusta merupakan suatu usaha untuk mencegah atau mengurangi kecacatan pada klien kusta dan mencari solusi untuk persoalan yang mereka hadapi. Penelitian Ganapati *et al.* (2003) menunjukkan bahwa perawatan diri yang baik dapat membantu memperbaiki tingkat kecacatan lebih dari 50% dari klien kusta setelah 4 tahun mengalami kusta.

l. Status Ekonomi

Penelitian yang dilakukan oleh Kurnianto (2002) menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara penghasilan dengan status kecacatan dengan nilai $p < 0,01$. Hasil penelitian menunjukkan bahwa klien kusta dengan penghasilan rendah nampak lebih tinggi tingkat kecacatannya baik pada cacat

tingkat 1 (33,3%) maupun cacat tingkat 2 (36,1%) daripada klien dengan penghasilan sedang tinggi dimana cacat tingkat 1 (13,2%) dan cacat tingkat 2 (14,7%). Rendahnya tingkat penghasilan pada klien kusta tersebut kemungkinan terkait dengan pendidikan klien kusta yang umumnya rendah, sehingga dapat berpengaruh terhadap tingkat kecacatan yang dialaminya (Kurnianto, 2002).

2.2.5 Upaya Pencegahan Cacat Kusta

Masalah-masalah yang dialami oleh klien kusta dapat dicegah melalui perawatan diri yang meliputi perawatan mata, perawatan tangan, dan perawatan kaki. Perawatan diri yang dapat dilakukan atau diterapkan oleh klien kusta sebagai berikut:

a. Perawatan mata

Klien kusta biasanya mengalami *lagophthalmus* yaitu suatu keadaan mata tidak dapat menutup sehingga membutuhkan perawatan. Perawatan mata pada klien kusta dibedakan menjadi dua bagian yaitu:

- 1) Perawatan mata dengan tanda-tanda seperti mata merah, nyeri, pandangan kabur, dan adanya *discharge*. Perawatan yang dilakukan adalah dengan memberikan aspirin atau paracetamol, jika tersedia memberikan 1% atropine yang berupa tetesan mata dan steroid yang berbentuk salep.
- 2) Perawatan mata dengan *injury* pada daerah kornea dengan diberikan antibiotik berbentuk salep, yang kemudian mata klien ditutup dengan bantalan yang bersih dan menganjurkan klien ke rumah sakit jika

memungkinkan (Susanto *et al.*, 2013).

Klien kusta juga harus melakukan pencegahan kerusakan mata yaitu dengan memeriksa keadaan mata dengan sering bercermin untuk melihat apakah ada kemerahan atau benda yang masuk ke mata dan melindungi mata dari debu dan angin yang dapat melukai mata/mengeringkan mata dengan cara memakai kacamata, dan menghindari tempat yang banyak debu.

b. Perawatan tangan

Perawatan pada tangan dibedakan menjadi tiga yaitu perawatan tangan yang mati rasa, perawatan tangan dengan kulit yang kering dan pecah-pecah, serta perawatan tangan dengan jari yang bengkok (Kemenkes RI, 2012).

1) Perawatan tangan yang mati rasa dapat dilakukan dengan sering memeriksa tangan apakah ada luka atau lecet sekecil apapun, melindungi tangan dari benda panas, kasar, dan tajam dengan memakai kaos tangan tebal atau alas kain. Apabila terdapat injuri selama memasak atau bekerja segera lakukan perawatan dengan membersihkan luka dan membalutnya dengan kain yang bersih, menganjurkan untuk mengistirahatkan tangannya dan memakai sarung tangan ketika menyentuh obyek lain yang bersifat panas atau tajam.

2) Perawatan tangan dengan kulit yang kering dan pecah-pecah dapat dilakukan dengan menganjurkan klien untuk merendam tangannya selama 20 menit setiap hari, menggosok bagian kulit yang tebal kemudian langsung (tanpa dikeringkan terlebih dahulu) mengolesi dengan vaseline

atau minyak goreng secara teratur untuk menjaga kelembapan kulit (Kemenkes RI, 2012).

Klien kusta biasanya mengalami jari tangan yang bengkok. Perawatan perlu dilakukan yaitu sebagai berikut (Kemenkes RI, 2012):

- 1) memeriksa keadaan tangan secara teratur untuk luka yang mungkin terjadi akibat penggunaan tangan dengan jari yang bengkok;
- 2) melindungi menggunakan alat bantu untuk beraktivitas;
- 3) merawat jari-jari tangan dengan cara melakukan latihan diantaranya dengan meletakkan tangan diatas paha, kemudian diluruskan dan bengkokkan jari berulang kali.

Cara lain apabila ada kelemahan pada tangan yaitu dengan mengikat jari dengan 2 – 3 karet gelang, lalu rapatkan dan pisahkan karet tersebut berulang kali (Susanto *et al.*, 2013).

c. Perawatan kaki

Perawatan pada kaki klien kusta dibagi menjadi empat bagian yaitu perawatan kaki yang kering dan pecah-pecah, perawatan kaki yang mati rasa, perawatan kaki luka borok, serta perawatan kaki yang semper (Kemenkes RI, 2012).

- 1) Perawatan kaki dengan kulit yang kering dan pecah-pecah dapat dilakukan dengan merendam kaki selama 20 menit setiap hari secara teratur dan mengolesi dengan minyak goreng atau *vaseline* serta menganjurkan klien untuk memakai sandal atau pelindung kaki untuk melindungi kaki dari luka atau trauma. Selain itu, klien kusta harus selalu memeriksa secara

rutin apakah ada bagian kaki yang kering atau mengalami retak dan luka. Klien kusta juga harus melindungi kulit kaki dari benda-benda yang mudah menimbulkan luka seperti benda tajam dan panas.

- 2) Perawatan kaki yang mati rasa dapat dilakukan dengan sering memeriksa kaki dengan meneliti apakah ada luka memar atau lecet yang kecil sekalipun, melindungi kaki dengan selalu memakai alas kaki yang tepat (empuk, keras di bagian bawah, tidak mudah lepas, dan ada tali di belakang).
- 3) Perawatan kaki yang mengalami luka borok. Bagian telapak kaki atau diantara jari kaki yang melepuh dilakukan pembalutan kulit dengan kain yang bersih. Apabila terdapat luka tanpa adanya *discharge* dapat dilakukan dengan membersihkan luka dengan sabun dan air, kemudian dibalut dengan menggunakan kain yang bersih Apabila ada luka dengan adanya *discharge* dapat dilakukan dengan membersihkan daerah kulit dengan luka, kemudian dibersihkan dengan sabun dan air serta dibalut secara antiseptik. Selama perawatan kaki, klien dianjurkan untuk mengistirahatkan kakinya dan jika perlu dapat menggunakan bantuan tongkat/kruk untuk berjalan untuk menghindari penekanan pada daerah yang mengalami luka. Apabila tidak terjadi perubahan selama empat minggu, maka merujuk klien ke rumah sakit
- 4) Perawatan kaki yang semper dapat dilakukan dengan memeriksa apakah ada luka atau tidak, kemudian melindungi kaki agar tidak bertambah cacat dengan dianjurkan untuk selalu memakai sepatu supaya jari-jari tidak

terseret dan luka, angkat lutut lebih tinggi waktu berjalan, pakai tali karet antara lutut dan sepatu guna mengangkat kaki bagian depan waktu berjalan. Perawatan pada kaki juga perlu dilakukan agar tidak semakin parah dengan cara disangkutkan pada bagian depan kaki dan tarik ke arah tubuh. Apabila terjadi kelemahan maka ikat karet dari ban dalam pada kaki meja atau tiang dan tarik karet dengan punggung kaki lalu tahan beberapa saat kemudian ulangi beberapa kali.

2.3 Kelompok Perawatan Diri (KPD)

2.3.1 Definisi KPD

KPD merupakan sekelompok orang yang berusaha mencari solusi atas permasalahan yang dialaminya. KPD merupakan salah satu solusi untuk mengatasi permasalahan kecacatan dan masalah sosial ekonomi pada klien kusta. KPD pada klien kusta diartikan sebagai suatu kelompok yang beranggotakan klien yang pernah mengalami kusta yang berkumpul untuk saling memberi dukungan satu sama lain terutama dalam usaha pencegahan dan mengurangi kecacatan serta mencari solusi atau persoalan-persoalan yang dihadapi sebagai akibat dari kusta (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health, 2006*).

2.3.2 Tujuan KPD

KPD memiliki tujuan yang terbagi menjadi tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum dibentuk KPD adalah mengurangi atau mencegah bertambahnya kecacatan melalui dukungan kelompok, diskusi, dan perawatan diri

(*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health, 2006*). *The National Tuberculosis and Leprosy Control Programme (NTBLCP)* (2007) menjelaskan tujuan umum adanya KPD adalah untuk membantu klien kusta meningkatkan kemampuan klien kusta dalam mengatasi permasalahan fisik dan sosial akibat penyakit kusta, menurunkan angka kunjungan ke rumah sakit akibat luka kusta, dan mengubah persepsi/sikap klien kusta terhadap masalah akibat penyakit yang dialami.

Tujuan khusus dibentuknya KPD menurut *Directorat General of Disease Control and Enviromental Health* (2006) adalah :

- a. agar klien kusta mampu menemukan bersama pemecahan masalah serta persoalan-persoalan yang mereka hadapi sebagai akibat dari kusta yang dialami;
- b. mencegah bertambahnya atau mengurangi kecacatan baik pada klien yang masih dalam pengobatan MDT maupun yang sudah *Release for Treatment (RFT)*;
- c. menganjurkan klien untuk menggunakan bahan-bahan yang dapat diperoleh di lokasi tempat melakukan perawatan diri;
- d. memantau perkembangan kesehatan klien secara efektif dan efisien;
- e. melakukan rujukan secara dini bagi klien yang membutuhkan perawatan khusus;
- f. mengurangi *leprophobia* diantara klien, keluarga, dan staf yang terlibat.

Tujuan khusus lain dibentuknya KPD menurut *The National Tuberculosis and Leprosy Control Programme (NTBLCP)* (2007) adalah untuk mengurangi

kejadian luka baru dan berulang pada klien kusta, untuk meningkatkan harga diri dan kepercayaan diri klien kusta yang mengarah pada penerimaan dan partisipasi yang lebih baik di masyarakat, dan untuk meningkatkan penggunaan alat pelindung diri pada klien kusta.

2.3.3 Prinsip KPD

Prinsip utama adanya KPD adalah peran anggota dalam kegiatan KPD terutama dalam hal pencegahan kecacatan. Anggota KPD didorong untuk mendiskusikan dan memecahkan masalah/topik yang dibahas dalam kegiatan KPD dan melakukan kegiatan pencegahan dan perawatan kecacatan secara mandiri. Klien kusta melakukan perawatan diri di rumah setiap hari dengan menggunakan bahan-bahan yang dapat diperoleh dengan mudah di sekitar tempat tinggal klien. Pertemuan KPD yang diadakan selama 1 bulan sekali hanya diadakan untuk mengontrol proses penyembuhan dan untuk saling bertukar pengalaman (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health*, 2006).

2.3.4 Manfaat KPD

Adanya KPD memiliki banyak manfaat bagi klien kusta. *Directorat General of Disease Control and Enviromental Health* (2006) menjelaskan bahwa adanya KPD memiliki banyak keuntungan yaitu:

- a. meningkatkan pemahaman klien kusta tentang perawatan diri yang didapat melalui penjelasan, tukar informasi tentang perawatan diri antar anggota, dan praktek perawatan diri;
- b. masalah yang dialami klien kusta dapat terselesaikan dengan saling bertukar pengalaman antar anggota KPD dan saling memberikan dukungan satu sama lain;
- c. dapat mencegah dan mengurangi kecacatan klien kusta melalui aktivitas perawatan diri yang diajarkan di KPD salah satunya dalam penyembuhan luka;
- d. meningkatkan rasa kepercayaan diri dan kemampuan sosial klien kusta sehingga mengurangi mengurangi risiko isolasi sosial pada klien kusta.

2.3.5 Pelaksanaan Kegiatan KPD

Pelaksanaan kegiatan KPD melalui beberapa tahapan yang melibatkan berbagai tingkatan instansi kesehatan. Pelaksanaan KPD diawali dengan adanya inisiatif dan motivasi dari petugas kesehatan baik wilayah, kabupaten, dan provinsi untuk membentuk suatu KPD. Wilayah yang mendapatkan persetujuan untuk melaksanakan kegiatan KPD kemudian menunjuk suatu fasilitator yaitu petugas kesehatan di puskesmas yang ditunjuk. KPD membentuk organisasi internal yaitu ketua dan anggota yang akan membantu fasilitator dalam melaksanakan KPD. Fasilitator memiliki tugas untuk memilih anggota KPD, menyiapkan kegiatan KPD, menjelaskan tujuan KPD pada anggota, memimpin diskusi untuk menentukan tempat kegiatan, ketua, dan waktu kegiatan KPD,

menjelaskan, mengajarkan, dan mendemonstrasikan tentang tata cara perawatan diri, memotivasi anggota KPD untuk aktif mengikuti kegiatan KPD, membantu ketua KPD untuk melaksanakan tugasnya, memonitor dan mengevaluasi kegiatan KPD (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health, 2006*).

Kegiatan KPD memerlukan peranan dari ketua KPD. Ketua KPD yang ditunjuk oleh fasilitator harus mampu melakukan komunikasi yang efektif dengan anggota KPD. Seorang ketua KPD harus mampu meningkatkan semangat anggota KPD, mampu membantu menyelesaikan permasalahan yang dialami anggota KPD, dan mampu meningkatkan partisipasi aktif anggota dalam kegiatan KPD. Idealnya ketua KPD mampu melaksanakan tugas fasilitator untuk memimpin KPD secara mandiri, maka dari itu fasilitator perlu mengawasi dan meningkatkan kemandirian ketua KPD (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health, 2006*).

Anggota KPD merupakan semua klien kusta yang menjalani pengobatan dan/atau telah menyelesaikan pengobatan yang mempunyai masalah fisik terkait kusta. Anggota KPD tidak mengenal batasan umur, bahkan bagi anak umur dibawah 10 tahun dapat mengikuti KPD dengan didampingi oleh keluarga. Apabila terdapat klien kusta yang ingin mendaftar mengikuti KPD saat KPD telah terbentuk maka klien kusta dipersilahkan menjadi anggota KPD (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health, 2006*).

Kegiatan KPD dapat dilaksanakan dimana saja sesuai kesepakatan dari anggota KPD. Tempat kegiatan KPD harus memenuhi beberapa syarat yaitu tempat kegiatan diusahakan berada di tengah-tengah wilayah KPD dan mudah

dijangkau oleh anggota KPD, tempat kegiatan harus nyaman dan cukup ruang untuk merendam kaki dan tangan, kebutuhan air terpenuhi, dan anggota merasa nyaman, tenang, dan bebas berbicara. Umumnya kegiatan KPD dilaksanakan di puskesmas wilayah masing-masing. Kegiatan KPD umumnya dilaksanakan sebulan sekali. Fasilitator dan anggota harus mendiskusikan waktu kegiatan KPD akan dilaksanakan (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health, 2006*).

Directorat General of Disease Control and Enviromental Health (2006)

menjelaskan tahapan pelaksanaan kegiatan KPD sebagai berikut.

a. *Pembukaan*

Pertemuan KPD umumnya dibuka oleh fasilitator. Fasilitator dalam kegiatan KPD adalah perawat puskesmas yang menjadi koordinator dalam kegiatan KPD.

b. *Attendance*

Anggota KPD yang hadir dalam kegiatan KPD dicatat dalam daftar kehadiran yang telah disiapkan oleh puskesmas. Perawat dapat menunjuk anggota KPD sebagai sekertaris untuk mencatat kehadiran anggota KPD. Pada awal kegiatan umumnya masalah yang dihadapi adalah banyaknya ketidakhadiran anggota KPD dengan alasan umumnya tidak ada waktu luang, malu dengan masalah yang dialami, dan tidak memahami manfaat perawatan diri. Perawat perlu memberikan penjelasan dan mendiskusikan secara berulang manfaat dari kegiatan KPD terhadap kesehatan, mendiskusikan alasan ketidakhadiran dan mencari solusinya, memberikan

perhatian kepada masalah faktual yang dialami setiap anggota KPD, dan memberikan anggota rasa kepemilikan terhadap KPD serta menunjukkan bahwa klien kusta dibutuhkan untuk mendukung satu sama lain.

c. *Examination*

Setiap anggota KPD harus dilakukan pemeriksaan secara rutin di setiap pertemuan KPD. Pemeriksaan tersebut bertujuan untuk memonitor perkembangan kecacatan yang dialami. Monitoring perkembangan kecacatan sangat penting dilakukan karena dapat mengoreksi kemampuan praktik perawatan diri anggota KPD, memotivasi anggota KPD dengan menunjukkan dan memberi penghargaan atau kemajuan yang dicapai, dan mengevaluasi keberlanjutan program KPD dari hasil yang didapatkan. Pemeriksaan yang dilakukan dapat berupa inspeksi adanya luka pada tangan dan kaki, adanya abnormalitas kulit, dan inspeksi adanya infeksi pada mata dengan pemeriksaan standar.

d. *Basic self-care program*

Basic self care program merupakan jadwal penting dalam setiap pertemuan KPD. Tindakan yang dilakukan yaitu merendam tangan dan/atau kaki selama 20 menit dalam air sabun atau garam, menggosok bagian kulit yang mati, dan mengolesi kulit dengan minyak. Kegiatan ini dilakukan secara bersama-sama untuk mengoreksi apakah semua anggota melakukannya secara benar dan meningkatkan rasa kebersamaan antar anggota KPD. Pelaksanaan kegiatan merendam bersama-sama ini dapat diisi dengan diskusi permasalahan yang dialami anggota KPD, saling

berbagi pengalaman, menjelaskan dan mendiskusikan pengetahuan khusus seperti tanda-tanda terjadinya reaksi, dan memeriksa alas kaki anggota KPD.

e. *Special self care program*

Setiap anggota KPD membutuhkan latihan/*exercise* untuk melatih tangan, kaki, dan mata. Latihan yang dilakukan klien kusta tidaklah sama tetapi bergantung pada kecacatan yang dialami. Latihan/*exercise* dapat dilakukan sebelum *examination*, sebelum merendam kaki, ataupun lain waktu seperti setelah *basic self-care program*. Kemampuan anggota KPD dalam melakukan latihan/*exercise* harus selalu dikoreksi setiap pertemuan dan didiskusikan dengan semua anggota KPD. Arief (2008) menjelaskan bahwa anggota KPD juga diajarkan bagaimana cara merawat luka dan perawatan diri lain yang disesuaikan dengan kecacatannya. Keterampilan tersebut dipraktikkan secara langsung oleh anggota KPD. Fasilitator hanya memberi support ketika memang benar-benar dibutuhkan (Arief, 2008).

f. *Discussions*

Setiap anggota KPD memiliki kesempatan untuk menanyakan dan membicarakan masalah yang dihadapi serta berbagi pengalaman tentang bagaimana tata cara perawatan diri di rumah dan bagaimana mereka mengatasi masalah lain seperti masalah kehidupan sosial. Anggota KPD juga akan diarahkan untuk memahami masalah yang dialami, bagaimana masalah itu terjadi, dan bagaimana cara mengatasi masalah yang mereka alami (Arief, 2008).

Aktivitas tambahan lain yang dilakukan dalam kegiatan KPD adalah *extra education* dan rehabilitasi sosial ekonomi (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health, 2006*).

a. Rehabilitasi sosial ekonomi

Masalah sosial ekonomi masih menjadi dilema bagi klien kusta karena klien kusta dapat kehilangan pekerjaannya karena stigma buruk akibat penyakit yang dialaminya. Secara logika anggota KPD akan mengalami peningkatan kesadaran untuk penyembuhan dan perlindungan luka serta peningkatan kepercayaan diri yang diharapkan dapat meningkatkan kemampuan bekerja dan kondisi sosial ekonomi klien kusta. Salah satu kegiatan yang dilakukan dalam rehabilitasi sosial ekonomi adalah melalui kegiatan arisan. Melalui kegiatan arisan tersebut anggota KPD dapat meminjam dana untuk membuka usaha dan diharapkan mampu memperbaiki kehidupan sosial ekonomi anggota KPD (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health, 2006*).

b. *Extra education*

Fasilitator dapat memberikan pengetahuan tambahan kepada anggota KPD misalnya terkait nutrisi dan topik kesehatan lainnya. Fasilitator dapat meminta bantuan sektor lain untuk memberikan pengetahuan tambahan kepada anggota KPD sesuai dengan topik yang diinginkan (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health, 2006*).

2.3.6 Peran Perawat dalam KPD

Peran merupakan seperangkat perilaku yang diharapkan oleh individu sesuai dengan status sosialnya. Peran menggambarkan otoritas seseorang yang diatur dalam sebuah aturan yang jelas (Asmadi, 2008). Perawat memiliki peran yang penting dalam kegiatan KPD. Pelaksanaan kegiatan KPD memerlukan peran perawat salah satunya yaitu sebagai fasilitator KPD. Fasilitator dalam KPD memiliki peran menyiapkan kegiatan KPD, menjelaskan tujuan KPD pada anggota, menjelaskan, mengajarkan, dan mendemonstrasikan tentang tata cara perawatan diri, memotivasi anggota KPD untuk aktif mengikuti kegiatan KPD (konseling), memonitor dan mengevaluasi kegiatan KPD (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health*, 2006).

Peran perawat dalam kegiatan KPD adalah peran sebagai pendidik. Perawat sebagai pendidik memegang posisi yang bertujuan untuk mempromosikan gaya hidup sehat (Bastable, 2002). Perawat sebagai pendidik bertugas untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada klien sebagai upaya menciptakan perilaku individu/masyarakat yang kondusif bagi kesehatan (Asmadi, 2008). Perawat diharapkan mampu membantu klien menambah pengetahuan dalam upaya meningkatkan kesehatan, menyelesaikan gejala penyakit sesuai kondisinya, dan melakukan tindakan yang spesifik terutama dalam permasalahan kusta yang dialami anggota KPD (Harnilawati, 2013). Efendi & Makhfudi (2009) menambahkan sebagai pendidik perawat perlu melakukan pengkajian kebutuhan klien untuk menentukan kegiatan yang akan dilakukan. Pengkajian yang dapat dilakukan dalam KPD dapat berupa pengkajian

kemampuan perawatan diri para anggota KPD. Perawat sebagai pendidik tidak hanya melakukan pendidikan kesehatan tetapi juga harus dapat mempertanggungjawabkan pendidikan kesehatan yang diberikan yaitu dengan melakukan evaluasi hasil (Bastable, 2002). Evaluasi dalam kegiatan KPD dapat dilihat dari kemampuan yang dimiliki anggota KPD setelah mendapatkan pendidikan kesehatan.

