



**KUALITAS HIDUP ORANG YANG PERNAH MENDERITA KUSTA (OYPMK)
(Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah dan di Wilayah Kerja
Puskesmas Kemuningsari Kidul Kabupaten Jember)**

SKRIPSI

Oleh

**Fahimah Ulfa
NIM 112110101089**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**KUALITAS HIDUP ORANG YANG PERNAH MENDERITA KUSTA (OYPMK)
(Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah dan di Wilayah Kerja
Puskesmas Kemuningsari Kidul Kabupaten Jember)**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan Strata Satu (S1) Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

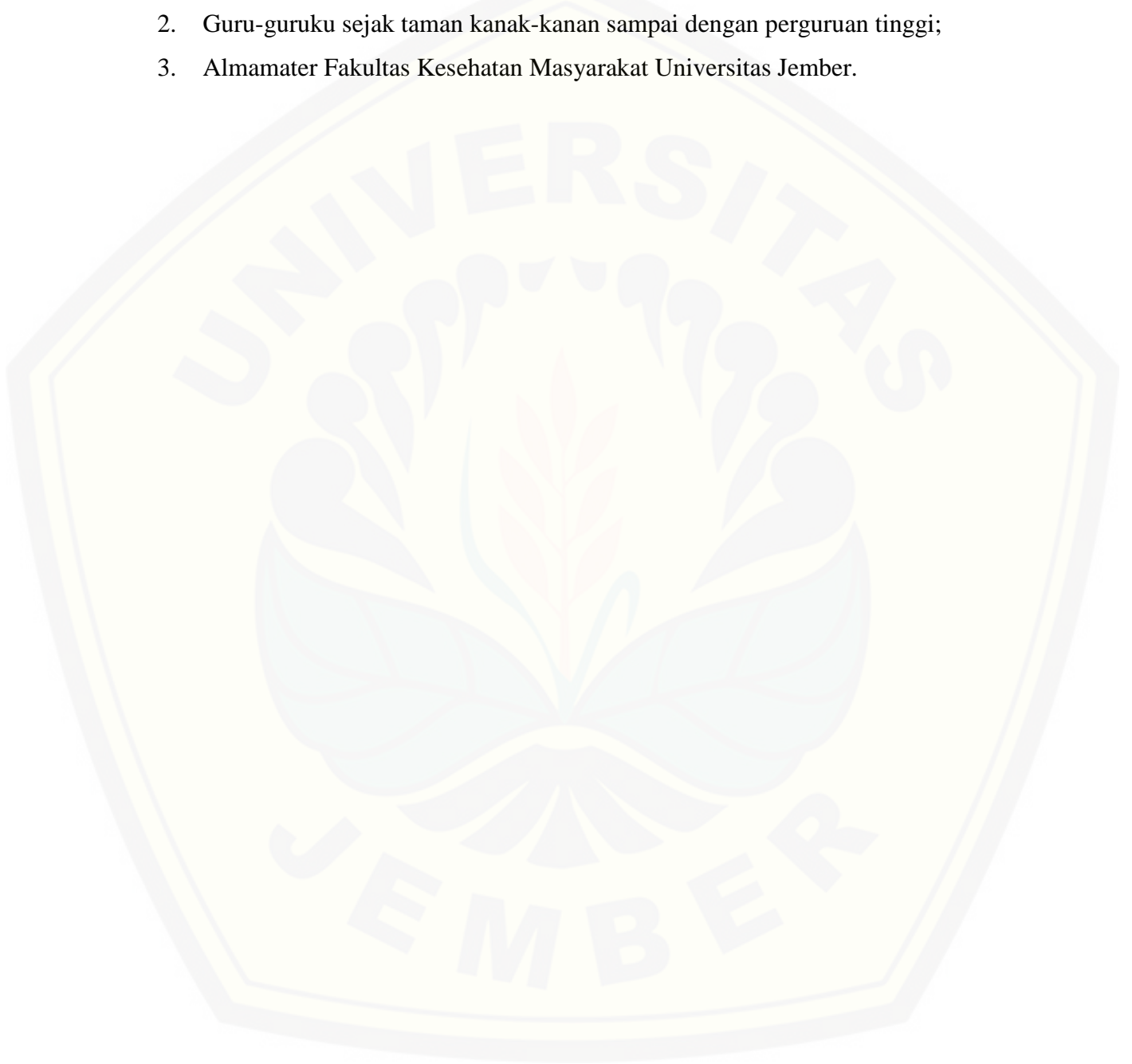
**Fahimah Ulfa
NIM 112110101089**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Umi Himyatul Amanah dan Abah Imam Sukamto yang tercinta;
2. Guru-guruku sejak taman kanak-kanan sampai dengan perguruan tinggi;
3. Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.



MOTTO

Quality of Life means a good life and we believe that a good life is the same as living a life with a high quality *)

“Kualitas hidup merupakan sebuah kehidupan yang baik dan kita percaya bahwa sebuah kehidupan yang baik sama halnya dengan menjalani kehidupan dengan kualitas yang sangat baik.”

*) Ventegodt, S., Merrick, J. And Andersen, N. J. 2003. *Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: An Integrative Theory of The Global Quality of Life Concept*. The Scientific World Journal (2003), 3: 1030.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fahimah Ulfa

NIM : 112110101089

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: *Kualitas Hidup Orang Yang Pernah menderita Kusta (OYPMK) (Studi Kasus di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah dan wilayah kerja Puskesmas Kemuningsari Kidul Kabupaten Jember)* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada instansi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 29 Juni 2015

Yang menyatakan,

Fahimah Ulfa

NIM 112110101089

SKRIPSI

**KUALITAS HIDUP ORANG YANG PERNAH MENDERITA KUSTA (OYPMK)
(Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah dan di Wilayah Kerja
Puskesmas Kemuningsari Kidul Kabupaten Jember)**

Oleh

Fahimah Ulfa
NIM 112110101089

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Pudjo Wahjudi, M.S.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Kualitas Hidup Orang Yang Pernah menderita Kusta (OYPMK)* (*Studi Kasus di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah dan di wilayah kerja Puskesmas Kemuningsari Kidul Kabupaten Jember*) telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Senin

Tanggal : 29 Juni 2015

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua

Sekretaris

Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes
NIP. 197904112005011002

Yennike Tri H., S.KM., M.Kes
NIP. 197810162009122001

Anggota

Drs. M. Sulthony, S.KM
NIP. 196310031984121004

Mengesahkan

Dekan,

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.
NIP. 19560810 198303 1 003

RINGKASAN

Kualitas Hidup Orang Yang Pernah menderita Kusta (OYPMK) (Studi Kasus di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah dan di wilayah kerja Puskesmas Kemuningsari Kidul Kabupaten Jember); Fahimah Ulfa; 112110101089; 2015; 62 halaman; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang menimbulkan permasalahan yang sangat kompleks. Permasalahan pada kusta yang masih dirasakan oleh Orang Yang Pernah menderita Kusta (OYPMK) yakni adanya stigma dari masyarakat. Mereka mengharapkan dapat terbebas dari stigma masyarakat. Dalam mengatasi hal tersebut, perlu adanya upaya penanggulangan yang bertujuan untuk mengembalikan produktivitas, kepercayaan diri dan kemandirian para OYPMK. Salah satu upaya pemerintah yakni dengan adanya pembentukan Kelompok Perawatan Diri (KPD). Salah satu puskesmas di Kabupaten Jember yang telah membentuk KPD adalah Puskesmas Jenggawah, namun terdapat beberapa puskesmas yang belum membentuk KPD. Salah satunya yakni Puskesmas Kemuningsari Kidul yang merupakan puskesmas pembantu di Kecamatan Jenggawah. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD (wilayah kerja Puskesmas Jenggawah) dan di wilayah tanpa KPD (wilayah kerja Puskesmas Kemuningsari Kidul). Penelitian ini menggunakan metode penelitian deksriptif dengan pendekatan kuantitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner WHOQoL-BREF. Pengambilan subjek pada penelitian ini adalah penderita kusta yang berstatus menikah, bekerja dan telah dinyatakan selesai menjalani pengobatan/ *Released From Treatment* (RFT) pada tahun 2010-2013 di Puskesmas Jenggawah dan Kemuningsari Kidul. Jumlah responden yang diperoleh sebanyak 40 orang, yang terdiri dari 20 orang anggota Kelompok Perawatan Diri (KPD) Puskesmas Jenggawah dan 20 orang yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Kemuningsari Kidul. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang memberikan penilaian sangat baik dan baik terhadap kualitas hidup adalah responden yang tinggal di wilayah

dengan KPD. Skor rata-rata kualitas hidup responden di wilayah dengan KPD ($71 \pm 5,29$) lebih tinggi dibandingkan dengan responden di wilayah tanpa KPD ($57,64 \pm 8,29$). Hal tersebut menyebabkan skor rata-rata kualitas hidup pada setiap domain kualitas hidup di wilayah dengan KPD lebih besar dibandingkan dengan di wilayah tanpa KPD. Namun dari keempat domain kualitas hidup, diketahui bahwa domain sosial merupakan domain yang memberikan kontribusi paling besar dalam mendukung kualitas hidup OYPMK, baik di wilayah dengan KPD ($77,50 \pm 7,69$) maupun di wilayah tanpa KPD ($70 \pm 10,26$). Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa OYPMK di wilayah dengan KPD memiliki skor rata-rata kualitas hidup lebih tinggi dibandingkan dengan di wilayah tanpa KPD. Hal tersebut menunjukkan bahwa keberadaan KPD tidak hanya ditujukan untuk menyelesaikan masalah fisik penderita kusta, melainkan juga psikologis, fungsional, ekonomi dan juga sosial. Upaya rehabilitasi kusta melalui kegiatan KPD penting untuk diterapkan terutama pada wilayah dengan kasus cacat kusta yang tinggi karena OYPMK yang mengalami cacat kusta memiliki skor kualitas hidup yang lebih rendah, sehingga perlu ditingkatkan rasa percaya diri mereka melalui KPD agar mereka dapat memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

SUMMARY

Quality of Life Among Leprosy-Affected People (LAP) (Case Study in Region of Jenggawah Public Health Centre and Kemuningsari Kidul Public Health Centre Jember Regency); Fahimah Ulfa; 112110101089; 2015; 62 pages; Departement of Epidemiology, Biostatistics and Population, Public Health Faculty of Jember University.

Leprosy is one of infectious diseases that caused a complex problem. The set of problem in leprosy that still felt by Leprosy-Affected People (LAP) is stigma. They wish that they can be absolved from people's stigma. There should be a tackling efforts to overcome the problem that can return their productivities, self confidence, and independence. One of Government's efforts to overcome them is forming Self Care Groups (SCG). One of public health centres in Jember Regency that have formed SCG is Jenggawah Public Health Centre but there are some public health centres that haven't formed it yet. One of them is Kemuningsari Kidul Public Health Centre. This research was intended to find the differences in quality of life among LAP that lived in region with SCG (region of Jenggawah Public Health Centre) and region without SCG (region of Kemuningsari Kidul Public Health Centre). This research used descriptive method with quantitative approachment. The data was collected by interview using WHOQoL-BREF questionnaire. The samples of this research were leprosy-affected people that married, works and have been Released From Treatment (RFT) in 2010-2013 both of Jenggawah Public Health Centre and Kemuningsari Kidul Public Health Centre. The total respondents in this research was 40 people, consisted of 20 LAP that participated in SCG of Jenggawah and 20 LAP that lived in region of Kemuningsari Kidul Public Health Centre. The result of this research showed that most people who gave good and very good assesment for quality of life were respondents in region with SCG. The overall quality of life mean among LAP in region with SCG ($71 \pm 5,29$) was higher than respondents in region without SCG ($57,64 \pm 8,29$). It caused domains score among respondents in region with SCG were also higher than respondents in region without SCG. One of domains in quality of life that most contribute to quality of life was social domain, both of

LAP in region with SCG ($77,50 \pm 7,69$) and respondents in region without SCG ($70 \pm 10,26$). The conclusion of this research was LAP in region with SCG have higher quality of life mean than LAP in region without SCG. It means that existence of SCG was addressed not only to physical problem but also psychological, functional, economical and social participation. The rehabilitation effort of leprosy through SCG activities was important to be applied especially in region that has highest leprosy disability cases. It was caused by disabled LAP had lower score in quality of life, so their self confidence should be improved and increased through SCG activities in order they can get better quality of life.

PRAKATA

Puji Syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul *Kualitas Hidup Orang Yang Pernah menderita Kusta (OYPMK) (Studi Kasus di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah dan di wilayah kerja Puskesmas Kemuningsari Kidul Kabupaten Jember*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan bagaimana gambaran kualitas hidup Orang Yang Pernah menderita Kusta (OYPMK) di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah (wilayah dengan KPD) dan Puskesmas Kemuningsari Kidul (Wilayah tanpa KPD), sehingga nantinya dapat menjadi bahan pertimbangan dalam pembentukan KPD di Kabupaten Jember.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada ibu Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si dan bapak dr. Pudjo Wahjudi, M.S, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan kepada yang terhormat :

1. Drs. Husni Abdul Gani, M.S, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes, selaku Ketua Bagian Epidemiologi dan Biostatistik Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. KPD “Cahaya” Jenggawah dan Puskesmas Kemuningsari Kidul, yang telah mau dijadikan sebagai responden dalam penelitian ini.
4. Mury Ririanty, S.KM., M.Kes, selaku dosen pembimbing akademik, atas segala motivasi, perhatian, nasihat dan bimbingan yang telah diberikan selama penulis menjalankan perkuliahan.

5. Himyatul Amanah dan Imam Sukamto, kedua orang tuaku, atas perhatian, motivasi, semangat, dukungan, dan bimbingan yang selalu diberikan. Suatu kebanggaan yang tak ternilai karena telah memiliki kalian di hidupku.
6. Hilmiyah Hanani, Haidar Muttaqin, Ahmad Zakin Daqiq Al-Afkar dan Ali Musyaffa', kakak dan ketiga adik-adikku yang selalu menemaniku, menyemangatiku, dan menghiburku.
7. Andila Ramadhani, Yuni Suryani, Rofy Anggi Pratiwi, dan Aldi Tinto Pratama, orang-orang tersayang yang memberiku semangat, motivasi, saran, nasihat dan selalu menghiburku. Semangat perjuangan dari kalianlah yang selalu membuatku semangat setiap waktu.
8. Teman-teman kelompok PBL 8 Desa Glagahwero Kalisat: Yudhi, Aviv, Bebeb Lia, Anin, Nizul, Dinda, Devi Cas, Maul, Desy, Ifka (*kecup*), Ajeng, dan Hafifah.
9. Teman-teman Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan 2011 dan teman-teman FKM UJ 2011 yang tidak dapat disebutkan satu persatu, atas segala dukungan, semangat, dan motivasi yang telah diberikan.
10. Seluruh anggota Paskibra Universitas Jember 2011 yang telah menjadi sahabat sejati dan keluarga sejak awal perkuliahan.
11. serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Skripsi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu kami dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, 29 Juni 2015

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR SINGKATAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Teoritis	5
1.4.1 Bagi Peneliti	5
1.4.2 Bagi Instansi	5
1.4.3 Bagi Masyarakat.....	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Kusta	6

2.1.1 Etiologi	6
2.1.2 Epidemiologi	7
2.1.3 Pengobatan	7
2.1.4 Kecacatan	8
2.1.5 Upaya Pencegahan Cacat	11
2.1.6 Rehabilitasi	13
2.1.7 Masalah yang Ditimbulkan Kusta	13
2.2 Kelompok Perawatan Diri	15
2.2.1 Sejarah Pembentukan KPD	15
2.2.2 Konsep KPD	16
2.2.3 Pembagian Tugas dan Struktur dalam KPD	17
2.2.4 Kegiatan KPD	19
2.3 Kualitas Hidup	22
2.3.1 Pengertian Kualitas Hidup	22
2.3.2 Pengukuran Kualitas Hidup	22
2.3.3 Dimensi Kualitas Hidup	23
2.4 Kualitas Hidup OYPMK	24
2.5 Kerangka Konseptual	26
BAB 3. METODE PENELITIAN	28
3.1 Jenis Penelitian	28
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	28
3.3 Penentuan Populasi dan Sampel	29
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	30
3.4.1 Variabel Penelitian	30
3.4.2 Definisi Operasional	30
3.5 Data dan Sumber Data	31
3.5.1 Data Primer	31
3.5.2 Data Sekunder	32
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	32
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	32
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	33

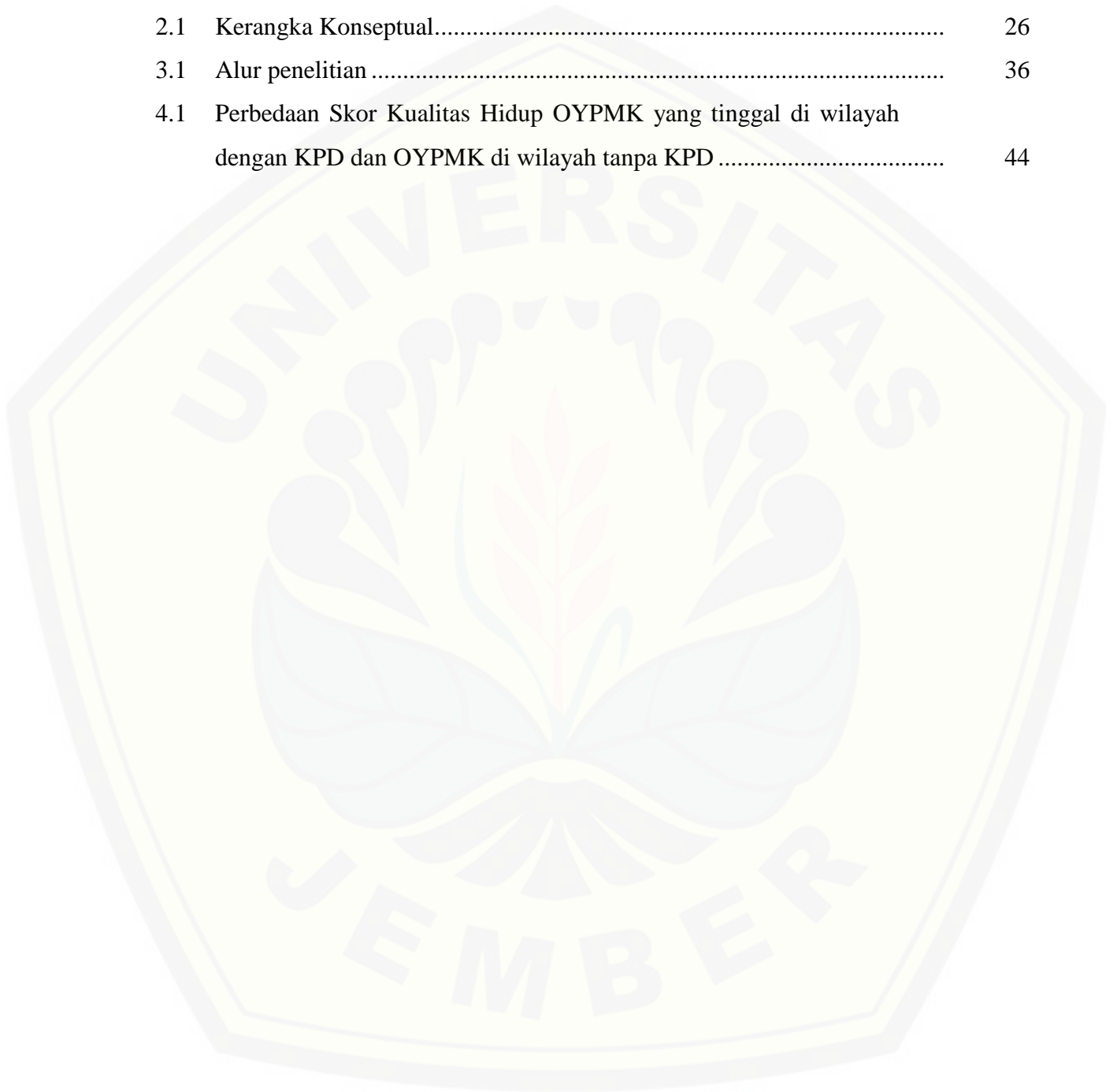
3.7 Teknik Pengolahan dan Penyajian Data	34
3.7.1 Teknik Pengolahan Data	34
3.7.2 Teknik Penyajian Data	35
3.8 Alur Penelitian	36
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	37
4.1 Hasil Penelitian	37
4.1.1 Karakteristik Responden pada OYPMK	37
4.1.2 Kepuasan OYPMK terhadap Kondisi Kesehatan.....	38
4.1.3 Penilaian Subjektif OYPMK terhadap Kualitas Hidup.....	39
4.1.4 Kualitas Hidup Menurut Karakteristik Responden	40
4.1.5 Perbedaan Kualitas Hidup Menurut Domain Kualitas Hidup	43
4.2 Pembahasan.....	46
4.2.1 Kualitas Hidup Menurut Karakteristik Responden	46
4.2.2 Perbedaan Kualitas Hidup OYPMK di Wilayah dengan KPD dan di Wilayah Tanpa KPD.....	51
BAB 5. PENUTUP.....	57
5.1 Kesimpulan.....	57
5.2 Saran	58
DAFTAR PUSTAKA	59
LAMPIRAN.....	63

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1	Klasifikasi tingkat kecacatan di Indonesia 10
3.1	Variabel, definisi operasional, cara pengukuran, identifikasi dan skala..... 30
3.2	Variabel penelitian yang diukur menggunakan WHOQoL-BREF..... 33
3.3	Nilai terendah (<i>lower value</i>) dan rentang nilai (<i>possible score range</i>) untuk setiap domain dalam WHOQoL-BREF 35
4.1	Distribusi karakteristik responden pada OYPMK di wilayah dengan KPD dan di wilayah tanpa KPD..... 38
4.2	Distribusi kondisi kepuasan kesehatan OYPMK di wilayah dengan KPD dan di wilayah tanpa KPD..... 39
4.3	Distribusi kualitas hidup berdasarkan penilaian subjektif OYPMK di wilayah dengan KPD dan di wilayah tanpa KPD 40
4.4	Perbedaan Skor Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Usia 42
4.5	Perbedaan Skor Kualitas Hidup Berdasarkan Jenis Kelamin..... 42
4.6	Perbedaan Skor Kualitas Hidup Berdasarkan Kecacatan..... 43
4.7	Distribusi skor tiap domain kualitas hidup OYPMK yang tergabung pada KPD Puskesmas Jenggawah 45
4.8	Distribusi skor tiap domain kualitas hidup OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD..... 46

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Konseptual.....	26
3.1 Alur penelitian	36
4.1 Perbedaan Skor Kualitas Hidup OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD dan OYPMK di wilayah tanpa KPD	44



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Pengantar Kuesioner.....	63
B. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	64
C. Panduan Wawancara Pengumpul Data.....	65
D. Kuesioner Penelitian.....	66
E. Hasil Pengolahan Data.....	71
F. Hasil Dokumentasi Kegiatan.....	75
G. Ijin Penelitian.....	76

DAFTAR SINGKATAN

WHO	= <i>World Health Organization</i>
RFT	= <i>Released From Treatment</i>
OYPMK	= <i>Orang Yang Pernah Menderita Kusta</i>
KPD	= <i>Kelompok Perawatan Diri</i>
MDT	= <i>Multi Drug Theraphy</i>
PB	= <i>Pausibasiler</i>
MB	= <i>Multibasiler</i>
POD	= <i>PreventionOf Disabbilities</i>
VMT/ST	= <i>Volumentary Muscle Test/Sensory Test</i>
SIP	= <i>The Sickness Impact Profile</i>
MOS	= <i>The Medical Outcome Study</i>
SF-36	= <i>36-items Short-form Health Survey</i>
WHOQoL	= <i>The World Health Organization Quality Of Life</i>
WHOQoL-BREF	= <i>The World Health Organization Quality Of Life - BREF</i>

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Permasalahan penyakit menular masih dirasakan hampir di semua negara. Penyakit menular merupakan penyakit yang disebabkan oleh jasad renik, virus, mikroba atau sejenisnya. Salah satu penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan antara lain yakni penyakit kusta. Kusta merupakan suatu penyakit yang berlangsung menahun dan disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* yang menyerang saraf tepi, kulit, selaput lendir hidung, buah zakar, mata dan jaringan tubuh lainnya kecuali susunan saraf pusat (Kemenkes RI, 2012: 8 dan Mahdiana, 2010: 13). Penyakit kusta merupakan salah satu jenis penyakit tropis (*tropical disease*) yang mewabah di Indonesia dan belum dapat ditanggulangi sepenuhnya oleh pemerintah karena masih banyaknya orang yang menderita penyakit tersebut. Penyakit tropis merupakan penyakit yang muncul pada daerah-daerah yang memiliki iklim tropis seperti Indonesia (Lesmana, 2013: 2).

Jumlah kasus baru kusta di wilayah Asia Tenggara dari tahun ke tahun menurun, namun masih dalam angka yang besar. Laporan terakhir *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2013 menyebutkan bahwa jumlah penemuan kasus baru kusta sebanyak 155.385 kasus (WHO, 2014: 390). Provinsi Jawa Timur menempati urutan pertama dengan jumlah penderita kusta terbanyak di Indonesia. Penemuan kasus baru di Jawa Timur sebanyak 4.807 kasus yang merupakan 25,5% dari jumlah penderita baru di Indonesia (Dinkes Provinsi Jatim, 2012: 18). Angka kusta tinggi juga ditemukan di Kabupaten Jember. Sebanyak 47 puskesmas masih aktif menemukan penderita kusta baru setiap tahunnya. Sebanyak 396 penderita dengan 339 penderita diantaranya telah dinyatakan selesai menjalani pengobatan/*Released From Treatment* (RFT) pada akhir tahun 2011 dan jumlah penderita yang terdaftar pada tahun 2012 menurun yakni sebanyak 373 penderita dengan 316 diantaranya telah dinyatakan RFT. Laporan terakhir penderita yang dinyatakan RFT yakni pada tahun 2013 sebanyak 230 dari

241 penderita yang terdaftar pada awal tahun 2013 (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2014).

Permasalahan pada penyakit kusta umumnya diawali penemuan kasus yang tidak berjalan dengan baik dikarenakan keterlambatan deteksi dini penderita kusta. Adanya stigma dari masyarakat terhadap penyakit kusta, rendahnya kesadaran mengenai gejala awal kusta dan kondisi cacat yang dialami menjadi faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan deteksi dini penderita kusta (Nicholls dalam Susanto, 2010: 2). Pada masa pengobatan pun, jika para penderita kusta tidak tekun berobat, akan mengakibatkan kondisi mereka semakin parah bahkan memungkinkan dapat mengakibatkan kecacatan yang nantinya juga akan semakin memperburuk kondisi psikologis mereka (Zulkifli, 2003:1). Setelah penderita kusta menyelesaikan pengobatannya, mereka berharap telah terbebas dari stigma masyarakat namun Orang Yang Pernah menderita Kusta (OYPMK) masih merasakan adanya stigma dari masyarakat. Diskriminasi yang mereka alami yakni seperti penolakan di sekolah, tempat kerja, penolakan dalam mendapatkan pekerjaan bahkan juga ditolak di layanan kesehatan (Pitakasari, 2012).

Berbagai masalah yang ditimbulkan oleh penyakit kusta perlu dilakukan upaya dalam menanggulangnya. Upaya penanggulangan tersebut bertujuan untuk mengembalikan penderita kusta maupun OYPMK menjadi manusia yang berguna, mandiri, produktif, dan percaya diri. Metode penanggulangan terdiri dari metode pemberantasan dan pengobatan serta metode rehabilitasi. Metode rehabilitasi yang diberikan yakni rehabilitasi medis, sosial, karya dan metode permasyarakatan yang nantinya menjadi tujuan akhir dari upaya rehabilitasi yang dilakukan. Salah satu kegiatan pada rehabilitasi medis yakni membentuk dan memfasilitasi Kelompok Perawatan Diri (KPD) (Kemenkes RI, 2012: 30).

Kelompok Perawatan Diri (KPD) bagi penderita kusta telah dibentuk di Indonesia pada tahun 2000. Anggota yang dapat tergabung di KPD yakni orang yang sedang dalam pengobatan *Multi Drug Therapy* (MDT) ataupun yang telah RFT (selesai menjalani pengobatan). Program KPD dibentuk dengan tujuan mewujudkan kemandirian merawat diri bagi penderita kusta dan memulihkan kepercayaan ataupun harga diri anggotanya agar mereka dapat berperan dalam

masyarakat secara aktif (Pribadi, 2013: 9 dan Dirjen PPM dan PL, 2006: 6). Pembentukan KPD ini telah memberikan berbagai manfaat, tidak hanya secara fisik mampu mencegah terjadinya suatu kecacatan, namun dapat meningkatkan rasa percaya diri OYPMK karena adanya dukungan dan motivasi dari sesama OYPMK, dan adanya kemudahan akses informasi kesehatan, pelayanan kesehatan serta akses pengobatan (Dirjen PPM dan PL, 2006: 10).

Kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari, kemudahan akses informasi, kemandirian, serta hubungan antar individu dengan lingkungan merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kualitas hidup seseorang (Reno dalam Yuliati, 2013: 3). WHO (dalam Yuliati, 2013: 5) mendefinisikan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi individual terhadap posisinya dalam kehidupan, dalam konteks budaya, sistem nilai dimana mereka berada, dan hubungannya terhadap tujuan hidup, harapan, standar, dan hal lainnya yang terkait. Kualitas hidup terbagi menjadi empat domain, yakni fisik, psikis, sosial dan lingkungan.

Lingkungan tempat tinggal merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, dimana lingkungan yang berbeda mengakibatkan perbedaan pelayanan kesehatan yang diperoleh oleh penderita kusta maupun OYPMK. Adanya KPD yang telah dibentuk di wilayah kerja Puskesmas dapat memberikan kesempatan pada penderita kusta dan OYPMK untuk memperbaiki kekurangan yang terjadi, misalnya mengambil langkah aktif dalam menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi, mengakhiri gaya hidup negatif dan memulai hidup dengan cara yang lebih positif (Nottingham dalam Pribadi, 2013: 54). Kehadiran KPD di tengah lingkungan penderita kusta maupun OYPMK memberikan harapan yang baik untuk peningkatan kualitas hidup penderita kusta maupun OYPMK.

Sebanyak empat puskesmas di Kabupaten Jember telah membentuk KPD yaitu Puskesmas Jenggawah, Puskesmas Tempurejo, Puskesmas Sumberbaru dan Puskesmas Wuluhan. Puskesmas Jenggawah merupakan puskesmas pertama di Kabupaten Jember yang telah membentuk KPD, sehingga kegiatan dan pengalaman terkait KPD lebih banyak dibandingkan dengan puskesmas lainnya. Namun terdapat beberapa puskesmas yang belum membentuk KPD, salah satunya

adalah Puskesmas Kemuningsari Kidul yang merupakan puskesmas pembantu di Kecamatan Jenggawah. Perbedaan kondisi lingkungan tersebut dapat menyebabkan pelayanan kesehatan yang diperoleh penderita kusta dan OYPMK yang tinggal di wilayah kerja masing-masing puskesmas berbeda. Berdasarkan uraian tersebut, peneliti ingin membandingkan kualitas hidup OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD (wilayah kerja Puskesmas Jenggawah) dengan kualitas hidup OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD (wilayah kerja Puskesmas Kemuningsari Kidul). Hal ini dikarenakan kualitas hidup merupakan indikator penting untuk menilai keberhasilan intervensi pelayanan kesehatan, baik dari segi pencegahan maupun pengobatan (Yuliati, 2013: 25).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat dirumuskan masalah yaitu, “Bagaimana kualitas hidup OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD (wilayah kerja Puskesmas Jenggawah) dan di wilayah tanpa KPD (wilayah kerja Puskesmas Kemuningsari Kidul)?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD (wilayah kerja Puskesmas Jenggawah) dan di wilayah tanpa KPD (wilayah kerja Puskesmas Kemuningsari Kidul).

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden (meliputi usia, jenis kelamin, jenis pekerjaan dan kecacatan) pada OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD dan di wilayah tanpa KPD.
- b. Menilai kepuasan OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD dan di wilayah tanpa KPD terhadap kondisi kesehatannya.

- c. Menilai penilaian subjektif OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD dan di wilayah tanpa KPD terhadap kualitas hidupnya.
- d. Mengetahui kualitas hidup menurut karakteristik responden (usia, jenis kelamin dan kecacatan).
- e. Mengetahui perbedaaan kualitas hidup OYPMK menurut domain kualitas hidup antara yang tinggal di wilayah dengan KPD dan di wilayah tanpa KPD.

1.4 Manfaat Teoritis

1.4.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi peneliti mengenai penyakit kusta, masalah sosial kusta dan upaya pencegahan serta pengendaliannya.

1.4.2 Bagi Instansi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan informasi bagi institusi terkait yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, sehingga dapat digunakan sebagai bahan masukan dan pertimbangan dalam menerapkan suatu program atau strategi dalam upaya pencegahan dan pengendalian masalah sosial pada OYPMK di Kabupaten Jember.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan masyarakat tentang kusta agar masalah sosial yang dialami oleh penderita kusta dan terutama oleh OYPMK dapat berkurang.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kusta

2.1.1 Etiologi

Bakteri *Mycobacterium Leprae* (*M. Leprae*) atau yang disebut dengan kuman Hansen merupakan agen penyebab penyakit kusta yang ditemukan oleh sarjana dari Norwegia, GH Armoeur Hansen pada tahun 1873. Bakteri ini dapat mengakibatkan infeksi sistemik pada binatang Armadillo (Kemenkes RI, 2012: 2). *M. Leprae* memerlukan waktu yang cukup lama untuk membelah diri dibandingkan dengan bakteri lainnya yakni sekitar 12-21 hari dan masa tunasnya yakni antara 40 hari sampai dengan 40 tahun. Timbulnya penyakit kusta pada seseorang tidaklah mudah. Hal ini dikarenakan penularan *M. Leprae* hanya bisa ditularkan jika terjadi kontak secara intens minimal selama 5 tahun berturut-turut sehingga hal ini tidak perlu ditakuti secara berlebihan. Hanya sekitar 5-15% dari semua penderita kusta yang dapat menularkan *M. leprae*, dan sebagian besar 95% manusia kebal terhadap kusta. Selain itu hanya sebagian kecil yakni sebesar 5% yang dapat dengan mudah tertular, dan 70% dari orang yang mudah ditulari ini dapat sembuh dengan sendirinya sedangkan yang 30% nya dapat menjadi kusta (Kemenkes RI, 2014).

Sumber dan cara penularan penyakit kusta yakni manusia meskipun bakteri kusta itu sendiri dapat hidup di hewan Armadillo, Simpanse, dan telapak kaki tikus yang tidak mempunyai kelenjar kaki *thymus*. Penyakit kusta paling banyak terdapat di daerah-daerah tropis dan subtropis yang kondisinya panas dan lembab. Hal ini dimungkinkan karena perkembangan bakteri yang sesuai dengan iklim tersebut. Selain itu, faktor kebersihan individu juga sangat berpengaruh terhadap penularan penyakit kusta (Rohmatika, 2009: 47).

2.1.2 Epidemiologi

Diketahui bahwa frekuensi tertinggi yakni pada kelompok usia antara 25-35 tahun. Faktor sosial ekonomi juga turut memegang peranan dimana semakin



rendah kondisi sosial ekonomi seseorang maka semakin subur penyakit kusta akan menjangkit. Namun sebaliknya, faktor sosial ekonomi yang tinggi dapat membantu proses penyembuhan bagi mereka yang telah terjangkit penyakit kusta (Hiswani, 2001: 6). Menurut Ress (dalam Zulkifli, 2003: 3) menyimpulkan bahwa penularan dan perkembangan penyakit kusta hanya tergantung dari dua hal yakni jumlah atau keganasan *Mycobacterium leprae* dan daya tahan tubuh penderita. Selain itu determinan penularan kusta diantaranya yakni usia dimana anak-anak yang lebih rentan daripada orang dewasa, pada pria, serta pada ras bangsa Asia dan Afrika. Selain itu, kesadaran sosial pun ikut berperan dalam penularan kusta serta umumnya negara-negara endemis kusta adalah negara dengan tingkat sosial ekonomi rendah.

2.1.3 Pengobatan

Menurut Sjamsoe-daili (2003: 36) terdapat beberapa tujuan utama program pemberantasan kusta yakni memutus rantai penularan untuk menurunkan insiden penyakit, mengobati dan menyembuhkan penderita dan mencegah timbulnya cacat. Dalam mencapai tujuan tersebut, strategi pokok yang dilakukan masih didasarkan atas deteksi dini dan pengobatan penderita. Menurut Hiswani (2001:6), pada penderita tipe PB yang berobat dini dan teratur akan cepat sembuh tanpa menimbulkan cacat. Namun bagi penderita yang sudah dalam keadaan cacat permanen, pengobatan hanyalah mampu mencegah agar tidak mengalami cacat yang semakin berat. Bila penderita kusta tidak makan obat secara teratur, maka bakteri kusta bisa menjadi aktif kembali, sehingga timbul gejala-gejala baru di kulit dan saraf yang nantinya dapat memperburuk keadaan. Selain itu juga perlu diperhatikan pemutusan rantai penularannya juga terutama untuk penderita kusta tipe yang menular. Pengobatan ini bertujuan untuk mematikan bakteri kusta sehingga tidak berdaya merusak jaringan tubuh, dan tanda-tanda penyakit pun akan menjadi kurang aktif dan akhirnya pun perlahan-lahan akan menghilang. Dengan menghilangnya dan/atau hancurnya bakteri kusta maka sumber penularan dari penderita terutama tipe MB akan terputus.

Program MDT merupakan program pemerintah dalam mendukung upaya pemberantasan penyakit kusta. Program ini sudah bukan lagi program baru yang sudah dimulai sejak tahun 1981. Program ini dimulai saat kelompok studi kemoterapi WHO secara resmi merekomendasikan pengobatan kusta dengan regimen kombinasi yang selanjutnya dikenal dengan sebutan regimen MDT-WHO. Regimen ini terdiri atas kombinasi obat-obat dapson, rifampisin, dan klofazimin. Selain itu, penggunaan MDT juga untuk mengurangi ketidaktaatan penderita dan menurunkan angka putus-obat (*drop-out rate*) yang cukup tinggi pada masa monoterapi dapson, dan diharapkan MDT dapat mengeliminasi persistensi bakteri kusta dalam jaringan tubuh (Sjamsoe-daili, 2003: 14).

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam masa pengobatan kusta antara lain yakni penderita harus meminum obat secara teratur hingga ia dinyatakan sembuh, selain itu penderita juga mendapatkan pengobatan MDT di puskesmas secara gratis dengan lama pengobatan 6-9 bulan pada penderita kusta tipe PB dan 12-18 bulan pada penderita kusta tipe MB. Setelah selesai minum obat seperti yang telah dianjurkan yang sesuai dengan jumlah dosis dan batas waktu yang telah ditentukan, tanpa pemeriksaan laboratorium, penderita dinyatakan RFT dan diawasi selama 2 tahun pada kusta tipe MB. Penderita yang terlambat diobati dengan MDT, maka akan dapat menimbulkan kecacatan seperti : jari-jari tangan atau kaki memendek dan kontraktur, tangan lunglai, kaki simper dan bahkan dapat mengalami kebutaan. Penderita yang beresiko mengalami kecacatan yakni penderita yang terlambat ditemukan juga terlambat diobati dengan kombinasi MDT; penderita dengan reaksi terutama reaksi reversal; dan penderita dengan banyak bercak di kulit yang terletak di dekat saraf (Rahayu, 2011: 20).

2.1.4 Kecacatan

Penyakit kusta yang tidak ditangani dengan cermat dapat menyebabkan cacat pada penderita kusta. Kondisi ini dapat menghalangi mereka dalam bersosial dengan masyarakat (Kemenkes RI, 2012: 2). Sebagian besar kecacatan yang dialami penderita kusta yakni terjadi akibat kusta yang menyerang saraf perifer.

Terjadinya cacat tergantung dari fungsi serta saraf mana yang rusak. Kecacatan akibat penyakit kusta bisa terjadi melalui dua proses, yakni :

- a. Infiltrasi langsung *M. Leprae* ke susunan saraf tepi dan organ (misalnya mata)
- b. Melalui reaksi kusta

Secara umum fungsi saraf dikenal ada tiga macam fungsi saraf, yaitu fungsi motorik memberikan kekuatan pada otot, fungsi sensorik memberikan sensasi raba, dan fungsi otonom mengurus kelenjar keringat dan kelenjar minyak. Menurut Wisnu dan Hadilukito (dalam Susanto, 2006: 7-9), bakteri kusta (*M. Leprae*) dapat mengakibatkan kerusakan saraf sensoris, otonom dan motorik. Kecacatan yang terjadi ini tergantung pada komponen saraf apa yang terkena apakah pada saraf sensoris, motoris, otonom atau bahkan kombinasi dari ketiganya. Anestesi akan terjadi pada saraf sensoris sehingga terjadi luka tusuk, luka sayat dan luka bakar dan gangguan kelenjar keringat akan terjadi pada saraf otonom sehingga menyebabkan kulit menjadi kering. Hal ini dapat mengakibatkan kulit mudah retak-retak dan dapat terjadi infeksi sekunder. Kelemahan atau paralisis akan terjadi pada saraf motorik yang nantinya dapat mengakibatkan terjadinya deformitas sendi. Berdasarkan patogenesisnya, susunan saraf yang terkena akibat penyakit kusta ini yakni susunan saraf perifer, khususnya beberapa saraf seperti berikut ini: saraf *facialis*, *radialis*, *ulnaris*, *poplitea lateralis* (*peroneus communis*) dan *tibialis posterior*. Kerusakan baik pada fungsi sensoris, motoris ataupun otonom dari saraf-saraf tersebut, secara spesifik memperlihatkan gambaran kecacatan yang khas.

Kecacatan akibat kerusakan saraf tepi menurut Sjamsoe-daili (2003: 25) dapat dibagi menjadi tiga tahapan yakni ;

- a. Tahap I merupakan tahap dimana terjadi kelainan pada saraf, berbentuk penebalan saraf nyeri tanpa gangguan fungsi gerak. Namun telah terjadi gangguan sensorik.
- b. Tahap II merupakan terjadinya kerusakan pada saraf, timbul paralisis tidak lengkap atau paralisis awal termasuk pada otot kelopak mata, otot jari tangan dan otot kaki. Kekuatan otot pada stadium ini dimungkinkan dapat

dipulihkan. Jika berlanjut, dapat menimbulkan luka (di mata, tangan dan kaki) dan kekakuan sendi.

- c. Tahap III merupakan tahap terjadinya penghancuran saraf dan kelumpuhan akan menetap. Infeksi yang progresif dengan kerusakan tulang dan kehilangan penglihatan terjadi pada stadium ini.

Menurut Rahayuningsih (2012: 21-23), setiap penderita yang baru saja ditemukan harus dicatat terlebih dahulu tingkat kecacatannya. Setiap organ tubuh diberi tingkat cacat sendiri-sendiri. Tingkat cacat ini juga dipergunakan untuk menilai kualitas penanganan kecacatan yang akan dilakukan oleh petugas, serta untuk menilai kualitas penemuan dengan melihat proporsi cacat tingkat 2 diantara penderita baru. Berikut merupakan klasifikasi tingkat kecacatan di Indonesia :

Tabel 2.1 Klasifikasi tingkat kecacatan di Indonesia

Tingkat	Mata	Telapak Tangan / Kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata akibat kusta (termasuk visus)	Tidak ada anestesi dan kelainan anatomis.
1	Ada kelainan pada mata, tetapi tidak terlihat, dan visus sedikit berkurang.	Anestesi, kelemahan otot (tidak ada cacat/kerusakan yang kelihatan akibat kusta)
2	Ada <i>lagophthalmus</i> dan visus sangat terganggu.	Ada cacat atau kerusakan yang kelihatan akibat kusta, misal ulkus, jari kiting atau kaki simper.