Perawat juga dapat berperan sebagai *care giver* dalam kegiatan KPD. Perawat sebagai *care giver* dituntut untuk memberi pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat sesuai diagnosa masalah yang terjadi, memperhatikan individu dalam konteks sesuai kehidupan klien, memperhatikan klien berdasarkan kebutuhan signifikannya, dan menggunakan proses keperawatan dalam mengidentifikasi diagnosis keperawatan mulai dari fisik sampai psikologis (Harnilawati, 2013). Peran perawat sebagai *care giver* dapat ditunjukkan salah satunya dengan cara memberikan perawatan luka apabila klien kusta mengalami luka pada tangan dan kaki.

Peran perawat sebagai konselor dapat juga diaplikasikan dalam kegiatan KPD. Perawat sebagai konselor berperan dalam memberikan informasi, mendengarkan secara objektif, memberikan dukungan, dan menjaga kepercayaan yang diberikan klien. Perawat dapat membantu klien untuk mengidentifikasi masalah serta faktor-faktor yang mempengaruhi, memberikan petunjuk kepada klien untuk mencari pendekatan pemecahan masalah dan memilih cara pemecahan masalah yang tepat, dan membantu klien menentukan pemecahan masalah yang dapat dilakukan (Efendi F & Makhfudi, 2009). Perawat dalam KPD dapat menjadi

sumber pemecahan masalah baik secara fisik maupun psikologis bagi para anggota KPD. Perawat diharapkan dapat membantu memberikan alternatif pemecahan masalah yang tepat bagi anggota KPD.

2.4 Perbedaan Tingkat Kecacatan yang Dialami Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti KPD

Penyakit kusta merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium leprae*. *Mycobacterium leprae* merupakan kuman yang memiliki masa inkubasi yang cukup lama yaitu 2-5 tahun akan tetapi dapat juga bertahun-tahun. Kuman kusta merupakan parasit obligat intraseluler yang banyak ditemukan di sel schwan ataupun di makrofag kulit. *Mycobacterium leprae* merupakan jenis bakteri yang memiliki pertumbuhan sangat lambat. Kuman kusta ini memerlukan waktu kurang lebih 12-14 hari untuk membelah diri menjadi dua (Directorat General of Health Services, 2009). Penyakit kusta merupakan salah satu diantara penyakit menular yang menimbulkan masalah cukup kompleks baik dari masalah fisik, psikologis, sosial, ekonomi, kultural, dan spiritual. Penularan kusta masih belum diketahui secara pasti. Penyakit kusta sampai saat ini diyakini menular melalui kontak antara pengidap kusta dan orang yang sehat. Mekanisme penularan yang lain yang diyakini dapat menularkan kuman kusta adalah melalui rute pernafasan (Yawalkar, 2009).

Penyakit kusta memiliki tiga tanda utama yang dijadikan dasar untuk mendiagnosis penyakit kusta ini. Department of Health and Familie (2010) membagi tiga tanda utama penyakit kusta yaitu hipopigmentasi atau lesi kulit

dengan kehilangan sensasi (anastesi), adanya tanda penebalan saraf seperti kehilangan sensasi (terutama sentuhan dan suhu) dan paralisis, serta ditemukannya *Mycobacterium leprae* (bakteriologis positif) dalam apusan kulit dan/atau biopsi yang diambil dari lesi kulit.

Manifestasi klinis yang ditimbulkan pada penyakit kusta diawali dengan masuknya basil *Mycobacterium leprae* ke dalam tubuh. Rendahnya patogenesis dari kuman kusta menyebabkan hanya sebagian kecil orang yang terinfeksi yang menunjukkan gejala penyakit. Kuman kusta di dalam tubuh akan berpindah ke dalam jaringan saraf dan memasuki sel schwann. Kuman kusta juga dapat ditemukan dalam makrofag, sel-sel otot, dan sel-sel endotel pembuluh darah. Setelah memasuki sel schwann/makrofag, nasib kuman kusta bergantung pada perlawanan dari individu yang terinfeksi kuman kusta. Kuman kusta kemudian mulai berkembang biak secara perlahan (12-14 hari untuk satu kuman kusta) dalam sel. Sel yang terinfeksi akan hancur dan kuman kusta akan menyerang sel-sel lainnya. Pada tahap ini klien yang terinfeksi kuman kusta akan tetap bebas dari tanda dan gejala kusta (*Directorat General of Health Services, 2009*).

Kuman kusta yang terus berkembang tentunya akan meningkatkan beban sistem imun tubuh untuk melawan kuman kusta yang semakin bertambah. Limfosit dan histiosit (makrofag) menyerang jaringan yang terinfeksi. Pada tahap ini mungkin akan muncul manifestasi klinis berupa penurunan sensasi (anastesi). Apabila tidak didiagnosis dan diobati secara dini, keparahan kusta akan dipengaruhi oleh sistem imun individu yang terinfeksi kuman kusta (*Directorat General of Health Services, 2009*).

Setiap individu memiliki sel spesifik untuk melawan kuman kusta yaitu CMI. Seseorang yang memiliki CMI yang kuat akan terjadi pembentukan granuloma pada saraf kulit. Saraf *cutaneous* akan membengkak dan akan hancur, Seringkali hanya beberapa fasikula saraf yang dimasuki tetapi inflamasi dalam epineurium menyebabkan kompresi dan kerusakan serabut mielin sensorik dan otonom. Serabut mielin motorik yang dipengaruhi akan menimbulkan gangguan motorik. Peradangan yang parah akan menyebabkan nekrosis caseous dalam saraf. Manifestasi klinis gangguan sensorik akan muncul ketika hampir 30% dari serabut sensorik yang hancur. Pada saat CMI mampu melawan kuman kusta, kuman kusta dapat beralih untuk menginfeksi ke kulit sehingga akan menyebabkan lesi kulit klasik. Pada umumnya bagian tubuh yang memiliki suhu relatif tinggi seperti ketiak, pangkal paha, perineum, dan kulit kepala biasanya akan terhindar dari kuman kusta. Individu yang memiliki CMI yang kuat ini akan mengalami kusta jenis PB. Pada saat individu yang terinfeksi kuman kusta memiliki respon CMI yang rendah maka kuman kusta akan menyebar tak terkendali dan akan menginfiltrasi sel schwann dan makrofag serta akan menyebar ke jaringan lain melalui darah, getah bening, atau cairan jaringan. Individu yang memiliki respons CMI yang rendah ini cenderung akan mengalami kusta tipe MB (*Directorat General of Health Services, 2009*).

Mycobacterium leprae dapat mengakibatkan kerusakan saraf sensorik, otonom, dan motorik. Pada saraf sensorik akan terjadi anastesi sehingga dapat terjadi luka tusuk, luka sayat, dan luka bakar. Pada saraf otonom akan terjadi kekeringan kulit yang dapat mengakibatkan kulit mudah retak-retak dan dapat

terjadi infeksi sekunder. Pada saraf motorik akan terjadi paralisis sehingga terjadi deformitas sendi (Wisnu dan Hadilukito, 2003). Kejadian kecacatan kusta diawali dengan kejadian kusta yang tidak segera ditangani, sehingga mengakibatkan angka kejadian kusta yang tinggi diiringi dengan angka kecacatan kusta yang tinggi.

Pemerintah telah membentuk suatu program untuk mengurangi tingkat kecacatan yang dialami oleh klien kusta yaitu dengan membentuk suatu kelompok untuk rehabilitasi kusta yang disebut KPD. KPD merupakan salah satu solusi untuk mengatasi permasalahan kecacatan dan masalah sosial ekonomi pada klien kusta. KPD pada klien kusta diartikan sebagai suatu kelompok yang beranggotakan klien yang pernah mengalami kusta yang berkumpul untuk saling memberi dukungan satu sama lain terutama dalam usaha pencegahan dan mengurangi kecacatan serta mencari solusi atau persoalan-persoalan yang dihadapi sebagai akibat dari kusta (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health, 2006*).

Ministry of Health Republic Indonesia (MOH-RI) (dalam Arief, 2008) menjelaskan bahwa *Self Care Group (SCG)* tidak hanya ditujukan untuk mengatasi kecacatan tetapi juga untuk reintegrasi anggota SCG ke dalam komunitas. Tujuan dari adanya SCG menurut MOH-RI (dalam Arief, 2008) adalah :

- a. untuk mencegah dan mengurangi kecacatan;
- b. untuk mengatasi masalah terkait penyakit kusta antara para anggota dengan saling support satu sama lainnya;

- c. untuk mempromosikan penggunaan bahan yang murah dan mudah didapat dalam melakukan aktivitas perawatan diri;
- d. untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas dalam mengevaluasi dan memonitor penyakit dan kecacatan diantara anggota;
- e. untuk mempermudah anggota jika membutuhkan perawatan kesehatan khusus;
- f. untuk meningkatkan harga diri dan partisipasi aktif dalam kehidupan sosial;
- g. untuk mengeliminasi *leprophobia* di dalam diri dan juga masyarakat.

Setiap anggota juga akan mendapatkan manfaat seperti mendapatkan informasi dan edukasi untuk melakukan perawatan diri melalui diskusi atau praktik langsung, meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik perawatan diri klien kusta, untuk mengurangi keterbatasan yang dialami, dan dapat saling bertukar pengalaman antar anggota serta untuk meningkatkan harga diri dari masing-masing anggota (Arief, 2008).

KPD memiliki manfaat yang cukup besar untuk mencegah terjadinya kecacatan lebih lanjut yang dialami oleh klien kusta. Manfaat yang dirasakan dari keikutsertaan di dalam KPD ditentukan oleh keaktifan dari anggota itu sendiri dalam mengikuti setiap kegiatan dalam KPD. Keaktifan dalam mengikuti kegiatan KPD akan berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan yang dimiliki oleh klien kusta yang menjadi anggota KPD. Kata aktif sendiri menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2008), istilah aktif diartikan sebagai suatu sikap giat atau rajin dalam melakukan suatu hal.

Keaktifan mengikuti KPD akan meningkatkan kemampuan klien kusta dalam melakukan aktivitas perawatan diri. Peningkatan kemampuan aktivitas perawatan diri klien kusta yang aktif mengikuti KPD ditunjukkan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Pribadi (2012). Penelitian yang dilakukan Pribadi (2012) mendapatkan hasil bahwa dari 2 KPD yang terdapat di Kabupaten Jember terdapat 20 klien yang aktif mengikuti KPD dan 20 klien yang tidak aktif mengikuti KPD. Klien yang aktif mengikuti KPD, 75% klien memiliki aktivitas perawatan diri yang baik dan 25% memiliki aktivitas perawatan diri yang kurang baik sedangkan klien yang tidak aktif mengikuti kegiatan KPD sebanyak 40% memiliki aktivitas perawatan diri yang baik dan 60% memiliki aktivitas perawatan diri yang kurang baik.

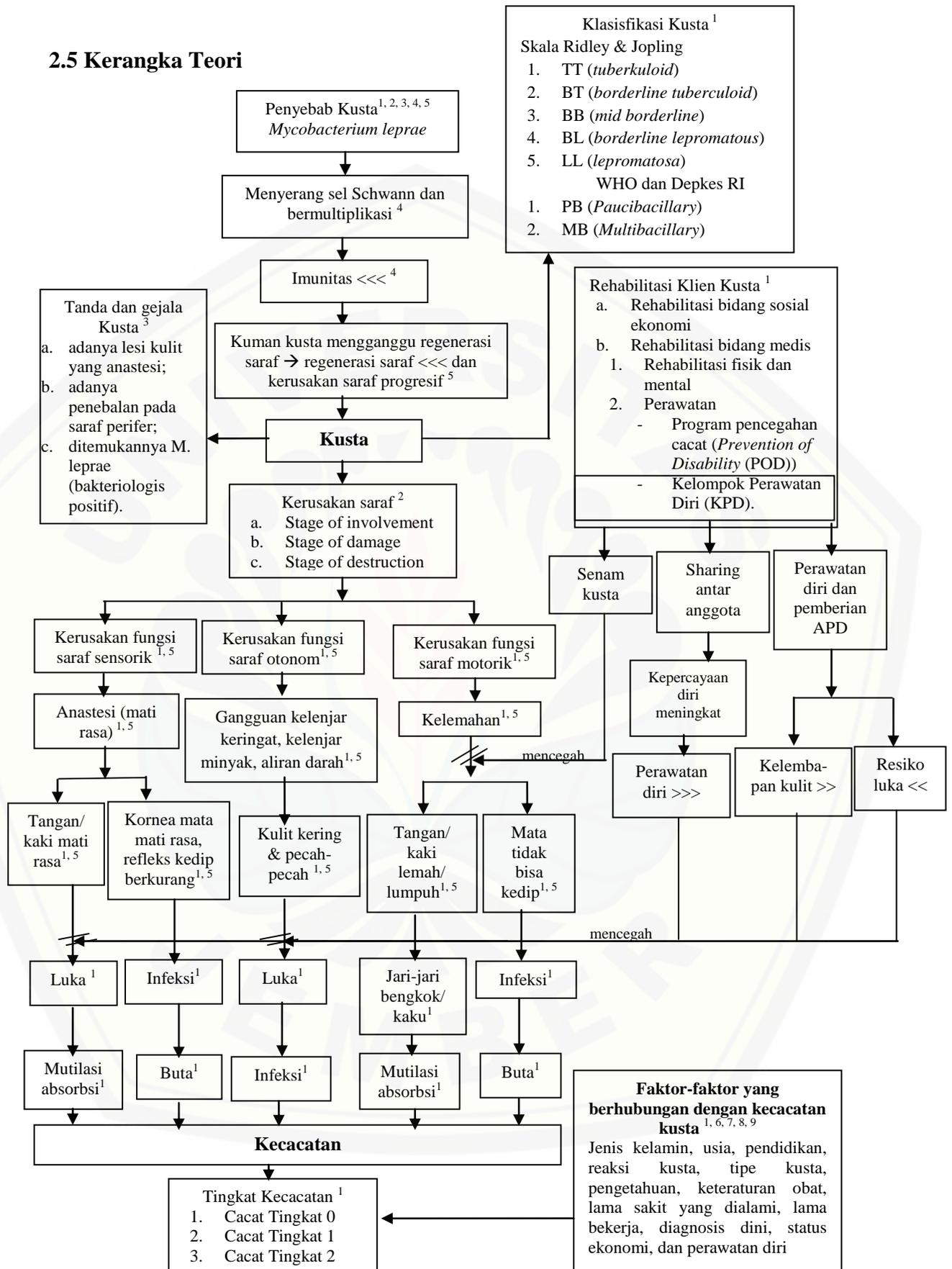
Aktivitas perawatan diri yang baik akan mempengaruhi kecacatan yang dialami oleh klien kusta. Adanya perawatan diri yang baik pada klien kusta tanpa kecacatan maupun pada klien dengan kecacatan kusta akan mampu mencegah atau mengurangi kecacatan pada klien kusta dan mencari solusi untuk persoalan yang mereka hadapi. Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian Madyarti *et. all* (2012) yang mendapatkan data bahwa ada hubungan antara perawatan diri dengan kecacatan kusta ($p = 0,041$).

Keikutsertaan klien kusta dalam KPD juga akan membantu mengatasi salah satu masalah kecacatan fisik yang dialami oleh klien kusta yaitu luka (ulkus). Luka yang dialami klien kusta umumnya berupa ulkus plantar (Halim & Menaldi, 2010). Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian Ebenso dkk. (2009) yang berjudul *Self Care Groups and Ulcer Prevention in Okegbala, Nigeria* yang

mendapatkan data bahwa 18 dari 24 anggota SCG yang mengalami luka saat pertama kali mengikuti kegiatan SCG mengalami perubahan dalam luka yang dialaminya. Selama 4 tahun penelitian, sebanyak 13 (72, 2%) dari 18 anggota menyatakan bahwa lukanya sembuh setelah mengikuti kegiatan SCG sedangkan 5 orang lainnya (27,8%) menyatakan lukanya tidak sembuh. Anggota SCG menjelaskan bahwa mereka dapat mencegah timbulnya luka yang lebih efektif, mampu melakukan perawatan luka sederhana saat terjadi luka dan menyembuhkan luka dengan cepat secara mandiri dengan dukungan kelompok dan tanpa harus dirujuk ke rumah sakit.

Penelitian Gidado dkk (2010) menunjukkan bahwa keikutsertaan dalam KPD bermanfaat untuk mengatasi permasalahan luka kusta yang dialami oleh klien kusta. Gidado dkk. (2010) mengumpulkan 26 sampel yang mana mereka diminta untuk membuat kelompok perawatan diri. Sebanyak 26 orang tersebut 6 orang mengalami luka kusta di kaki, 2 diantara mereka mengalami luka di kedua kakinya. Setiap bulannya mereka membahas mengenai pengalaman mereka dalam mencegah terjadinya luka dan saling memberikan dukungan satu sama lain. Pertemuan tersebut didampingi oleh petugas kesehatan yang memonitor dan mengobservasi klien kusta. Pengamatan dilakukan 6 bulan kemudian dan didapatkan hasil 4 luka (50%) telah sembuh dari 2 orang yang mengalami luka kusta (33,3%). Hasil pengukuran dengan skala *Eye Hand Foot* (EHF) didapatkan data bahwa 2 klien (15%) yang awalnya memiliki skor EHF 1-4 berubah menjadi skor 0 dalam 6 bulan terakhir tersebut.

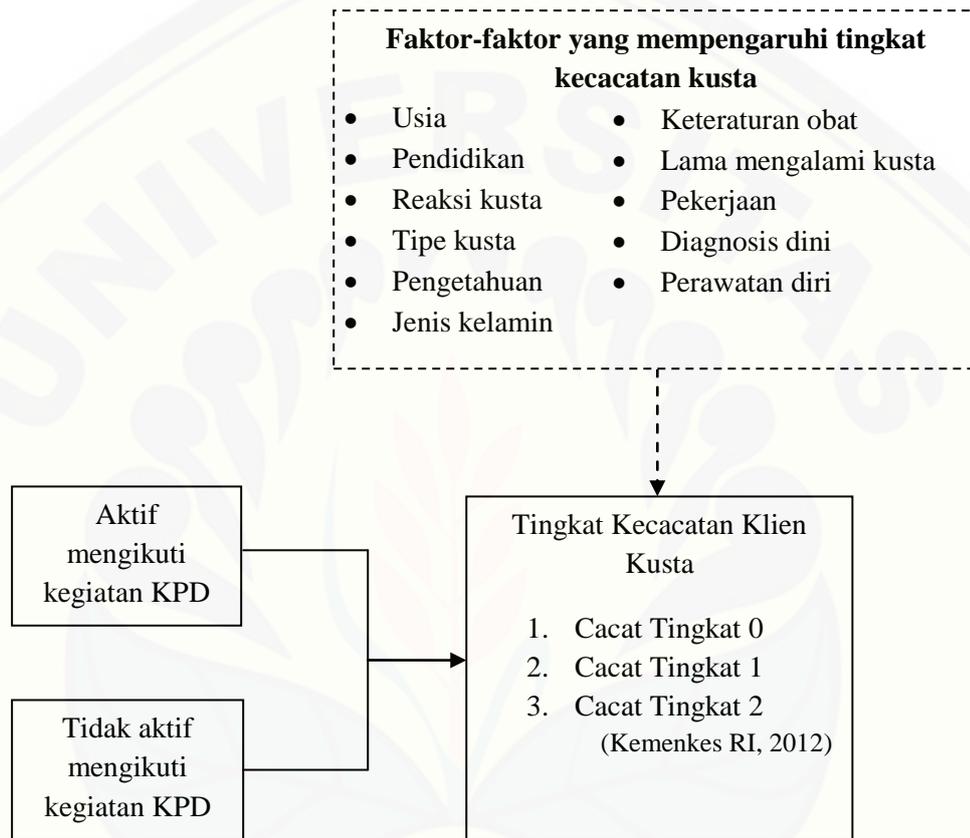
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka teori (adaptasi dari ¹ Kemenkes RI (2012), ² Srinivasan dalam Sjamsoe (2003), ³ Harahap (2000), ⁴ *Directorat General of Health Services* (2009), ⁵Sjamsoe (2003), ⁶ Sutanto (2006), ⁷ Hasnani (2003), ⁸ Das (2006), ⁹ Kurnianto (2002))

BAB 3 KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara dari rumusan masalah penelitian yang kebenarannya masih perlu diuji melalui uji statistik ataupun uji hipotesis (Swarjana, 2012). Hipotesis alternatif (H_a) dalam penelitian ini adalah ada perbedaan tingkat kecacatan yang dialami klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember. Tingkat kepercayaan yang diinginkan dalam penelitian ini adalah 95% ($\alpha=0,05$). H_a diterima jika nilai *p-value* lebih kecil dari α .

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian analitik observasional dengan pendekatan non-eksperimental. Jenis rancangan yang digunakan adalah *cohort*. Jenis penelitian *cohort* merupakan penelitian non epidemiologik noneksperimental yang mengkaji antara variabel independen (faktor resiko) dan variabel dependen (efek/kejadian penyakit) (Nursalam, 2014). Jenis penelitian *cohort* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *historical cohort study* atau *non-concurrent prospective study* yang menggunakan pendekatan secara *retrospective*.

Swarjana (2012) menjelaskan penelitian *historical cohort study* atau *non-concurrent prospective study* merupakan penelitian yang membandingkan kelompok terpapar dan kelompok yang tidak terpapar. Penelitian ini dimaksudkan untuk mensiasati kelemahan dari *prospective study* yang membutuhkan waktu yang sangat panjang untuk menyelesaikan masalah penelitian (Swarjana, 2012). Penelitian ini menggunakan rentang waktu mulai dari paparan dan diikuti sampai efek terjadi, namun waktunya sudah lewat (Hulley (2007) dalam Swarjana, 2012). Penelitian ini dilakukan dengan terlebih dahulu mengidentifikasi keaktifan klien kusta dalam mengikuti KPD yaitu keaktifan dalam hadir pada kegiatan KPD yang diselenggarakan satu bulan sekali, kemudian mengobservasi tingkat kecacatan yang dialami klien kusta.

Penelitian ini menggunakan dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen merupakan variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2014). Variabel independen dalam penelitian ini adalah keaktifan mengikuti kegiatan Kelompok KPD. Variabel kedua dalam penelitian ini adalah variabel dependen. Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi atau nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2014). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat kecacatan klien kusta.



Gambar 4.1 Desain Penelitian *Historical Cohort Study* atau *Non-Concurrent Prospective Study*

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah keseluruhan objek penelitian yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anggota KPD di Kabupaten Jember yaitu sebanyak 48 orang, yang terdiri dari 23 anggota KPD

Cahaya Puskesmas Jenggawah dan 25 anggota KPD Gotong Royong Puskesmas Tempurejo.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Jumlah sampel yang diambil dalam penelitian ini sebanyak 44 responden yang terbagi menjadi dua yaitu 23 responden yang aktif mengikuti KPD dan 21 responden yang tidak aktif mengikuti KPD.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik *non-probability sampling*. Teknik *non-probability sampling* merupakan teknik pengambilan sampel yang tidak memberikan kesempatan sama bagi subjek penelitian untuk dipilih menjadi anggota sampel (Swarjana, 2012). Pendekatan teknik *non-probability sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan cara *total sampling* atau sampling jenuh, yaitu teknik pengambilan sampel dengan menjadikan seluruh anggota populasi sebagai sampel (Sugiyono, 2014). Sampel awal dalam penelitian ini adalah seluruh klien kusta yang menjadi anggota KPD Cahaya Puskesmas Jenggawah dan KPD Gotong Royong Puskesmas Tempurejo yaitu sebanyak 48 orang. Empat orang dinyatakan *drop out* dikarenakan 2 responden bekerja di Bali dan 2 responden bekerja di Kalimantan. Sampel akhir dalam penelitian ini sebanyak 44 responden yang

terbagi menjadi dua yaitu 23 responden yang aktif mengikuti KPD dan 21 responden yang tidak aktif mengikuti KPD.

4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Kriteria inklusi yang harus dipenuhi oleh sampel dalam penelitian ini adalah klien kusta yang terdaftar menjadi anggota KPD Cahaya Puskesmas Jenggawah atau KPD Gotong Royong Puskesmas Tempurejo yang bersedia menjadi responden.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini terdiri dari:

- 1) klien kusta yang tidak bersedia menjadi responden;
- 2) responden yang terdaftar menjadi anggota KPD setelah bulan April 2014;
- 3) responden yang menjalani rawat inap;
- 4) responden yang tidak berada di wilayah Kabupaten Jember pada saat penelitian.

4.3 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah dan wilayah kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember. Wilayah kerja Puskesmas Jenggawah terdiri dari 3 dusun yaitu Dusun Cangkring, Dusun Jenggawah, dan Dusun Wonojati. Wilayah kerja Puskesmas Tempurejo terdiri dari 4 dusun, yaitu Dusun Tempurejo, Dusun Sidodadi, Dusun Pondokrejo, dan Dusun Curah Takir. Alasan pemilihan tempat penelitian tersebut dikarenakan KPD di Kabupaten Jember terdapat di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah dan wilayah kerja Puskesmas Tempurejo.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu dalam pelaksanaan penelitian ini diawali dengan pembuatan proposal penelitian yang dimulai dari bulan Oktober 2014 – April 2015. Waktu untuk penelitian sampai dengan publikasi ilmiah adalah bulan Mei 2015 – Juni 2015. Rincian waktu penelitian dapat dilihat di lampiran G.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga akhirnya mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian (Setiadi, 2007). Definisi operasional dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel independen dan dependen. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat kecacatan klien kusta anggota KPD, sedangkan variabel independennya adalah

keaktifan dalam mengikuti KPD. Penjelasan definisi operasional dapat dilihat pada tabel 4.1 di bawah ini.



Tabel 4.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
1.	Variabel independen: Keaktifan mengikuti KPD	Keikutsertaan klien kusta yang terdaftar sebagai anggota KPD dalam mengikuti kegiatan yang ada di KPD dari April 2014 sampai Maret 2015 berupa kegiatan perawatan diri, senam kusta, dan kegiatan lainnya.	Keaktifan klien kusta mengikuti KPD a. Aktif : kehadiran ≥ 6 kali dalam 1 tahun b. Tidak aktif : kehadiran < 6 kali dalam 1 tahun	Daftar hadir anggota KPD dalam 1 tahun (April 2014 – Maret 2015)	Ordinal	a. Aktif = 1 b. Tidak aktif = 0
2	Variabel dependen: Tingkat kecacatan	Keadaan kelainan kulit dan/atau syaraf yang dialami klien kusta pada mata, kaki, dan tangan seperti luka akibat penyakit kusta, kulit pecah-pecah, anastesi, kelemahan otot, <i>lagophthalmos</i> , dan deformitas.	Kelainan pada: 1. mata; 2. tangan; 3. kaki.	Lembar Observasi Kemenkes RI (2012)	Rasio	Skor 0-12

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

Sumber data yang digunakan untuk menganalisa permasalahan dalam penelitian ini berupa data primer dan data sekunder.

a. Data primer

Data primer merupakan data sumber pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan dari hasil pengukuran, pengamatan, survei, dan lain-lain (Setiadi, 2007). Data primer dalam penelitian ini didapatkan melalui hasil penilaian dari lembar observasi yang diisi oleh responden. Lembar observasi yang digunakan dalam penelitian berisi tentang karakteristik klien kusta anggota KPD dan pemeriksaan tingkat kecacatan pada klien kusta anggota KPD.

b. Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang didapatkan secara tidak langsung dan data tersebut diperoleh dari pihak lain atau badan/instansi yang secara rutin mengumpulkan data (Setiadi, 2007). Data sekunder diperoleh peneliti dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Puskesmas Jenggawah, dan Puskesmas Tempurejo terkait dengan jumlah klien kusta, prevalensi kusta yang terjadi baik kusta tipe *paucibacillary* (PB) dan *multibacillary* (MB), keberadaan KPD, jumlah anggota KPD guna menentukan besarnya sampel penelitian, dan daftar kehadiran anggota KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo. KPD Cahaya di Puskesmas Tempurejo beranggotakan 25 orang dan KPD Gotong Royong di Puskesmas Jenggawah beranggotakan 23 orang.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan melakukan pengukuran tingkat kecacatan klien kusta yang mengikuti KPD baik yang aktif atau tidak aktif dalam KPD. Pengukuran tingkat kecacatan klien kusta anggota KPD dilihat dari lembar observasi tingkat kecacatan klien kusta. Hasil pengukuran berupa data mengenai tingkat kecacatan yang dialami klien kusta anggota KPD. Alur pengambilan data tersebut adalah sebagai berikut.

a. Tahap persiapan penelitian

- 1) Penelitian dilakukan setelah proposal disetujui oleh dosen pembimbing dan dosen penguji kemudian peneliti melaksanakan uji kelayakan melakukan pemeriksaan tingkat kecacatan yang didampingi oleh perawat di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo.
- 2) Peneliti mengajukan surat ijin kepada Dinas Kesehatan untuk melakukan penelitian dan mengambil data, kemudian surat tersebut diserahkan pada instansi terkait dalam hal ini Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo.
- 3) Peneliti melakukan koordinasi dengan Pimpinan dan Penanggung Jawab Program Penyakit Kusta di kedua puskesmas yaitu Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo, kemudian peneliti menjelaskan maksud dan tujuan melakukan penelitian di tempat tersebut.

b. Tahap pelaksanaan penelitian

- 1) Peneliti mencari data mengenai kehadiran responden dalam mengikuti kegiatan KPD selama April 2014 sampai Maret 2015. Data kehadiran

tersebut dimasukkan dalam lembar daftar kehadiran anggota KPD yang dibuat peneliti kemudian peneliti menilai keaktifan mengikuti kegiatan KPD sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan peneliti.

- 2) Peneliti meminta ijin Pimpinan dan Penanggung Jawab Program Penyakit Kusta di kedua puskesmas yaitu Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo untuk mengikuti kegiatan KPD.
- 3) Peneliti menemui klien kusta pada saat kegiatan KPD dan melakukan perkenalan, kemudian peneliti menjelaskan maksud, tujuan dan manfaat dari penelitian yang dilaksanakan. Peneliti menanyakan kesediaan klien kusta untuk menjadi responden dan meminta klien kusta untuk menandatangani lembar *informed consent* sebagai tanda bersedia menjadi responden penelitian. Pelaksanaan *informed consent* dilaksanakan kurang lebih selama 5 menit. Peneliti mengidentifikasi data karakteristik responden dan memasukkan data karakteristik responden tersebut ke dalam lembar observasi (terlampir). Peneliti melakukan pemeriksaan tingkat kecacatan responden sesuai dengan *Standart Operational Procedure* (SOP) pengukuran tingkat kecacatan kusta. Hasil pemeriksaan didokumentasikan dalam lembar hasil pemeriksaan tingkat kecacatan kusta (terlampir). Waktu pelaksanaan observasi tingkat kecacatan dilakukan pada masing-masing responden selama 10-20 menit. peneliti hanya mengikuti kegiatan KPD di Puskesmas Tempurejo dengan jumlah responden yang mengikuti kegiatan KPD sebanyak 2 orang.

- 4) Responden yang berhalangan hadir dalam pertemuan KPD ditemui secara langsung oleh peneliti di rumah responden.
- 5) Peneliti melakukan kunjungan rumah secara *door to door* pada 42 orang responden yang tidak ditemui dalam kegiatan KPD. Peneliti menjelaskan maksud, tujuan, dan manfaat dari penelitian yang dilaksanakan. Peneliti menanyakan kesediaan klien kusta untuk menjadi responden dan meminta klien kusta untuk menandatangani lembar *informed consent* sebagai tanda bersedia menjadi responden penelitian. Peneliti mengidentifikasi data karakteristik responden dengan menanyakan secara langsung kemudian peneliti memasukkan data karakteristik responden tersebut ke dalam lembar observasi (terlampir). Peneliti melakukan pemeriksaan tingkat kecacatan responden sesuai dengan *Standart Operational Procedure* (SOP) pengukuran tingkat kecacatan kusta dari Kemenkes RI tahun 2012 (terlampir). Hasil pemeriksaan didokumentasikan dalam lembar hasil pemeriksaan tingkat kecacatan responden (terlampir).
- 6) Peneliti memeriksa kelengkapan pengisian lembar observasi tingkat kecacatan

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar daftar hadir dan lembar observasi tingkat kecacatan klien kusta.

a. Lembar daftar hadir

Lembar daftar hadir yang digunakan dalam penelitian adalah daftar hadir kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo selama April 2014 sampai Maret 2015. Lembar daftar hadir ini digunakan sebagai alat untuk menentukan tingkat keaktifan responden dalam penelitian ini.

b. Lembar observasi tingkat kecacatan

Peneliti menggunakan lembar observasi tingkat kecacatan klien kusta sebagai alat untuk mengumpulkan data penelitian. Penilaian untuk observasi tingkat kecacatan klien kusta melalui pemeriksaan menggunakan tabel pembagian tingkat kecacatan klien kusta menurut WHO yang diadopsi oleh Kemenkes RI (2012) yang terdapat dalam lembar observasi dan EHF *score*. Lembar observasi berisi tentang gambaran karakteristik klien kusta anggota KPD dan tingkat kecacatan klien kusta anggota KPD. Gambaran karakteristik klien kusta anggota KPD meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pernikahan, pekerjaan, dan kepemilikan asuransi. Karakteristik penyakit kusta meliputi tipe kusta, tingkat kecacatan kusta, lama mengalami kusta, pelaksanaan pengobatan rutin kusta, dan lama mengikuti KPD. Lembar observasi tingkat kecacatan klien kusta anggota KPD meliputi lembar pencatatan pengkajian fisik tingkat kecacatan dan penilaian tingkat kecacatan klien kusta anggota KPD.

Penilaian kecacatan yang dialami klien kusta dalam penelitian ini menggunakan EHF *Score*. EHF *score* dinilai dengan cara menjumlahkan angka cacat pada bagian tubuh yang dinilai yaitu mata, tangan, dan kaki. EHF *score* yang digunakan dalam penelitian ini memiliki nilai sensitifitas sebesar 61% dan

nilai spesifitas sebesar 100% (Ebenso J. & Ebenso B., 2007). EHF *score* memiliki nilai minimal 0 dan nilai maksimal 12 (Salsa Collaborative Study Group, 2010).

Contoh penilaian EHF *score* dapat dilihat di bawah ini.

	<i>Eye</i>	<i>Hand</i>	<i>Foot</i>
<i>Right</i>	0	1	1
<i>Left</i>	2	1	1

WHO : 2
EHF score : 6

	<i>Eye</i>	<i>Hand</i>	<i>Foot</i>
<i>Right</i>	0	1	2
<i>Left</i>	2	1	2

WHO : 2
EHF score : 8

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Karakteristik yang dimiliki suatu instrumen atau alat ukur dalam penelitian adalah validitas dan reliabilitas (Nursalam, 2014).

a. Uji validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur yang digunakan benar-benar dapat mengukur apa yang diukur (Nursalam, 2014). Observasi tingkat kecacatan kusta menggunakan lembar observasi yang terdapat dalam Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta Kementerian Kesehatan RI (2012) yang dapat dilihat di lampiran D. Lembar observasi tersebut juga menjelaskan tentang standar operasional prosedur dalam mengobservasi tingkat kecacatan klien kusta. Lembar observasi yang digunakan tidak memerlukan uji validitas dikarenakan lembar observasi sudah menjadi standar baku dalam pemeriksaan tingkat kecacatan.

b. Uji reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu instrumen atau alat ukur dapat dipercaya atau diandalkan (Notoatmodjo, 2010). Pada

penelitian ini tidak perlu dilakukan uji reliabilitas karena lembar observasi sudah menjadi standar baku dalam pemeriksaan tingkat kecacatan klien kusta namun perlu dilakukan uji SOP pengukuran tingkat kecacatan klien kusta untuk memastikan kemampuan peneliti dalam penentuan tingkat kecacatan klien kusta. Uji SOP pengukuran tingkat kecacatan klien kusta dilakukan dengan didampingi oleh perawat di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo.

4.7 Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data adalah langkah-langkah yang dilakukan dalam penelitian setelah data diperoleh dari instrumen atau pengumpul data kemudian dilakukan penyusunan data, klasifikasi, hingga analisa data (Notoatmodjo, 2010). Kegiatan dalam pengolahan dan analisis data adalah sebagai berikut:

4.7.1 Editing

Editing dimaksudkan untuk mengevaluasi kelengkapan, konsistensi, dan kesesuaian antara kriteria data yang diperlukan untuk menguji hipotesis atau menjawab tujuan penelitian (Danim, 2003). Proses editing dalam penelitian ini dilakukan oleh peneliti sendiri dengan mengecek kelengkapan hasil observasi tingkat kecacatan klien kusta.

4.7.2 Coding

Coding atau mengkode data dimaksudkan untuk menguantifikasi data kualitatif atau membedakan aneka karakter. Pemberian kode sangat diperlukan

terutama dalam rangka pengelolaan data, baik secara manual maupun dengan menggunakan komputer (Danim, 2003).

Pemberian kode pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Jenis kelamin responden:

- 1) perempuan diberi kode 0
- 2) laki-laki diberi kode 1

b. Status pernikahan:

- 1) Menikah diberi kode 0
- 2) Tidak menikah diberi kode 1

c. Pendidikan terakhir:

- 1) Tidak sekolah diberi kode 0
- 2) Sekolah Dasar (SD) diberi kode 1
- 3) Sekolah Menengah Pertama (SMP) diberi kode 2
- 4) Sekolah Menengah Atas (SMA) diberi kode 3
- 5) S1 diberi kode 4
- 6) Pasca Sarjana diberi kode 5
- 7) Lain-lain diberi kode 6

d. Pekerjaan:

- 1) Tidak bekerja diberi kode 0
- 2) TNI/POLRI diberi kode 1
- 3) Wiraswasta diberi kode 2
- 4) PNS diberi kode 3
- 5) Petani diberi kode 4

- 6) Pelajar/mahasiswa kode 5
 - 7) IRT (Ibu Rumah Tangga) diberi kode 6
 - 8) Lain-lain diberi kode 7
- e. Kepemilikan asuransi kesehatan
- 1) Tidak diberi kode 0
 - 2) Ya diberi kode 1
- f. Tipe kusta :
- 1) Tipe MB diberi kode 0
 - 2) Tipe PB diberi kode 1
- g. Pelaksanaan pengobatan rutin
- 1) Tidak diberi kode 0
 - 2) Ya diberi kode 1
- h. Tingkat kecacatan kusta
- 1) Tingkat kecacatan 0 diberi kode 0
 - 2) Tingkat kecacatan 1 diberi kode 1
 - 3) Tingkat kecacatan 2 diberi kode 2

4.7.3 *Processing/entry*

Proses memasukkan data dari masing-masing responden ke dalam program atau *software* yang ada di komputer (Notoatmodjo, 2010). Peneliti menggunakan program/*software* *Statistical Product and Service Solution* (SPSS) yang ada di komputer untuk melakukan pengolahan data.

4.7.4 *Cleaning*

Cleaning merupakan teknik pembersihan data-data yang tidak sesuai dengan kebutuhan peneliti (Setiadi, 2007). Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan dilakukan pembetulan atau koreksi terhadap kesalahan yang mungkin terjadi.

4.8 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian kuantitatif merupakan kegiatan setelah data dari seluruh responden atau sumber data lain terkumpul. Kegiatan dalam analisis data adalah mengelompokkan data berdasarkan variabel dan jenis responden, mentabulasi data berdasarkan variabel dari seluruh responden, menyajikan data tiap variabel yang diteliti, melakukan perhitungan untuk menjawab rumusan masalah, dan melakukan perhitungan untuk menguji hipotesis yang telah diajukan (Sugiyono, 2014). Analisa data dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis tentang perbedaan tingkat kecacatan klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD. Teknik analisa data dalam penelitian dalam penelitian adalah analisis univariat dan analisis bivariat.

4.8.1 Analisis univariat

Analisis univariat merupakan analisis yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan tentang distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Analisis univariat ini digunakan untuk

mendeskripsikan karakteristik klien kusta dan variabel penelitian. Karakteristik klien kusta anggota KPD dari penelitian ini terdiri dari usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, kepemilikan asuransi, tipe kusta, lama mengikuti KPD, lama mengalami kusta, dan pelaksanaan pengobatan klien kusta anggota KPD.

Variabel dari penelitian ini terdiri dari variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah keaktifan klien kusta anggota KPD dan variabel dependennya adalah tingkat kecacatan klien kusta. Analisis deskriptif ini digunakan untuk mendeskripsikan variabel penelitian yaitu tingkat kecacatan yang dialami oleh klien kusta anggota KPD dan keaktifan klien kusta anggota KPD.

Analisis univariat dilakukan sesuai dengan jenis data. Data yang berbentuk kategorik yaitu jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, kepemilikan asuransi, tipe kusta, pelaksanaan pengobatan, keaktifan klien kusta, dan tingkat kecacatan dianalisa dengan menggunakan persentase atau proporsi. Data numerik yaitu usia, lama mengalami kusta, lama mengikuti KPD, nilai kecacatan dianalisa dengan *mean*, *median*, modus, standar deviasi, nilai minimal, dan nilai maksimal.

4.8.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui dan menganalisa ada tidaknya perbedaan tingkat kecacatan pada klien kusta yang aktif dan tidak aktif dalam mengikuti kegiatan KPD. Analisis bivariat

ini berguna untuk membuktikan atau menguji hipotesis yang telah dibuat. Skala data yang digunakan untuk variabel tingkat kecacatan klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD adalah skala rasio.

Sebelum dilakukan uji statistik diperlukan uji persyaratan analisis untuk menentukan jenis uji statistik yang akan digunakan apakah menggunakan uji statistik parametrik dan uji statistik non parametrik (Riwidikdo, 2013). Uji persyaratan analisis yang harus dilakukan dalam penelitian ini adalah uji normalitas dan uji homogenitas untuk mengetahui sebaran data tingkat kecacatan klien kusta baik yang aktif maupun tidak aktif. Uji homogenitas dalam penelitian ini menggunakan uji Levene's. Uji Levene's digunakan untuk mengetahui sebaran data antara kedua kelompok responden baik yang aktif maupun tidak aktif mengikuti KPD bersifat homogen atau tidak (Riwidikdo, 2013). Data dikatakan homogen jika nilai $p > 0,05$. Uji normalitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Shapiro-Wilk* untuk mengetahui sifat data berdistribusi normal atau tidak berdistribusi normal. Uji Shapiro-Wilk dipilih karena jumlah sampel dalam penelitian ini kurang dari 50. Data dikatakan berdistribusi normal jika nilai $p > 0,05$. Hasil uji normalitas yang dilakukan pada penelitian ini dapat dilihat dalam tabel 4.2 berikut ini.

Tabel 4.2 Hasil Uji Normalitas Data Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti KPD

Variabel	<i>Shapiro-wilk</i>		
	<i>Statistic</i>	<i>df</i>	<i>Sig</i>
Tingkat kecacatan klien yang aktif mengikuti KPD	0,721	21	0,000
Tingkat kecacatan klien yang tidak aktif mengikuti KPD	0,804	23	0,001

Tabel 4.3 menunjukkan nilai p menghasilkan angka pada responden yang aktif yaitu 0,000 dan pada responden yang tidak aktif yaitu 0,001. Kedua angka tersebut memiliki nilai $< 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa data tersebut berdistribusi tidak normal.

Hasil uji homogenitas yang dilakukan pada penelitian ini dapat dilihat dalam tabel 4.3 berikut ini.

Tabel 4.3 Hasil Uji Homogenitas Data Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti KPD

Uji Homogenitas	<i>Levene-test</i>
Tingkat kecacatan klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD	0,000

Tabel 4.3 didapatkan hasil uji homogenitas data dengan menggunakan *levene-test*. Hasil uji homogenitas menunjukkan data tingkat kecacatan klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD memiliki nilai $p\text{-value} = 0,000$. Hal ini menunjukkan nilai $p < \alpha$ ($\alpha = 0,05$) yang berarti sebaran data antara kedua kelompok responden baik yang aktif maupun tidak aktif mengikuti KPD tidak homogen.