Sumber : Rahayuningsih (2012) dan WHO (1988) dalam Sjamsoe-daili (2003).

- a. Cacat tingkat 0

Tingkat kecacatan yang menandakan bahwa tidak ditemukan cacat akibat kusta pada penderita.

- b. Cacat tingkat 1

Kecacatan yang disebabkan oleh kerusakan saraf sensorik yang tidak terlihat. Misalnya seperti rasa hilang raba pada kornea mata, telapak tangan dan telapak kaki. Gangguan fungsi sensoris pada mata tidak diperiksa di lapangan oleh karena itu tidak ada cacat tingkat 1 pada mata.

- c. Cacat tingkat 2 (cacat atau kerusakan yang terlihat)

Kondisi mata pada cacat tingkat 2 yakni antara lain : tidak mampu menutup mata dengan rapat (*lagophthalmus*); adanya kemerahan yang jelas pada mata (terjadi *ulserasikornea* atau *uveitis*); dan gangguan penglihatan berat atau

bahkan kebutaan. Kondisi kaki pada cacat tingkat 2 yakni ditemukannya luka atau *ulkus* di telapak kaki serta adanya deformitas yang disebabkan oleh kelumpuhan otot (seperti kaki simper atau jari kontraktur) dan atau hilangnya jaringan (*athropi*) atau *reabsorpsi parsial* jari-jari.

2.1.5 Upaya Pencegahan Cacat

Upaya pencegahan jauh lebih baik dan lebih ekonomis jika dibandingkan dengan upaya penanggulangan dalam hal penyakit apapun, terutama pada penyakit kusta. Kita ketahui bahwa penyakit kusta identik dengan kecacatan, oleh karena itu perlu dilakukan upaya pencegahan agar tidak menimbulkan kecacatan. Hal ini bertujuan agar tidak menambah stress psikis pada penderita. Upaya pencegahan ini harus dilakukan sedini mungkin, baik dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun oleh penderita itu sendiri dan pihak keluarganya. Kegiatan-kegiatan yang termasuk dalam upaya pencegahan cacat primer antara lain (Rahayuningsih, 2012: 26) :

- a. Diagnosis dini
- b. Pengobatan secara teratur dan adekuat
- c. Diagnosis dini dan penatalaksanaan *neuritis*, termasuk *silent neuritis*
- d. Diagnosis dini dan penatalaksanaan reaksi

Menurut Sjamsoe-daili (2003: 23) berikut merupakan tujuan-tujuan dilakukannya pencegahan cacat pada kusta, antara lain :

- a. Mencegah timbulnya cacat (*disability* atau deformitas) pada saat diagnosis kusta ditegakkan dan diobati. Untuk tujuan ini diagnosis dini dan terapi yang rasional perlu ditegakkan dengan cepat dan tepat.
- b. Mencegah agar cacat yang telah terjadi tidak menjadi lebih berat. Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan dilakukannya berbagai cara, antara lain :
 - 1) Melindungi dan menjaga tangan yang anastesi (mungkin pula yang telah cacat),
 - 2) Melindungi dan menjaga kaki yang anastesi (mungkin pula telah cacat),
 - 3) Melindungi mata dari kerusakan dan menjaga penglihatan,
 - 4) Menjaga fungsi saraf.

- c. Menjaga agar cacat tidak kambuh lagi. Pencegahan terjadinya transisi dari *disability* ke *handicap* dapat dilakukan antara lain dengan penyuluhan, adaptasi sosial, dan latihan.

Terdapat beberapa langkah yang perlu dilakukan untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut yakni dengan melakukan pencatatan data dasar setiap pasien pada waktu registrasi. Untuk itu telah disediakan lembaran pencatatan pencegahan cacat yang perlu diisi dengan cermat. Menurut Rahayuningsih (2012: 25-26), pemeriksaan yang perlu dilakukan pada penderita antara lain :

- a. Pemeriksaan mata, yakni pemeriksaan yang dilakukan dengan tujuan untuk melihat apakah mata penderita bisa berkedip secara teratur atau ada salah satu mata yang berkedip terlambat, serta pemeriksaan *visus* berkurang atau tidak.
- b. Pemeriksaan tangan, yakni pemeriksaan yang dilakukan dengan memeriksa nyeri tekan pada saraf yang dapat dilihat dari raut muka penderita. Saraf *ulnaris* dapat diraba di atas siku bagian dalam, kekuatan otot dan rasa raba.
- c. Pemeriksaan kaki, yakni pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan nyeri tekan pada saraf, kekuatan otot dan rasa raba. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut kemudian dilakukan tindakan :
 - 1) Menentukan apakah penderita sedang dalam keadaan reaksi berat yang perlu diobati dengan *prednisone*. Menentukan dan mengobati reaksi berat sedini mungkin merupakan salah satu aspek pencegahan yang terpenting.
 - 2) Bila penderita dengan reaksi berat tidak ditangani dengan cepat dan tepat, kemungkinan besar akan timbul cacat yang menetap.
 - 3) Mengajarkan cara merawat diri kepada penderita dengan cacat yang sudah menetap. Perlu dijelaskan pada penderita bahwa cacat yang menetap tidak dapat disembuhkan lagi karena sudah terlambat, namun perlu dilakukan upaya untuk mencegah kecacatan bertambah berat dengan melakukan perawatan terhadap diri sendiri.

2.1.6 Rehabilitasi

Kecacatan, stigma dan diskriminasi terkadang masih dialami oleh sebagian penderita kusta maupun OYPMK, dan masih menjadi masalah besar bagi mereka.

Masalah tersebut tidak dapat terselesaikan oleh pengobatan kusta, melainkan dengan upaya rehabilitasi. Rehabilitasi yang perlu dilakukan yakni melalui pendekatan sistem dan strategi program. Rehabilitasi Berbasis Masyarakat merupakan salah satu program rehabilitasi bagi penderita kusta maupun OYPMK dengan kecacatan (Depkes RI dalam Cahyani, 2014: 9). Rehabilitasi merupakan upaya yang dilakukan untuk memulihkan seseorang yang sakit sehingga menjadi manusia yang lebih berguna, produktif, dan memberikan kualitas hidup sebaik mungkin.

Depkes RI (dalam Cahyani, 2014: 30) menyebutkan bahwa rehabilitasi kusta terdiri dari berbagai bidang, yakni bidang medis dan sosial ekonomi. Rehabilitasi bidang medis terdiri dari perawatan serta rehabilitasi fisik dan mental. Perawatan meliputi Program Pencegahan Cacat atau *Prevention of Disability* (POD) dan Kelompok Perawatan Diri (KPD). Rehabilitasi fisik dan mental dapat dilakukan dalam berbagai tindakan seperti pelayanan dan konseling medis.

Rehabilitasi bidang sosial dan ekonomi ditujukan guna memperbaiki keadaan ekonomi serta kualitas hidup penderita kusta maupun OYPMK. Rehabilitasi sosial dapat diterapkan dalam beberapa kegiatan seperti konseling, advokasi, penyuluhan dan pendidikan sedangkan rehabilitasi ekonomi dapat dilakukan dengan kegiatan seperti pelatihan keterampilan kerja, pemberian fasilitas kredit kecil, modal bergulir, serta modal usaha dan lain-lain (Depkes RI dalam Pribadi, 2013: 34).

2.1.7 Masalah yang Ditimbulkan Kusta

Permasalahan penyakit kusta merupakan permasalahan yang kompleks karena masalah yang ditimbulkan tidak hanya dari segi medis saja, melainkan juga adanya masalah psikososial yang diakibatkan. Masalah-masalah tersebut jika tidak diatasi dan ditanggulangi dengan baik, maka akan mengakibatkan para penderita kusta menjadi tuna sosial, tuna wisma, dan tuna karya. Dampak sosial yang diakibatkan penyakit kusta ini yang sedemikian besar, sehingga menimbulkan keresahan baik pada penderita, keluarganya, maupun masyarakat sekitar. Akhirnya muncullah *leprophobia*, yang merupakan rasa takut yang

berlebihan terhadap kusta. *Leprophobia* muncul karena adanya anggapan yang salah dari masyarakat tentang penyakit kusta. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan bahwa masalah kusta kini telah beralih dari masalah kesehatan menjadi masalah sosial (Zulkifli, 2003: 2).

Zulkifli (2003: 5-6), dalam artikelnya menyebutkan beberapa masalah yang ditimbulkan akibat penyakit kusta. Seseorang yang merasa bahwa dirinya menderita kusta, ia akan mengalami trauma psikis yang nantinya dapat mengakibatkan beberapa hal, antara lain sebagai berikut:

- a. Dengan segera ia akan mencari pertolongan pengobatan.
- b. Menunda waktu karena tidak tahu bahwa penyakit yang diderita adalah kusta atau dia telah mengetahui kondisinya namun ia merasa malu dengan penyakit yang ia derita.
- c. Menyembunyikan diri dari masyarakat sekelilingnya karena rasa minder atau tidak percaya diri.

Penyakit kusta yang merupakan salah satu penyakit menular dengan tingkat penularan yang rendah, sangat berdampak pada penderitanya karena penyakit tersebut dapat menimbulkan kecacatan yang akhirnya munculnya stigma dari masyarakat. Munculnya stigma di masyarakat semakin memperburuk kondisi psikis penderita, sehingga penderita cenderung enggan menjalani pengobatan karena tidak kuatnya mereka menahan beban sosial. Hal ini semakin memperburuk kondisi fisik mereka yang semakin lama bakteri kusta menggerogoti mereka secara perlahan, akibatnya yakni berupa kecacatan dalam berbagai bentuk yang sangat mengerikan. Kondisi mereka yang seperti ini yang menyebabkan masyarakat sulit menerima keberadaan mereka. Stigma yang diberikan kepada penderita kusta menyebabkan mereka dikucilkan dari lingkungan sekitar, akibatnya pun mereka harus menanggung berbagai konsekuensi sosial seperti kesulitan mencari pekerjaan, mendapatkan perbedaan sikap dalam pelayanan kesehatan, bahkan tak jarang para penderita kusta seolah-olah tidak dimanusiakan oleh sekitarnya (Fajar, 2010: 5).

Stigma yang kuat dari masyarakat menyebabkan terlambatnya deteksi dini penyakit kusta, padahal penyakit kusta ini dapat dicegah dan disembuhkan tanpa

cacat jika ditemukan sedini mungkin, terlebih lagi obat yang diberikan merupakan obat gratis yang telah disediakan di setiap puskesmas. Rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai penyakit kusta menyebabkan terlambatnya deteksi dini kusta, dan hal ini dapat berakibat pada keterlambatan penanganan kusta. Terlebih lagi jika para penderita kusta baru memeriksakan diri setelah timbul ulkus ataupun cacat tingkat 1, hal tersebut dapat menyebabkan adanya kemungkinan mereka menjadi cacat tingkat 2 jika mereka tidak melakukan perawatan diri secara aktif.

Kemenkes RI (2014) menyebutkan bahwa beban penyakit kusta yang dihadapi tidak hanya pada tingginya jumlah penderita kusta, melainkan juga besarnya kecacatan yang diakibatkan. Kecacatan yang dialami penderita maupun OYPMK akan berdampak pada masalah sosial ekonomi, dimana mereka yang cacat akan sangat tergantung secara fisik dan finansial pada orang lain.

2.2 Kelompok Perawatan Diri (KPD)

2.2.1 Sejarah Pembentukan KPD

Pada tahun 1999 di Ngawi Jawa Timur, sebuah paguyuban didirikan dengan tujuan untuk rehabilitasi sosial dan ekonomi, adapun perawatan diri merupakan bagian dalam kegiatan paguyuban tersebut. Paguyuban tersebut terdiri dari para petani yang pernah menderita kusta. Konsep KPD mulai dikembangkan oleh tim P₂ Kusta di Jawa Barat pada tahun 2000. Mereka telah mempelajari tentang KPD dari pengalaman KPD di Ethiopia. Beberapa KPD akhirnya dibentuk dan ternyata kecacatan para anggota pun dapat berkurang dan perawatan diri menjadi kebiasaan rutin yang mereka lakukan. Selanjutnya pada tahun 2003, di Provinsi Sulawesi Selatan yakni Kabupaten Jeneponto dibentuk dua KPD dan kelompok-kelompok lain di Provinsi Sulawesi Utara. Pada awalnya kelompok-kelompok ini dibimbing oleh tim P₂ Kusta Provinsi dan Wasor (fasilitator) Kabupaten. Hingga akhirnya pada tahun 2008, telah dibentuk 140 KPD di seluruh Indonesia, dimana 100 diantaranya masih aktif dan yang lainnya tidak aktif lagi dikarenakan berbagai alasan (Dirjen PPM dan PL, 2006: 4).

2.2.2 Konsep KPD

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (2006: 6) menyebutkan bahwa KPD merupakan suatu kelompok swadaya yang terdiri dari sekelompok orang yang terkena kusta, yang berusaha untuk menyelesaikan persoalan-persoalan mereka yang diakibatkan oleh penyakit kusta. Tujuan dibentuknya KPD adalah mencegah bertambahnya atau mengurangi kecacatan pada para anggota. Tujuan-tujuan khusus KPD adalah sebagai berikut :

- a. Memungkinkan para anggota menemukan bersama pemecahan masalah serta persoalan-persoalan yang mereka hadapi (fisik, psikis, sosial atau ekonomi) yang diakibatkan oleh penyakit kusta.
- b. Menganjurkan kepada peserta untuk menggunakan bahan-bahan yang dapat diperoleh di lokasi setempat dalam melakukan perawatan diri.
- c. Memantau para anggota secara efektif dan efisien.
- d. Melakukan rujukan secara dini bagi mereka yang membutuhkan perawatan khusus (misalnya pembedahan rekonstruksi, rehabilitasi).

Tujuan tambahan KPD adalah sebagai berikut :

- a. Memulihkan kepercayaan atau harga diri anggotanya agar mereka dapat melibatkan diri dalam masyarakat secara aktif.
- b. Mengurangi *leprophobia* di antara anggota, keluarga dan petugas kesehatan yang terlibat.

Prinsip utama KPD adalah agar para anggotanya berpartisipasi dalam semua aspek secara aktif. Para anggota KPD sendirilah yang seharusnya berupaya dalam hal mencegah dan mengurangi kecacatan, bukan fasilitator. Mereka diharapkan mampu merawat diri sendiri di rumah setiap hari dengan menggunakan bahan-bahan yang diperoleh di sekitar tempat mereka, sementara pertemuan KPD diadakan untuk mengontrol proses penyembuhan serta untuk saling bertukar pengalaman. Adanya KPD tersebut, memberikan berbagai manfaat yakni :

- a. Perawatan diri merupakan cara yang sangat efektif untuk mencegah dan mengurangi kecacatan, karena dapat dilaksanakan sendiri setiap hari di rumah.

- b. Meningkatkan rasa percaya diri dan keswadayaan (mantan) penderita cacat kusta, sebagai efek adanya tanggung jawab untuk merawat dirinya, dan berkurangnya kecacatan yang diderita.
- c. Meningkatkan pemahaman para anggotanya mengenai perawatan diri karena adanya waktu khusus yang disediakan untuk memberikan penjelasan, melakukan diskusi dan mempraktekkan bersama apa yang dijelaskan.
- d. Berbagi kesulitan yang ada, memecahkan masalah bersama secara langsung, persoalan-persoalan yang ada dibicarakan bersama, dan saling bertukar pengalaman.
- e. Membantu dan memberikan dukungan bagi teman, memberikan kebahagiaan dan kepercayaan diri karena tahu bahwa ia tidak sendiri.
- f. Pengaruh sesama anggota di dalam kelompok (*peer as a role model* – teman sebagai contoh yang baik) bisa menjadi pendorong bagi setiap anggota untuk melakukan perawatan diri secara serius di rumah.
- g. Beban petugas kesehatan (seperti petugas puskesmas) dalam upaya penyembuhan luka dapat dikurangi ditinjau dari segi beban kerja, dana dan waktu.

2.2.3 Pembagian Tugas dan Struktur dalam KPD

a. Fasilitator

Selama ini Petugas Kusta di Puskesmas merangkap menjadi fasilitator KPD. Namun fasilitator ini tidak harus Petugas Kusta, bisa berasal dari sukarelawan yang memiliki ketulusan, perhatian dan komitmen untuk menjadi fasilitator KPD. Sebagai fasilitator, ia menghadiri setiap pertemuan selama ia dibutuhkan oleh kelompok tersebut. Untuk menjadi fasilitator yang efektif dalam arti mampu memberdayakan atau memperkuat anggota kelompok, harus memiliki pengetahuan mengenai sifat alami kelompok dan perilaku-perilaku dalam kelompok. Secara singkat, berikut merupakan tugas fasilitator KPD yakni :

- 1) Menyeleksi anggota-anggota kelompok.
- 2) Mempersiapkan pertemuan.
- 3) Memperkenalkan tujuan KPD kepada para anggota.

- 4) Memimpin diskusi dengan para anggota tentang beberapa masalah organisasi, seperti tempat pertemuan, ketua kelompok ataupun masalah lainnya.
- 5) Mengajar/memperlihatkan/menjelaskan cara melakukan POD/perawatan diri.
- 6) Memberikan motivasi, memulai dan mengarahkan diskusi, menciptakan suasana di mana semua anggota dapat melibatkan diri dalam kegiatan kelompok.
- 7) Membimbing ketua kelompok dalam memenuhi tugasnya.
- 8) Memantau dan mengevaluasi kemajuan kelompok.

b. Ketua Kelompok

Ketua kelompok dipilih dari salah satu anggota kelompok dan bertugas memimpin KPD. Pemilihan ketua kelompok biasanya difasilitasi oleh fasilitator setelah setiap orang dalam kelompok tersebut saling mengenal sehingga mereka lebih nyaman memilih orang yang dianggap pantas memimpin kelompok.

Tugas ketua kelompok yakni :

- 1) Mampu berkomunikasi dengan baik dan peduli terhadap anggota-anggota lain.
- 2) Sebagai motivator yang memberi dukungan semangat, mempertahankan semangat kelompok, mendukung anggota dalam perawatan diri dan memuji keberhasilan yang ada, mendorong anggota untuk melibatkan diri secara aktif dalam kegiatan kelompok.
- 3) Pencatatan kehadiran dan hasil pemeriksaan.

c. Anggota

Tugas para anggota yakni saling membantu memotivasi anggota yang lain untuk memenuhi dan mencapai tujuan bersama kelompok. Secara umum pembagian tugas dan tanggung jawab tergantung pada kesepakatan kelompok mengenai struktur kelompok tersebut (Dirjen PPM dan PL, 2006: 12-14).

2.2.4 Kegiatan KPD

Kegiatan KPD terdiri dari berbagai macam, kegiatan pemeriksaan, perawatan diri pokok, khusus bahkan juga terdapat beberapa kegiatan tambahan. Pertemuan KPD biasanya diadakan selama 2 jam. Fasilitator mengajarkan dasar-dasar perawatan diri pada saat pertemuan pertama. Seringkali pada awalnya kehadiran para anggota tidak teratur. Dalam menghadapi masalah tersebut penting bagi fasilitator untuk menjelaskan dan membicarakan secara berulang kali tentang manfaat meluangkan waktu dua jam setiap sebulan sekali untuk kesehatannya sendiri. Selain itu, fasilitator juga perlu mengetahui alasan kenapa tidak hadir dan mencoba mencari solusi. Fasilitator juga dapat mencoba memberikan rasa memiliki kelompok kepada para anggota dengan cara melibatkan mereka semua dalam kegiatan kelompok.

Pada pertemuan KPD juga dilakukan kegiatan pemeriksaan, dimana hal ini bertujuan untuk mengetahui perkembangan penyembuhan kecacatan sehingga dapat dimonitor. Pemeriksaan yang dimaksud yakni adanya kontrol terhadap keadaan kulit, kaki dan tangan terhadap kemungkinan luka serta kondisi mata dari kemungkinan infeksi. Hal ini merupakan pemeriksaan standar. Selain itu, jika kelompok difasilitasi oleh petugas kusta maka pemeriksaan yang lebih mendetil dapat dilakukan *Voluntary Muscle Test/Sensory Test* (VMT/ST) dan palpasi saraf, akan tetapi bukan merupakan pemeriksaan standar. Semua anggota harus terlibat dalam pemeriksaan masing-masing. Keterampilan fasilitator dalam mengarahkan para anggota untuk mengerti perawatan diri merupakan bagian yang paling penting yang mencakup keterampilan dalam hal melihat persoalan, mencari penyebab persoalan dan mencari solusi untuk mengatasi persoalan.

Program lainnya yang dilakukan pada pertemuan KPD yakni program perawatan diri pokok dan khusus. Kegiatan yang dilakukan pada program perawatan pokok yakni perendaman kaki/tangan selama ± 20 menit dalam air garam atau sabun, menggosok kulit tebal dan kemudian mengoles kulit yang masih basah dengan minyak. Program perawatan ini sangat efektif untuk semua penderita kusta dengan tingkat cacat 1 atau 2 pada kaki/tangan. Program perawatan diri pokok tidak hanya dilakukan pada saat pertemuan saja, melainkan

juga harus dilakukan oleh setiap anggota setiap hari di rumah. Program perawatan diri pokok dilakukan juga pada saat pertemuan KPD dengan tujuan memberikan kesempatan untuk memantau pelaksanaan dan dapat meningkatkan kebersamaan dalam kelompok. Beberapa anggota diberikan latihan untuk tangan, kaki atau mata pada program perawatan diri khusus. Latihan tersebut tidak sama untuk semua orang, melainkan tergantung jenis kecacatan. Misalnya seorang dengan kaki lumpuh yang lumpuh perlu melakukan latihan yang berbeda dengan seorang dengan kaki lumpuh yang lemah. Latihan-latihan tersebut diajarkan selama pemeriksaan, merendam atau setelah menyelesaikan program perawatan diri pokok.