Hasil uji normalitas data menunjukkan data tidak berdistribusi normal sehingga peneliti menggunakan uji statistik non parametrik. Uji statistik non parametrik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Mann-Whitney* dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha=0.05$). Analisis bivariat dalam penelitian ini menggunakan bantuan *software* SPSS. Hasil uji dilihat dengan membandingkan nilai $p\text{-value}$ yang didapatkan dari uji statistik dengan nilai α (0,05). Apabila nilai $p\text{-value} < \alpha$ (0,05) berarti H_a diterima yaitu terdapat perbedaan tingkat kecacatan pada klien yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD.

4.9 Etika Penelitian

Peneliti yang baik adalah peneliti yang selama melakukan penelitian dapat memegang sikap ilmiah (*scientific attitude*) serta berpegang teguh pada etika penelitian (Notoatmodjo, 2010). Peneliti yang dilakukan oleh mahasiswa kesehatan pada khususnya menggunakan manusia sebagai subjek yang diteliti sehingga dalam pelaksanaan penelitian khususnya berkaitan dengan kesehatan, peneliti harus memperhatikan hubungan antara kedua belah pihak secara etika. Etika dalam penelitian menunjuk pada prinsip-prinsip etis yang diterapkan dalam kegiatan penelitian, dari proposal penelitian sampai dengan publikasi hasil penelitian. Secara garis besar, Etik penelitian terdiri dari *informed consent*, kerahasiaan, keanoniman, menghormati harkat dan martabat manusia, keadilan dan keterbukaan, memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (Potter & Perry, 2005; Notoatmodjo, 2010).

4.9.1 *Informed Consent*

Informed Consent artinya subjek peneliti (1) telah diberikan informasi yang penuh dan lengkap mengenai tujuan studi, prosedur, pengumpulan data, potensial bahaya dan keuntungan serta metode alternatif pengobatan; (2) mampu secara penuh memahami penelitian dan implikasi partisipasi; (3) memahami bahwa kerahasiaan dan keanoniman harus dipertahankan (Potter & Perry, 2005).

Lembar persetujuan diberikan oleh peneliti kepada responden sebelum penelitian dilakukan. Lembar persetujuan ini digunakan untuk memberikan informasi maupun gambaran terkait penelitian kepada responden penelitian.

Subjek penelitian atau responden diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian prosedur, pengumpulan data, manfaat dan kerugian menjadi responden dalam penelitian ini dan diberi hak untuk bersedia atau tidak dalam penelitian ini dengan menjelaskan hak dan kewajiban responden serta peneliti.

Peneliti berupaya untuk menghargai hak responden dengan tidak memaksa responden untuk mengikuti penelitian. Peneliti memberikan kebebasan kepada responden untuk menolak maupun bersedia mengikuti penelitian. Apabila calon responden setuju dengan permintaan peneliti, maka calon responden dapat menggunakan haknya yaitu menandatangani *informed consent* sebagai bukti persetujuan oleh calon responden.

4.9.2 Kerahasiaan

Kerahasiaan merupakan jaminan bahwa setiap informasi apapun yang diberikan oleh subjek tidak dilaporkan dengan cara apapun untuk mengidentifikasi subjek dan tidak mungkin diakses oleh orang selain tim penelitian (Polit dan Hungler, 1995 dalam Potter & Perry, 2005). Peneliti menyampaikan pada responden jika semua informasi yang disampaikan pada peneliti baik informasi yang terkait dengan penelitian atau diluar kepentingan penelitian dapat dijamin kerahasiaannya.

4.9.3 Keanoniman

Keanoniman merupakan suatu jaminan bagi subjek akan adanya pilihan bebas dalam memberikan ijin (*consent*), meliputi hak untuk menarik diri dari studi

kapan saja (Polit dan Hungler, 1995; Talbot, 1995 dalam Potter & Perry, 2005). Jaminan yang diberikan kepada responden bahwa identitas responden akan dirahasiakan sebagaimana mestinya agar tidak mengakibatkan kerugian bagi responden penelitian. Nama responden saat penelitian tidak ditulis namun dirahasiakan dengan cara mengganti nama dengan inisial responden. Hal tersebut bertujuan agar responden merasa lebih aman dan nyaman saat memberikan informasi terkait data penelitian.

4.9.4 Keadilan dan Keterbukaan

Prinsip keterbukaan dan adil perlu di jaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian sehingga perlu dikondisikan dengan prinsip keterbukaan yakni menjelaskan prosedur penelitian dan prinsip keadilan dengan menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan gender, agama, etnis dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010). Peneliti menjelaskan prosedur penelitian kepada responden sebelum dilaksanakan penelitian. Peneliti juga melakukan perlakuan yang sama kepada responden baik yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD yaitu pemeriksaan tingkat kecacatan kusta.

BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo. Puskesmas Jenggawah membawahi 3 wilayah yang meliputi Desa Cangkring, Desa Jatisari, dan Desa Jenggawah. Puskesmas Jenggawah merupakan salah satu puskesmas yang telah mencanangkan program untuk mengatasi masalah kecacatan akibat kusta yaitu melalui adanya Kelompok Perawatan Diri (KPD). KPD yang dibentuk di Puskesmas Jenggawah diberi nama KPD Cahaya. KPD Cahaya didirikan sejak tahun 2009 bersamaan dengan KPD Gotong Royong di Puskesmas Tempurejo. Kegiatan dalam KPD Cahaya dilaksanakan setiap satu bulan sekali yakni pada setiap sabtu legi. Jumlah anggota yang tercatat di KPD Cahaya sampai Maret 2015 sebanyak 23 orang yang tersebar di tiga wilayah kerja Puskesmas Jenggawah.

Puskesmas Tempurejo membawahi 4 desa yang terdiri atas Desa Curah Takir, Desa Pondokrejo, Desa Sidodadi, dan Desa Tempurejo. KPD yang didirikan di Puskesmas Tempurejo diberi nama KPD Gotong Royong. KPD Gotong Royong didirikan pada tahun 2009. Kegiatan dalam KPD Gotong Royong dilaksanakan setiap satu bulan sekali yakni pada setiap selasa pon. Jumlah anggota yang tercatat di KPD Gotong Royong sampai Maret 2015 sebanyak 25 orang yang tersebar di tiga wilayah kerja Puskesmas Jenggawah. Bentuk kegiatan rutin yang dilakukan baik di KPD Cahaya maupun KPD Gotong Royong antara

lain pelaksanaan rendam, gosok, dan oles, pemberian informasi/penyuluhan dari pihak puskesmas, mahasiswa, dan dinas kesehatan terkait hal-hal penyakit kusta, memantau dan memonitor kondisi klien kusta, serta *sharing* pengalaman antar masing-masing anggota KPD terkait kondisi yang dialami.

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Karakteristik Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Kabupaten Jember.

Karakteristik klien kusta anggota KPD dalam penelitian ini terdiri dari usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, kepemilikan asuransi, tipe kusta, lama mengikuti KPD, lama mengalami kusta, dan pelaksanaan pengobatan anggota KPD. Hasil penelitian karakteristik klien kusta adalah sebagai berikut.

a. Usia

Distribusi berdasarkan usia klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2015 dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Distribusi berdasarkan Usia Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2015 (n=44)

Variabel	Mean	Median	Modus	SD	Min-Maks
Usia (tahun)					
a. Aktif	48,39	45	45	16,32	19-83
b. Tidak Aktif	39,95	38	50	15,69	17-68

Tabel 5.1 menunjukkan klien kusta yang aktif mengikuti KPD memiliki nilai rata-rata usia yang lebih tinggi dibandingkan dengan klien kusta yang tidak aktif

mengikuti KPD yaitu 48,39 tahun dan 39,95 tahun. Usia klien kusta yang paling banyak mengikuti KPD yakni usia 45 tahun sedangkan yang tidak aktif mengikuti KPD paling banyak berusia 50 tahun. Klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD yang paling muda berusia 17 tahun dan yang paling tua berusia 68 tahun sedangkan usia klien kusta yang aktif mengikuti KPD yang paling muda berusia 19 tahun dan yang paling tua berusia 83 tahun.

b. Lama mengalami kusta dan lama mengikuti KPD

Distribusi berdasarkan lama mengalami kusta dan lama mengikuti KPD klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2015 dapat dilihat pada tabel 5.2

Tabel 5.2 Distribusi berdasarkan Lama Mengalami Kusta dan Lama Mengikuti KPD Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2015 (n=44)

Variabel	Mean	Median	Modus	SD	Min-Maks
Lama mengalami kusta (tahun)					
a. Aktif	5,78	6,00	7	2,49	2-10
b. Tidak Aktif	4,57	3	3	2,44	1-10
Lama mengikuti KPD (tahun)					
a. Aktif	4,22	5	5	1,24	2-5
b. Tidak Aktif	3,43	3	5	1,43	1-5

Hasil analisis distribusi berdasarkan tabel 5.2, klien kusta yang aktif mengikuti KPD rata-rata mengalami kusta selama 5,78 tahun dan rata-rata telah mengikuti KPD selama 4,22 tahun, sedangkan klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD rata-rata mengalami kusta selama 4,57 tahun dan rata-rata telah mengikuti KPD selama 3,43 tahun. Lama mengalami kusta klien kusta yang aktif mengikuti KPD paling baru selama 2 tahun dan paling lama selama 10 tahun sedangkan klien

kusta yang tidak aktif mengikuti KPD paling baru mengalami kusta selama 1 tahun dan paling lama 10 tahun.

- c. Jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, kepemilikan asuransi, tipe kusta, dan pelaksanaan pengobatan rutin

Distribusi karakteristik klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD berdasarkan jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, kepemilikan asuransi, tipe kusta, dan pelaksanaan pengobatan rutin di Kabupaten Jember tahun 2015 di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah dan Tempurejo dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Distribusi Karakteristik Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember 2015 berdasarkan Jenis Kelamin, Status Pernikahan, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Kepemilikan Asuransi, Tipe Kusta, dan Pelaksanaan Pengobatan Rutin (n=44)

No	Karakteristik Klien Kusta	Aktif mengikuti kegiatan KPD		Tidak Aktif mengikuti kegiatan KPD	
		Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
1	Jenis Kelamin				
	a. Laki-laki	18	78,3	16	76,2
	b. Perempuan	5	21,7	5	23,8
	Total	23	100	21	100
2	Status Pernikahan				
	a. Menikah	22	95,7	18	85,7
	b. Tidak menikah	1	4,3	3	14,3
	Total	23	100	21	100
3	Pendidikan				
	a. Tidak sekolah	8	34,8	6	28,6
	b. SD	10	43,5	9	42,9
	c. SMP	3	13,0	3	14,3
	d. SMU/SMK	2	8,7	3	14,3
	Total	23	100	21	100
4	Pekerjaan				
	a. Tidak bekerja	4	17,4	4	19,0
	b. Wiraswasta	6	26,1	4	19,0
	c. Petani	10	43,5	6	28,6
	d. Pelajar	0	0	1	4,8
	e. Ibu Rumah Tangga (IRT)	2	8,7	3	14,3
	f. Lain-lain	1	4,3	3	14,3
	Total	23	100	21	100
5	Kepemilikan Asuransi				
	a. Ya	14	60,9	9	42,9
	b. Tidak	9	39,1	12	57,1
	Total	23	100	21	100
6	Tipe kusta				
	PB	2	8,7	3	14,3
	MB	21	91,3	18	85,7
	Total	23	100	21	100
7	Pelaksanaan pengobatan rutin				
	Ya	22	95,7	20	95,2
	Tidak	1	4,3	1	4,8
	Total	23	100	21	100

Hasil analisis distribusi klien kusta berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa mayoritas klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD berjenis kelamin laki-laki yakni sebanyak 18 orang (78,3%) pada klien kusta yang aktif dan sebanyak 16 orang (76,2%) pada klien kusta yang tidak aktif. Klien kusta baik yang aktif maupun tidak aktif mengikuti KPD mayoritas sudah menikah yakni sebanyak 22 orang (95,7%) pada klien kusta yang aktif dan sebanyak 18 orang (85,7%) pada klien kusta yang tidak aktif. Tabel 5.3 menunjukkan klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD memiliki pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD) yaitu sebanyak 10 orang (43,5%) pada klien kusta yang aktif dan 9 orang (42,9%) pada klien kusta yang tidak aktif. Klien kusta dalam penelitian ini baik yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD bekerja sebagai petani, hal tersebut terbukti dengan 10 klien kusta (43,5%) yang aktif dan 6 klien kusta (28,6%) yang tidak aktif memiliki pekerjaan sebagai petani.

Tabel 5.3 juga menunjukkan bahwa sebagian besar klien kusta yang aktif mengikuti kegiatan KPD yaitu 14 orang (60,9%) memiliki asuransi kesehatan. Hasil tersebut berbeda dengan klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD yang sebagian besar tidak memiliki asuransi kesehatan yakni sebanyak 12 orang (57,1%). Mayoritas klien kusta baik yang aktif maupun yang tidak aktif mengikuti KPD mengalami kusta tipe MB yaitu sebanyak 21 orang (91,3%) pada klien kusta yang aktif dan 18 orang (85,7%) pada klien kusta yang tidak aktif. Klien kusta baik yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD mayoritas melaksanakan pengobatan kusta secara rutin yaitu sebanyak 22 orang (95,7%) yang aktif dan 20 orang (95,2%) yang tidak aktif.

5.2.2 Keaktifan Klien Kusta Mengikuti Kegiatan KPD di Kabupaten Jember

Kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo dilaksanakan sebulan sekali. Kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dilaksanakan setiap sabtu manis sedangkan di Puskesmas Tempurejo dilaksanakan setiap selasa pon. Distribusi keaktifan klien kusta dalam mengikuti kegiatan KPD selama April 2014-Maret 2015 dapat dilihat dalam tabel 5.4 berikut ini.

Tabel 5.4 Distribusi Keaktifan Klien Kusta Dalam Mengikuti Kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Selama April 2014-Maret 2015 (n=44)

No	Keaktifan klien kusta	Frekuensi	Persentase (%)
1	Aktif	23	52,28
2	Tidak aktif	21	47,72
	Total	44	100

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa klien kusta yang aktif mengikuti kegiatan KPD sebanyak 23 orang (52,28%) dan klien kusta yang tidak aktif mengikuti kegiatan KPD sebanyak 21 orang (47,72%).

5.2.3 Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Kabupaten Jember

Hasil analisis nilai rata-rata tingkat kecacatan menurut EHF *score* klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD di Kabupaten Jember dapat dilihat pada tabel 5.5 berikut ini.

Tabel 5.5 Distribusi Tingkat Kecacatan menurut EHF *Score* Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2015 (n=44)

Keaktifan	Mean	Median	Modus	SD	Min-Maks
Aktif	0,83	0,00	0	1,19	0-4
Tidak aktif	2,57	2	0	2,96	0-8

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa klien kusta yang aktif mengikuti kegiatan KPD memiliki nilai rata-rata kecacatan 0,83 sedangkan klien kusta yang tidak aktif mengikuti kegiatan KPD memiliki nilai rata-rata kecacatan 2,57.

Hasil analisis distribusi berdasarkan tingkat kecacatan menurut WHO dapat dilihat dalam tabel 5.6 berikut ini.

Tabel 5.6 Distribusi Tingkat Kecacatan Menurut Kemenkes RI (2012) Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2015 (n=44)

No	Tingkat Kecacatan menurut WHO	Aktif		Tidak Aktif	
		Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
1	Tingkat 0	14	60,9	8	38,1
2	Tingkat 1	5	21,7	2	9,5
3	Tingkat 2	4	17,4	11	52,4
	Total	23	100	21	100

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa tingkat kecacatan menurut Kemenkes RI, klien kusta yang aktif mengikuti kegiatan KPD sebagian besar memiliki cacat tingkat 0 yakni sebanyak 14 orang (60,9%), diikuti dengan cacat tingkat 1 sebanyak 5 orang (21,7%) dan cacat tingkat 2 sebanyak 4 orang (17,4%). Hasil tersebut berbeda dengan klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD yang sebagian besar mengalami cacat tingkat 2 yaitu sebanyak 11 orang (52,4%) yang diikuti klien kusta dengan cacat tingkat 0 sebanyak 8 orang (38,1%) dan cacat tingkat 1 sebanyak 2 orang (9,5%).

5.2.4 Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti KPD di Kabupaten Jember

Analisis perbedaan tingkat kecacatan klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo dapat dilihat dalam tabel 5.7 berikut ini

Tabel 5.7 Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2015 (n=44)

Keaktifan	Mean	SD	N	p-value
Aktif	0,83	1,19	23	0,042
Tidak aktif	2,57	2,97	21	

Tabel 5.7 di atas menunjukkan perbedaan nilai rata-rata kecacatan yang dialami oleh klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD. Nilai rata-rata tingkat kecacatan klien kusta yang aktif mengikuti KPD adalah 0,83 sedangkan klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD adalah 2,57. Hasil uji statistik *Mann Whitney U-test* diperoleh p value (0,042) < 0,05 dan dengan tingkat kepercayaan 95%, sehingga disimpulkan bahwa H_0 ditolak atau H_a diterima yang berarti ada perbedaan tingkat kecacatan pada klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD di Kabupaten Jember.

5.2 Pembahasan

Pembahasan pada penelitian ini menjelaskan mengenai karakteristik klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD di Kabupaten Jember, keaktifan klien kusta yang mengikuti KPD di Kabupaten Jember, tingkat kecacatan klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD di Kabupaten Jember, dan

perbedaan tingkat kecacatan pada klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD di Kabupaten Jember.

5.2.1 Karakteristik Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti KPD di Kabupaten Jember

a. Usia

Tabel 5.1 menunjukkan klien kusta yang aktif mengikuti kegiatan KPD memiliki rata-rata usia yakni 48,39 tahun, sedangkan rata-rata usia klien kusta yang tidak aktif mengikuti kegiatan KPD adalah 39,95 tahun. Peningkatan risiko kecacatan pada klien kusta dapat disebabkan oleh meningkatnya usia klien kusta. Peningkatan usia dapat menyebabkan kemampuan sistem saraf berkurang sehingga pada saraf motorik terjadi paralisis. Harahap (2000) menjelaskan bahwa penyakit kusta dapat mengenai semua umur, namun sangat jarang terjadi pada umur yang sangat muda dan di atas 70 tahun. Hasnani (2003) menemukan bahwa klien kusta kelompok umur >14 tahun memiliki risiko mengalami cacat tingkat 2 sebesar 4,891 kali dibanding klien kusta umur <14 tahun.

Sulatri & Sukriyadi (2013) menyatakan bahwa klien kusta yang berumur tua 6 kali dibanding dengan klien kusta berumur dewasa (OR = 6,481). Hal ini terjadi dikarenakan penyakit kusta merupakan penyakit dengan perjalanan kronik, maka semakin lama kuman kusta berada dalam tubuh semakin buruk pula cacat yang ditimbulkan (Sulatri & Sukriyadi, 2013). Kecacatan pada usia tua cenderung *irreversibel*. Kondisi fisik dan penurunan fungsi organ tubuh pada orang tua

menjadi faktor risiko terjadinya cacat yang progresif dan *irreversibel* (Bravo 1987 dalam Hasnani, 2003).

b. Lama mengalami kusta

Klien kusta yang aktif mengikuti KPD rata-rata mengalami kusta selama 5,78 tahun sedangkan klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD rata-rata mengalami kusta selama 4,57 tahun. Lama mengalami kusta akan mempengaruhi kecacatan yang dialami oleh klien kusta. Srinivasan (dalam Putra, Fauzi, & Agusni, 2009) menjelaskan semakin lama masa aktif penyakit kusta akan meningkatkan risiko terjadinya kecacatan. Pernyataan tersebut didukung hasil penelitian Hasnani (2003) yang menunjukkan lama sakit menderita kusta berhubungan dengan kejadian cacat tipe 2 (OR = 3,211). Hasil penelitian Putra, Fauzi, & Agusni (2009) juga menunjukkan bahwa klien kusta yang mengalami kusta selama > 6 bulan memiliki kecacatan lebih tinggi daripada klien kusta yang mengalami kusta 3-6 bulan.

Penyakit kusta merupakan penyakit kronik sehingga perkembangan penyakit kusta seiring dengan lama seseorang mengalami kusta. Adanya gangguan saraf akibat *Mycobacterium leprae* mengakibatkan klien kusta mengalami mati rasa, deformitas, dan kecacatan. Keadaan tersebut semakin lama akan menyebabkan masalah kecacatan yang lebih parah seperti timbulnya luka pada tangan dan kaki, kaki semper, bahkan dapat terjadi amputasi (Mc. Dougall, 1992 dalam Hasnani, 2003).

c. Lama mengikuti KPD

Hasil analisis distribusi berdasarkan lama mengikuti KPD pada tabel 5.2 menunjukkan klien kusta yang aktif rata-rata telah mengikuti KPD selama 4,22 tahun, sedangkan klien kusta yang tidak aktif rata-rata telah mengikuti KPD selama 3,43 tahun. Lama seseorang mengikuti KPD juga berpengaruh terhadap paparan informasi tentang aktivitas perawatan diri sehingga berpengaruh pula pada aktivitas perawatan diri yang dilakukan. Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian Pribadi (2012) yang menunjukkan bahwa klien kusta yang aktif mengikuti KPD, sebagian besar memiliki aktivitas perawatan diri baik dan rata-rata telah menjadi KPD selama 1,6 tahun. Berbeda dengan klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD, sebagian besar memiliki aktivitas perawatan diri yang kurang baik dan rata-rata lama klien menjadi anggota KPD lebih singkat yaitu 1,35 tahun.

Adanya perawatan diri yang baik pada pasien kusta akan mampu mencegah atau mengurangi kecacatan yang dialami klien kusta. Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian Ganapati et al. (2003) yang diperoleh hasil bahwa klien kusta dengan perawatan diri yang baik dapat membantu memperbaiki tingkat kecacatan lebih dari 50% klien kusta yang telah 4 tahun terdeteksi kusta.

d. Jenis kelamin

Hasil analisis distribusi berdasarkan jenis kelamin pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa mayoritas berjenis kelamin laki-laki yakni sebanyak 18 orang (78,3%) pada klien kusta yang aktif mengikuti KPD dan sebanyak 16 orang (76,2%) pada klien kusta yang aktif mengikuti KPD. Harahap (2000) menyatakan

bahwa laki-laki lebih banyak terkena dibandingkan dengan wanita dengan perbandingan 2:1, walaupun ada beberapa daerah yang menunjukkan insiden hampir sama bahkan ada yang menunjukkan klien kusta wanita lebih banyak.

Jenis kelamin akan mempengaruhi kecacatan yang dialami oleh klien kusta. Klien kusta laki-laki lebih sering mengalami kecacatan salah satunya karena aktivitas sehari-hari yang lebih berat. Pernyataan tersebut sesuai dengan Penelitian Moschioni et al (2010) juga menunjukkan bahwa klien kusta laki-laki lebih sering mengalami kecacatan daripada perempuan disebabkan karena sulitnya klien kusta laki-laki datang ke sarana kesehatan selama waktu kerja, ketakutan akan kehilangan pekerjaan karena stigma buruk penyakit kusta, dan adanya risiko timbulnya kecacatan pada laki-laki lebih besar mengingat beratnya aktivitas yang dimiliki. Penelitian Susanto (2006) di Kabupaten Sukoharjo juga menemukan bahwa kejadian cacat tingkat 2 pada klien kusta lebih banyak dialami oleh laki-laki dengan persentase 68,42% dibandingkan perempuan dengan persentase sebesar 31,58% dari seluruh kejadian cacat tingkat 2.

e. Status pernikahan

Hasil analisis distribusi berdasarkan status pernikahan pada tabel 5.3 menunjukkan sebagian besar memiliki status pernikahan menikah yakni sebanyak 22 orang (95,7%) pada klien kusta yang aktif mengikuti KPD dan sebanyak 18 orang (85,7%) pada klien kusta yang aktif mengikuti KPD. Status pernikahan dapat diasumsikan menjadi komponen penting untuk membangun sumber dukungan bagi klien kusta. Keluarga sebagai sistem pendukung bagi klien kusta diharapkan mampu memberikan dukungan penuh dalam upaya perawatan klien

kusta. Penelitian yang dilakukan oleh Indanah, Suwanto & Wiryani (2014) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan yang diberikan keluarga dengan tingkat kecacatan klien kusta ($p=0,004$). Suprajitno (2004) juga menjelaskan bahwa keluarga memiliki fungsi untuk merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi anggota keluarga yang sakit. Peneliti juga beropini bahwa dengan adanya status pernikahan maka dukungan dari pihak pasangan diharapkan akan lebih besar dan mampu menjalankan fungsi keluarga dengan baik sehingga akan membantu mencegah terjadinya kecacatan pada klien kusta.

f. Status pendidikan terakhir

Hasil analisis distribusi berdasarkan pendidikan terakhir pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD kebanyakan memiliki pendidikan terakhir SD yakni sebanyak 10 orang (43,5%) pada klien kusta yang aktif dan sebanyak 9 orang (42,9%) pada klien kusta yang tidak aktif. Pendidikan yang rendah dapat mengakibatkan kurangnya pengetahuan klien kusta terhadap penyakit kusta, sehingga klien kusta tidak memahami akibat buruk dari penyakit kusta, dan akhirnya berpengaruh terhadap rendahnya kepatuhan berobat pada klien kusta.

Peter dan Eshiet (2002 dalam Susanto, 2006) menyatakan bahwa rendahnya tingkat pendidikan dapat mengakibatkan lambatnya pencarian pengobatan dan diagnosis penyakit sehingga kecacatan pada klien kusta semakin parah. Pernyataan tersebut sesuai dengan hasil penelitian Susanto (2006) yang menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan

dengan kejadian cacat tingkat 2 pada klien kusta Kabupaten Sukoharjo ($p=0,000$ pada $\alpha=0,05$). Tingkat pendidikan yang rendah juga dapat mempengaruhi klien kusta untuk tidak merawat kondisi luka akibat kusta sehingga akan memperparah kondisi cacat (Susanto, 2006).

g. Pekerjaan

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa klien kusta baik yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD kebanyakan bekerja sebagai petani yakni sebanyak 10 klien kusta (43,5%) yang aktif dan 6 klien kusta (28,6%) yang tidak aktif memiliki pekerjaan sebagai petani. Pekerjaan yang berat dan kasar serta intensitas pekerjaan yang tidak teratur seperti petani dan buruh, akan memudahkan timbulnya kecacatan. Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian Susanto (2006) yang dalam penelitiannya mendapatkan bahwa sebagian besar klien kusta di Kabupaten Sukoharjo adalah petani yang termasuk pekerjaan berat dan kasar, selain itu bertani lebih sering menggunakan kaki dan tangan dalam intensitas yang lama dengan waktu kerja yang tidak teratur. Rambey (2012) menyatakan bahwa klien kusta yang bekerja berisiko 8,3 kali mengalami cacat tingkat 2 dibandingkan yang tidak bekerja. Kurnianto (2002) juga menemukan bahwa berat ringannya pekerjaan klien kusta berhubungan dengan tingkat kecacatan pada klien kusta.

h. Kepemilikan asuransi kesehatan

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar klien kusta yang aktif mengikuti KPD sebanyak 14 orang (60,9%) memiliki asuransi kesehatan dan sisanya 9 orang (39,1%) tidak memiliki asuransi kesehatan. Hasil tersebut berbeda dengan klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD yaitu sebanyak 12 orang tidak

memiliki asuransi kesehatan dan sisanya 9 orang (42,9%) memiliki asuransi kesehatan. Asuransi kesehatan merupakan asuransi yang memberikan penggantian biaya perawatan dan biaya pengobatan (Senduk, 2009). Asuransi kesehatan ini memiliki manfaat yaitu mendekatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan asuransi membantu mengurangi risiko perorangan ke risiko sekelompok orang dengan cara perangkuman risiko (*risk pooling*) (Djuhaeni, 2007). Peneliti beropini dengan adanya asuransi diharapkan klien kusta tidak merasa terbebani dengan biaya kesehatan sehingga klien kusta akan berobat ke pelayanan kesehatan apabila mengalami masalah kesehatan akibat penyakit kusta.

i. Tipe kusta

Hasil analisis distribusi pada tabel 5.3 menunjukkan mayoritas klien kusta baik yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD mengalami kusta tipe MB yaitu 21 orang (91,3%) yang aktif dan 18 orang (85,7%) yang tidak aktif. Tipe kusta yang dialami akan mempengaruhi kecacatan klien kusta. Pernyataan ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sulastri dan Sukriyadi (2013) mendapatkan adanya hubungan antara tipe kusta dengan kejadian kecacatan tingkat 2 pada klien kusta ($p=0,006$, $OR=5,905$).

Kecacatan lebih sering terjadi pada klien kusta tipe MB. Keadaan tersebut diakibatkan sifat alami tipe MB yang memiliki penyebaran kuman lebih cepat dan banyak menimbulkan kecacatan pada akhir sprektum (Hasnani, 2003). Penyebab lain yang menyebabkan kecacatan lebih sering pada tipe MB adalah adanya perbedaan respon imunitas, dimana ditemukan sistem imunitas yang kurang baik pada tipe MB. Tipe MB juga memerlukan waktu pengobatan lebih lama dibanding

dengan tipe PB, sehingga banyak klien kusta yang tidak taat berobat di pelayanan kesehatan (Sulastri dan Sukriyadi, 2013).

j. Pelaksanaan pengobatan rutin

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa mayoritas klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD melaksanakan pengobatan kusta secara rutin yaitu sebanyak 22 orang (95,7%) pada klien kusta yang aktif dan sebanyak 20 orang (95,2%) pada klien kusta tidak aktif. Penilaian pelaksanaan pengobatan rutin dalam penelitian ini dilakukan dengan melihat data status pengobatan klien kusta selama melakukan pengobatan kusta. Klien kusta dianggap rutin melaksanakan pengobatan kusta apabila klien kusta tidak pernah putus obat selama pengobatan yaitu 6-9 bulan untuk tipe PB dan 12-18 bulan untuk tipe MB.

Pengobatan klien kusta ditujukan untuk mematikan kuman kusta. Pada klien kusta dengan tipe PB yang berobat dini dan teratur akan cepat sembuh tanpa menimbulkan cacat. Klien kusta yang sudah dalam keadaan cacat permanen, pengobatan hanya dapat mencegah cacat lebih lanjut. Selama pengobatan klien kusta dapat bersekolah atau bekerja seperti biasa, apabila klien kusta tidak minum obat secara teratur, maka kuman kusta dapat menjadi aktif kembali, sehingga timbul gejala-gejala baru pada kulit dan saraf yang memperburuk kecacatan (Ishii, 2005). Hal ini dibuktikan dalam penelitian Susanto (2006), klien yang mengalami kecacatan tingkat 2 sebanyak 82,8% tidak berobat secara teratur.

Kecacatan pada klien kusta yang tidak teratur minum obat kemungkinan disebabkan terganggunya keseimbangan imunitas yang mungkin mempengaruhi terjadinya neuritis dan kerusakan saraf. Ketidakteraturan mengambil obat juga

menyebabkan pengawasan terhadap terjadinya reaksi menjadi tidak teratur. Meskipun dengan pemberian MDT dapat menyebabkan timbulnya neuritis yang menyebabkan kecacatan motorik dan sensorik serta terjadinya proliferasi kuman lokal yang menyebabkan deformitas spesifik, akan tetapi apabila klien kusta datang mengambil obat secara teratur maka apabila terjadi neuritis akan segera diketahui petugas dan dilakukan penanganan reaksi secara adekuat (Kurnianto, 2002).

5.2.2 Keaktifan Klien Kusta Mengikuti Kegiatan KPD di Kabupaten Jember

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa klien kusta yang aktif mengikuti kegiatan KPD sebanyak 23 orang (52,28%) dan klien kusta yang tidak aktif mengikuti kegiatan KPD sebanyak 21 orang (47,72%). Kemampuan klien kusta dalam mengakses tempat kegiatan KPD akan mempengaruhi keaktifan klien kusta untuk mengikuti KPD. Pernyataan tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Susilowati (2014) yang menunjukkan adanya hubungan antara keterjangkauan ke tempat kegiatan KPD dengan partisipasi klien kusta kusta dalam KPD dengan *p value* sebesar 0,0006. Hasil bersesuaian dengan pengamatan peneliti pada saat kunjungan rumah di Puskesmas Tempurejo salah satunya pada klien kusta yang berada di wilayah kerja Curah Takir menunjukkan bahwa jalan yang harus ditempuh klien kusta saat menuju puskesmas cukup sulit dan jauh dari puskesmas. Peneliti juga menemukan bahwa klien kusta yang tidak aktif mengikuti kegiatan KPD sebanyak 21 orang tidak hadir dalam kegiatan KPD dikarenakan tidak ada anggota keluarga yang bisa mengantarkan klien kusta ke

puskesmas, adanya pekerjaan yang tidak bisa ditinggalkan, dan tidak mempunyai uang untuk membayar sarana transportasi ke puskesmas.

Keaktifan klien kusta dalam mengikuti KPD juga dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki klien kusta. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka. Perilaku yang didasari pengetahuan umumnya bersifat langgeng (Sunaryo, 2004). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Susilowati (2014) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan partisipasi klien kusta di KPD dengan p value = 0,021. Hasil penelitian Susilowati (2014) juga menunjukkan semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang semakin tinggi pula kemampuan memahami akibat buruk yang akan ditimbulkan dari penyakit kusta dan langsung mengambil tindakan pencegahan dengan mengikuti kegiatan KPD (Susilowati, 2014). Hasil penelitian tersebut bersesuaian dengan hasil yang didapatkan peneliti pada saat penelitian yaitu klien kusta yang aktif mengikuti KPD sebagian besar mengetahui keadaan penyakit yang dialaminya sedangkan klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD lebih dari 50% tidak mengetahui keadaan penyakit yang dialaminya. Pernyataan tersebut didukung oleh hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian besar klien kusta yang tidak aktif memiliki pendidikan yang masih rendah yaitu sebanyak 6 orang (28,6%) tidak pernah menempuh pendidikan dan 9 orang (42,9%) hanya tamatan SD. Pendidikan pada dasarnya memiliki hubungan dengan pengetahuan seseorang (Notoatmodjo, 2007).

Keaktifan mengikuti KPD juga dipengaruhi oleh sikap klien kusta. Sikap merupakan merupakan respons tertutup seseorang terhadap suatu stimulus atau

objek, baik yang bersifat intern maupun ekstern sehingga manifestasinya tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku tertutup tersebut (Sunaryo, 2004). Terdapat sinkronisasi antara sikap yang tinggi tersebut dengan keikutsertaan klien kusta dalam mengikuti kegiatan KPD. Hal tersebut ditunjukkan dengan hasil penelitian Susilowati (2014) yang menunjukkan adanya hubungan antara sikap dengan partisipasi klien kusta dalam mengikuti kegiatan KPD dengan *p value* sebesar 0,0001. Hasil wawancara yang dilakukan peneliti terhadap klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD didapatkan bahwa klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD menyatakan kegiatan yang dilakukan dalam KPD monoton yaitu perawatan diri, senam kusta, dan sharing saja sehingga klien kusta merasa bosan dan enggan untuk mengikuti kegiatan KPD.

5.2.3 Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Kabupaten Jember

Kecacatan pada klien kusta dibedakan menurut Kemenkes RI (2012) dibedakan menjadi 3 tingkatan. Cacat tingkat 0 berarti tidak ada cacat. Cacat tingkat 1 adalah cacat yang disebabkan oleh kerusakan saraf sensorik yang tidak terlihat seperti hilangnya rasa raba pada kornea mata, telapak tangan, dan telapak kaki. Gangguan fungsi sensorik pada mata tidak diperiksa di lapangan oleh karena itu tidak ada cacat tingkat 1 pada mata. Cacat tingkat 1 pada telapak kaki berisiko terjadinya ulkus plantaris, namun dengan perawatan diri secara rutin hal ini dapat dicegah. Mati rasa pada bercak bukan merupakan cacat tingkat 1 karena bukan disebabkan oleh kerusakan saraf perifer utama tetapi rusaknya saraf lokal kecil

pada kulit. Cacat tingkat 2 berarti cacat atau kerusakan yang terlihat. Untuk mata tidak mampu menutup mata dengan rapat (*lagophthalmos*), kemerahan yang jelas pada mata (terjadi pada ulserasi kornea atau *uveitis*), dan gangguan penglihatan berat atau kebutaan. Untuk tangan dan kaki terdapat luka atau ulkus di telapak, deformitas yang disebabkan oleh kelumpuhan otot (*semper* atau jari kontraktur) dan atau hilangnya jaringan (*atrofi*) atau reabsorpsi parsial dari jari-jari (Kemenkes RI, 2012).

a. Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Kabupaten Jember

Analisis distribusi berdasarkan tingkat kecacatan pada tabel 5.5 menunjukkan nilai rata-rata kecacatan klien kusta yang aktif KPD sebesar 0,83. Rendahnya tingkat kecacatan pada klien kusta yang aktif KPD tidak terlepas dari keaktifan mengikuti KPD. Keaktifan mengikuti KPD akan meningkatkan kemampuan klien kusta dalam melakukan aktivitas perawatan diri. Aktivitas perawatan diri yang dimaksud adalah aktivitas perawatan diri pada klien kusta yang meliputi memeriksa mata, tangan, dan kaki; melindungi mata, tangan, dan kaki; serta merawat mata, tangan, dan kaki. Keaktifan mengikuti kegiatan KPD akan meningkatkan paparan informasi mengenai perawatan diri pada klien kusta melalui aktivitas perawatan diri yang dilakukan di dalam KPD. Peningkatan pemahaman dan kemampuan klien kusta dalam melakukan aktivitas perawatan diri tidak lepas dari manfaat KPD. Manfaat KPD yaitu meningkatkan pemahaman klien kusta tentang perawatan diri yang didapat melalui penjelasan, tukar

informasi tentang perawatan diri antar anggota, dan praktek perawatan diri (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health, 2006*).

Peningkatan kemampuan aktivitas perawatan diri klien kusta yang aktif mengikuti KPD ditunjukkan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Pribadi (2012). Penelitian yang dilakukan Pribadi (2012) mendapatkan hasil bahwa dari 2 KPD yang terdapat di Kabupaten Jember terdapat 20 klien yang aktif mengikuti KPD dan 20 klien yang tidak aktif mengikuti KPD. Klien yang aktif mengikuti KPD, 75% klien memiliki aktivitas perawatan diri yang baik dan 25% memiliki aktivitas perawatan diri yang kurang baik sedangkan klien yang tidak aktif mengikuti kegiatan KPD sebanyak 40% memiliki aktivitas perawatan diri yang baik dan 60% memiliki aktivitas perawatan diri yang kurang baik.

Aktivitas perawatan diri yang baik akan mempengaruhi kecacatan yang dialami oleh klien kusta. Adanya perawatan diri yang baik pada klien kusta kusta tanpa kecacatan maupun pada klien kusta dengan kecacatan kusta akan mampu mencegah atau mengurangi kecacatan pada klien kusta kusta dan mencari solusi untuk persoalan yang mereka hadapi. Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian Madyarti *et. al* (2012) yang mendapatkan data bahwa ada hubungan antara perawatan diri dengan kecacatan kusta ($p = 0,041$). Penelitian Susanto (2006) juga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara perawatan diri dengan kecacatan kusta ($p = 0,000$). Pernyataan tersebut juga sesuai dengan hasil yang didapatkan dalam penelitian ini yaitu sebagian besar klien kusta yang aktif mengikuti KPD sebanyak 14 orang (60,9%) mengalami kecacatan tingkat 0 (tidak ada cacat).

b. Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Kabupaten Jember

Analisis distribusi berdasarkan tingkat kecacatan pada tabel 5.5 menunjukkan nilai rata-rata kecacatan klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD sebesar 2,57. Ketidakaktifan klien kusta dalam mengikuti KPD akan mengurangi paparan klien kusta terhadap informasi khususnya informasi tentang aktivitas perawatan diri sehingga pengetahuan tentang perawatan diri kusta juga berkurang. Ketidakaktifan klien kusta dalam KPD disertai dengan pendidikan yang masih rendah pada sebagian besar klien kusta yang tidak aktif yang ditunjukkan dengan hasil distribusi klien kusta menurut status pendidikan pada tabel 5.3 yang didapatkan sebanyak 6 orang (28,6%) tidak pernah menempuh pendidikan dan 9 orang (42,9%) hanya tamatan SD. Pendidikan pada dasarnya memiliki hubungan dengan pengetahuan seseorang dan pengetahuan berpengaruh terhadap pembentukan perilaku khususnya perilaku kesehatan. Pengetahuan merupakan faktor terpenting dalam pembentuk perilaku. Pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang akan menimbulkan kesadaran terhadap individu tersebut dan akhirnya akan menyebabkan individu berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki. Perubahan perilaku yang didasari pengetahuan akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran individu sendiri, bukan karena paksaan (Notoatmodjo, 2007).

Ketidakaktifan klien kusta dalam KPD disertai dengan pendidikan yang masih rendah pada sebagian besar responden yang tidak hadir dalam kegiatan KPD akan menyebabkan klien kusta kurang mengerti dan memahami tentang

akibat buruk dari kusta. Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa tingkat pendidikan akan menentukan pengetahuan individu terhadap daya tangkap dalam menerima informasi yang disampaikan. Ketidakaktifan klien kusta dalam KPD akan semakin mengurangi paparan klien terhadap informasi terkait aktivitas perawatan diri sehingga menimbulkan kurang baiknya perilaku aktivitas perawatan diri pada klien kusta, padahal aktivitas perawatan diri diperlukan dalam upaya mencegah kecacatan yang dapat ditimbulkan kusta (Susanto, 2006). Rendahnya pengetahuan tentang penyakit kusta juga dapat mengakibatkan klien kusta tidak mengetahui akibat buruk yang ditimbulkan oleh penyakit kusta (Das, 2006).

Aktivitas perawatan diri yang kurang baik tentunya dapat menyebabkan semakin meningkatkan peluang klien kusta untuk mengalami kecacatan dan semakin parahnya kecacatan yang dialami. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan Kurnianto (2002) didapatkan data bahwa kecacatan pada klien yang tidak melaksanakan perawatan diri (63,85%) lebih tinggi dibanding kecacatan pada klien kusta yang melaksanakan perawatan diri (30%). Besarnya risiko terjadinya cacat pada klien kusta yang tidak melaksanakan perawatan diri adalah 4 kali lebih tinggi dibanding klien kusta yang melaksanakan perawatan diri (Kurnianto, 2002). Kurnianto (2002) menjelaskan adanya perawatan diri khususnya pada klien kusta dengan cacat tingkat 1, kecacatan yang telah ada tidak akan menjadi bertambah parah, serta dengan adanya perawatan diri klien kusta akan menghindari kegiatan yang bisa mendatangkan trauma. Pernyataan tersebut sesuai dengan hasil yang didapatkan dalam penelitian ini yaitu sebagian besar

klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD sebanyak 11 orang (52,4%) mengalami kecacatan tingkat 2 (cacat atau kerusakan yang terlihat).

5.2.4 Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti KPD di Kabupaten Jember.

Hasil analisis pada tabel 5.7 menunjukkan perbedaan nilai rata-rata tingkat kecacatan yang dialami oleh klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD. Nilai rata-rata tingkat kecacatan klien kusta yang aktif mengikuti KPD adalah 0,83 sedangkan klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD adalah 2,57. Hasil uji statistik *Mann Whitney U-test* diperoleh *p value* 0,042 ($< \alpha=0,05$) sehingga dapat disimpulkan terdapat perbedaan tingkat kecacatan pada klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD di Kabupaten Jember. Adanya perbedaan tingkat kecacatan pada klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD tidak terlepas dari keaktifan klien kusta dan kegiatan yang dilaksanakan dalam KPD.

KPD merupakan suatu kelompok yang beranggotakan klien yang pernah mengalami kusta yang berkumpul untuk saling memberi dukungan satu sama lain terutama dalam usaha pencegahan dan mengurangi kecacatan serta mencari solusi atau persoalan-persoalan yang dihadapi sebagai akibat dari kusta (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health*, 2006). Keaktifan klien kusta dalam mengikuti KPD akan meningkatkan paparan klien kusta terhadap informasi khususnya informasi tentang aktivitas perawatan diri sehingga pengetahuan tentang perawatan diri kusta akan meningkat.

Pengetahuan berpengaruh terhadap pembentukan perilaku khususnya perilaku kesehatan. Notoatmodjo (2007) menyatakan pengetahuan merupakan faktor terpenting dalam pembentuk perilaku. Pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang akan menimbulkan kesadaran terhadap individu tersebut dan akhirnya akan menyebabkan individu berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki. Perubahan perilaku yang didasari pengetahuan akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran individu sendiri, bukan karena paksaan (Notoatmodjo, 2007).