Terdapat beberapa kegiatan tambahan yang dilakukan oleh KPD disamping kedua program perawatan diri. Kegiatan tambahan yang dilakukan yakni seperti adanya pendidikan tambahan. Fasilitator dapat memberikan atau mengorganisasikan pelajaran ekstra kepada para anggota KPD, misalnya mengenai makanan bergizi ataupun topik kesehatan lainnya. Kegiatan tambahan lainnya yakni rehabilitasi sosial-ekonomi. Kondisi luka yang sudah sembuh terkadang kembali mengeras dikarenakan pekerjaan berat yang dilakukan oleh penderita kusta ataupun OYPMK tersebut misalnya bertani. Salah satu jalan keluar mengatasi masalah tersebut yakni dengan melakukan pekerjaan yang lebih ringan. Para anggota KPD yang memiliki kesadaran lebih tinggi mengenai perlindungan dan perawatan serta kepercayaan diri yang lebih tinggi, ingin memperbaiki kondisi sosial-ekonominya, sehingga KPD pun memberikan kesempatan yang lebih baik untuk berbagai kegiatan di bidang rehabilitasi sosial-ekonomi.

Kegiatan yang dilakukan untuk upaya rehabilitasi sosial-ekonomi bermacam-macam, misalnya saja *arisan*, kas simpan pinjam, kambing/ayam bergilir, dan banyak kegiatan lainnya yang dapat dilakukan tergantung persetujuan dan kesepakatan para anggota KPD bersama. Kegiatan rehabilitasi sosial-ekonomi tersebut sangatlah bermanfaat bagi para anggota KPD. Depkes RI (dalam Pribadi, 2013:10-11) menyebutkan bahwa rehabilitasi pada bidang sosial-ekonomi

ditujukan untuk mengubah stigma negatif masyarakat tentang kusta dan dalam hal perbaikan ekonomi serta kualitas hidup penderita kusta.

Program KPD efektif untuk mencegah kecacatan kusta serta dapat mengurangi stigma masyarakat tentang klien kusta (Dinkes Jatim dalam Pribadi, 2013: 9). Pelatihan perawatan diri dalam KPD baik yang diperoleh dari tenaga kesehatan maupun dari anggota lain dalam KPD sangatlah penting untuk para penderita kusta dalam hal keterampilan merawat diri. Hasil penelitian Pratiwi dkk (dalam Pribadi, 2013: 10) menyebutkan bahwa dengan pemberian pelatihan perawatan diri selama satu bulan pada penderita kusta, diperoleh 24,3% dari responden mengalami peningkatan pengetahuan dan perawatan diri, sehingga dengan penelitian rutin selama berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun yang dilakukan dalam kegiatan di KPD, para penderita kusta akan mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.

Menurut Indriani (2014: 86), kondisi penderita kusta sebelum adanya perhimpunan mantan kusta yakni yang tergabung dalam KPD, mereka harus mencari obat sendiri, berusaha mendapatkan pelayanan kesehatan sendiri dan mereka cenderung bersifat tertutup. Namun, setelah adanya perhimpunan mantan kusta yang mengorganisasi kepentingan mereka, maka akses pelayanan kesehatan, mendapatkan obat, dan modal usaha ekonomi mikro menjadi lebih mudah. Arief (2008: 11) juga menyebutkan bahwa hasil dari studi yang dilakukan pada KPD di Indonesia menunjukkan bahwa manfaat yang diterima oleh anggota KPD diantaranya yakni tercegahnya dari kecacatan, berkurangnya tingkat keparahan kecacatan, berkurangnya keterbatasan aktivitas sehari-hari, meningkatnya pengetahuan tentang kusta dan cara merawat diri, memberikan akses pelayanan yang lebih baik, tersedianya alat bantu dan pelindung, meningkatnya kesadaran anggota keluarga dan masyarakat, berkurangnya stigma, serta meningkatnya harga diri seseorang dan dukungan finansial dari pemerintahan daerah.

2.3 Kualitas Hidup

2.3.1 Pengertian Kualitas Hidup

Menurut Molnar (dalam Nofitri, 2009: 1), menyatakan bahwa kualitas

hidup merupakan variabel penting untuk melihat perkembangan suatu masyarakat. Menurutnya, dengan melihat kualitas hidup suatu masyarakat dapat diketahui posisi masyarakat tersebut dalam hubungannya dengan kondisi masyarakat yang diinginkan/ideal. Menurut Renwick dan Brown dalam King, et al (2005), kualitas hidup merupakan sebuah tingkatan dimana seseorang merasa senang dengan pilihan penting dalam hidupnya, sedangkan WHO (dalam Yuliati, 2013: 15) menyebutkan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi individual terhadap posisinya dalam kehidupan, baik dalam konteks budaya, sistem nilai dimana mereka berada, dan hubungannya terhadap tujuan hidup, harapan, standar, dan lainnya yang terkait.

Moons, *et al*, (dalam Nofitri, 2009: 4) menyebutkan bahwa ada beberapa hal penting dalam konseptualisasi kualitas hidup yang perlu diketahui untuk mempermudah dalam konseptualisasi kualitas hidup. Beberapa hal penting tersebut yakni kualitas hidup tidak boleh disamakan dengan status kesehatan ataupun kemampuan fungsional, kualitas hidup lebih didasarkan oleh evaluasi subjektif daripada parameter objektif, tidak terdapat perbedaan yang jelas antara indikator-indikator kualitas hidup dengan faktor yang menentukan kualitas hidup, kualitas hidup bisa berubah seiring berjalannya waktu namun perubahannya tidak akan banyak, kualitas hidup dapat dipengaruhi secara positif maupun negatif.

Dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup merupakan konsep hasil perpaduan segala aspek yakni fisik, psikologis, sosial dan lingkungan yang telah diimplementasikan sebagai kebahagiaan ataupun kepuasan hidup. Dalam penelitian ini kualitas hidup merupakan perpaduan yang berdasarkan atas konsep WHO mulai dari aspek kesehatan fisik, psikologis, sosial, tingkat kebebasan dan hubungan mereka dengan faktor-faktor luar yang berasal dari lingkungan mereka.

2.3.2 Pengukuran Kualitas Hidup

Secara garis besar instrumen untuk mengukur kualitas hidup dapat dibagi menjadi dua macam, yakni instrumen umum (*generic scale*) dan instrumen khusus (*specific scale*). Instrumen umum ialah instrumen yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup secara umum pada penderita dengan penyakit kronik. Instrumen ini

digunakan untuk menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan dan kekhawatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita. Salah satu contoh instrumen umum adalah *The Sickness Impact Profile (SIP)*, *The Medical Outcome Study (MOS) 36-item short-form Health Survey (SF-36)* (Silitonga, 2007: 8).

Pada tahun 1991 bagian kesehatan mental WHO memulai proyek organisasi kualitas kehidupan dunia yakni *The World Health Organization Quality of Life (WHOQoL)*. Tujuan dari proyek ini adalah untuk mengembangkan suatu instrumen penilaian kualitas hidup yang dapat dipakai secara nasional dan secara antar budaya. Instrumen WHOQoL ini telah dikembangkan secara kolaborasi dalam sejumlah pusat dunia. Setelah melalui beberapa tingkatan hasil akhir adalah 100 versi dari instrumen, yang dikeluarkan dengan WHOQoL-BREF untuk mengukur kualitas hidup. Instrumen WHOQoL terdiri dari 26 item, merupakan instrumen kualitas hidup yang paling pendek, namun instrumen ini bisa mengakomodasi ukuran dan kualitas kehidupan seperti yang ditunjukkan dalam sifat psikometrik dan hasil pemeriksaan internasional versi pendek ini lebih sesuai. Praktis dan tidak banyak memakan waktu dibandingkan WHOQoL-100 item ataupun instrumen lainnya (Silitonga, 2007: 10).

2.3.3 Dimensi Kualitas Hidup

Menurut WHOQoL group (dalam Skevington *et al.*, 2004: 305), WHOQoL-BREF dikembangkan sebagai versi pendek dan singkat dari WHOQoL-100 yang dapat digunakan jika waktu yang tersedia terbatas. WHOQoL-BREF ini berbeda dengan versi awalnya yang terdiri dari 6 domain yakni fisik, psikis, ketergantungan, sosial, lingkungan dan spiritual. Namun, kemudian pada versi WHOQoL-BREF ini beberapa domain digabungkan karena dianggap dapat dijadikan satu domain, yakni penggabungan domain 1 dengan domain 3 (fisik dengan ketergantungan), dan domain 2 dengan domain 6 (psikis dan spiritual). Keempat dimensi WHOQoL-BREF diantaranya yakni :

a. Kesehatan Fisik

Berhubungan dengan kesakitan dan kegelisahan, ketergantungan terhadap

perawatan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, tidur dan istirahat, aktivitas kehidupan sehari-hari, dan kapasitas kerja.

b. Kesehatan Psikologis

Berhubungan dengan pengaruh positif dan negatif spiritual, pemikiran pembelajaran, daya ingat dan konsentrasi, gambaran tubuh dan penampilan, spiritual serta penghargaan terhadap diri sendiri.

c. Hubungan Sosial

Terdiri dari hubungan personal, aktivitas seksual dan hubungan sosial.

d. Lingkungan

Terdiri dari keamanan dan kenyamanan fisik, lingkungan fisik, lingkungan tempat tinggal, sumber penghasilan, kesempatan memperoleh informasi, keterampilan baru, partisipasi, kemudahan akses transportasi dan kesempatan untuk rekreasi atau aktivitas pada waktu luang.

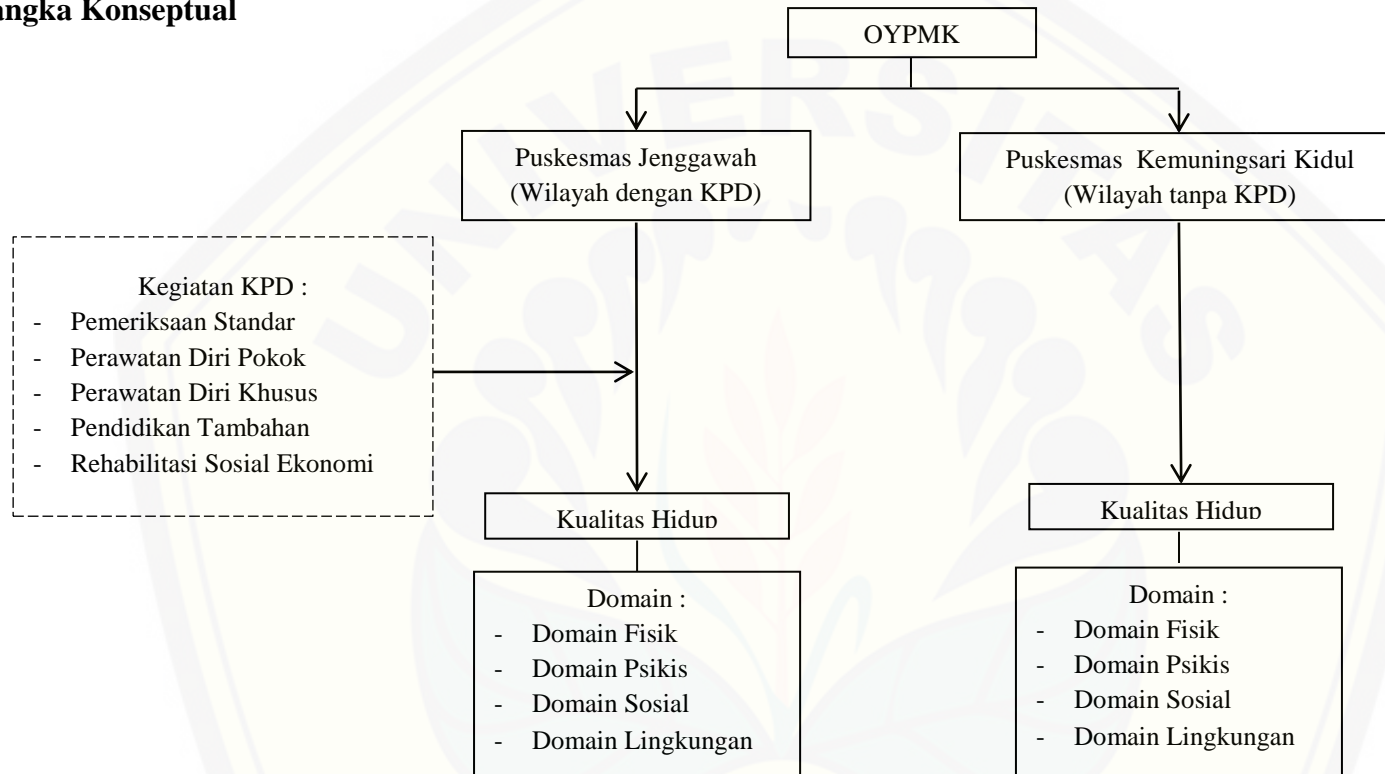
2.4 Kualitas Hidup OYPMK

Kusta dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat yang cukup spesial, karena kecacatan permanen yang dapat ditimbulkan yang dapat berkembang jika tidak cepat dilakukan intervensi ataupun penanganan yang terlambat dan buruk. Sebuah aspek yang sama pentingnya dengan penyakit ini adalah dampak sosial yang menyertai termasuk juga diskriminasi dan stigma. Dampak psikososial kusta pada mereka yang terkena dampak begitu mendalam seperti yang telah dirumuskan oleh WHO bahwa ada tiga strategi manajemen utama dalam mengendalikan insiden dan efek-efeknya. Strategi ini antara lain yakni gangguan penularan penyakit, penanganan pasien yang cepat, dan pengembangan upaya pencegahan kecacatan. Meskipun kemajuan dalam perawatan medis telah mampu mengurangi kejadian kusta secara drastis di negara berkembang, namun efeknya masih dirasakan terus menerus karena adanya kecacatan yang diakibatkan oleh penyakit tersebut yang dikarenakan penanganannya yang terlambat dan tidak baik. Pengalaman psikososial negatif yang disebabkan oleh kecacatan ini mungkin dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita kusta (Bello, *et al*, 2013: 77).

Adanya pandangan negatif bahwa kusta tidak dapat disembuhkan dan masih menular, tidak hanya pada mereka yang berpendidikan rendah, namun banyak orang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi pun masih berperilaku yang sama untuk menjauhi para OYPMK. Perilaku masyarakat yang seperti inilah yang akan dapat menjadikan para penderita maupun OYPMK menjadi warga negara “kelas dua”. Sebagai makhluk sosial, setiap orang pasti akan membutuhkan penerimaan dari lingkungannya. Semakin merasa diterima oleh lingkungannya, maka akan meningkatkan pandangan positif terhadap dirinya, meningkatkan perasaan berharga dan pada akhirnya akan meningkatkan perasaan mampu berperan dalam kehidupan sehari-hari. Sebaliknya semakin mereka ditolak, diisolasi, didiskriminasi maka akan semakin menumbuhkan pribadi yang negatif, yang secara pasif akan mengarahkan pada penurunan kepercayaan dirinya. Selain itu, secara aktif bisa mengarahkan pada pola perilaku kriminal (Matulesy, 2010).

Berdasarkan kondisi tersebut maka perilaku masyarakat terhadap OYPMK seakan-akan “memenjarakan” mereka secara sosial. Penelitian Harris mengungkapkan sembilan permasalahan psikologis yang bisa terjadi pada orang-orang yang dipenjara, antara lain kebingungan, berkurangnya aktivitas seksual dan dukungan sosial, hilangnya harga diri dan kemandirian, hilangnya tanggung jawab, kurangnya privasi, berkurangnya rasa aman, dan berkurangnya kepemilikan. Permasalahan tersebut memang bisa terjadi pada orang-orang yang dipenjara dalam arti sesungguhnya, namun hal tersebut juga bisa terjadi pada OYPMK yang bila dianalogikan “penjara sosial” dari lingkungan sekitarnya diberlakukan pada mereka (Matulesy, 2010).

2.5 Kerangka Konseptual



Keterangan

- : Diteliti
- : Tidak Diteliti

Sumber: Dirjen PPM dan PL (2006) dan Skevington et al (2006)

Gambar 2.1 Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual tersebut menggambarkan bahwa permasalahan yang dihadapi oleh penderita kusta tidak hanya dari segi medis saja melainkan juga adanya masalah psikososial sebagai akibat dari penyakit kusta. Secara medis penyakit ini menimbulkan kecacatan dan luka yang membekas sehingga terbentuk stigma atau rumor-rumor di masyarakat (Indriani, 2014: 84 dan Fajar, 2010: 2).

Permasalahan yang ditimbulkan oleh penyakit kusta perlu dilakukan upaya penanggulangan yang bertujuan untuk mengembalikan penderita kusta maupun OYPMK menjadi manusia yang berguna, mandiri, produktif dan percaya diri. Metode penanggulangan terdiri dari metode pemberantasan, pengobatan dan rehabilitasi. Salah satu metode rehabilitasi yang dilakukan adalah rehabilitasi medis, yakni membentuk dan memfasilitasi KPD (Kemenkes RI, 2012: 30). Pembentukan KPD telah memberikan manfaat, tidak hanya secara fisik mampu mencegah terjadinya cacat kusta dan mandiri dalam merawat diri, namun juga dapat meningkatkan rasa percaya diri OYPMK dan kemudahan dalam mengakses informasi, pelayanan dan pengobatan (Dirjen PPM dan PL, 2006: 10).

Kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari, kemandirian serta hubungan antar individu dengan lingkungan merupakan beberapa determinan kualitas hidup (Reno dalam Yuliati, 2013: 3). Kualitas hidup terdiri dari empat domain yakni fisik, psikis sosial dan lingkungan (Skevington *et al*, 2006: 305). Penilaian kualitas hidup ini dilakukan dengan tujuan mengetahui keberhasilan intervensi pembentukan KPD di puskesmas. Oleh karena itu, penelitian ini ingin membandingkan nilai kualitas hidup OYPMK pada kedua wilayah yakni wilayah dengan KPD (Puskesmas Jenggawah) dan wilayah. tanpa KPD (Puskesmas Kemuningsari Kidul).

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian observasional dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini disebut penelitian observasional karena peneliti hanya mengamati subjek penelitian dan mencari data yang berhubungan dengan penelitian tanpa memberikan perlakuan apapun terhadap subjek penelitian. Pendekatan yang dilakukan yakni kuantitatif karena data dari hasil penelitian berupa angka-angka yang kemudian akan diolah dan dianalisis menggunakan statistik untuk mendapatkan kesimpulan. Jenis penelitian yang digunakan yakni deskriptif karena tujuan penelitian ini adalah untuk menilai kualitas hidup OYPMK yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah dan di wilayah kerja Puskesmas Kemuningsari Kidul. Metode deskriptif merupakan metode yang digunakan dalam meneliti status sekelompok manusia, objek, kondisi, pemikiran, ataupun kelas peristiwa pada masa sekarang untuk membuat secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antar fenomena yang sedang diselidiki (Nazir, 2009: 54 dan Sugiyono, 2011: 7).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Kemuningsari Kidul karena kedua wilayah kerja Puskesmas tersebut berdekatan dan memiliki OYPMK yang cukup banyak. Selain itu, Puskesmas Jenggawah merupakan Puskesmas yang telah membentuk KPD dan Puskesmas Kemuningsari Kidul yang merupakan Puskesmas Pembantu di Kecamatan Jenggawah, yang belum membentuk KPD. Hal ini sesuai dengan kebutuhan peneliti dimana peneliti mengambil variabel KPD sebagai salah satu variabel penelitian. Pengumpulan data dilaksanakan selama sebulan, mulai Januari minggu ke4 kemudian dilanjutkan pada bulan April minggu ke1 sampai dengan minggu ke3.

3.3 Penentuan Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian kuantitatif merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2011: 80). Dalam penelitian ini, populasi penelitiannya adalah penderita kusta yang dinyatakan RFT (*Released From Treatment*) di Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Kemuningdsari Kidul. Data Puskesmas Jenggawah, terdapat 20 penderita yang dinyatakan RFT (OYPMK) dan aktif mengikuti kegiatan KPD. Data Puskesmas Kemuningsari Kidul, terdapat 65 penderita kusta yang dinyatakan RFT (OYPMK) pada periode 2010-2013.

Pengambilan subjek penelitian dilaksanakan berdasarkan populasi dan sesuai dengan kriteria inklusi yang ditetapkan oleh peneliti, yakni sebagai berikut:

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi terjangkau yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010: 130). Kriteria inklusi penelitian ini adalah penderita kusta yang telah dinyatakan RFT, yang berstatus menikah dan bekerja, baik pekerjaan tetap maupun sampingan.

2) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria yang tidak memenuhi kriteria inklusi karena berbagai sebab sehingga perlu dihilangkan dari subjek penelitian (Notoatmodjo, 2010: 130). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah penderita yang pernah dinyatakan RFT namun saat ini mengalami *relaps* (kambuh).

Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti, jumlah responden untuk penelitian ini yang diperoleh yakni sebanyak 20 OYPMK yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah dan aktif mengikuti kegiatan KPD Jenggawah. Jumlah OYPMK yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Kemuningsari Kidul yakni sebanyak 20 orang. Total responden dalam penelitian ini adalah 40 OYPMK.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki kelompok lain (Notoatmodjo, 2010: 103). Variabel pada penelitian ini adalah karakteristik responden (usia, jenis kelamin, jenis pekerjaan dan ada tidaknya kecacatan), keberadaan KPD dan kualitas hidup.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan pada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan ataupun memberikan operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut (Nazir, 2009: 126). Definisi operasional berguna untuk mengarahkan kepada pengukuran ataupun pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen. Definisi operasional dan cara pengukuran yang akan digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.1 sebagai berikut :

Tabel 3.1 Variabel, definisi operasional, cara pengukuran, identifikasi dan skala

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Identifikasi/kategori	Skala
1. Karakteristik Individu					
a.	Usia	Masa hidup mulai dari lahir sampai waktu penelitian	Wawancara dengan Kuesioner	Kategori: a. 20-39 tahun b. 40-59 tahun c. 60-79 tahun	Nominal
b.	Jenis Kelamin	Ciri fisik biologis responden untuk membedakan gender penderita berdasarkan kartu identitas yang berlaku	Wawancara dengan Kuesioner	Kategori : a. Laki-laki b. Perempuan	Nominal
c.	Jenis Pekerjaan	Suatu kegiatan yang dilakukan oleh individu dalam menghasilkan pendapatan keluarga, baik pekerjaan utama maupun pekerjaan sampingan	Wawancara dengan kuesioner	Kategori : a. Buruh Tani b. Buruh Gudang c. Pedagang d. Pengrajin e. Pekerja Bangunan f. Lainnya	Nominal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Identifikasi/kategori	Skala
d.	Ada tidaknya Kecacatan	Kondisi cacat yang dialami OYPMK baik pada tangan, kaki ataupun pada organ lainnya yang diakibatkan karena kusta.	Observasi atau pengamatan secara langsung	Kategori : a. Ada b. Tidak ada	Nominal
2. Keberadaan KPD					
	Keberadaan KPD	Adanya Kelompok Perawatan Diri di daerah dimana OYPMK tinggal	Observasi secara langsung dengan bukti adanya dokumentasi kegiatan	Kategori : a. Adanya bukti fisik b. Tidak adanya bukti fisik	Nominal
3. Kualitas Hidup					
	Kualitas Hidup	Total skor hasil kumulatif jawaban responden mengenai aspek-aspek kualitas hidup (aspek fisik, psikis, sosial dan lingkungan) yang berjumlah 26 pertanyaan	Wawancara menggunakan instrumen WHOQoL-BREF		Rasio
4. Domain Kualitas Hidup					
a.	Domain Fisik	Penilaian individu terhadap keadaan fisiknya seperti rasa sakit, rasa tidak nyaman, kemampuan dalam melakukan aktivitas selama sebulan terakhir.	Wawancara menggunakan instrumen WHOQoL-BREF		Rasio
b.	Domain Psikis	Penilaian individu terhadap dirinya sendiri berdasarkan kondisi psikisnya yang meliputi persepsi, proses berfikir, adanya gangguan perasaan dan kemunculan stress selama sebulan terakhir	Wawancara menggunakan instrumen WHOQoL-BREF		Rasio
c.	Domain Sosial	Penilaian individu terhadap relasi atau hubungan antar dirinya dengan orang lain, baik hubungan interpersonal, hubungan dengan kelompok masyarakat, dukungan sosial, dan penerimaan sosial selama sebulan terakhir	Wawancara menggunakan instrumen WHOQoL-BREF		Rasio

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Identifikasi/kategori	Skala
d.	Domain Lingkungan	Penilaian individu terhadap lingkungan dimana ia tinggal dan sarana prasarana yang ada disekitarnya, seperti keamanan, kesehatan dan kepedulian sosial, keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan selama sebulan terakhir	Wawancara menggunakan instrumen WHOQoL-BREF		Rasio

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data Primer adalah data yang diambil dari sumber data primer atau sumber pertama di lapangan (Bungin, 2013: 128). Data primer dalam penelitian ini meliputi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, jenis pekerjaan), ada tidaknya kecacatan dan kualitas hidup. Data primer tersebut dikumpulkan melalui wawancara dengan bantuan kuesioner dan untuk variabel ada tidaknya kecacatan diperoleh melalui observasi secara langsung.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber kedua atau sumber sekunder (Bungin, 2013: 128). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data penderita kusta yang telah dinyatakan RFT dan terdaftar menjadi anggota KPD di Puskesmas Jenggawah dan data penderita kusta yang telah dinyatakan RFT di Puskesmas Kemuningsari Kidul serta jumlah desa di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah dan Kemuningsari Kidul. Data sekunder ini diperoleh dari Puskesmas Jenggawah dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Dalam proses pengumpulan data, setiap responden dalam penelitian akan diberi lembar persetujuan sebagai bukti persetujuan responden untuk dijadikan subjek penelitian. Teknik pengumpulan data yang digunakan untuk mengumpulkan data primer dan data sekunder diantaranya yakni :

a. Wawancara

Nazir (2009: 193-194) menemukan bahwa wawancara adalah suatu proses dalam memperoleh keterangan yang berhubungan dengan tujuan peneliti. Wawancara dilakukan dengan tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan responden. Sugiyono (2011: 137) menyebutkan bahwa teknik pengumpulan data ini mendasarkan diri pada laporan tentang diri sendiri (*self report*), atau setidaknya pengetahuan dan atau keyakinan pribadi. Penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai panduan untuk wawancara langsung dengan responden dalam hal memperoleh data mengenai karakteristik responden dan kualitas hidup OYPMK.

b. Dokumentasi

Metode dokumentasi merupakan metode yang digunakan untuk mencari data dengan tujuan mengetahui hal-hal atau variabel penelitian. teknik pengumpulan data ini berdasarkan pada catatan, transkrip, surat kabar, buku, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda dan sebagainya (Arikunto, 2006: 206). Teknik dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data penderita kusta yang telah dinyatakan RFT dan aktif mengikuti kegiatan KPD, serta data penderita kusta yang telah dinyatakan RFT di Puskesmas Kemuningsari Kidul.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen adalah alat pada saat peneliti menggunakan suatu metode atau teknik pengumpulan data (Arikunto, 2006: 208). Penelitian ini menggunakan panduan wawancara berupa kuesioner sebagai instrumen dalam pengumpulan data. Penggunaan kuesioner dilakukan dengan tujuan agar kegiatan wawancara menjadi lebih mudah dan sistematis. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari dua jenis kuesioner.

Kuesioner A merupakan kuesioner yang digunakan untuk mengetahui karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, jenis pekerjaan dan ada tidaknya kecacatan. Kuesioner B yakni kuesioner yang digunakan untuk memperoleh gambaran kualitas hidup. Kuesioner yang digunakan yakni kuesioner WHOQoL-BREF oleh WHOQoL Group dengan 26 pertanyaan. WHOQoL-BREF

terdiri dari 24 pertanyaan yang mencakup empat domain dan terbukti dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup seseorang. Pada kuesioner tersebut telah terkandung beberapa pertanyaan untuk setiap domain yakni, kesehatan fisik terdiri dari 7 pertanyaan, psikologik terdiri dari 6 pertanyaan, hubungan sosial terdiri dari 3 pertanyaan, dan lingkungan terdiri dari 8 pertanyaan. Rincian pengukurannya terdapat dalam Tabel 3.2 berikut.

Tabel 3.2 Variabel Penelitian yang Diukur Menggunakan WHOQoL-BREF

Variabel yang Diteliti	Alat Ukur
Kualitas Hidup	Kuesioner WHOQoL -BREF, diukur dengan nomor 1
Kepuasan Status Kesehatan	Kuesioner WHOQoL -BREF, diukur dengan nomor 2
Domain Fisik	Kuesioner WHOQoL -BREF, diukur dengan nomor 3,4,10,15,16,17,dan 18.
Domain Psikologis	Kuesioner WHOQoL -BREF, diukur dengan nomor 5,6,7,11,19, dan 26.
Domain Hubungan Sosial	Kuesioner WHOQoL -BREF, diukur dengan nomor 20, 21 dan 22.
Domain Lingkungan	Kuesioner WHOQoL -BREF, diukur dengan nomor 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25.

Kuesioner WHOQoL-BREF yang digunakan telah melewati uji validitas dan reliabilitas. Skevington, *et al* (2004: 309) mengemukakan bahwa alat ukur WHOQoL merupakan alat ukur lintas budaya yang valid dalam mengukur kesejahteraan seseorang. Instrumen WHOQoL -BREF ini tersedia dalam 20 bahasa yang berbeda dan salah satunya yakni Bahasa Indonesia, sehingga instrumen ini dapat digunakan untuk mencapai tujuan penelitian ini.

3.7 Teknik Pengolahan dan Penyajian Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

a. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Setelah pengumpulan data selesai dilakukan, data yang diperoleh harus dilakukan pemeriksaan data (*editing*) terlebih dahulu sebelum data tersebut akan diolah. Proses *editing* dilakukan setelah responden menjawab kuesioner yang diajukan oleh peneliti. Hal ini bertujuan untuk menilai kelengkapan data yang telah terkumpul, apakah sudah memenuhi syarat atau tidak. Jika terdapat data yang masih belum terisi, maka sebaiknya ditanyakan ulang kepada responden.

Kemudian setelah semua data terisi, dilakukan pemberian skor (*scoring*) pada setiap jawaban responden. Skor pada setiap domain dihitung dalam bentuk *raw score*, dengan cara mengkalkulasi nilai yang didapatkan berdasarkan jawaban responden. *Raw score* untuk setiap domain dihitung sebagaimana berikut :

$$\text{Domain fisik} = (6-Q_3) + (6-Q_4) + Q_{10} + Q_{15} + Q_{16} + Q_{17} + Q_{18}$$

$$\text{Domain Psikis} = Q_5 + Q_6 + Q_7 + Q_{11} + Q_{19} + (6-Q_{26})$$

$$\text{Domain Sosial} = Q_{20} + Q_{21} + Q_{22}$$

$$\text{Domain Lingkungan} = Q_8 + Q_9 + Q_{12} + Q_{13} + Q_{14} + Q_{23} + Q_{24} + Q_{25}$$

Pada penghitungan *raw score* di atas, yang dimaksud dengan “Q” adalah skor jawaban pertanyaan pada kuesioner. Misalnya “Q₁₂”, maka yang dimaksud yakni skor dari jawaban pertanyaan nomor 12 yang tercantum di kuesioner WHOQoL-BREF. Setiap domain menghasilkan angka pada setiap butir pertanyaannya, maka nilai terendah (*lower value*) dan nilai tertinggi (*upper value*) serta rentang nilai *raw score* juga akan berbeda pada setiap domainnya. Oleh karena itu, perlu dilakukan transformasi skor yang bertujuan untuk mengubah skor terendah menjadi nol dan yang tertinggi menjadi skor 100. Data ditransformasikan ke dalam bentuk skala 0-100 untuk mempermudah dalam proses membandingkan dengan hasil data domain yang lain. Nilai-nilai yang diperlukan dalam menghitung *transformed score* tersebut ditunjukkan pada Tabel 3.3 berikut.

Tabel 3.3 Nilai terendah (*lower value*) dan rentang nilai (*possible score range*)

Domain	Lower Value	Possible Range Score
Fisik	7	28
Psikologis	6	24
Sosial	3	12
Lingkungan	8	32

Berikut adalah rumus yang digunakan untuk mentransformasi *raw score* menjadi *transformed score*.

$$\text{Transformed Score} = \frac{\text{raw score} - \text{lower value domain}}{\text{possible range score}} \times 100$$

b. Pengkodean Data (*Coding*)

Pengkodean merupakan langkah yang dilakukan setelah melakukan *editing* dimana data yang telah diedit diberi identitas sehingga memiliki arti tertentu pada

saat dianalisis (Bungin, 2013: 184). Oleh karena itu, dalam hal memudahkan analisis jawaban-jawaban dalam kuesioner perlu diberi kode dengan memberikan angka yang telah disediakan pada setiap jawaban. Hal ini penting karena pengolahan data dilakukan dengan menggunakan komputer.

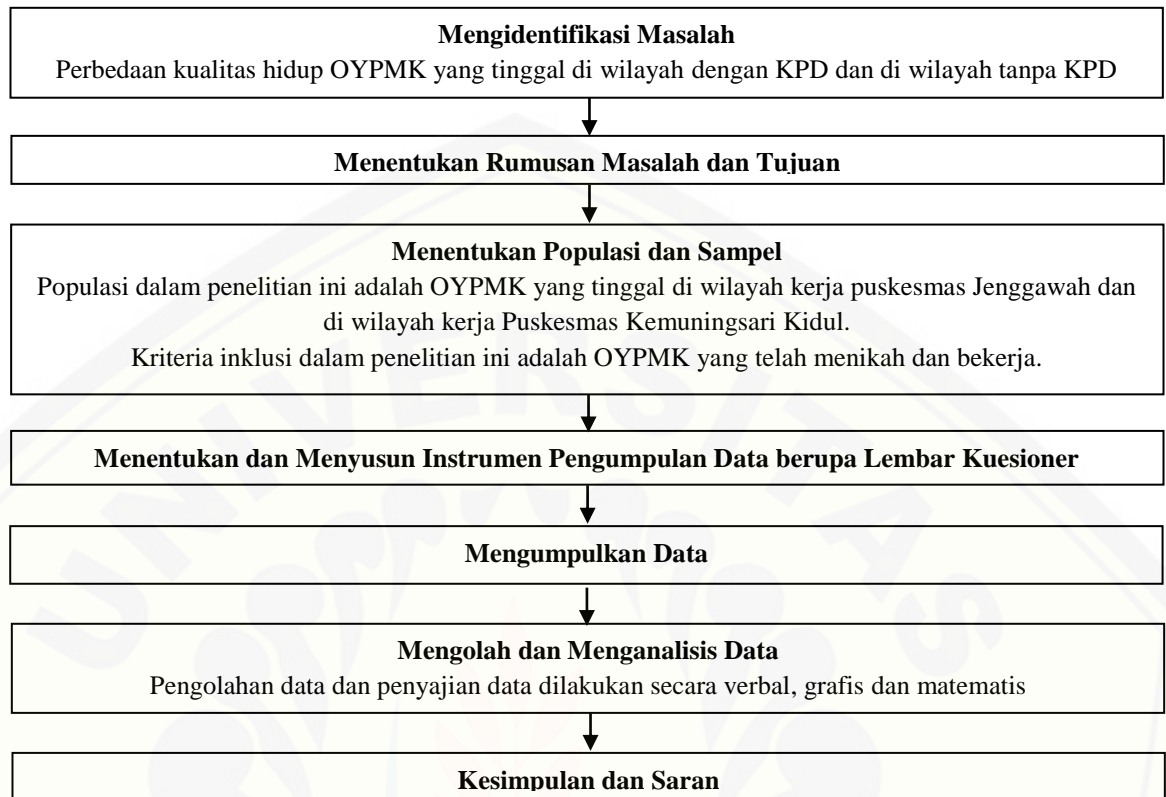
c. Pembuatan Tabulasi Data (*Tabulating*)

Setelah dilakukan penghitungan *editing* dan pengkodean data, selanjutnya dilakukan proses tabulasi atau memasukkan data yang telah diperoleh ke dalam tabel agar mudah dalam menganalisisnya. Bungin (2013: 184) menyebutkan bahwa tabulasi merupakan kegiatan memasukkan data pada tabel-tabel tertentu, mengatur angka-angka dan menghitungnya.

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan bagian dalam proses penelitian yang bertujuan guna menginformasikan hasil penelitian kepada orang lain. Teknik penyajian data yang dilakukan pada penelitian ini yakni secara verbal, grafis dan matematis. Penyajian data secara verbal yakni dengan menginformasikan hasil penelitian dalam bentuk kata-kata atau narasi, sedangkan penyajian data secara grafis yakni dengan menggunakan gambar atau grafik. Penyajian data secara matematis yakni dengan menggunakan tabel tabulasi silang.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Karakteristik Responden pada OYPMK

Penelitian ini dilakukan pada 40 responden, yang terdiri dari 20 OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD (wilayah kerja Puskesmas Jenggawah) dan 20 OYPMK lainnya yang tinggal di wilayah tanpa KPD (wilayah kerja Puskesmas Kemuningsari Kidul). Karakteristik responden dalam penelitian ini antara lain usia, jenis kelamin, jenis pekerjaan, ada tidaknya kecacatan dan letak kecacatan.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar OYPMK (55%) berusia 40-59 tahun, dan OYPMK dengan usia 20-39 tahun sebesar 35%, sedangkan 10% OYPMK lainnya berusia 60-79 tahun. Pada penelitian ini, jumlah laki-laki (28 orang) lebih banyak dua kali lipat dibandingkan dengan OYPMK wanita (12 orang). Sebanyak 14 OYPMK pada penelitian ini bekerja sebagai buruh tani dengan salah satu diantaranya yakni perempuan sedangkan yang lainnya laki-laki. Berikutnya yakni OYPMK dengan aktivitas berdagang sejumlah 7 orang dan OYPMK yang bekerja sebagai pengrajin yakni sejumlah 6 orang. Aktivitas pengrajin yakni seperti membuat bata, membuat krupuk dari nasi/ikan dan membuat tempe. OYPMK yang bekerja sebagai buruh gudang sejumlah 4 orang dan semuanya merupakan perempuan serta tidak mengalami cacat. Jenis pekerjaan OYPMK pada penelitian ini yang paling sedikit yakni pekerja bangunan dengan jumlah 3 orang dan 6 OYPMK lainnya bekerja sebagai mekanik, ahli gigi, pembantu rumah tangga dan pesuruh sekolah.

OYPMK pada penelitian ini lebih banyak yang tidak mengalami cacat yakni sebanyak 26 orang (65%), sedangkan OYPMK yang mengalami cacat sejumlah 14 orang (35%). Dari 14 OYPMK yang cacat, diketahui 9 orang diantaranya (64,28%) mengalami cacat di bagian kaki, 2 orang (14,29%) yang mengalami cacat di tangan serta 3 orang (21,43%) yang mengalami cacat di kaki dan tangan. Namun, kondisi cacat yang dialami OYPMK tidak menjadi hambatan

bagi mereka untuk tetap terus bekerja. Sebagian besar OYPMK yang mengalami cacat adalah laki-laki dan mereka tetap berusaha bekerja untuk dapat menghidupi keluarga. Berikut merupakan distribusi karakteristik responden secara lengkap yang dapat dilihat pada Tabel 4.1 berikut.

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Responden pada OYPMK di Wilayah dengan KPD dan di Wilayah Tanpa KPD

Karakteristik Individu	Jumlah (n)	Persentase (%)
Usia		
20 – 39	14	35
40 – 59	22	55
60 – 79	4	10
Jenis Kelamin		
Laki-laki	28	70
Perempuan	12	30
Pekerjaan		
Buruh Tani	14	35
Buruh Gudang	4	10
Pekerja Bangunan	3	7,5
Pengrajin	6	15
Pedagang	7	17,5
Lainnya	6	15
Ada Tidaknya Kecacatan		
Ada	14	35
Tidak Ada	26	65
Letak Kecacatan		
Tangan	2	14,29
Kaki	9	64,28
Kaki dan Tangan	3	21,43

4.1.2 Kepuasan OYPMK terhadap Kondisi Kesehatannya

Kepuasan OYPMK terhadap kondisi kesehatannya juga digambarkan dalam penelitian ini. Berdasarkan hasil tabulasi silang yang telah dilakukan, diketahui bahwa tidak seorangpun OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD menyatakan tidak puas terhadap kondisi kesehatannya. Sebanyak 3 orang (15%) menyatakan biasa saja dengan kondisi kesehatannya, dan 9 orang (45%) menyatakan puas. OYPMK yang menyatakan sangat puas terhadap kondisi kesehatannya yakni sebanyak 8 orang (40%). Pada OYPMK di wilayah dengan

KPD, sebagian besar (85%) menyatakan puas dan sangat puas terhadap kondisi kesehatannya.

Pada OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD, diketahui tidak terdapat seorangpun yang menyatakan sangat tidak puas dengan kondisi kesehatannya, melainkan terdapat 3 orang (15%) yang menyatakan tidak puas dengan kondisi kesehatannya. Sebanyak 5 orang (25%) menyatakan biasa saja, dan sebanyak 11 orang (55%) menyatakan puas dengan kondisi kesehatannya. Namun, hanya terdapat 1 orang (5%) yang menyatakan sangat puas terhadap kondisi kesehatannya. Pada OYPMK di wilayah tanpa KPD, sebagian besar (60%) menyatakan puas dan sangat puas terhadap kondisi kesehatannya. Distribusi kepuasan responden terhadap kondisi kesehatan dapat dilihat lebih jelas pada Tabel 4.2 berikut ini:

Tabel 4.2 Distribusi Kondisi Kepuasan Kesehatan OYPMK di Wilayah dengan KPD dan di Wilayah Tanpa KPD

Tingkat Kepuasan	Wilayah Dengan KPD		Wilayah Tanpa KPD	
	Jumlah	Persentase (%)	Jumlah	Persentase (%)
Sangat Tidak Memuaskan	0	0	0	0
Tidak Memuaskan	0	0	3	15
Biasa Saja	3	15	5	25
Memuaskan	9	45	11	55
Sangat Memuaskan	8	40	1	5
Total	20	100	20	100

4.1.3 Penilaian Subjektif OYPMK terhadap Kualitas Hidup

Kualitas hidup berdasarkan penilaian subjektif OYPMK dikategorikan menjadi 5, yaitu sangat buruk, buruk, biasa saja, baik dan sangat baik. Berdasarkan hasil tabulasi silang, diketahui bahwa tidak ada seorangpun OYPMK di wilayah dengan KPD yang memberikan penilaian sangat buruk, buruk dan biasa saja terhadap kualitas hidup mereka. Sebanyak 15 orang (75%) memberikan penilaian baik terhadap kualitas hidup mereka, dan 5 orang (25%) lainnya memberikan penilaian sangat baik. Semua OYPMK di wilayah dengan KPD memberikan penilaian baik dan sangat baik terhadap kualitas hidup mereka.

Pada OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD, tidak ada seorangpun yang memberikan penilaian buruk dan sangat buruk terhadap kualitas hidup

mereka. Namun, terdapat 3 orang (15%) yang memberikan penilaian biasa saja. Sebanyak 17 orang (85%) memberikan penilaian baik, dan juga tidak terdapat seorangpun yang memberikan penilaian sangat baik terhadap kualitas hidup. Pada OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD, beberapa responden cenderung merasa malu dan ragu-ragu dalam menjawab pertanyaan terkait penilaian subjektif terhadap kualitas hidup mereka. Mereka terlihat kurang merasa percaya diri sehingga dapat dilihat bahwa hanya sebanyak 17 orang (85%) yang memberikan penilaian baik dan sangat baik terhadap kualitas hidup. Distribusi kualitas hidup berdasarkan penilaian subjektif OYPMK dapat dilihat pada Tabel 4.3 berikut ini.