Keaktifan klien kusta dalam KPD akan meningkatkan paparan klien terhadap informasi terkait aktivitas perawatan diri sehingga perilaku aktivitas perawatan diri pada klien kusta akan semakin baik dan mampu mencegah kecacatan yang dapat ditimbulkan kusta. Peningkatan kemampuan aktivitas perawatan diri klien kusta yang aktif mengikuti KPD ditunjukkan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Pribadi (2012). Penelitian yang dilakukan Pribadi (2012) mendapatkan hasil bahwa dari 2 KPD yang terdapat di Kabupaten Jember terdapat 20 klien yang aktif mengikuti KPD dan 20 klien yang tidak aktif mengikuti KPD. Klien yang aktif mengikuti KPD, 75% klien memiliki aktivitas perawatan diri yang baik dan 25% memiliki aktivitas perawatan diri yang kurang baik sedangkan klien yang tidak aktif mengikuti kegiatan KPD sebanyak 40% memiliki aktivitas perawatan diri yang baik dan 60% memiliki aktivitas perawatan diri yang kurang baik.

Peneliti beropini bahwa peningkatan pemahaman dan kemampuan klien kusta dalam melakukan aktivitas perawatan diri tidak lepas dari manfaat KPD.

Manfaat KPD yaitu meningkatkan pemahaman klien kusta tentang perawatan diri yang didapat melalui penjelasan, tukar informasi tentang perawatan diri antar anggota, dan praktek perawatan diri (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health*, 2006). Tujuan diadakannya KPD juga mendukung Peningkatan pemahaman dan kemampuan klien kusta dalam melakukan aktivitas perawatan diri yaitu KPD bertujuan untuk membantu klien kusta meningkatkan kemampuan klien kusta dalam mengatasi permasalahan fisik akibat penyakit kusta (*The National Tuberculosis and Leprosy Control Programme (NTBLCP)*, 2007).

Kegiatan pelatihan perawatan diri klien kusta di dalam KPD juga mendukung peningkatan kemampuan klien kusta dalam perawatan diri (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health*, 2006). Aktivitas perawatan diri yang dimaksud adalah aktivitas perawatan diri pada klien kusta yang meliputi memeriksa mata, tangan, dan kaki; melindungi mata, tangan, dan kaki; serta merawat mata, tangan, dan kaki. Hasil observasi yang dilakukan peneliti pada saat mengikuti kegiatan KPD menunjukkan bahwa sebanyak 2 orang yang mengikuti kegiatan KPD melakukan aktivitas perawatan diri. Aktivitas perawatan diri yang dilakukan berupa kegiatan merendam kaki/tangan klien kusta di dalam air, menggosok bagian kulit yang mati, dan mengolesi kulit dengan minyak. Aktivitas perawatan diri tersebut dipraktekkan langsung dan dilakukan bersama-sama oleh klien kusta yang hadir dalam kegiatan KPD dengan didampingi oleh perawat. Pada saat melakukan perawatan diri klien kusta juga saling berdiskusi membahas keadaan yang dialami dan tindakan apa yang perlu dilakukan untuk mengatasinya.

Aktivitas perawatan diri yang baik akan mempengaruhi kecacatan yang dialami oleh klien kusta. Adanya perawatan diri yang baik pada klien kusta tanpa kecacatan maupun pada klien kusta dengan kecacatan kusta akan mampu mencegah atau mengurangi kecacatan pada klien kusta dan mencari solusi untuk persoalan yang mereka hadapi. Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian Madyarti *et. all* (2012) yang mendapatkan data bahwa ada hubungan antara perawatan diri dengan kecacatan kusta ($p = 0,041$).

Perawatan diri pada klien kusta diperlukan pada klien kusta karena klien kusta umumnya mengalami gangguan sensorik yang mengakibatkan mati rasa pada tangan dan/ kaki, mati rasa pada kornea mata, dan refleks kedip berkurang, gangguan motorik yang mengakibatkan kelemahan otot dan kontraktur, serta gangguan otonom yang mengakibatkan kulit kering dan pecah-pecah (Kemenkes RI, 2012). Keadaan tersebut akan mengakibatkan klien kusta berisiko untuk mengalami trauma/injuri dan luka (ulkus) pada tangan dan kaki dikarenakan mati rasa biasanya disertai dengan hilangnya keringat dan kekeringan ekstrim di kulit (WHO, 2006).

Adanya kegiatan aktivitas perawatan diri yang dilakukan di KPD akan membantu klien kusta dalam mengatasi kecacatan yang yang dialami. Aktivitas perawatan diri dengan memeriksa secara teratur keadaan mata, tangan, dan kaki akan mengurangi risiko timbulnya kecacatan berupa trauma/injuri dan luka pada mata, tangan, dan kaki (Kemenkes RI, 2012). Aktivitas perawatan diri yaitu melindungi mata, tangan, dan kaki juga akan membantu mencegah terjadinya kecacatan pada klien kusta. Klien kusta selalu dianjurkan untuk memakai

sandal/pelindung kaki untuk melindungi kaki dari trauma/injuri, memakai sarung tangan/alas kain untuk melindungi tangan dari benda panas, kasar, dan tajam, memakai kacamata, serta menghindari tempat yang banyak debu (Kemenkes RI, 2012). Aktivitas tersebut bertujuan untuk mengurangi risiko timbulnya kecacatan pada klien kusta.

Hasil pengamatan yang dilakukan peneliti pada saat mengikuti kegiatan KPD didapatkan bahwa klien kusta diajarkan untuk melakukan perawatan untuk mengatasi kulit kering dan pecah-pecah pada kaki dan tangan. Perawatan yang dilakukan dalam kegiatan KPD adalah merendam tangan dan/atau kaki selama 20 menit yang bertujuan untuk melunakkan kulit mati pada tangan dan kaki, menggosok bagian kulit yang tebal yang bertujuan untuk menghilangkan kulit mati pada tangan dan kaki, serta mengolesi dengan vaseline atau minyak goreng secara teratur untuk menjaga kelembapan kulit. Klien kusta juga diajarkan untuk melakukan perawatan untuk mengatasi masalah kecacatan berupa luka/ulkus yang sering dialami klien kusta yaitu membersihkan luka dengan sabun dan air, kemudian dibalut dengan menggunakan kain yang bersih. Klien kusta juga dianjurkan untuk mengistirahatkan kaki dan/atau tangan yang mengalami luka untuk mengurangi penekanan pada daerah yang mengalami luka.

Keaktifan klien kusta dalam KPD juga akan membantu mengatasi salah satu masalah kecacatan fisik yang dialami oleh klien kusta yaitu luka (ulkus). Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian Ebenso dkk. (2009) yang berjudul *Self Care Groups and Ulcer Prevention in Okegbala, Nigeria* yang mendapatkan data bahwa 18 dari 24 anggota SCG yang mengalami luka saat pertama kali

mengikuti kegiatan SCG mengalami perubahan dalam luka yang dialaminya. Selama 4 tahun penelitian, sebanyak 13 (72,2%) dari 18 anggota menyatakan bahwa lukanya sembuh setelah mengikuti kegiatan SCG sedangkan 5 orang lainnya (27,8%) menyatakan lukanya tidak sembuh. Anggota SCG menjelaskan bahwa mereka dapat mencegah timbulnya luka yang lebih efektif, mampu melakukan perawatan luka sederhana saat terjadi luka dan menyembuhkan luka dengan cepat secara mandiri dengan dukungan kelompok dan tanpa harus dirujuk ke rumah sakit (Ebenso dkk, 2009).

Penelitian Gidado dkk (2010) juga menunjukkan bahwa keikutsertaan dalam KPD bermanfaat untuk mengatasi permasalahan luka kusta yang dialami oleh klien kusta. Gidado dkk. (2010) mengumpulkan 26 sampel yang mana mereka diminta untuk membuat kelompok perawatan diri. Sebanyak 26 orang tersebut 6 orang mengalami luka kusta di kaki, 2 diantara mereka mengalami luka di kedua kakinya. Setiap bulannya mereka membahas mengenai pengalaman mereka dalam mencegah terjadinya luka dan saling memberikan dukungan satu sama lain. Pertemuan tersebut didampingi oleh petugas kesehatan yang memonitor dan mengobservasi klien kusta. Pengamatan dilakukan 6 bulan kemudian dan didapatkan hasil 4 luka (50%) telah sembuh dari 2 orang yang mengalami luka kusta (33,3%). Hasil pengukuran dengan skala *Eye Hand Foot* (EHF) didapatkan data bahwa 2 klien (15%) yang awalnya memiliki skor EHF 1-4 berubah menjadi skor 0 dalam 6 bulan terakhir tersebut. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang didapatkan oleh peneliti yaitu klien kusta yang aktif mengikuti KPD sebagian besar memiliki tingkat cacat 0 (tidak ada cacat)

yaitu sebanyak 14 orang (60,9%) sedangkan klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD sebagian besar mengalami cacat tingkat 2 (cacat atau kerusakan yang terlihat) yaitu sebanyak 11 orang (52,4%).

Perbedaan tingkat kecacatan pada klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD tidak terlepas kegiatan yang dilaksanakan dalam KPD yaitu pemeriksaan rutin. Hasil observasi yang dilakukan peneliti pada saat mengikuti kegiatan KPD didapatkan pada saat kegiatan KPD perawat yang mendampingi kegiatan KPD melakukan pemeriksaan keadaan klien kusta seperti keadaan kulit klien kusta, adanya luka/ulkus, adanya kulit pecah-pecah, dan pemeriksaan mata, tangan, dan kaki. Pemeriksaan tersebut bertujuan untuk memonitor perkembangan kecacatan yang dialami. Monitoring perkembangan kecacatan sangat penting dilakukan karena dapat mengoreksi kemampuan praktik perawatan diri anggota KPD serta memotivasi anggota KPD dengan menunjukkan dan memberi penghargaan atau kemajuan yang dicapai. Pemeriksaan yang dilakukan dapat berupa inspeksi adanya luka pada tangan dan kaki, adanya abnormalitas kulit, dan inspeksi adanya infeksi pada mata dengan pemeriksaan standar (*Directorat General of Disease Control and Enviromental Health, 2006*). Peneliti berasumsi bahwa adanya pemeriksaan rutin yang dilakukan dianggap dapat memantau perkembangan kesehatan dan kecacatan klien kusta secara efektif dan efisien serta melakukan rujukan secara dini bagi klien kusta yang memang membutuhkan perawatan khusus supaya tidak terjadi kecacatan yang lebih parah bagi klien kusta.

Perbedaan tingkat kecacatan pada klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD juga tidak terlepas dari kegiatan latihan/*exercise* untuk melatih tangan, kaki, dan mata yang dilaksanakan dalam KPD. Latihan yang dilakukan dalam kegiatan KPD di Puskesmas Tempurejo dan Puskesmas Jenggawah adalah senam kusta. Senam kusta sangat efektif dalam meningkatkan kekuatan otot tangan dan kaki. Latihan penguatan seperti senam kusta dapat mencegah penurunan kekuatan otot dan mempertahankan massa otot serta dapat mencegah kontraktur otot (Mufdillah, 2013). Hasil penelitian Mufdillah (2013) menunjukkan terjadinya peningkatan kekuatan otot pada jari ke 5, ibu jari, dan pergelangan kaki setelah diberikan kegiatan senam kusta (*p value* = 0,025). Klien yang aktif mengikuti kegiatan KPD tentunya akan lebih sering melakukan kegiatan senam kusta sehingga klien kusta dapat terhindar dari risiko kecacatan berupa kontraktur otot pada tangan dan kaki.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi perbedaan tingkat kecacatan klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD di Kabupaten Jember adalah lama mengikuti KPD. Klien kusta yang aktif rata-rata telah mengikuti KPD selama 4,22 tahun sedangkan klien kusta yang tidak aktif rata-rata telah mengikuti KPD yaitu selama 3,43 tahun. Lama seseorang mengikuti KPD akan berpengaruh terhadap kemampuan aktivitas perawatan diri yang dilakukan. Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian Pribadi (2012) yang menunjukkan bahwa klien kusta yang aktif mengikuti KPD dan sebagian besar memiliki aktivitas perawatan diri baik rata-rata telah menjadi KPD selama 1,6 tahun. Berbeda dengan klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD dan sebagian besar memiliki aktivitas perawatan diri yang

kurang baik, rata-rata lama klien menjadi anggota KPD lebih singkat yaitu 1,35 tahun.

Adanya perawatan diri yang baik pada pasien kusta akan mampu mencegah atau mengurangi kecacatan pada pasien kusta. Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian Ganapati et al. (2003), yang dilakukan terhadap 454 klien kusta diperoleh hasil bahwa perawatan diri yang baik dapat membantu memperbaiki tingkat kecacatan lebih dari 50% dari klien kusta bahkan yang telah mengalami kusta selama 4 tahun.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan yang menjadikan kekurangan dan memerlukan penelitian yang lebih baik lagi. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah indikator keaktifan dalam mengikuti KPD hanya dilihat dari daftar kehadiran klien kusta dalam KPD setiap bulannya melalui data puskesmas setempat dan observasi kegiatan KPD oleh peneliti hanya dilakukan satu kali yaitu kegiatan KPD di Puskesmas Tempurejo. Indikator keaktifan yang menggunakan data sekunder memiliki risiko untuk menimbulkan bias pada hasil penelitian. Observasi yang hanya dilakukan satu kali oleh peneliti membuat peneliti tidak dapat menggambarkan dengan jelas aktivitas dalam kegiatan KPD. Penelitian selanjutnya diharapkan menggunakan indikator keaktifan yang tidak hanya dilihat dengan daftar kehadiran saja tetapi dilakukan observasi secara langsung aktivitas klien kusta dalam mengikuti kegiatan KPD.

Keterbatasan lain dalam penelitian ini adalah tidak dilakukan pengkajian kecacatan klien kusta pada awal penelitian sehingga tidak dapat diukur perkembangan kecacatan klien kusta saat awal penelitian sampai akhir penelitian. Penelitian selanjutnya diharapkan mengkaji terlebih dahulu kecacatan klien kusta pada awal penelitian kemudian mengikuti secara prospektif perkembangan kecacatan klien kusta selama penelitian dan membandingkan kecacatan pada saat awal penelitian dengan kecacatan yang dialami klien kusta pada akhir penelitian.

5.4 Implikasi Keperawatan

Implikasi penelitian ini bagi keperawatan adalah keperawatan komunitas dapat memberikan asuhan keperawatan pada klien kusta di masyarakat untuk membangun kesadaran klien kusta akan pentingnya mengikuti KPD dalam upaya mengatasi dan mencegah kecacatan. Upaya yang dapat ditempuh adalah dengan memberikan pengetahuan atau pendidikan kesehatan terkait manfaat mengikuti KPD. Bagi keperawatan medikal bedah dapat menjalankan peran perawat sebagai *care giver* dalam kegiatan KPD yaitu cara memberikan perawatan luka apabila klien kusta mengalami luka pada tangan dan kaki dan melakukan monitoring keadaan kecacatan pada klien kusta dalam setiap kegiatan KPD.

BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan penelitian yang dilakukan di KPD Cahaya Puskesmas Jenggawah dan KPD Gotong Royong Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a) Klien kusta yang aktif mengikuti KPD sebagian besar laki-laki, sudah menikah, rata-rata berusia 48,39 tahun, tingkat pendidikan terakhir sebagian besar SD, bekerja sebagai petani, mayoritas memiliki asuransi, tipe kusta yang dialami mayoritas tipe MB, rata-rata telah mengalami kusta selama 5,78 tahun, rata-rata telah mengikuti KPD selama 4,22 tahun, dan rutin melakukan pengobatan kusta. Klien kusta yang tidak aktif sebagian besar laki-laki, sudah menikah, rata-rata berusia 39,95 tahun, berpendidikan terakhir SD, sebagian besar bekerja sebagai petani, mayoritas tidak memiliki asuransi, mengalami kusta tipe MB, rata-rata mengalami kusta selama 4,57 tahun, rata-rata mengikuti KPD selama 3,43 tahun, dan rutin melaksanakan pengobatan kusta;
- b) klien kusta yang aktif mengikuti kegiatan KPD sebanyak 23 orang (52,28%) dan responden yang tidak aktif mengikuti kegiatan KPD sebanyak 21 orang (47,72%);
- c) nilai rata-rata kecacatan menurut EHF *score* klien kusta yang aktif mengikuti KPD sebesar 0,83 sedangkan klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD

memiliki nilai rata-rata kecacatan menurut EHF *score* sebesar 2,57. Klien kusta yang aktif mengikuti kegiatan KPD mayoritas mengalami cacat tingkat 0 yakni sebanyak 14 orang (60,9%) sedangkan klien kusta yang tidak aktif mengikuti KPD sebagian besar mengalami cacat tingkat 2 yaitu sebanyak 11 orang (52,45);

- d) terdapat perbedaan tingkat kecacatan pada klien kusta yang aktif dan tidak aktif mengikuti kegiatan KPD di Kabupaten Jember (*p value* 0,042, $\alpha=0,05$).

6.2 Saran

a. Bagi penelitian

Hasil penelitian ini menambah wawasan dan pengetahuan mengenai pentingnya keaktifan mengikuti KPD untuk mengurangi dan mencegah terjadinya kecacatan pada klien kusta. Penelitian lanjutan perlu dilakukan untuk menyempurnakan pembahasan dan aplikasi pelaksanaan program KPD. Penelitian lanjutan dapat berupa penelitian tentang kualitas hidup klien yang aktif dan tidak aktif mengikuti KPD dan faktor-faktor apa yang mempengaruhi keaktifan klien kusta dalam mengikuti kegiatan KPD.

b. Bagi instansi kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan wawasan bagi instansi kesehatan seperti puskesmas tentang pentingnya KPD untuk membantu mengatasi dan mencegah kecacatan yang dialami oleh klien kusta sehingga dapat menjadi acuan puskesmas untuk lebih mengaktifkan program KPD yang sudah terbentuk. Puskesmas juga dapat melakukan sosialisasi terkait pentingnya KPD

kepada klien kusta minimal satu bulan sekali, sehingga klien kusta memahami pentingnya KPD dan dapat menjadi aktif untuk mengikuti KPD.

Puskesmas juga diharapkan untuk melakukan monitoring kecacatan dan mendokumentasikan hasil pemeriksaan kecacatan untuk memantau perkembangan kondisi kecacatan anggota KPD. Bagi dinas kesehatan diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi acuan untuk mulai membentuk KPD baru di wilayah puskesmas yang belum menerapkan KPD dan memiliki kejadian kusta yang tinggi mengingat besarnya manfaat dari adanya KPD terutama terhadap kecacatan klien kusta.

c. Bagi keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan tambahan wawasan dalam dunia keperawatan terutama dalam wawasan dan pengetahuan terhadap bidang ilmu keperawatan. Perawat dituntut untuk menciptakan inovasi dan kreasi baru dalam pelaksanaan KPD untuk meningkatkan keaktifan klien kusta di kegiatan KPD seperti pemberian *reward* setiap 6 bulan sekali kepada klien kusta yang aktif dan mampu mengajak anggota KPD lain untuk ikut aktif mengikuti KPD, pertemuan KPD dilaksanakan di rumah anggota secara bergantian, membentuk koperasi simpan pinjam, dan pelatihan keterampilan secara rutin minimal 3 kali setahun. Perawat diharapkan mampu menjalin kerjasama dengan lintas sektor seperti dengan dinas sosial untuk pelaksanaan pelatihan keterampilan pada klien kusta.

d. Bagi masyarakat

Masyarakat diharapkan tidak lagi melakukan diskriminasi terhadap klien kusta dan masyarakat mampu untuk memberikan dukungan terhadap klien kusta dalam kehidupan sehari-hari di masyarakat dengan tidak membeda-bedakan klien

kusta dengan individu yang lain, serta mengikutsertakan klien kusta tetap bersosialisasi di masyarakat. Bagi keluarga, keluarga dapat memberikan dukungan dan motivasi kepada klien kusta untuk aktif mengikuti KPD dan membantu mengawasi perawatan diri klien kusta untuk mengurangi dan mencegah terjadinya kecacatan.





LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar *Informed***Lampiran A. Lembar *Informed*****PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada:
Calon responden

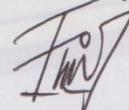
Dengan hormat,
yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Frandita Eldiansyah
Nim : 112310101014
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jalan Merpati 26 RT 03 RW 01 Cangkring Kacamatan
Patrang Kabupaten Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Perbedaan Tingkat Kecacatan Pada Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda sebagai responden maupun keluarga. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Jember, Mei 2015

Hormat saya,



Frandita Eldiansyah

Lampiran B. Lembar *Consent***PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah saya membaca dan memahami isi dan penjelasan pada lembar permohonan menjadi responden, maka saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, yaitu:

Nama : Frandita Eldiansyah
Nim : 112310101014
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jalan Merpati 26 RT 03 RW 01 Cangkring Kacamatan
Patrang Kabupaten Jember
Judul : Perbedaan Tingkat Kecacatan Pada Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan saya maupun keluarga saya. Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar dan sebenar-benarnya..

Jember,.....2015

(.....)