Tabel 4.3 Distribusi Kualitas Hidup Berdasarkan Penilaian Subjektif OYPMK di Wilayah dengan KPD dan di Wilayah Tanpa KPD

Kualitas Hidup	Wilayah dengan KPD		Wilayah Tanpa KPD	
	Jumlah	Persentase (%)	Jumlah	Persentase (%)
Sangat Buruk	0	0	0	0
Buruk	0	0	0	0
Biasa Saja	0	0	3	15
Baik	15	75	17	85
Sangat Baik	5	25	0	0
Total Subjek	20	100	20	100

4.1.4 Kualitas Hidup Menurut Karakteristik Responden

Berdasarkan tabulasi silang yang telah dilakukan, diperoleh perbedaan skor rata-rata dan nilai simpangan baku menurut karakteristik responden (usia, jenis kelamin dan ada tidaknya kecacatan) sebagai berikut :

a. Usia

Hasil distribusi kualitas hidup OYPMK menurut karakteristik usia responden yakni menunjukkan bahwa terdapat perbedaan skor rata-rata kualitas hidup antara OYPMK di wilayah dengan KPD dan di wilayah tanpa KPD. Berdasarkan keberadaan KPD, OYPMK pada kelompok usia 20-39 tahun yang tinggal di wilayah dengan KPD, memiliki skor rata-rata kualitas hidup yang lebih tinggi ($72,67 \pm 4,11$) dibandingkan dengan OYPMK di wilayah tanpa KPD ($61,41 \pm 4,37$). Nilai simpangan baku kualitas hidup pada OYPMK di wilayah tanpa KPD lebih besar. Hal tersebut menunjukkan bahwa variasi jawaban tentang kualitas hidup pada OYPMK di wilayah tanpa KPD

lebih banyak. Semakin besar nilai simpangan baku menunjukkan bahwa semakin besar pula sebaran datanya.

Pada OYPMK kelompok usia 40-59 tahun, OYPMK di wilayah dengan KPD memiliki skor rata-rata yang juga lebih tinggi ($71,01 \pm 5,80$) dibandingkan dengan OYPMK di wilayah tanpa KPD ($54,98 \pm 10,34$). Sama halnya dengan kelompok usia 20-39 tahun, OYPMK di wilayah tanpa KPD pada kelompok usia 40-59 tahun juga memiliki nilai simpangan baku yang lebih besar. Pada OYPMK kelompok usia 60-79 tahun pun, OYPMK di wilayah dengan KPD memiliki skor rata-rata kualitas hidup yang lebih tinggi ($66,02 \pm 3,82$) dan nilai simpangan baku yang lebih rendah dibandingkan dengan OYPMK di wilayah tanpa KPD ($55,86 \pm 4,65$). Distribusi skor rata-rata kualitas hidup berdasarkan usia dapat dilihat lebih jelas pada Tabel 4.4 berikut.

Tabel 4.4 Perbedaan Skor Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Usia

Keberadaan KPD	Usia		
	20-39 tahun	40-59 tahun	60-79 tahun
Ada	$(72,67 \pm 4,11)$	$(71,01 \pm 5,80)$	$(66,02 \pm 3,82)$
Tidak Ada	$(61,41 \pm 4,37)$	$(54,98 \pm 10,34)$	$(55,86 \pm 4,65)$
Total	14	22	4

b. Jenis Kelamin

Pada distribusi kualitas hidup OYPMK menurut karakteristik jenis kelamin, diketahui bahwa OYPMK laki-laki di wilayah dengan KPD memiliki skor rata-rata kualitas hidup yang lebih tinggi dan nilai simpangan baku yang lebih kecil ($71,03 \pm 5,29$) dibandingkan dengan OYPMK laki-laki di wilayah tanpa KPD ($57,51 \pm 8,43$). Nilai simpangan baku yang kecil menunjukkan bahwa variasi jawaban tentang kualitas hidup pada OYPMK laki-laki yang tinggal di wilayah dengan KPD adalah sedikit.

Pada OYPMK perempuan yang tinggal di wilayah dengan KPD memiliki skor rata-rata ($70,94 \pm 5,91$) lebih tinggi dibandingkan dengan OYPMK perempuan di wilayah tanpa KPD ($57,87 \pm 8,69$). Namun, nilai simpangan baku pada OYPMK di wilayah tanpa KPD lebih besar,

menunjukkan bahwa variasi jawaban tentang kualitas hidup lebih banyak pada kelompok tersebut.

Berdasarkan jenis kelamin, laki-laki di wilayah dengan KPD memiliki skor rata-rata lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan. Sebaliknya pada OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD, perempuanlah yang memiliki skor lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Distribusi kualitas hidup menurut jenis kelamin lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 4.5 berikut.

Tabel 4.5 Perbedaan Skor Kualitas Hidup Berdasarkan Jenis Kelamin

Keberadaan KPD	Jenis Kelamin	
	Laki-laki	Perempuan
Ada	(71,03 ± 5,29)	(70,94 ± 5,91)
Tidak Ada	(57,51 ± 8,43)	(57,87 ± 8,69)
Total	28	12

c. Kecacatan

Hasil tabulasi silang antara skor kualitas hidup dan karakteristik ada tidaknya cacat kusta pada OYPMK diperoleh hasil sebagai berikut. Berdasarkan keberadaan KPD, OYPMK cacat yang tinggal di wilayah dengan KPD memiliki skor rata-rata lebih tinggi ($66,92 \pm 1,97$) dibandingkan dengan OYPMK cacat di wilayah tanpa KPD ($52,34 \pm 7,82$). Namun nilai simpangan baku pada OYPMK cacat di wilayah dengan KPD lebih kecil. Hal tersebut menunjukkan bahwa variasi jawaban pada OYPMK cacat di wilayah dengan KPD lebih sedikit dibandingkan dengan OYPMK cacat di wilayah tanpa KPD.

Pada OYPMK yang tidak cacat dan tinggal di wilayah dengan KPD, juga memiliki skor rata-rata kualitas hidup yang lebih tinggi dan nilai simpangan baku yang lebih kecil ($71,82 \pm 5,85$) dibandingkan dengan OYPMK yang tidak mengalami cacat di wilayah tanpa KPD ($62,94 \pm 7,82$). Nilai simpangan baku yang kecil pada OYPMK yang tidak cacat dan tinggal di wilayah dengan KPD tersebut, menunjukkan bahwa variasi jawaban tentang kualitas hidup pada kelompok tersebut adalah sedikit. Berdasarkan ada tidaknya cacat, OYPMK yang tidak cacat baik yang tinggal di wilayah

dengan KPD maupun di wilayah tanpa KPD, memiliki skor rata-rata lebih tinggi dibandingkan dengan OYPMK yang mengalami cacat. Distribusi kualitas hidup OYPMK menurut ada tidaknya cacat, dapat dilihat lebih jelas pada Tabel 4.6 berikut ini.

Tabel 4.6 Perbedaan Skor Kualitas Hidup Berdasarkan Kecacatan

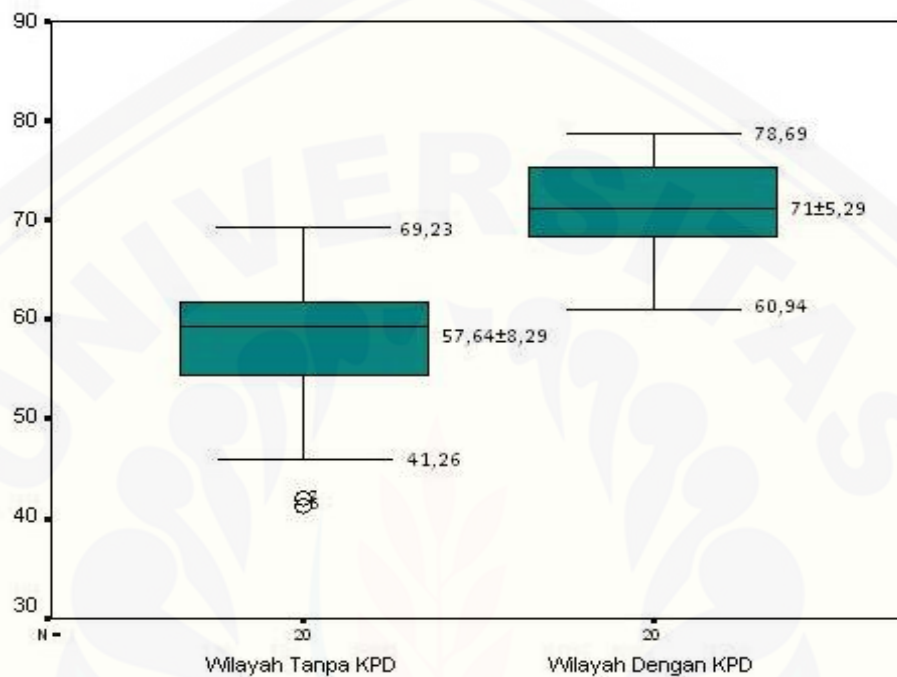
Keberadaan KPD	Ada Tidaknya Kecacatan	
	Ada	Tidak Ada
Ada	(69,92 ± 1,97)	(71,28 ± 5,85)
Tidak Ada	(52,34 ± 7,82)	(62,94 ± 7,82)
Total	14	26

4.1.5 Perbedaan Kualitas Hidup Menurut Domain Kualitas Hidup

Penilaian kualitas hidup dilakukan dengan mengukur pernyataan tentang kualitas hidup yang menggunakan instrumen WHOQoL-BREF. Instrumen tersebut mencakup dua pernyataan tentang penilaian subjektif responden terhadap kualitas hidup mereka dan penilaian kepuasan responden terhadap kondisi kesehatan. Selain itu, instrumen WHOQoL-BREF juga mencakup empat domain yang terdiri dari beberapa pertanyaan pada setiap domain. Pada penelitian ini, pengukuran kualitas hidup dilakukan pada dua kelompok yang berbeda, yakni OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD dan OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD.

Skor rata-rata kualitas hidup OYPMK di wilayah dengan KPD ($71 \pm 5,29$) lebih tinggi dan nilai simpangan baku yang lebih kecil dibandingkan dengan skor rata-rata kualitas hidup dan nilai simpangan baku pada OYPMK di wilayah tanpa KPD ($57,6 \pm 8,29$). Skor maksimum (78,69) dan skor minimum (60,94) pada OYPMK di wilayah dengan KPD lebih tinggi dibandingkan dengan skor maksimum (69,23) dan skor minimum (41,26) pada OYPMK di wilayah tanpa KPD. Hal tersebut dikarenakan skor rata-rata yang tinggi dan nilai simpangan baku yang kecil pada kelompok OYPMK di wilayah dengan KPD, sehingga skor maksimum dan skor minimumnya pun lebih tinggi. Selain itu, OYPMK di wilayah tanpa KPD memiliki dua nilai *outlier*. Nilai *outlier* merupakan data yang terletak

di luar 1,5 kali jarak antar kuartil. Perbedaan skor kualitas hidup kedua kelompok ditampilkan dalam grafik boxplot dengan tujuan dapat mempermudah dalam menilai perbedaan antar keduanya. Profil perbedaan skor kualitas hidup dapat dilihat lebih jelas pada Gambar 4.1 berikut.



Gambar 4.1 Perbedaan Skor Kualitas Hidup OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD dan OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD

Instrumen penelitian WHOQoL-BREF yang digunakan tidak hanya memberikan hasil skor kualitas hidup, melainkan juga memberikan skor di setiap domain kualitas hidup. Hal tersebut bertujuan untuk mengetahui domain yang memberikan kontribusi paling besar dalam mendukung kualitas hidup seseorang. Skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup seseorang yang lebih baik (Brajkovic *et al* dalam Nurkhalim, 2012: 36).

Berdasarkan hasil tabulasi silang, diketahui bahwa domain sosial merupakan domain yang berkontribusi paling besar dalam mendukung kualitas hidup OYPMK di wilayah dengan KPD. Hal tersebut ditunjukkan dengan nilai rata-rata domain sosial dan nilai simpangan baku tertinggi yaitu $77,50 \pm 7,69$. Nilai simpangan baku yang besar tersebut, menunjukkan bahwa variasi jawaban tentang domain sosial lebih banyak dibandingkan dengan variasi jawaban pada domain

lainnya. Sebaran data pada domain sosial besar, sehingga hal inilah yang menyebabkan nilai rata-rata domain sosial paling tinggi daripada domain kualitas hidup yang lain. Domain berikutnya yang memiliki nilai rata-rata tinggi yaitu domain lingkungan sebesar $74,69 \pm 6,79$ kemudian dilanjutkan dengan domain psikis dengan nilai rata-rata $66,67 \pm 6,76$. Domain fisik merupakan domain dengan nilai rata-rata terendah dibandingkan dengan domain lainnya yakni sebesar $65,18 \pm 6,01$. Hal ini menunjukkan bahwa domain fisik memiliki kontribusi yang paling sedikit terhadap pandangan kualitas hidup OYPMK. Distribusi skor setiap domain kualitas hidup OYPMK yang tergabung dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) Puskesmas Jenggawah dapat dilihat pada Tabel 4.7 berikut.

Tabel 4.7 Distribusi Skor Tiap Domain Kualitas Hidup OYPMK yang tergabung dengan KPD Puskesmas Jenggawah

Domain Kualitas Hidup	Skor Minimum	Skor Maksimum	Skor Rata-rata	Std. Deviation
Domain Fisik (7 item)	50	71,43	65,18	6,01
Domain Psikis (6 item)	54,17	75	66,67	6,76
Domain Sosial (3 item)	66,67	91,67	77,50	7,69
Domain Lingkungan (7 item)	56,25	87,50	74,69	6,79
Total Subjek			20	

Pada OYPMK di wilayah tanpa KPD, domain sosial juga memiliki nilai rata-rata tertinggi ($70 \pm 10,26$) dibandingkan dengan domain lainnya. Hal tersebut menunjukkan bahwa domain sosial merupakan domain yang memiliki kontribusi paling besar dalam mempengaruhi kualitas hidup OYPMK di wilayah tanpa KPD. Domain berikutnya yang memiliki kontribusi besar terhadap kualitas hidup OYPMK yakni domain fisik dengan skor rata-rata $56,61 \pm 5,35$, dan domain psikis dengan rata-rata $54,58 \pm 9,92$. Sedangkan domain yang memiliki kontribusi paling kecil dalam mempengaruhi kualitas hidup OYPMK di wilayah tanpa KPD yakni domain lingkungan $49,38 \pm 14,39$. Nilai simpangan baku pada setiap domain kualitas hidup OYPMK di wilayah tanpa KPD besar, namun nilai simpangan baku terbesar yakni pada domain lingkungan dibandingkan dengan domain yang lain. Hal tersebut menunjukkan bahwa variasi jawaban pada domain lingkungan paling banyak dibandingkan dengan variasi jawaban pada domain kualitas hidup yang

lain. Distribusi skor setiap domain kualitas hidup pada OYPMK di wilayah tanpa KPD disajikan pada tabel. Untuk lebih jelasnya memahami distribusi skor setiap domain kualitas hidup dapat dilihat pada tabel 4.8 berikut ini.

Tabel 4.8 Distribusi Skor Tiap Domain Kualitas Hidup OYPMK yang tinggal di Wilayah Tanpa KPD (Puskesmas Kemuningsari Kidul)

Domain Kualitas Hidup	Skor Minimum	Skor Maksimum	Skor Rata-rata	Std. Deviation
Domain Fisik (7 item)	46,43	67,86	56,61	5,35
Domain Psikis (6 item)	41,67	70,83	54,58	9,92
Domain Sosial (3 item)	50	83,33	70	10,26
Domain Lingkungan (7 item)	15,63	68,75	49,38	14,39
Total Subjek			20	

4.2 Pembahasan

4.2.1 Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Responden

a. Usia

Hasil penelitian karakteristik responden menunjukkan bahwa usia OYPMK pada penelitian ini berkisar antara 20 hingga 73 tahun. Hal tersebut sesuai dengan yang disebutkan oleh Kemenkes RI (2012: 8) yang menyimpulkan bahwa usia terbanyak penderita kusta yakni usia produktif. Selain itu, semua OYPMK didiagnosis menderita kusta pada usia ≥ 15 tahun, sehingga penderita kusta pada kelompok usia tersebut rentan mengalami reaksi kusta. Ranque, *et al* (2006: 34) menyimpulkan bahwa usia saat didiagnosis lebih dari 15 tahun merupakan faktor risiko terjadinya reaksi kusta. Reaksi kusta merupakan salah satu penyebab terjadinya kecacatan pada seseorang. Reaksi kusta lebih sering terjadi pada usia produktif, dimungkinkan karena pada usia tersebut respon imun lebih aktif dan lebih sering terpapar faktor eksternal.

Pada penelitian ini diketahui bahwa OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD baik tergolong kelompok usia 20-39 tahun, 40-59 tahun maupun 60-79 tahun, memiliki skor rata-rata kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD. Hal tersebut dikarenakan KPD memberikan manfaat terhadap pencegahan

kecacatan, pengurangan kecacatan, pengurangan keterbatasan aktivitas, serta menambah pengetahuan tentang kusta dan cara perawatan diri (Arief, 2008: 12). KPD tidak hanya mengajarkan cara perawatan diri melainkan juga menjadi wadah bagi penderita kusta maupun OYPMK untuk saling *sharing* dan berbagi pengalaman.

Kegiatan *sharing* dan berbagi pengalaman yang dilakukan oleh sesama anggota KPD, dapat memberikan dukungan pada anggota KPD yang lain sehingga harga diri mereka pun meningkat (Cahyani, 2014: 54). Harga diri seseorang ditentukan oleh banyaknya penghargaan yang diterima dari masyarakat lingkungan sekitarnya (Hall and Lindzey dalam Nurmalasari, 2006: 3). Penghargaan terhadap diri sendiri merupakan salah satu item yang termasuk dalam aspek kesehatan psikologis pada kualitas hidup (Skevington *et al*, 2004: 306).

Pada OYPMK di wilayah dengan KPD, OYPMK yang tergolong kelompok usia 60-79 tahun memiliki skor rata-rata kualitas hidup yang paling rendah dibandingkan dengan skor rata-rata pada OYPMK di kelompok usia lainnya. Hal tersebut disebabkan oleh adanya pengaruh dari kondisi fisik OYPMK yang semakin tua semakin melemah. Notoatmodjo (dalam Wulandari, 2014: 35) menyebutkan bahwa penambahan usia akan menyebabkan perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan, dan sistem organ sehingga daya tahan fisik semakin menurun. Selain itu, usia lanjut telah menyebabkan adanya penurunan kemampuan hormonal, sensorik dan motorik (Fadilah, 2013: 91). Penurunan kemampuan serta daya tahan fisik seseorang, mengakibatkan seseorang mudah terserang penyakit serta mudah merasa lelah, sehingga menyebabkan OYPMK lansia memiliki aktivitas dan kapasitas kerja yang rendah pula. Kapasitas kerja, energi, kelelahan, mobilitas dan kesakitan merupakan item yang terdapat pada domain kesehatan fisik pada kualitas hidup (Skevington *et al*, 2006: 306). Begitupun halnya dengan OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD, kelompok usia 60-79 tahun juga memiliki skor rata-rata kualitas hidup yang rendah.

b. Jenis Kelamin

Penyakit kusta merupakan penyakit kronis yang dapat menyerang laki-laki maupun perempuan, namun diketahui yang paling banyak terserang yakni laki-laki. Hasil penelitian ini sesuai dengan yang disebutkan Kemenkes RI (2012: 8) bahwa kejadian kusta lebih banyak terjadi pada laki-laki daripada perempuan, kecuali di Afrika. Hal ini dikarenakan pada umumnya laki-laki lebih banyak beraktivitas di luar rumah sehingga laki-laki lebih rentan tertular penyakit kusta.

Pada penelitian ini, berdasarkan keberadaan KPD di wilayah OYPMK tinggal, terdapat perbedaan skor rata-rata pada OYPMK laki-laki maupun OYPMK perempuan. Pada OYPMK laki-laki, OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD memiliki skor rata-rata kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan OYPMK laki-laki di wilayah tanpa KPD. Begitupun halnya dengan OYPMK perempuan, mereka yang tinggal di wilayah dengan KPD memiliki skor rata-rata kualitas hidup yang lebih tinggi. Hal tersebut dikarenakan KPD tidak hanya mengajarkan tentang cara perawatan diri saja melainkan juga pemberian motivasi, informasi, dan mengajarkan tentang keterampilan diri. Manfaat-manfaat yang diperoleh OYPMK dari kegiatan KPD dapat meningkatkan rasa percaya diri mereka. Selain itu, dukungan yang diberikan antar anggota KPD juga dapat saling menguatkan masing-masing individu sehingga mereka tetap bisa percaya diri dan bersosial seperti masyarakat pada umumnya.

Berdasarkan jenis kelamin, laki-laki di wilayah dengan KPD memiliki skor rata-rata kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan perempuan. Hal tersebut dikarenakan baik laki-laki maupun perempuan memperoleh manfaat yang sama dari hasil kegiatan KPD, seperti memperoleh motivasi, keterampilan baru, pengetahuan baru tentang kusta dan manfaat lainnya. Namun hal yang menyebabkan adanya perbedaan antara keduanya yakni, adanya beban tuntutan yang dialami oleh OYPMK laki-laki untuk memenuhi kebutuhan keluarga sedangkan pada OYPMK perempuan hanya sebatas membantu memenuhi kebutuhan keluarga. Adanya tuntutan tersebut lah yang

mengakibatkan laki-laki harus tetap bekerja dan memenuhi kebutuhan keluarga. Apalagi ditambah dengan adanya bantuan, dukungan, motivasi, dan penambahan ketrampilan baru yang telah diberikan oleh KPD, semakin membuat laki-laki harus dapat membuktikan bahwa mereka masih mampu menafkahi keluarga.