Nama terang dan tanda tangan

Lampiran C. Lembar Observasi Tingkat Kecacatan**LEMBAR OBSERVASI TINGKAT KECACATAN**

Kode Responden:

A. Karakteristik Responden

1. Karakteristik Demografi

- a. Nama :
- b. Alamat :
- c. Usia : tahun
- d. Jenis kelamin :
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan
- e. Status pernikahan :
 - a. menikah
 - b. belum menikah
- f. Pendidikan terakhir :
 - a. Tidak sekolah
 - b. SD
 - c. SMP
 - d. SMU/SMK
 - e. S1
 - f. Pasca sarjana
 - g. Lain-lain

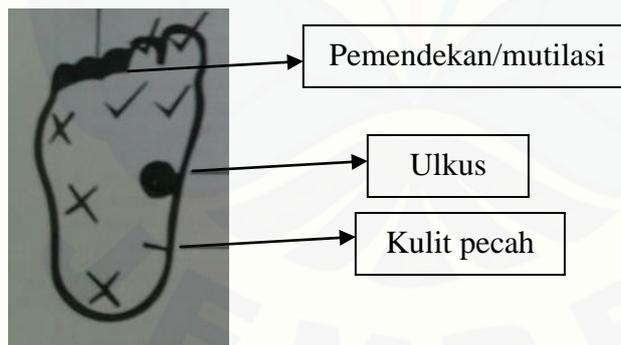
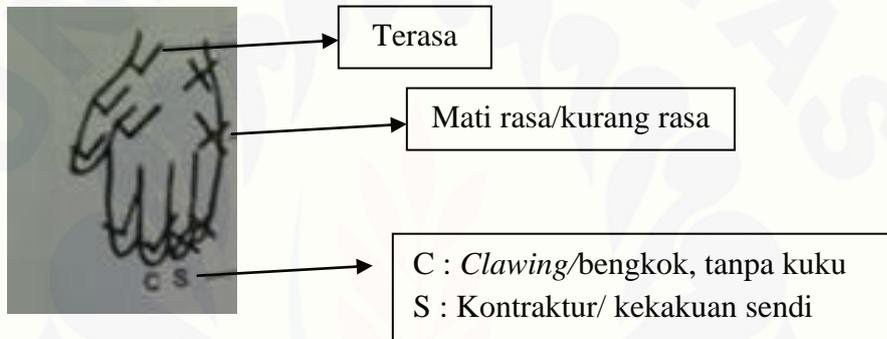
- h. Pekerjaan :
- a. Tidak bekerja
 - b. TNI/POLRI
 - c. Wiraswasta
 - d. Petani
 - e. PNS
 - f. Pelajar/mahasiswa
 - g. IRT (Ibu Rumah Tangga)
 - h. Lain-lain
- i. Kepemilikan asuransi :
- a. Ya
 - b. Tidak
2. Karakteristik Penyakit Kusta
- a. Tipe kusta :
 - a. Tipe kering atau *paucibacillary* (PB)
 - b. Tipe basah atau *multibacillary* (MB) - b. Lama mengalami kusta :.....tahun
 - c. Pelaksanaan pengobatan rutin :
 - a. Ya
 - b. Tidak - d. Lama mengikuti KPD :tahun

B. Tingkat Kecacatan Responden

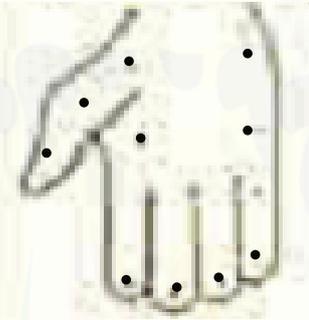
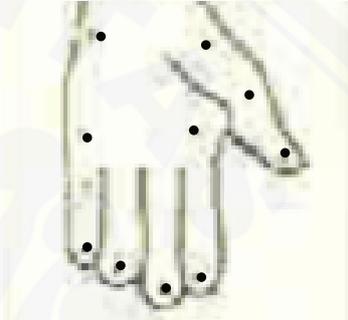
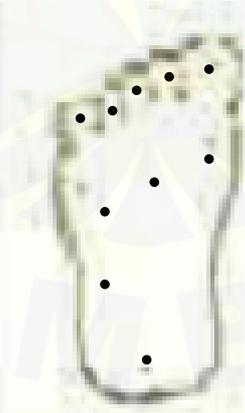
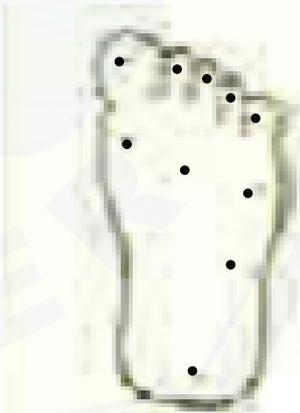
B. 1. Pencatatan Hasil Pengkajian Fisik Tingkat Kecacatan

Petunjuk Pengisian:

1. Lingkarilah hasil pemeriksaan yang didapatkan
2. Kekuatan otot : K : Kuat
LT : Lemah Tahanan
LG : Lemah Gerak
P : Lumpuh/*Paralyse*
3. Cara penulisan hasil pemeriksaan



Lembar Pencatatan Hasil Pengkajian Fisik Tingkat Kecatatan

Kode Responden:		
	KANAN	KIRI
MATA Lagophthalmus	Tidak/Ya	Tidak/Ya
TANGAN Nyeri Tekan Ulnaris Kekuatan Otot: Jari ke V Ibu jari Pergelangan Rasa Raba	Tidak/Ya K/LT/LG/P K/LT/LG/P K/LT/LG/P	Tidak/Ya K/LT/LG/P K/LT/LG/P K/LT/LG/P
		
KAKI Nyeri tekan Saraf Peroneus Saraf Tibialis Kekuatan Otot: Pergelangan Rasa Raba	Tidak/Ya Tidak/Ya K/LT/LG/P	Tidak/Ya Tidak/Ya K/LT/LG/P
		
Keterangan:		

Sumber: Kartu Penderita Kusta (Puskesmas Jenggawah, 2015) yang dimodifikasi peneliti

B. 2. Penilaian Tingkat Kecacatan Responden

No	Kode Responden	Keadaan Cacat WHO (0/1/2) yang Diadopsi Kemenkes RI (2012)							
		Mata		Tangan		Kaki		Umum	EHF Score
		Kanan	Kiri	Kanan	Kiri	Kanan	Kiri		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
dst									

Pedoman Pengisian Tingkat Kecacatan :

Tingkat Kecacatan		
Tingkat	Mata	Tangan/kaki
0	Tidak ada kelainan (semua normal)	Tidak ada kelainan (semua normal)
1	-	Mati rasa pada telapak tangan/kaki serta lemah tahanan pada pergelangan tangan, ibu jari, jari kelingking, dan pergelangan kaki (tetapi tidak ada cacat/ada cacat/kerusakan yang kelihatan).
2	Adanya <i>lagophthalmos</i>	<i>Clawing</i> , mutilasi/absorpsi, ulkus, lemah gerak pada pergelangan tangan, ibu jari, dan jari kelingking serta <i>droop hand</i> dan <i>droop foot</i> (ada cacat/ kerusakan yang terliha akibat kusta)

Sumber : Kemenkes RI (2012) dan Kartu Penderita Kusta Puskesmas Jenggawah

Lampiran D. SOP Tingkat Kecacatan Klien Kusta

SOP TINGKAT KECACATAN KUSTA

PSIK UNIVERSITAS JEMBER	STANDART OPERASIONAL PROSEDUR PENGKAJIAN FISIK TINGKAT KECACATAN KUSTA
PENGERTIAN	Pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya masalah pada fungsi saraf tepi pada penderita kusta.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendapatkan data objektif dari kondisi klien 2. Mengetahui keadaan fungsi saraf tepi (sensorik, motorik, dan otonom) klien. 3. Menentukan tingkat kecacatan klien.
PERSIAPAN KLIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan identitas klien yang akan dilakukan tindakan. 2. Kaji kondisi klien. 3. Jelaskan kepada klien dan keluarga klien mengenai tindakan yang akan dilakukan.
PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kertas 2. Bolpoin 3. Sarung tangan
CARA BEKERJA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, perkenalkan diri, identifikasi klien dengan memeriksa identitas klien secara cermat dan panggil klien dengan nama yang disukainya. 2. Jelaskan mengenai prosedur, tujuan, dan lama tindakan yang akan dilakukan oleh klien. 3. Berikan kesempatan pada klien untuk bertanya hal-hal yang ingin klien ketahui dan jawab seluruh pertanyaan klien. 4. Jaga privasi klien.

5. Atur posisi klien sehingga mendapatkan tempat yang aman dan nyaman.
6. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan ketika akan memulai tindakan pada klien.
7. Periksa alat-alat yang akan digunakan.

A. Pemeriksaan Pandang

1. Orang diperiksa menghadap ke sumber cahaya dan berhadapan dengan petugas.
2. Perhatikan kelainan dan cacat yang terdapat pada tangan dan kaki antara lain atropi, jari kriting, pemendekan jari, dan ulkus.

B. Cara Kerja Pemeriksaan Fungsi Saraf

1. Pemeriksaan fungsi rasa raba dan kekuatan otot
Periksa secara berurutan agar tidak ada yang terlewatkan mulai dari kepala sampai kaki

a. Mata

Fungsi motorik saraf facialis

- Klien diminta untuk memejamkan mata
- Dilihat dari depan/samping apakah mata menutup dengan sempurna/tidak ada celah
- Bila mata tidak menutup rapat maka klien mengalami lagophthalmos kemudian diukur lebar celahnya lalu dicatat, misalnya *lagophthalmos* \pm 3 mm mata kiri atau kanan. (Gambar D1)



Gambar D1.

	<p>b. Tangan</p> <p>Fungsi sensorik saraf ulnaris dan medianus</p> <ul style="list-style-type: none">- Tangan yang akan diperiksa di letakkan di atas meja atau paha klien atau bisa juga bertumpu pada tangan kiri pemeriksa sedemikian rupa sehingga semua ujung jari tersangga (tangan pemeriksa yang menyesuaikan diri dengan keadaan tangan pasien) misalnya <i>claw hand</i> maka tangan pemeriksa menyangga ujung-ujung jari tersebut sesuai lengkungan jarinya.- Jelaskan pada klien apa yang akan dilakukan padanya, sambil memperagakan dengan sentuhan ringan dari ujung bolpoin pada lengannya dan satu atau dua titik pada telapak tangannya (Gambar E1).- Bila klien merasakan sentuhan diminta untuk menunjukkan tempat sentuhan tersebut dengan jari tangan yang lain (Gambar E2).- Tes diulangi sampai klien mengerti dan kooperatif.- Klien diminta menutup mata atau menoleh ke arah berlawanan dari tangan yang diperiksa.- Klien diminta menunjukkan tempat yang terasa disentuh- Usahakan pemeriksaan titik-titik tersebut tidak berurutan (secara acak)- Bila klien tidak dapat menunjukkan 2 titik atau lebih berarti ada gangguan rasa raba pada saraf tersebut.
--	--



Gambar E1



Gambar E2

Fungsi motorik (kekuatan otot)**Saraf ulnaris (kekuatan otot jari kelingking)**

- Tangan kiri pemeriksa memegang ujung jari manis, jari tengah dan telunjuk tangan kanan klien, dengan telapak tangan klien menghadap ke atas dan posisi ekstensi (jari kelingking bebas bergerak tidak terhalang oleh tangan pemeriksa)
- Minta klien mendekatkan (adduksi) dan menjauhkan (abduksi) kelingking dari jari-jari lainnya (Gambar F1). Bila klien dapat melakukannya, minta ia menahan kelingkingnya pada posisi jauh dari jari lainnya, kemudian jari telunjuk pemeriksa mendorong pada bagian pangkal kelingking (Gambar F2).



Gambar F1



Gambar F2



Gambar F3.

Penilaian :

- Bila jari kelingking klien dapat menahan dorong ibu jari pemeriksa, berarti kekuatan ototnya tergolong kuat.
- Bila jari kelingking klien dapat bergerak namun tidak dapat menahan dorongan pemeriksa berarti tergolong lemah tahanan
- Bila jari kelingking klien mengalami kesulitan untuk mendekat atau menjauh maka tergolong lemah gerak
- Bila jari kelingking klien tidak dapat mendekat atau menjauh dari jari lainnya berarti sudah lumpuh.

Bila hasil pemeriksaan meragukan apakah masih kuat atau sudah mengalami kelemahan, anda dapat melakukan pemeriksaan konfirmasi sebagai berikut:

- Minta klien menjepit dengan kuat sehelai kertas yang diletakkan diantara jari manis dan jari kelingking tersebut, lalu pemeriksa menarik kertas tersebut sambil menilai ada tidaknya tahanan atau jepitan terhadap kertas tersebut. (Gambar F3)

Penilaian :

- Bila kertas terlepas dengan mudah berarti kekuatan otot lemah atau lumpuh

- Bila ada tahanan terhadap kertas berarti otot masih kuat.

Saraf medianus (kekuatan otot ibu jari)

- Tangan kanan pemeriksa memegang jari telunjuk sampai kelingking tangan kanan klien agar telapak tangan klien menghadap ke atas, dan dalam posisi ekstensi.
- Ibu jari klien ditegakkan ke atas sehingga tegak lurus terhadap telapak tangan klien dan klien diminta untuk mempertahankan posisi tersebut. (Gambar G1)
- Jari telunjuk pemeriksa menekan pangkal ibu jari klien yaitu dari bagian batas antara punggung dan telapak tangan mendekati telapak tangan. (Gambar G2)



Gambar G1



Gambar G2

Penilaian :

- Bila ada gerakan dan tahanan kuat berarti kekuatan ototnya tergolong kuat
- Bila ada gerakan kuat namun tidak ada tahanan berarti tergolong lemah tahanan
- Bila kesulitan melakukan gerakan berarti tergolong lemah gerak
- Bila tidak ada gerakan dan tahanan berarti sudah lumpuh

Selalu perlu dibandingkan kekuatan otot tangan kanan dan tangan kiri untuk menentukan adanya kelemahan.

Saraf Radialis

- Tangan kiri pemeriksa memegang punggung lengan bawah tangan kanan klien.
- Klien diminta menggerakkan pergelangan tangan kanan yang terkepal ke atas (ekstensi). (Gambar H1)
- Klien diminta bertahan pada posisi ekstensi lalu dengan tangan pemeriksa menarik tangan klien ke arah pemeriksa. (Gambar H2)



Gambar H1.



Gambar H2.

Penilaian :

- Bila klien mampu menggerakkan dan menahan tarikan berarti kekuatan ototnya tergolong kuat.
- Bila klien mampu menggerakkan dan tidak mampu menahan tarikan berarti kekuatan ototnya tergolong lemah tahan
- Bila klien kesulitan menggerakkan berarti kekuatan ototnya tergolong lemah gerak
- Bila tidak ada gerakan berarti lumpuh.

c. Kaki

Fungsi sensorik saraf tibialis posterior

- Kaki kanan klien diletakkan pada paha kiri,

usahakan telapak kaki menghadap ke atas.

- Tangan kiri pemeriksa menyangga ujung jari kaki klien.
- Cara pemeriksaan sama seperti pada rasa raba tangan
- Bila klien tidak dapat menunjukkan dua titik atau lebih berarti ada gangguan rasa raba pada saraf.

Fungsi motorik saraf peroneus communis

- Dalam keadaan duduk, klien diminta mengangkat ujung kaki dengan tumit tetap menempel dilantai / ekstensi maksimal. (Gambar I1)
- Klien diminta bertahan pada posisi ekstensi tersebut lalu pemeriksa dengan kedua tangan menekan punggung kaki klien ke bawah / lantai. (Gambar I2)



Gambar I1.



Gambar I2.

Penilaian :

- Bila ada gerakan dan klien mampu menahan tekanan pemeriksa berarti kekuatan otot tergolong kuat.
- Bila ada gerakan dan klien tidak mampu menahan tekanan pemeriksa berarti kekuatan otot tergolong lemah tahanan
- Bila kesulitan melakukan gerakan berarti kekuatan

	otot tergolong lemah gerak - Bila tidak ada gerakan sama sekali berarti lumpuh.
Hasil	Evaluasi 1. Berikan penjelasan bahwa pemeriksaan sudah selesai dan berikan <i>reinforcement</i> positif kepada klien. 2. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik. 3. Cuci tangan.
Dokumentasi	1. Catat hasil pengkajian di lembar observasi. 2. Dokumentasikan setiap tindakan. 3. Tentukan tingkat kecacatan klien.

Lampiran E. Lembar Daftar Kehadiran Anggota KPD**E.1 Rekapitulasi Kehadiran Klien Kusta di KPD Cahaya Puskesmas Jenggawah selama April 2014 – Maret 2015**

No	Kode Responden	Kehadiran selama April 2014 – Maret 2015												Total	Keaktifan	
		Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar		Aktif	Tidak Aktif
1	Responden 1	√	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	√	11	√	
2	Responden 2	-	√	-	-	√	-	-	-	√	-	-	-	3		√
3	Responden 3	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	12	√	
4	Responden 4	√	√	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2		√
5	Responden 5	√	√	√	√	√	√	√	-	√	√	√	-	10	√	
6	Responden 6	√	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1		√
7	Responden 7	√	√	√	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3		√
8	Responden 8	-	-	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	10	√	
9	Responden 9	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	12	√	
10	Responden 10	-	√	√	-	√	-	√	√	√	-	-	-	6	√	
11	Responden 11	√	√	√	√	√	-	-	-	-	-	-	-	5		√
12	Responden 12	√	√	√	√	√	-	√	√	√	√	-	√	9	√	
13	Responden 13	√	√	√	√	√	√	√	√	-	-	-	-	8	√	
14	Responden 14	-	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	11	√	
15	Responden 15	-	√	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	10	√	

16	Responden 16	√	√	√	√	-	√	-	-	-	-	-	-	5		√
17	Responden 17	-	√	√	√	√	√	√	-	√	-	√	-	8	√	
18	Responden 18	-	-	√	√	√	-	√	√	√	√	-	√	8	√	
19	Responden 19	-	-	√	√	-	-	-	√	√	-	√	-	5		√
20	Responden 20	√	√	√	-	√	-	-	-	-	-	-	-	4		√
21	Responden 21	√	√	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2		√
22	Responden 22	-	-	√	√	√	√	-	-	-	-	-	-	4		√
Total															12	10

E.2 Rekapitulasi Kehadiran Klien Kusta di KPD Gotong Royong Puskesmas Tempurejo selama April 2014 – Maret 2015

No	Nama Responden	Kehadiran selama April 2014 – Maret 2015												Total	Keaktifan	
		Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar		Aktif	Tidak Aktif
1	Responden 23	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	12	√	
2	Responden 24	√	-	√	√	-	√	√	-	√	-	-	-	6	√	
3	Responden 25	-	-	√	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1		√
4	Responden 26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√	1		√
5	Responden 27	√	-	√	√	√	√	√	√	-	√	-	√	9	√	
6	Responden 28	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	11	√	
7	Responden 29	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	-	-	10	√	
8	Responden 30	√	√	√	√	-	√	√	√	√	-	√	-	9	√	
9	Responden 31	-	-	√	-	-	-	√	-	-	-	-	-	2		√
10	Responden 32	√	-	-	-	√	√	-	-	-	-	-	√	4		√
11	Responden 33	-	-	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	9	√	
12	Responden 34	√	-	-	√	-	√	√	√	√	-	-	√	7	√	
13	Responden 35	√	-	√	√	-	√	-	√	-	-	-	-	5		√
14	Responden 36	-	-	√	√	-	-	√	-	√	-	-	√	5		√
15	Responden 37	√	√	-	-	-	-	√	√	√	√	-	√	7	√	
16	Responden 38	√	√	-	√	√	√	-	-	√	√	-	-	7	√	

17	Responden 39	√	-	√	-	-	-	√	-	√	-	-	-	4		√
18	Responden 40	√	-	-	√	-	-	-	-	-	-	-	-	2		√
19	Responden 41	√	√	-	√	-	-	-	√	√	-	-	-	5		√
20	Responden 42	-	-	√	√	-	√	√	-	-	√	-	√	6	√	
21	Responden 43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0		√
22	Responden 44	-	√	-	-	-	-	-	-	-	-	√	√	3		√
Total															11	11

**F.2 Rekapitulasi Hasil Pemeriksaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta di KPD
Gotong Royong Puskesmas Tempurejo**

No	Nama	Mata		Tangan		Kaki		WHO	Skor EHF
		Kanan	Kiri	Kanan	Kiri	Kanan	Kiri		
1	Responden 23	0	0	0	0	1	1	1	2
2	Responden 24	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Responden 25	0	0	0	2	0	1	2	3
4	Responden 26	0	0	0	2	0	1	2	3
5	Responden 27	0	0	2	0	0	1	2	3
6	Responden 28	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Responden 29	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Responden 30	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Responden 31	0	0	0	0	0	2	2	2
10	Responden 32	0	0	0	1	2	1	2	4
11	Responden 33	0	0	0	0	1	1	1	2
12	Responden 34	0	0	0	0	1	1	1	2
13	Responden 35	0	0	2	0	0	0	2	2
14	Responden 36	0	0	2	2	1	2	2	7
15	Responden 37	0	0	0	0	1	0	1	1
16	Responden 38	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Responden 39	0	0	0	0	0	0	0	0
18	Responden 40	0	0	0	0	0	1	1	1
19	Responden 41	0	0	0	0	1	0	1	1
20	Responden 42	0	0	0	0	1	0	1	1
21	Responden 43	0	0	0	0	0	0	0	0
22	Responden 44	0	0	2	2	2	2	2	8

Lampiran G. Rincian Waktu Penelitian**RINCIAN WAKTU PENELITIAN**

No	Kegiatan	Bulan					
		10	11	12	1	2	3
1	Penentuan judul penelitian						
2	Pembuatan Bab 1						
3	Studi pendahuluan						
4	Pembuatan Bab 2 sampai Bab 4						
5	Seminar proposal						
6	Pengurusan ijin penelitian						
7	Pelaksanaan penelitian						
8	Pembuatan Bab 5 sampai Bab 6						
9	Presentasi hasil penelitian						
10	Publikasi ilmiah						

Lampiran H. Hasil Penelitian

H.1. Data Deskriptif Asal Responden

Alamat responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
tempurejo	6	26,1	26,1	26,1
sidodadi	1	4,3	4,3	30,4
pondok rejo	3	13,0	13,0	43,5
Valid curah takir	1	4,3	4,3	47,8
cangkring	5	21,7	21,7	69,6
jenggawah	7	30,4	30,4	100,0
Total	23	100,0	100,0	

H.2 Hasil Penelitian pada Klien Kusta yang Aktif Mengikuti Kegiatan KPD

1. Data deskriptif usia, lama mengalami kusta, dan lama mengikuti KPD

Statistics

	Usia responden (tahun)	Lama responden mengalami kusta	Lama Responden Mengikuti KPD
N	Valid 23	23	23
	Missing 0	0	0
Mean	48,39	5,78	4,22
Std. Error of Mean	3,403	,518	,259
Median	45,00	6,00	5,00
Mode	45	7	5
Std. Deviation	16,320	2,486	1,242
Skewness	,425	-,234	-1,232
Std. Error of Skewness	,481	,481	,481
Minimum	19	2	2
Maximum	83	10	5

2. Data deskriptif jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, kepemilikan asuransi, tipe kusta, dan pelaksanaan pengobatan rutin.

Jenis Kelamin responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
perempuan	5	21,7	21,7	21,7
Valid Laki-laki	18	78,3	78,3	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Status Pernikahan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid menikah	22	95,7	95,7	95,7
Valid tidak menikah	1	4,3	4,3	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Pendidikan Terakhir responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak sekolah	8	34,8	34,8	34,8
Valid SD	10	43,5	43,5	78,3
Valid SMP	3	13,0	13,0	91,3
Valid SMU/SMK	2	8,7	8,7	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Pekerjaan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak bekerja	4	17,4	17,4	17,4
Valid Wiraswasta	6	26,1	26,1	43,5
Valid Petani	10	43,5	43,5	87,0
Valid IRT	2	8,7	8,7	95,7
Valid Lain-lain	1	4,3	4,3	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Kepemilikan asuransi responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	14	60,9	60,9	60,9
Valid ya	9	39,1	39,1	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Tipe Kusta responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid MB	21	91,3	91,3	91,3
Valid PB	2	8,7	8,7	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Pelaksanaan Pengobatan Rutin Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	1	4,3	4,3	4,3
Valid ya	22	95,7	95,7	100,0
Total	23	100,0	100,0	

H.3 Hasil Penelitian pada Klien Kusta yang Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD

1. Data deskriptif usia, lama mengalami kusta, dan lama mengikuti KPD

Statistics

	Usia responden (tahun)	Lama responden mengalami kusta	Lama Responden Mengikuti KPD
N Valid	21	21	21
Missing	0	0	0
Mean	39,95	4,57	3,43
Std. Error of Mean	3,424	,533	,313
Median	38,00	3,00	3,00
Mode	50	3	5
Std. Deviation	15,689	2,441	1,434
Skewness	,354	,531	-,067
Std. Error of Skewness	,501	,501	,501
Minimum	17	1	1
Maximum	68	10	5

3. Data deskriptif jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, kepemilikan asuransi, tipe kusta, dan pelaksanaan pengobatan rutin.

Jenis Kelamin responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid perempuan	5	23,8	23,8	23,8
Valid Laki-laki	16	76,2	76,2	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Status Pernikahan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid menikah	18	85,7	85,7	85,7
Valid tidak menikah	3	14,3	14,3	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Pendidikan Terakhir responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
tidak sekolah	6	28,6	28,6	28,6
Valid SD	9	42,9	42,9	71,4
SMP	3	14,3	14,3	85,7
SMU/SMK	3	14,3	14,3	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Pekerjaan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
tidak bekerja	4	19,0	19,0	19,0
Wiraswasta	4	19,0	19,0	38,1
Petani	6	28,6	28,6	66,7
Valid Pelajar/mahasiswa	1	4,8	4,8	71,4
IRT	3	14,3	14,3	85,7
Lain-lain	3	14,3	14,3	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Kepemilikan asuransi responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
tidak	12	57,1	57,1	57,1
Valid ya	9	42,9	42,9	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Tipe Kusta responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid MB	18	85,7	85,7	85,7
PB	3	14,3	14,3	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Pelaksanaan Pengobatan Rutin Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
tidak	1	4,8	4,8	4,8
Valid ya	20	95,2	95,2	100,0
Total	21	100,0	100,0	

H.4 Keaktifan Responden Mengikuti Kegiatan KPD

Keaktifan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak aktif	21	47,7	47,7	47,7
aktif	23	52,3	52,3	100,0
Total	44	100,0	100,0	

H.5 Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif Mengikuti Kegiatan KPD

Tingkat kecacatan responden menurut WHO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	14	60,9	60,9	60,9
1	5	21,7	21,7	82,6
2	4	17,4	17,4	100,0
Total	23	100,0	100,0	

Statistics

		Tingkat kecacatan responden menurut EHF
N	Valid	23
	Missing	0
Mean		,83
Std. Error of Mean		,249
Median		,00
Mode		0
Std. Deviation		1,193
Skewness		1,245
Std. Error of Skewness		,481
Minimum		0
Maximum		4

H.6 Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD

Tingkat kecacatan responden menurut WHO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	8	38,1	38,1	38,1
1	2	9,5	9,5	47,6
2	11	52,4	52,4	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Statistics

		Tingkat kecacatan responden menurut EHF
N	Valid	21
	Missing	0
Mean		2,57
Std. Error of Mean		,646
Median		2,00
Mode		0
Std. Deviation		2,959
Skewness		,938
Std. Error of Skewness		,501
Minimum		0
Maximum		8

H.7 Uji Normalitas

1. Tingkat Kecacatan Klien yang Aktif mengikuti kegiatan KPD

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Tingkat kecacatan responden menurut EHF	Mean	,83	,249	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,31	
		Upper Bound	1,34	
	5% Trimmed Mean	,70		
	Median	,00		
	Variance	1,423		
	Std. Deviation	1,193		
	Minimum	0		
	Maximum	4		
	Range	4		
	Interquartile Range	2		
	Skewness	1,245	,481	
	Kurtosis	,669	,935	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tingkat kecacatan responden menurut EHF	,364	23	,000	,721	23	,000

a. Lilliefors Significance Correction

2. Tingkat Kecacatan Klien yang Tidak Aktif mengikuti kegiatan KPD

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Tingkat kecacatan responden menurut EHF	Mean		2,57	,646
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,22	
		Upper Bound	3,92	
	5% Trimmed Mean		2,41	
	Median		2,00	
	Variance		8,757	
	Std. Deviation		2,959	
	Minimum		0	
	Maximum		8	
	Range		8	
	Interquartile Range		5	
	Skewness		,938	,501
	Kurtosis		-,522	,972

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tingkat kecacatan responden menurut EHF	,196	21	,035	,804	21	,001

a. Lilliefors Significance Correction

H.7 Uji Homogenitas

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Tingkat kecacatan responden menurut EHF	Based on Mean	15,404	1	42	,000
	Based on Median	9,482	1	42	,004
	Based on Median and with adjusted df	9,482	1	35,091	,004
	Based on trimmed mean	13,805	1	42	,001

H.8 Uji Bivariat

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Tingkat kecacatan responden menurut EHF is the same across categories of Keaktifan responden.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,042	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Lampiran I. Dokumentasi kegiatan



Gambar 1. Pemeriksaan tingkat kecacatan klien kusta



Gambar 2. Keadaan kecacatan pada kaki klien kusta



Gambar 3. Pemeriksaan tingkat kecacatan dalam kegiatan KPD

Lampiran J. Surat Kelayakan untuk Melakukan Pemeriksaan Kecacatan

**PERNYATAAN KELAYAKAN MELAKUKAN PEMERIKSAAN
KECACATAN KUSTA**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Eka Agustiani, S.Kep.Ners
NIP : 19760801 200604 2 017.

sebagai penguji kelayakan melakukan pemeriksaan kecacatan kusta

Telah melakukan uji Pemeriksaan Kecacatan Kusta, yang dilakukan oleh:

Nama : Frandita Eldiansyah
NIM : 112310101014

Yang mengadakan penelitian dengan judul
"Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti
Kegiatan Kelompok Perawatan Dirj (KPD) di Kabupaten Jember"

Setelah dilakukan uji kemampuan Pemeriksaan Kecacatan Kusta maka dinyatakan
memenuhi syarat untuk menggunakan kemampuan tersebut dalam proses
penelitian. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Jember, 13 Mei 2015
Penguji SOP


(Eka Agustiani, S.Kep.Ners

PERNYATAAN KELAYAKAN MELAKUKAN PEMERIKSAAN
KECACATAN KUSTA

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hs. HADI RUPAWI, P. KEP

NIP : 19670329 198812 1 003

sebagai penguji kelayakan melakukan pemeriksaan kecacatan kusta

Telah melakukan uji Pemeriksaan Kecacatan Kusta, yang dilakukan oleh:

Nama : Frandita Eldiansyah

NIM : 112310101014

Yang mengadakan penelitian dengan judul

“Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember”

Setelah dilakukan uji kemampuan Pemeriksaan Kecacatan Kusta maka dinyatakan memenuhi syarat untuk menggunakan kemampuan tersebut dalam proses penelitian. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Jember, 13 Mei 2015

Penguji SOP



(Hs. HADI RUPAWI, P. KEP)

Lampiran K. Surat Rekomendasi Penelitian**K.1 Ijin Studi Pendahuluan**

 KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : **421** /UN25.1.14/SP/2015 Jember, 16 Februari 2015
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Jember

Dengan hormat,
Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Frandita Eldiansyah
N I M : 112310101014
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan
judul : Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember
lokasi : 1. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
2. Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember
3. Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.


Ketua,
Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☒ 337853 Jember

K e p a d a

Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
 di -

J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/230/314/2015

Tentang

STUDI PENDAHULUAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah
 2. Peraturan Bupati Jember No. 62 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kab. Jember
- Memperhatikan : Surat Ketua PSIK Universitas Jember tanggal 16 Pebruari 2015 Nomor : 421/UN25.1.14/SP/2015 perihal Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan.

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Frandita Eldiansyah 112310101014
 Instansi : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
 Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan tentang :
 "Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember".
 Lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Puskesmas Jenggawah dan Tempurejo.
 Tanggal : 18-02-2015 s/d 18-03-2015

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

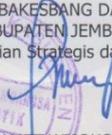
1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 18-02-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid Kajian Strategis dan Politis


 Drs. SLAMET WIJOKO, M.Si.
 Pembina
 196312121986061004

- Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Universitas Jember
 2. Ybs.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 23 Februari 2015

Nomor : 440 / 4158 / 414 / 2015
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :
Yth. Sdr. Kepala Bidang P2KL
Dinas Kesehatan Kab. Jember
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/230/314/2015, Tanggal 18 Februari 2015, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : FRANDITA ELDIANSYAH
NIM : 112310101014
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan studi pendahuluan tentang "Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember"
Waktu Pelaksanaan : 23 Februari 2015 s/d 23 Maret 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Studi Pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19570202 198211 1 002

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

JL.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 23 Februari 2015

Nomor : 440 / 4158 / 414 / 2015
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :
Yth.Sdr. 1. Kepala Puskesmas Jenggawah
2. Kepala Puskesmas Tempurejo
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/230/314/2015, Tanggal 18 Februari 2015, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : FRANDITA ELDIANSYAH
NIM : 112310101014
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan studi pendahuluan tentang "Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember"
Waktu Pelaksanaan : 23 Februari 2015 s/d 23 Maret 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Studi Pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
Pembina Utama Muda
NIP :19570202 198211 1 002

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS JENGGAWAH

Alamat : Jl. Kawi No. 139 Telp. (0331) 757118, 757888 Kec. Jenggawah - Jember 68171

SURAT - KETERANGAN.

Nomor : 800/352/414.27/2015.

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala UPT Puskesmas Jenggawah menerangkan, bahwa :

N a m a : FRANDITA ELDIANSYAH.
N . I . M : 112310101014.
Mahasiswa : Program Study Ilmu Keperawatan UNEJ.
Alamat : Jalan Kalimantan 37 Jember.

Telah melakukan study pendahuluan :

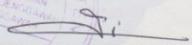
J u d u l : Perbedaan Tingkat Kecacatan Klin Kusta yang aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember.
W a k t u : Tanggal 23 Februari 2015 s/d 23 Maret 2015.

Surat Keterangan ini kami buat agar dapatnya dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Jenggawah

Pada Tanggal : 23-03 2015

Kepala Unit Pelaksana Teknis
Puskesmas Jenggawah


dr. Hj. NURI USMAWATI.
NIP. 19610117 198803 2 005.





PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS TEMPUREJO

Jl. KH. Abdul Azis No. 119 Tempurejo Telp (0331) 757924 Jember 68173

Tempurejo, 26 Maret 2015

Nomor : 440/86/414.12/2015
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Pemberitahuan selesainya
Studi Pendahuluan

Kepada
Yth. Sdr. Ka. Prodi Ilmu Keperawatan
Universitas Jember
Di -
Jember

Menindaklanjuti surat dari Dinas Kesehatan, Nomor : 440/4158/414/2015,
Tanggal 24 Februari 2015, perihal ijin studi pendahuluan atas nama:

Nama : FRANDITA ELDIANSYAH
NIM : 112310101014
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Telah melakukan studi pendahuluan tentang “ Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien
Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kelompok Perawatan Diri (KPD) di
Kabupaten Jember “ terhitung mulai tanggal : 23 Februari 2015 s/d 23 Maret 2015

Demikian surat pemberitahuan ini dan atas kerjasamanya kami ucapkan terima
kasih.

Mengetahui
KEPALA PUSKESMAS
TEMPUREJO



dr. LAJLA RAHMADHANI SARAGIH
NIP. 19830705 201101 2 020

Tembusan :
1. Sdr. FRANDITA ELDIANSYAH
2. Arsip

K.2 Ijin Penelitian

 KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 1232/UN25.1.14/LT/2015 Jember, 29 April 2015
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian**

Yth. Ketua Lembaga Penelitian
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Frandita Eldiansyah
N I M : 112310101014
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
judul penelitian : Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta Yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan KPD di Kabupaten Jember
lokasi : 1. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
2. Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember
3. Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.


Ketua
Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN

Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember Telp. 0331-337818, 339385 Fax. 0331-337818
e-Mail : penelitian.lemlit@unej.ac.id

Nomor : ~~587~~/UN25.3.1/LT/2015
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan
Penelitian

30 April 2015

Yth. Kepala
Badan Kesatuan Bangsa, dan Politik
Pemerintah Kabupaten Jember
di -

JEMBER

Memperhatikan surat Ketua dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor :
1232/UN25.1.14/LT/2015 tanggal 29 April 2015, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : Frandita Eldianayah/112310101014
Fakultas / Jurusan : PSIK/Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Alamat / HP : Jl. Merpati No. 26 Jember/HP. 089655173070
Judul Penelitian : Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta Yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember
Lokasi Penelitian : 1. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
2. Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember
3. Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember
Lama Penelitian : Dua bulan (30 April 2015 – 30 Juni 2015)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul di atas.

Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.

a.n Ketua
Sekretaris

Dr. Zainuri, M.Si
NIP 196403251989021001

Tembusan Kepada Yth. :

1. Ketua PSIK
Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip



CERTIFICATE NO : QMS/173



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
di –
J E M B E R

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/808/314/2015

Tentang
PENELITIAN

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah
2. Peraturan Bupati Jember No. 62 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kab. Jember

Memperhatikan : Surat Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember tanggal 30 April 2015 Nomor : 587/UN25.3.1/LT/2015 perihal Ijin Melaksanakan Penelitian.

MEREKOMENDASIKAN

Nama /NIM. : Frandita Eldiansyah 112310101014
Instansi : PSIK / Ilmu Keperawatn / Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian dengan judul :
"Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta Yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember".
Lokasi : Dinas Kesehatan, Puskesmas Jenggawah dan Tempurejo Kabupaten Jember
Tanggal : 06-05-2015 s/d 06-08-2015

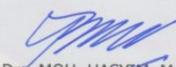
Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 06-05-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Sekretaris


Drs. MOH. HASYIM, M.Si.
Pembina Tingkat I
195902131982111001

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember
2. Ybs



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 07 Mei 2015

Nomor : 440 / 063 - /414/ 2015
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr. 1. Kepala Puskesmas Jenggawah
2. Kepala Puskesmas Tempurejo
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/808/314/2015, Tanggal 06 Mei 2015, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : FRANDITA ELDIANSYAH
NIM : 112310101014
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan penelitian dengan judul "Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember"
Waktu Pelaksanaan : 07 Mei 2015 s/d 07 Agustus 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**

dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
Pembina Utama Muda
NIP : 19570202 198211 1 002

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS JENGGAWAH

Alamat : Jl. Kawi No. 139 Telp. (0331) 757118, 757888 Kec. Jenggawah - Jember 68171

SURAT - KETERANGAN.

Nomor : 800/27/414.27/2015.

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala UPT Puskesmas Jenggawah menerangkan, bahwa :

N a m a : FRANDITA ELDIANSYAH.
N . I . M : 112310101014.
Mahasiswa : Program Study Ilmu Keperawatan UNEJ.
Alamat : Jalan Kalimantan 37 Jember.

Telah melakukan penelitian :

J u d u l : Perbedaan Tingkat Kecacatan Klin Kusta yang aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember.
W a k t u : Tanggal 07 Mei s/d 07 Agustus 2015.

Surat Keterangan ini kami buat agar dapatnya dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Jenggawah
Pada Tanggal : 25-05- 2015

Kepala Unit Pelaksana Teknis
Puskesmas Jenggawah


dr. Hj. NURI USMAWATI.
NIP. 19610117 198803 2 005.

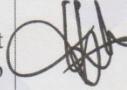
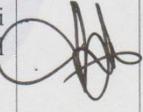
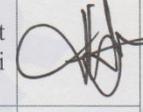
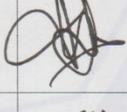
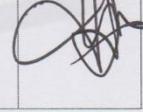


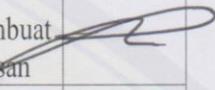
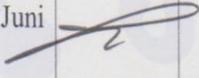
Lampiran L. Lembar Bimbingan Skripsi

L.1 Lembar Bimbingan DPU

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

Nama : Frandita Eldiansyah
NIM : 1123101014
DPU : Ns. Wantiyah, M. Kep.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
Senin, 9 Februari 2015	- Bimbingan terkait judul skripsi dan Bab 1 latar belakang	- Pertimbangkan judul penelitian yang diambil - Perkuat bab 1 latar belakang	
Kamis, 12 Februari 2015	- Pengajuan judul baru dan bab 1 latar belakang - Meminta tanda tangan surat studi pendahuluan	- Acc judul dan perkuat latar belakang - Lanjutkan membuat keaslian penelitian, bab 2, dan bab 3	
Kamis, 5 Maret 2015	- Bimbingan revisi bab 1, bab 2, dan bab 3	- Perhatikan penulisan - Perkuat latar belakang dengan hasil studi pendahuluan - Perbaiki keaslian penelitian - Lanjutkan membuat bab 4	
Rabu, 11 Maret 2015	- Bimbingan revisi bab 1, bab 2, dan bab 3 - Bimbingan bab 4	- Perbaiki sesuai saran - Latar belakang di perkuat dengan hasil studi pendahuluan - Bab 4 diperbaiki	
Selasa, 17 Maret 2015	- Bimbingan revisi bab 1, bab 2, bab 3, dan bab 4	- Revisi sesuai saran - Lanjutkan membuat lembar observasi tingkat kecacatan	
Jum'at, 27 Maret 2015	- Bimbingan revisi bab 1, bab 2, bab 3, bab 4, dan lembar observasi tingkat kecacatan	- Revisi sesuai saran - Acc seminar proposal	
Senin, 6 April 2015	- Bimbingan persiapan seminar proposal	- Persiapkan seminar proposal - PPT di perbaiki	

Jum'at, 12 Juni 2015	- Bimbingan hasil penelitian	- Lakukan transformasi data terlebih dahulu - Lanjutkan membuat bab 5 dan bab 6	
Selasa, 16 Juni 2015	- Bimbingan bab 5 dan bab 6	- Revisi bab 5 pembahasan - Lanjutkan membuat abstrak dan ringkasan	
Rabu, 17 Juni 2015	- Bimbingan revisi bab 5 dan bab 6 - Bimbingan abstrak dan ringkasan	- Revisi sesuai saran	
Kamis, 18 Juni 2015	- Bimbingan bab 1, bab 2, bab 3, bab 4, bab 5, dan bab 6 - Bimbingan abstrak dan ringkasan	- Acc sidang hasil - Jadwalkan minggu depan Selasa, 23 Juni 2015	
Senin, 29 Juni 2015	- Bimbingan revisi sidang hasil dan meminta tanda tangan halaman persembahan	- Acc Revisi Seminar Hasil	

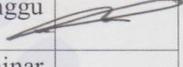
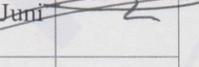
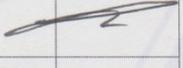
L.2 Lembar Bimbingan DPA

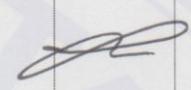
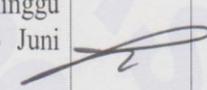
**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Frandita Eldiansyah

NIM : 112310101014

DPA : Ns. Siswoyo, M. Kep.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
Senin, 16 Februari 2015	- Bimbingan terkait judul skripsi dan Bab 1 latar belakang - Meminta persetujuan studi pendahuluan	- Acc judul skripsi - Revisi bab 1 sesuai saran yang diberikan - Lanjutkan studi pendahuluan dan membuat bab 2 dan bab 3	
Kamis, 12 Maret 2015	- Bimbingan terkait revisi Bab 1 latar belakang - Bimbingan bab 2, bab 3, dan bab 4	- Revisi sesuai saran (perkuat latar belakang) - Lanjutkan membuat lembar observasi tingkat kecacatan - Bimbingan kembali hari Senin, 16 Maret 2015 jam 09.00 wib	
Senin, 16 Maret 2015	- Bimbingan revisi bab 1, bab 2, bab 3, dan bab 4 - Bimbingan lembar observasi dan hasil studi pendahuluan	- Revisi sesuai saran - Bimbingan kembali hari Kamis, 19 Maret 2105 - Persiapan ujian proposal tanggal 26/27 Maret 2015	
Jum'at, 20 Maret 2015	- Bimbingan revisi bab 1, bab 2, bab 3, dan bab 4	- Acc seminar proposal - Jadwalkan minggu depan	
Rabu, 25 Maret 2015	- Bimbingan persiapan seminar proposal	- Lanjutkan seminar proposal minggu depan hari selasa, 23 Juni 2015	
Kamis, 9 April 2015	- Bimbingan terkait seminar proposal	- Lanjutkan revisi skripsi	
Jum'at, 15 Mei 2015	- Bimbingan terkait ijin melakukan penelitian	- Lanjutkan melakukan penelitian	

Jum'at, 12 Juni 2015	- Bimbingan hasil penelitian	- Lakukan transformasi data terlebih dahulu - Lanjutkan membuat bab 5 dan bab 6	
Selasa, 16 Juni 2015	- Bimbingan bab 5 dan bab 6	- Revisi bab 5 pembahasan - Lanjutkan membuat abstrak dan ringkasan	
Rabu, 17 Juni 2015	- Bimbingan revisi bab 5 dan bab 6 - Bimbingan abstrak dan ringkasan	- Revisi sesuai saran	
Kamis, 18 Juni 2015	- Bimbingan bab 1, bab 2, bab 3, bab 4, bab 5, dan bab 6 - Bimbingan abstrak dan ringkasan	- Acc sidang hasil - Jadwalkan minggu depan Selasa, 23 Juni 2015	
Senin, 29 Juni 2015	- Bimbingan revisi sidang hasil dan meminta tanda tangan halaman persembahan	- Acc Revisi Seminar Hasil	