Pada OYPMK di wilayah tanpa KPD, diketahui bahwa OYPMK laki-laki memiliki skor rata-rata kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan OYPMK perempuan. Hal tersebut karena OYPMK laki-laki memiliki beban tuntutan untuk menghidupi keluarga dibandingkan dengan perempuan yang bekerja. Selain itu, OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD kurang memperoleh kesempatan untuk saling *sharing* pengalaman, dukungan dan motivasi dengan sesama penderita kusta ataupun OYPMK. Dukungan yang diberikan oleh orang-orang sekitar dapat membantu meningkatkan rasa percaya diri OYPMK, sehingga kualitas hidup mereka pun dapat bertambah baik. Hal tersebut karena penghargaan terhadap diri seseorang merupakan salah satu item yang terdapat dalam domain kesehatan psikologis kualitas hidup (Skevington *et al*, 2006: 306). Hal inilah yang diduga menyebabkan skor rata-rata kualitas hidup laki-laki di wilayah tanpa KPD lebih rendah dibandingkan dengan perempuan di wilayah tersebut,

c. Kecacatan

Pada penelitian ini, OYPMK yang mengalami cacat memiliki skor rata-rata kualitas hidup yang lebih rendah jika dibandingkan dengan OYPMK yang tidak mengalami cacat. Menurut hasil penelitian Tsutsumi *et al*. (2007: 2443) dan Joseph and Rao (2009: 515), cacat yang terlihat menyebabkan adanya penurunan kualitas hidup penderita kusta. Kecacatan pada kusta bisa dilakukan dengan beberapa upaya yakni deteksi dini, pengobatan MDT, deteksi dini reaksi kusta, penanganan reaksi, penyuluhan, perawatan diri, penggunaan alat bantu dan rehabilitasi medis (Kemenkes RI, 2012: 29). Walaupun pengobatan MDT dapat membunuh bakteri kusta, namun cacat pada mata, tangan maupun kaki yang telah terjadi akan tetap ada, sehingga penderita kusta maupun OYPMK harus bisa melakukan perawatan diri

dengan rutin agar cacatnya tidak bertambah berat (Depkes RI dalam Fadilah, 2013: 108).

Pada penelitian ini, OYPMK yang mengalami cacat baik yang tinggal di wilayah dengan KPD maupun yang tinggal di wilayah tanpa KPD memiliki skor kualitas hidup lebih rendah. Namun, OYPMK yang mengalami cacat dan tinggal di wilayah dengan KPD memiliki skor rata-rata kualitas hidup lebih tinggi dibandingkan dengan OYPMK yang mengalami cacat dan tinggal di wilayah tanpa KPD. Hal ini dikarenakan adanya kegiatan rutin KPD setiap bulan yakni pemeriksaan kecacatan OYPMK yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Kegiatan pemeriksaan yang dilakukan bertujuan untuk mengetahui perkembangan penyembuhan kecacatan OYPMK.

Pada OYPMK yang tidak cacat, juga terdapat perbedaan antara OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD dan di wilayah tanpa KPD. OYPMK yang tidak cacat dan tinggal di wilayah dengan KPD memperoleh kesempatan untuk menambah keterampilan baru, menambah pengalaman dibandingkan dengan OYPMK yang tidak cacat di wilayah tanpa KPD. Keberadaan KPD tidak hanya memberikan manfaat pada OYPMK yang cacat saja, melainkan juga pada OYPMK yang tidak cacat. Hal tersebut dikarenakan kegiatan yang dilakukan di KPD tidak hanya pelatihan perawatan diri saja, melainkan juga pemberian informasi terkait kusta, *sharing* pengalaman dengan penderita kusta maupun OYPMK yang lain, penmabahan keterampilan baru, bahkan adanya kas simpan pinjam yang dapat membantu OYPMK dalam membangun usaha baru.

Berdasarkan ada tidaknya cacat yang dialami, OYPMK yang mengalami cacat baik yang tinggal di wilayah dengan KPD maupun yang tinggal di wilayah tanpa KPD, memiliki skor kualitas hidup yang lebih rendah. Hal tersebut disebabkan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang sedikit terhambat dibandingkan dengan OYPMK yang tidak mengalami cacat. Selain itu, OYPMK yang mengalami cacat masih bergantung pada perawatan medis. Ketergantungan pada perawatan medis, kesakitan, maupun kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari

merupakan item yang terdapat dalam domain kesehatan fisik kualitas hidup (Skevington *et al*, 2006: 306).

4.2.2 Perbedaan Kualitas Hidup OYPMK di Wilayah dengan KPD dan di Wilayah Tanpa KPD

a. Perbedaan Kualitas Hidup OYPMK Berdasarkan Domain Fisik

Domain fisik merupakan domain kualitas hidup yang berhubungan dengan kesakitan, kegelisahan, ketergantungan pada perawatan medis, energi, kelelahan, mobilitas, tidur dan istirahat, aktivitas kehidupan sehari-hari, dan kapasitas kerja. Hasil penelitian yang diperoleh menunjukkan bahwa terdapat perbedaan skor rata-rata domain fisik antara OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD dan yang tinggal di wilayah tanpa KPD. Berkaitan dengan domain fisik, kondisi cacat yang dialami OYPMK berpengaruh terhadap produktivitas kerja, mobilitas, aktivitas sehari-hari yang dilakukan OYPMK. Pada penelitian ini, diketahui sebanyak 14 OYPMK mengalami cacat. OYPMK yang mengalami cacat membutuhkan perawatan diri untuk mencegah terjadinya kecacatan yang semakin berat agar mereka tetap dapat beraktivitas normal, dan bekerja. Namun OYPMK lainnya yang tidak mengalami cacat juga perlu mengetahui upaya pencegahan dan perawatan diri dalam hal mencegah terjadinya kekambuhan dan kecacatan.

Hasil skor rata-rata domain fisik pada OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD lebih tinggi dibandingkan dengan di wilayah tanpa KPD. Hal tersebut diduga karena OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD, memiliki kesempatan untuk dapat aktif melakukan perawatan diri. Hal ini sesuai dengan penelitian Pribadi (2013: 94) yang menyatakan bahwa sebagian besar penderita kusta yang aktif mengikuti kegiatan KPD memiliki nilai rata-rata aktivitas perawatan diri baik. Perawatan diri yang baik dan aktif dapat mengurangi kecacatan dan mencegah agar cacat yang mereka alami tidak semakin bertambah parah.

Kegiatan-kegiatan yang telah disusun dalam program KPD mampu membuat para penderita kusta maupun OYPMK meningkatkan derajat

kesehatan dan mengurangi angka kejadian cacat akibat kusta, mengurangi *leprophobia* serta dapat meningkatkan kepercayaan diri penderita kusta maupun OYPMK. Hal ini berbeda dengan OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD yang memiliki skor rata-rata domain fisik lebih rendah daripada OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD. Hal ini diduga karena tidak adanya pelatihan perawatan diri yang diberikan secara intensif sehingga tidak dapat mengontrol perkembangan kondisi OYPMK. Selain itu, pemeriksaan ulang setelah pengobatan dilakukan pada OYPMK di wilayah tanpa KPD dalam jangka waktu sekali selama 5 tahun. Hal tersebut tidak efektif karena dikhawatirkan akan terjadi keterlambatan diagnosis kembali.

Kegiatan KPD tidak hanya mengajarkan cara melakukan perawatan diri namun juga memberikan pendidikan tentang gejala dan tanda penyakit kusta serta upaya pencegahan agar OYPMK dapat mandiri dan mawas diri. Namun pada OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD, tidak dapat memperoleh informasi yang cukup tentang cara melakukan perawatan diri sehingga mereka cenderung tidak melakukan perawatan diri dan bergantung pada petugas medis. Hal ini sesuai dengan penelitian Pribadi (2013: 95) yang menyebutkan bahwa sebagian besar penderita kusta maupun OYPMK yang tidak aktif melakukan perawatan diri memiliki nilai rata-rata aktivitas perawatan diri yang buruk. Hal tersebut dapat berakibat semakin memperburuk kondisi cacat yang dialami OYPMK.

b. Perbedaan Kualitas Hidup OYPMK Berdasarkan Domain Psikis

Domain psikis merupakan domain kualitas hidup yang berkaitan dengan pengaruh daya ingat dan konsentrasi, gambaran tubuh dan penampilan, spiritual serta penghargaan terhadap diri sendiri. Sama halnya dengan skor domain fisik, skor rata-rata domain psikis OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD lebih rendah daripada OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD. Hal tersebut menunjukkan bahwa kondisi psikis OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD lebih baik karena KPD merupakan salah satu upaya rehabilitasi medis penyakit kusta yang dilakukan untuk mengurangi dampak kecacatan pada seseorang agar mampu mandiri, berpartisipasi, dan

berintegrasi sosial sehingga mempunyai kualitas hidup yang baik. Dampak psikis pasca tindakan rehabilitasi antara lain penderita merasa senang, puas, bahagia, percaya diri meningkat, dan penampilan lebih baik (Nasution dkk, 2012: 164).

Kepercayaan diri seseorang meningkat salah satunya dipengaruhi oleh harga diri mereka. Kegiatan KPD juga memulihkan kepercayaan atau harga diri anggotanya, membantu dan memberikan dukungan antar anggota KPD, dan memberikan keyakinan bahwa mereka tidak sendiri. Menurut Cahyani (2014: 91) kelompok penderita kusta maupun OYPMK yang tidak mengikuti kegiatan KPD memiliki skor harga diri yang jauh lebih rendah daripada OYPMK yang aktif dengan kegiatan KPD. Harga diri merupakan penilaian yang dibuat oleh individu mengenai hal-hal yang berkaitan dengan dirinya, yang diekspresikan melalui suatu bentuk sikap setuju atau tidak setuju sehingga terlihat sejauhmana individu menyukai dirinya sebagai individu yang mampu, penting, sukses dan berharga (Coopersmith dalam Cahyani, 2014:92).

Perbedaan harga diri kedua kelompok tersebut yakni karena KPD merupakan kelompok yang terdiri dari penderita kusta maupun OYPMK yang berkumpul untuk saling mendukung, saling berbagi pengalaman, saling memberikan solusi dan juga mengingatkan tentang perawatan diri. Selain itu, OYPMK yang ikut dalam kegiatan KPD memiliki sikap saling mendukung antar individu karena adanya kesamaan permasalahan yang dialami oleh penderita kusta baik secara fisik, psikis maupun mental (Nottingham dalam Cahyani, 2014: 93). Namun, hal tersebut berbeda dengan OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD, yang tidak mendapatkan kesempatan untuk *sharing* pengalaman dan dukungan antar OYPMK. Tidak adanya *sharing* ataupun diskusi antar OYPMK di wilayah tanpa KPD berpengaruh terhadap harga diri mereka. Hal inilah yang diduga menyebabkan adanya perbedaan skor rata-rata domain psikis antar OYPMK yang tinggal di wilayah dengan KPD dan OYPMK yang tinggal di wilayah tanpa KPD.

c. Perbedaan Kualitas Hidup OYPMK Berdasarkan Domain Sosial

Domain sosial merupakan salah satu domain kualitas hidup yang berkaitan dengan hubungan personal, aktivitas seksual dan hubungan sosial. Skor rata-rata domain sosial pada OYPMK baik yang tinggal di wilayah dengan KPD maupun di wilayah tanpa KPD merupakan domain yang paling berkontribusi dalam mendukung kualitas hidup OYPMK. Namun terdapat perbedaan skor rata-rata antar keduanya, dimana skor rata-rata OYPMK di wilayah dengan KPD lebih tinggi daripada skor rata-rata OYPMK di wilayah tanpa KPD. Domain sosial pada OYPMK di wilayah tanpa KPD, memiliki kontribusi paling besar terhadap kualitas hidup sehingga OYPMK di wilayah tanpa KPD berpotensi dapat ditingkatkan skor domain sosialnya dengan adanya KPD.

Salah satu item pada domain sosial yakni hubungan personal dan hubungan sosial. Hubungan personal maupun hubungan sosial OYPMK dipengaruhi oleh kondisi lingkungan yakni adanya stigma dan diskriminasi dari masyarakat yang dapat menyebabkan OYPMK merasa minder dan malu. Namun perlu diketahui bahwa OYPMK dalam kehidupannya, tidak hanya mengalami stigma dari lingkungan melainkan juga stigma yang berasal dari diri sendiri (Slamet dkk, Tanpa Tahun: 10). Keberadaan KPD yang menjadi wadah untuk berkumpulnya penderita kusta maupun OYPMK, memberikan manfaat dan dampak positif terhadap kehidupan sosial OYPMK. Para OYPMK yang berkumpul bersama sesama penderita kusta ataupun OYPMK mengaku bahwa mereka yang awalnya merasa kesulitan dalam berinteraksi, kini sudah merasa nyaman karena mereka merasa tidak dibeda-bedakan dan dapat diterima oleh lingkungan sekitarnya (Kusharnanto, 2013: 64).

Perbedaan antar OYPMK di wilayah dengan KPD dan OYPMK di wilayah tanpa KPD yakni terlihat saat peneliti menanyakan terkait penyakit yang pernah mereka alami. Seluruh OYPMK di wilayah dengan KPD menjawab dengan rasa percaya diri bahwa mereka pernah menderita kusta namun mereka telah dinyatakan sembuh dan mereka sudah memahami upaya pencegahan yang harus dilakukan serta upaya untuk mencegah terjadinya

kekambuhan dan kecacatan yang semakin berat. Namun hal tersebut berbeda dengan OYPMK di wilayah tanpa KPD dimana sebagian responden menutupi kondisinya dan tidak mau mengungkapkan bahwa mereka pernah menderita penyakit kusta. Bahkan tidak jarang, beberapa responden yang mengalami cacat menyatakan bahwa kondisi cacat yang mereka alami karena terjadinya kecelakaan saat kerja. Dengan adanya KPD dapat memberikan keyakinan dan kepercayaan diri pada OYPMK untuk mengungkapkan kondisi yang sebenarnya. Hal inilah yang diduga menyebabkan adanya perbedaan skor rata-rata domain sosial antar kedua kelompok responden tersebut.

d. Perbedaan Kualitas Hidup OYPMK Berdasarkan Domain Lingkungan

Domain lingkungan merupakan domain kualitas hidup yang terdiri dari keamanan dan kenyamanan fisik, lingkungan fisik, lingkungan tempat tinggal, sumber penghasilan, kesempatan memperoleh informasi, keterampilan baru, partisipasi, kemudahan akses transportasi dan kesempatan untuk rekreasi atau aktivitas pada waktu luang. Skor rata-rata domain lingkungan OYPMK di wilayah dengan KPD lebih tinggi dibandingkan dengan OYPMK di wilayah tanpa KPD.

Banyak OYPMK yang berasal dari sosial ekonomi lemah sehingga banyak yang mengalami gangguan terhadap sumber penghasilan, kurangnya informasi baru, kurangnya kesempatan untuk mendapatkan keterampilan, tidak adanya kesempatan untuk rekreasi, kurangnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan serta lingkungan sosial rumah yang buruk (Slamet dkk, tanpa tahun: 1). Hal tersebut sesuai dengan kondisi pada OYPMK di wilayah tanpa KPD, yang kurang mendapatkan informasi, kurang mendapatkan kesempatan untuk memperoleh keterampilan baru. Jika dibandingkan dengan kondisi OYPMK di wilayah dengan KPD, hal ini sangat berbeda. KPD yang merupakan salah satu kegiatan dalam upaya rehabilitasi medis, tidak hanya mengajarkan cara perawatan diri, *sharing* pengalaman, memberikan motivasi untuk meningkatkan kepercayaan diri, melainkan juga mengajarkan dan memberikan keterampilan baru pada OYPMK. Hal tersebut dilakukan karena OYPMK yang mengalami cacat dan minder dengan kondisinya cenderung

memilih untuk berhenti bekerja, sehingga KPD menjadi wadah untuk meningkatkan semangat mereka untuk tetap produktif sekalipun kondisi mereka cacat.

OYPMK di wilayah dengan KPD maupun di wilayah tanpa KPD bekerja dan sumber penghasilan antar keduanya bukan merupakan item domain lingkungan yang menyebabkan adanya perbedaan. Begitupun halnya dengan akses transportasi dan kesempatan untuk rekreasi, cenderung sama dan tidak dipengaruhi oleh ada tidaknya KPD di wilayah mereka tinggal. Melainkan perbedaan skor rata-rata antar kedua kelompok responden tersebut terlihat pada kesempatan memperoleh informasi, kesempatan mendapatkan keterampilan baru serta penerimaan diri atas kondisi keamanan dan kenyamanan fisik.

Salah satu kegiatan KPD, selain mengajarkan tentang cara perawatan diri melainkan juga pendidikan tambahan terkait kusta maupun perilaku hidup bersih dan sehat. Menurut Indriani (2014: 86), kondisi penderita kusta sebelum adanya perhimpunan mantan kusta yakni yang tergabung dalam KPD, mereka harus mencari obat sendiri, berusaha mendapatkan pelayanan kesehatan sendiri dan mereka cenderung bersifat tertutup. Namun, setelah adanya perhimpunan mantan kusta yang mengorganisasi kepentingan mereka, maka akses pelayanan kesehatan, mendapatkan obat, dan modal usaha ekonomi mikro menjadi lebih mudah. Hal-hal tersebut yang menyebabkan adanya perbedaan skor rata-rata domain lingkungan pada OYPMK di wilayah dengan KPD dan OYPMK di wilayah tanpa KPD.

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil kegiatan pengumpulan data dan pembahasan terkait Kualitas Hidup OYPMK, diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut :

- a. Jumlah laki-laki sebanyak dua kali lipat dibandingkan dengan perempuan. Sebagian besar berusia 40-59 tahun, bekerja sebagai buruh tani, dan mengalami cacat yakni sebagian besar cacat di kaki.
- b. Sebagian besar responden yang menyatakan puas dan sangat puas terhadap kondisi kesehatan adalah responden yang tinggal di wilayah dengan KPD.
- c. Sebagian besar responden yang memberikan penilaian baik dan sangat baik terhadap kualitas hidup yakni responden yang tinggal di wilayah dengan KPD.
- d. Berdasarkan usia, kelompok usia 60-79 tahun memiliki skor rata-rata paling rendah dibandingkan kelompok usia yang lain baik di wilayah dengan KPD maupun di wilayah tanpa KPD. Berdasarkan jenis kelamin, perempuan di wilayah dengan KPD memiliki skor rata-rata lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki, namun sebaliknya laki-laki di wilayah tanpa KPD yang memiliki skor rata-rata lebih rendah dibandingkan perempuan. Berdasarkan ada tidaknya cacat kusta, responden yang mengalami cacat kusta baik di wilayah dengan KPD maupun di wilayah tanpa KPD memiliki skor lebih rendah dibandingkan dengan responden yang tidak cacat.
- e. Berdasarkan keberadaan KPD, skor pada setiap domain kualitas hidup di wilayah dengan KPD lebih besar dibandingkan dengan di wilayah tanpa KPD. Namun dari keempat domain kualitas hidup, diketahui bahwa domain sosial merupakan domain yang paling berkontribusi besar terhadap kualitas hidup OYPMK.

5.2 Saran

5.3.1 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

- a. Membentuk KPD pada wilayah-wilayah yang memiliki kasus cacat kusta tinggi di Kabupaten Jember agar dapat memfasilitasi penderita kusta maupun OYPMK untuk meningkatkan kepercayaan diri mereka dalam bersosial maupun produktif.
- b. Bekerjasama dengan KPD yang telah terbentuk dalam hal penemuan penderita kusta yang baru.

5.3.2 Bagi Puskesmas

- a. Bagi Puskesmas Jenggawah, berdasarkan data yang diperoleh diketahui bahwa semua anggota KPD saat ini merupakan OYPMK padahal KPD juga diperuntukkan untuk penderita kusta baru maupun penderita kusta yang dalam masa pengobatan. Oleh karena itu, puskesmas perlu mewajibkan penderita kusta terutama yang mengalami luka atau bahkan cacat untuk turut bergabung dengan KPD.
- b. Bagi Puskesmas Kemuningsari Kidul yang tidak membentuk KPD karena keterbatasan sumber daya, dapat mempromosikan pada OYPMK maupun penderita kusta yang sedang dalam masa pengobatan di wilayah kerjanya untuk ikut tergabung dengan KPD terdekat.

5.3.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk melakukan penelitian tentang efektivitas keberadaan KPD terhadap kualitas hidup penderita kusta maupun OYPMK dengan jenis penelitian kualitatif. Selain itu juga dapat menambahkan variabel motivasi petugas kesehatan dalam terbentuknya KPD agar dapat memperoleh hasil penelitian yang lebih mendalam terkait respon petugas puskesmas terhadap pentingnya pembentukan KPD.

DAFTAR PUSTAKA

- Arief, F. 2008. Self Care Group in Leprosy Control Program in Indonesia. Thesis. Amsterdam: Master of Public Health, Royal Tropical Institute
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Asdi Mahasatya.
- Bello, A. I., Dengzee, S. A., & Iyor, F. T. 2013. Health Related Quality of Life Amongst People Affected by Leprosy in South Ghana : A Needs Assessment. *Leprosy Review*, 84 : 77.
- Bungin, B. 2013. *Metodologi Penelitian Sosial dan Ekonomi*. Jakarta: Kencana Prenanda Media Group.
- Cahyani, Y. A. 2014. “Perbedaan Harga Diri Klien Kusta Antara yang Aktif Mengikuti Kelompok Perawatan Diri (KPD) dan Tidak Aktif Mengikuti Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Jember”. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Badan Penerbit Universitas Jember.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jatim. 2013. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Dirjen PPM dan PL. 2006. *Buku Pedoman Pelaksanaan Pembentukan Kelompok Perawatan Diri*. Jakarta.
- Fadilah, S. Z. 2013. “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi Penderita Kusta di dua Wilayah Tertinggi Kusta di Kabupaten Jember”. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Badan Penerbit Universitas Jember.
- Fajar, N.A. 2010. Dampak Psikososial Penderita Kusta dalam Proses Penyembuhannya. *Jurnal Pembangunan Manusia*, 10 (1): 2-5.
- Hiswani. 2001. Kusta Salah Satu Penyakit Menular yang Masih Dijumpai di Indonesia. [www. repository. usu. ac. id](http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3663/1/fkm-hiswani2.pdf). Artikel. [serial on line]. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3663/1/fkm-hiswani2.pdf>. [26 September 2014].
- Indriani, Y. A. 2014. Upaya PerMaTa (Perhimpunan Mantan Kusta) dalam Membangun Kapital Sosial pada Komunitas Orang Kusta di Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember. *Jurnal e-SOSPOL*, 1 (1): 84-86.
- Joseph, G. A., and Rao, P. S. S. 2009. Impact of Leprosy on The Quality of Life. *Bulletin of The World Health Organization*, 97 (6).

- Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Pedoman Nasional Pengendalian penyakit Kusta*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Kusta, Penyakit Menular yang Sulit Menular. [www. depkes. go. id.](http://www.depkes.go.id) [serial on line]. <http://www.depkes.go.id/article/print/2014420003/kusta-penyakit-menular-yang-sulit-menular.html>. [17 Desember 2014].
- King, S., Schwallnus, H., Russel, D., Shapiro, L., & Aboelele, O. 2005. Assessing Quality of Life of Children and Youth With Dissabilities : Available Measures. [www. CanChild.](http://www.canchild.ca/en/canchild/resources/assessingqualityoflife.asp) [serial on line]. www.canchild.ca/en/canchild/resources/assessingqualityoflife.asp. [20 Desember 2014].
- Kusharnanto, C.N. 2013. Kehidupan Sosial Mantan Penderita Kusta di Wisma Rehabilitasi Sosial Katolik (Wireskat) Dukuh Polaman Desa Sendangharjo Kabupaten Bora. Skripsi. Semarang: Fakultas Ilmu Sosial Universitas Negeri Semarang.
- Lesmana, A. C. 2013. Hubungan Derajat Pengetahuan Masyarakat tentang Penyakit Kusta terhadap Penerimaan Sosial pada Mantan Penderita Penyakit Kusta. Artikel. Surabaya: Lembaga Penelitian Universitas Airlangga.
- Mahdiana, R. 2010. *Mengenal, Mencegah & Mengobati Penularan Penyakit dari Infeksi*. Yogyakarta: Citra Pustaka.
- Matulessy, A. 2010. Penderita Kusta Juga Manusia (Biasa). Psikologi Politik. [serial on line]. <http://psikologi-politik.blogspot.com/2010/11/penderita-kusta-juga-manusia-biasa.html> [04 Oktober 2014].
- Nasution, S., Ngatimin, M. R., dan Syafar, M. 2012. Dampak Rehabilitasi Medis Pada Penyandang Disabilitas Kusta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6 (4): 164-166.
- Nazir, M. 2009. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Nofitri, N. F. M. 2009. Gambaran Kualitas Hidup Penduduk Dewasa pada Lima Wilayah di Jakarta. Skripsi. Depok: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nurmalasari, Y. Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Harga Diri pada Remaja Penderita Penyakit Lupus. Artikel Penelitian. Jakarta: Lembaga Penelitian Universitas Gunadarma

- Pitakasari, A. R. 2012. Jangan Diskriminasi Penderita Kusta. Artikel. [Republika.co.id](http://www.republika.co.id) [serial on line]. http://www.republika.co.id/berita/nasional/umum/12_02/27/m01ri5-jangan-diskriminasi-penderita-kusta. [21 September 2014].
- Pribadi, D. W. 2013. “Perbedaan Aktivitas Perawatan Diri Klien Kusta yang Aktif dan Tidak Aktif Mengikuti Kelompok Perawatan Diri di Kabupaten Jember”. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Lembaga Penelitian Universitas Jember.
- Rahayu, D. A. 2011. Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap Dukungan Psikososial Keluarga pada Anggota Keluarga dengan Penyakit Kusta di Kabupaten Pekalongan. Tesis. Depok: Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa.
- Rahayuningsih, E. 2012. Analisis Kualitas Hidup Penderita Kusta di Puskesmas Kedaung Wetan Kota Tangerang Tahun 2012. Tesis. Depok: Program Pascasarjana Universitas Indonesia.
- Ranque, Thuc, Thai, Huong, Ba, Khoa, and Schurr . (2006). Age is an Important Risk Factor for Onset and sequelae of Reversal Reactions in Vietnamese Patients with Leprosy, [serial on line]. *Clinical Infectious Disease*, 1: 33-40.
- Rohmatika. 2009. Gambaran Konsep Diri pada Klien dengan Cacat Kusta di Kelurahan Karang Sari RW 13, Kecamatan Neglasari, Tangerang Tahun 2009. Skripsi. Jakarta: Lembaga Penelitian Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Silitonga, R. 2007. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Penderita Penyakit Parkinson di Poliklinik Saraf RS dr. Kariadi. Tesis. Semarang: Program Pascasarjana Universitas Diponegoro.
- Sjamsoe-Daili, dkk. 2003. *Penyakit Kusta*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Skevington, S. M., Lotfy, M. and O’Connell, K.A. 2004. The World Health Organization’s WHOQoL-BREF Quality Of Life Assessment :Psychometric and Results Of The International Field Trial. *Quality of Life Research*, 13: 300-310
- Slamet, E.S., Sukandar, H., dan Gondodiputro, S. Tanpa Tahun. Faktor-faktor yang Memengaruhi Quality Of Life Orang Yang Pernah menderita Kusta di Kabupaten Cirebon. Artikel Penelitian. Bandung: Lembaga Penelitian Universitas Padjajaran.

- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Susanto, N. 2006. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kecacatan Penderita Kusta. [serial on line]. Tesis. Yogyakarta: Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada.
- Susanto, T. 2010. Pengalaman Klien Dewasa Menjalani Perawatan Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember Jawa Timur: Studi Fenomenologi. [serial on line]. Tesis. Depok: Program Pascasarjana Ilmu Keperawatan Depok.
- Tsutsumi, Izutsu, Islam, Maksuda, Kato, and Wakai. 2007. The Quality of life, mental health, and perceived stigma of leprosy patients in Bangladesh. *Social science and medicine* 64 (2007): 2443-2446
- World Health Organization (WHO). 2002. *WHOQoL-SRPB : User Manual*. Geneva : WHO.
- World Health Organization (WHO). 2014. *Weekly Epidemiological Record*, 89 (36) : 389-400.
- Wulandari, W. 2014. “Kualitas Hidup Penderita *Multi Drug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) di Kabupaten Jember. Skripsi. Tidak Dipublikasikan. Jember: Badan Penerbit Universitas Jember
- Yuliati, A. 2013. “Perbedaan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal di Komunitas dengan di Pelayanan Sosial Lanjut Usia”. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Badan Penerbit Universitas Jember.
- Zulkifli. 2003. Penyakit Kusta dan Masalah yang Ditimbulkannya. Artikel. [serial on line]. <http://library.usu.ac.id/download/fkm/fkm-zulkifli2.pdf>. [21September 2014].

Lampiran A. Pengantar Kuesioner



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Dengan hormat,

Dalam rangka menyelesaikan perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, penulis melaksanakan penelitian sebagai salah satu bentuk tugas akhir dan kewajiban yang harus diselesaikan. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan kualitas hidup Orang Yang Pernah menderita Kusta (OYPMK) yang Tinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Kemuningsari Kidul, Kabupaten Jember..

Untuk mencapai tujuan tersebut, peneliti dengan hormat meminta kesediaan Anda untuk membantu dalam pengisian kuosioner yang peneliti ajukan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Kerahasiaan jawaban serta identitas Anda akan dijamin oleh kode etik dalam penelitian. Perlu diketahui bahwa penelitian ini hanya semata-mata sebagai bahan untuk penyusunan skripsi.

Peneliti mengucapkan terima kasih atas perhatian dan kesediaan Anda untuk mengisi kuesioner yang peneliti ajukan.

Jember,.....2015

Peneliti,

Fahimah Ulfa

Lampiran B. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini.

Nama :

Alamat :

Usia :

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu dengan menjadi subyek dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Fahimah Ulfa

Judul : Kualitas Hidup Orang Yang Pernah menderita Kusta (OYPMK)
(Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah dan di
Wilayah Kerja Puskesmas Kemuningsari Kidul Kabupaten Jember)

Prosedur penelitian ini tidak menimbulkan resiko atau dampak apapun terhadap saya dan keluarga saya. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya diberi kesempatan menanyakan hal-hal yang belum jelas dan telah diberikan jawaban dengan jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subyek penelitian.

Jember,.....2015

Saksi,

Responden,

Peneliti,

(.....) (.....)

Fahimah Ulfa

Lampiran C. Panduan Wawancara Pengumpul Data



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

**KUALITAS HIDUP ORANG YANG PERNAH MENDERITA KUSTA (OYPMK)
(Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah dan di Wilayah Kerja
Puskesmas Kemuningsari Kidul Kabupaten Jember)**

Panduan Wawancara Pengumpul Data

- a. Tulis nama Anda sebagai pengumpul data pada kolom **KETERANGAN PENGUMPUL DATA** yang telah disediakan.
- b. Isilah pertanyaan pada kolom kuesioner berdasarkan jawaban responden yang benar.
- c. Lingkarilah jawaban yang tersedia pada kolom. Beri kode '1' atau '2' sesuai dengan nomor pilihan yang tertera di kolom pilihan.
- d. Pastikan responden benar-benar merupakan penderita kusta yang telah dinyatakan RFT melalui petugas kesehatan setempat.
- e. Kolektor data harus menjelaskan kepada responden ataupun keluarga yang mendampingi mengenai maksud dan tujuan wawancara.
- f. Gunakan bahasa yang mudah dan sesuai dengan responden yang berpartisipasi.
- g. Catat karakteristik responden pada kolom **KARAKTERISTIK RESPONDEN** yang telah disediakan.
- h. Mintalah informasi lebih jauh atau penjelasan bila hal-hal yang dijelaskan kurang jelas atau tidak memberi informasi yang perlu diketahui.
- i. Periksa kembali dan pastikan bahwa seluruh kolom dalam lembar kuesioner telah seluruhnya terisi dan terjawab.
- j. Ketika wawancara tersebut selesai dilakukan, tanyakanlah pada responden apakah ia memiliki pertanyaan untuk ia ajukan kepada Anda.
- k. Berterima kasihlah atas waktu yang telah mereka berikan dan katakan pada mereka betapa bergunanya bantuan yang baru saja mereka berikan.

Lampiran D. Kuesioner Penelitian



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

**KUESIONER PENELITIAN
KUALITAS HIDUP ORANG YANG PERNAH MENDERITA KUSTA (OYPMK)
(Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah dan di Wilayah Kerja
Puskesmas Kemuningsari Kidul Kabupaten Jember)**

Petunjuk Pengisian

- a. Kuesioner ini terdiri dari empat bagian yaitu karakteristik responden, kuesioner tentang dukungan keluarga, kuesioner tentang interaksi sosial dan kuesioner tentang kualitas hidup.
- b. Silahkan mengisi pada tempat yang sesuai, khusus untuk pertanyaan pilihan harap diisi dengan cara memberi tanda sesuai dengan petunjuk pengisian.
- c. Semua jawaban Bapak/Ibu/Saudara adalah BENAR.
- d. Semua pertanyaan/ Pernyataan sedapat mungkin diisi secara jujur dan lengkap.
- e. Atas partisipasi responden kami mengucapkan terima kasih.

KETERANGAN PENGUMPUL DATA	
Nama :	Tanda Tangan Pengumpul Data :
NIM :	

A. Kuesioner Karakteristik Responden

Petunjuk pengisian

1. Isilah pertanyaan berikut pada tempat yang disediakan.

Untuk pertanyaan pilihan, silakan diisi dengan cara melingkari jawaban yang tersedia pada kolom pilihan, kemudian pilih kode "1", "2", "3", "4" atau "5" sesuai dengan nomor pilihan yang tertera di kolom pilihan.

KARAKTERISTIK RESPONDEN			
Nama Responden :			
Alamat Responden :			
No. Telp :			
No	Pernyataan	Jawaban	Kode
1. Usia			
	a. Usia saat ini		<input type="text"/>
	b. Tanggal Lahir	
	c. Usia ketika didiagnosis menderita kusta	
2. Jenis Kelamin		1. Laki-laki 2. Perempuan	<input type="text"/>
3. Jenis Pekerjaan			
	a. Jenis Pekerjaan	1. Buruh Tani 2. Petani 3. Pedagang Sebutkan..... 4. Wiraswasta Sebutkan..... 5. Karyawan Sebutkan..... 6. PNS Sebutkan..... 7. Lainnya Sebutkan.....	<input type="text"/>
4. Kecacatan			
	a. Kecacatan	1. Ada 2. Tidak ada	<input type="text"/>
	b. Letak Kecacatan	1. Mata 2. Tangan 3. Kaki 4. Lainnya	<input type="text"/>
	c. Tingkat Kecacatan	1. Tingkat 0 2. Tingkat 1 3. Tingkat 2	<input type="text"/>

B. Kuesioner Kualitas Hidup

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup anda. Saya akan membacakan setiap pertanyaan kepada anda, bersamaan dengan pilihan jawaban. **Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai.** Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang akan anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran pertama yang

muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik. Camkanlah dalam pikiran anda segala standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian anda. Kami akan bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda saat ini **pada empat minggu terakhir**.

		Sangat Buruk	Buruk	Biasa Saja	Baik	Sangat Baik
1.	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda ?	1	2	3	4	5

		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa Saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
2.	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda ?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang **seberapa sering** anda telah mengalami hal-hal berikut ini dalam empat minggu terakhir.

		Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda ?	5	4	3	2	1
4.	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari anda?	5	4	3	2	1
5.	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda ?	1	2	3	4	5
6.	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti ?	1	2	3	4	5
		Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah berlebihan
7.	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi ?	1	2	3	4	5
8.	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dalam kehidupan sehari-hari ?	1	2	3	4	5
9.	Seberapa sehat lingkungan dimaan anda tinggal (berkaitan dengan sarana prasarana)	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut ini adalah tentang seberapa penuh anda alami hal-hal berikut ini dalam empat minggu terakhir ?

		Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Sering	Sangat sering
10.	Apakah anda memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari ?	1	2	3	4	5
11.	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda ?	1	2	3	4	5
12.	Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda ?	1	2	3	4	5
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari ?	1	2	3	4	5
14.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi ?	1	2	3	4	5

		Sangat buruk	Buruk	Biasa saja	Baik	Sangat Baik
15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul ?	1	2	3	4	5

		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
16.	Seberapakah anda puas dengan tidur anda ?	1	2	3	4	5
17.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari ?	1	2	3	4	5
18.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja ?	1	2	3	4	5
19.	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda ?	1	2	3	4	5
20.	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal/sosial anda ?	1	2	3	4	5

		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
21.	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda ?	1	2	3	4	5
22.	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman?	1	2	3	4	5
23.	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini ?	1	2	3	4	5
24.	Seberapa puaskah anda dengan akses anda pada layanan kesehatan ?	1	2	3	4	5
25.	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang harus anda jalani ?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam empat minggu terakhir ?

		Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
26.	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti ' <i>feeling blue</i> ' (sedih), putus asa, cemas dan depresi?	5	4	3	2	1

Lampiran E. Hasil Pengolahan Data**A. Karakteristik Individu OYPMK****Jenis Kelamin**

Wilayah Dengan KPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	15	75.0	75.0	75.0
	Perempuan	5	25.0	25.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Wilayah Tanpa KPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	13	65.0	65.0	65.0
	Perempuan	7	35.0	35.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Usia Saat Ini

Wilayah Dengan KPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-39	6	30.0	30.0	30.0
	40-59	12	60.0	60.0	90.0
	60-79	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Wilayah Tanpa KPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-39	8	40.0	40.0	40.0
	40-59	10	50.0	50.0	90.0
	60-79	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Jenis Pekerjaan

Wilayah Dengan KPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruh Tani	5	25.0	25.0	25.0
	Pedagang	6	30.0	30.0	55.0
	Pengrajin	5	25.0	25.0	80.0
	Lainnya	4	20.0	20.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Wilayah Tanpa KPD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruh Tani	9	45.0	45.0	45.0
Buruh Gudang	4	20.0	20.0	65.0
Pedagang	1	5.0	5.0	70.0
Pengrajin	1	5.0	5.0	75.0
Pekerja Bangunan	3	15.0	15.0	90.0
Lainnya	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Ada Tidaknya Kecacatan

Wilayah Dengan KPD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Ada	16	80.0	80.0	80.0
Ada	4	20.0	20.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Wilayah Tanpa KPD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Ada	10	50.0	50.0	50.0
Ada	10	50.0	50.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Letak Kecacatan

Wilayah Dengan KPD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kaki	16	80.0	80.0	80.0
kaki dan tangan	3	15.0	15.0	95.0
Total	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Wilayah Tanpa KPD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tangan	10	50.0	50.0	50.0
Kaki	2	10.0	10.0	60.0
kaki dan tangan	6	30.0	30.0	90.0
Total	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

B. Kepuasan Responden Terhadap Kondisi Kesehatan

Wilayah Dengan KPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Biasa Saja	3	15.0	15.0	15.0
	Memuaskan	9	45.0	45.0	60.0
	Sangat Puas	8	40.0	40.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Wilayah Tanpa KPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Memuaskan	3	15.0	15.0	15.0
	Biasa Saja	5	25.0	25.0	40.0
	Memuaskan	11	55.0	55.0	95.0
	Sangat Memuaskan	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

C. Kualitas Hidup Menurut Penilaian Subjektif Responden

Wilayah Dengan KPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	15	75.0	75.0	75.0
	Sangat Baik	5	25.0	25.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Wilayah Tanpa KPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Biasa Saja	3	15.0	15.0	15.0
	Baik	17	85.0	85.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

D. Kualitas Hidup Menurut Domain Kualitas Hidup

Wilayah Dengan KPD

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Domain Fisik	20	50.00	71.43	65.1800	6.00870
Domain Psikis	20	54.17	75.00	66.6665	6.75750
Domain Sosial	20	66.67	91.67	77.5005	7.69467
Domain Lingkungan	20	56.25	87.50	74.6890	6.79434
Valid N (listwise)	20				

Wilayah Tanpa KPD

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Domain Fisik	20	46.43	67.86	56.6060	5.34508
Domain Psikis	20	41.67	70.83	54.5825	9.92497
Domain Sosial	20	50.00	83.33	70.0000	10.25936
Domain Lingkungan	20	15.63	68.75	49.3790	14.39556
Valid N (listwise)	20				

E. Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Kualitas Hidup			
	Mean	Simpangan baku	Nilai Minimum	Nilai Maksimum
Usia				
20-39	66,24	7,08	56,21	78,69
40-59	63,72	11,41	41,26	78,69
60-79	60,94			
Jenis Kelamin				
Laki-laki	64,76	9,66	41,26	78,69
Perempuan	63,32	9,96	45,94	75,30
Jenis Pekerjaan				
Buruh Tani	59,01	10,94	41,26	78,69
Buruh Gudang	61,11	3,76	59	66,74
Pedagang	68,49	4,93	60,94	75,3
Pengrajin	71,79	4,29	68,27	78,69
Pekerja Bangunan				
Lainnya	68,96			
Ada Tidaknya Cacat Kusta				
Ada	57,37	10,54	41,26	78,69
Tidak Ada	68,07	6,75	59	72,17

Lampiran F. Hasil Dokumentasi Kegiatan



Gambar 1. Wawancara dengan responden di wilayah tanpa KPD



Gambar 2. Wawancara dengan responden di wilayah dengan KPD



Gambar 3. Kegiatan “Bedah Rumah” salah seorang anggota KPD



Gambar 4. Kegiatan Senam Bersama Anggota KPD



Gambar 5. Hasil Keterampilan Para Anggota KPD



Gambar 6. Kegiatan Rutin “Perkumpulan” Setiap Sabtu Legi

Lampiran G. Surat Ijin Penelitian



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



Kepada
 Yth. Sdr. : Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 Di -
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI
 Nomor : 072/2094/314/2014

Tentang

PENGAMBILAN DATA

- 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 Nomor 62 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 17 Nopember 2014 Nomor : 3425/UN25.1.12/SP/2014 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data.

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / No. Induk : Fahimah Ulfa 112110101089
 Instansi / Fak : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
 Keperluan : Melaksanakan Pengambilan Data tentang : Data mengenai penderita kusta yang dinyatakan RFT (Release From Treatment) pada tahun 2010 - 2013.
 Lokasi : Dinas Kesehatan, Puskesmas Jenggawah dan Kemuningsari Kidul Kabupaten Jember.
 Tanggal : 28-11-2014 s/d 31-12-2014

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Mbilan data ini 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 : 28-11-2014

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Sekretaris



- Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember
 2. Arsip



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, 02 Desember 2014

Nomor : 440 / ³²⁴⁶ /414/ 2014
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Pengambilan Data

Kepada :
Yth.Sdr. 1. Kepala Puskesmas Jenggawah
2. Kepala Puskesmas Kemuningsari
Kidul
di -
JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/2094/314/2014, Tanggal 28 November 2014, Perihal Ijin Pengambilan Data, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : FAHIMAH ULFA
NIM : 112110101089
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan pengambilan data tentang : Data mengenai penderita kusta yang dinyatakan RFT (Release From Treatment) pada tahun 2010-2013
Waktu Pelaksanaan : 02 Desember 2014 s/d 31 Desember 2014

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

1. Pengambilan data 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
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. : Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 Di -
 JEMBER

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/106/314/2015

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 Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 30 Desember 2014 Nomor : 4004/UN25.1.12/SP/2014 Perihal Permohonan Penelitian.

MEREKOMENDASIKAN

- Nama/No. Induk : Fahimah Ulfa 122110101089
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Alamat : Jln. Kalimantan No. 37 Jember
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian berjudul :
 "Kualitas Hidup Orang Yang Pernah Menderita Kusta (OYPMK) (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Kemuningsari Kidul Kabupaten Jember)".
 Lokasi : Dinas Kesehatan, Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah dan Kemuningsari Kidul Kab. Jember
 Tanggal : 22-01-2015 s/d 22-03-2015

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 : 22-01-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Sekretaris



- Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember
 2. Arsip Ybs.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl.Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 28 Januari 2015

Nomor : 440 / 1995 / 414 / 2015
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth.Sdr. 1. Kepala Puskesmas Jenggawah
2. Kepala puskesmas Kemuningsari kidul
di -

J E M B E R

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/106/314/2015, Tanggal 22 Januari 2015, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : FAHIMAH ULFA
NIM : 122110101089
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian berjudul "Kualitas Hidup Orang yang Pernah Menderita Kusta (OYPMK) (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Kemuningsari Kidul Kabupaten Jember"
Waktu Pelaksanaan : 28 Januari 2015 s/d 22 Maret 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