ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PARTISIPASI PENDERITA KUSTA DALAM KELOMPOK PERAWATAN DIRI (KPD) DI KABUPATEN BREBES

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Devi Ayu Susilowati
NIM. 6411410025

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2014

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PARTISIPASI PENDERITA KUSTA DALAM KELOMPOK PERAWATAN DIRI (KPD) DI KABUPATEN BREBES

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Devi Ayu Susilowati
NIM. 6411410025

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2014

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Devi Ayu Susilowati, NIM : 6411410025, dengan judul "Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes"

Pada Hari : Selasa
Tanggal : 8 Juli 2014

Panitia Ujian

Ketua Panitia,

Dr. H. Harry Pramono, M.Si
NIP.19591019.198503.1.001

Sekretaris,

Sofwan Indarjo, S.KM, M.Kes
NIP. 19760719200812 1 002

Dewan Penguji

		Tanggal persetujuan
Ketua Penguji	Chatila Maharani, S.T, M.Kes NIP. 19821018200812 2 003	15 - 07 - 2014
Anggota Penguji	Eko Farida, S.TP,M.Si NIP. 19790113200912 2 003	15 - 07 - 2014
Anggota Penguji	Widya Hary C, S.KM, M.Kes NIP.19771227200501 2 001	15 - 07 - 2014

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Semarang
Juni 2014

ABSTRAK

Devi Ayu Susilowati
Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes,
VI + 162 halaman + 34 tabel + 3 gambar + 23 lampiran

Berdasarkan studi pendahuluan di Puskesmas Sitanggal diperoleh 7 orang penderita kusta dari Puskesmas Sitanggal, Siwuluh dan Larangan yang mengikuti kegiatan Kelompok Perawatan Diri, kegiatan ini bertujuan untuk mencegah dan mengurangi kecacatan pada mata, tangan, dan kaki, namun kegiatan KPD ini hanya berlangsung 3 bulan saja. Berdasarkan permasalahan tersebut, maka akan dibentuk KPD baru, dan peneliti akan menfokuskan untuk menganalisis faktor-faktor apa sajakah yang berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam KPD di Puskesmas Jatirokeh, Jatibarang, Wanasari, dan Sitanggal Kabupaten Brebes.

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik (*explanatory research*), menggunakan metode survei dengan rancangan *cross sectional*. Populasi 72 penderita kusta di wilayah Puskesmas Jatirokeh, Jatibarang, Wanasari, dan Sitanggal. Pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling*. Jumlah sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan ekslusi sebanyak 32 orang. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dengan wawancara. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat (menggunakan uji *chi square* dengan $\alpha = 0,05$). Dengan uji alternatif uji f*isher*.

Dari hasil penelitian ini didapatkan umur (*p. value* = 0,465 > 0,05), jenis kelamin (*p. value* = 0,703 > 0,05), pendidikan (*p. value* = 1,000 > 0,05), jam kerja (*p. value* = 0,116 > 0,05), tingkat kecacatan (*p. value* = 0,703 > 0,05), tingkat pengetahuan (*p. value* = 0,008 < 0,05), sikap (*p. value 0,0001* < 0,05), keterjangkauan ke kegiatan KPD (*p. value* = 0,006 < 0,05), dukungan keluarga (*p. value* = 0,044 < 0,05), dukungan masyarakat (*p. value* = 0,0001 < 0,05). Berdasarkan hasil menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan, sikap, keterjangkauan ke kegiatan KPD, dukungan keluarga, dan dukungan masyarakat, dan tidak ada hubungan antara umur, jenis kelamin, pendidikan, jam kerja, dan tingkat kecacatan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri.

Saran kepada Dinas Kesehatan yaitu menjadikan kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) menjadi program kerja dan meresmikannya, bagi kepala puskesmas dan petugas program kusta yaitu monitoring rutin setiap kali pertemuan kegiatan Kelompok Perawatan Diri dan sosialisasi terutama di daerah pelosok, bagi penderita kusta yaitu mengupayakan untuk terus menghadiri pertemuan rutin dalam kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD).

Kata Kunci : Penderita Kusta, Kelompok Perawatan Diri, Faktor-Faktor, Partisipasi

Kepustakaan : 59 (1989-2013)

Public Health Science Department
Faculty of Sport Science
Semarang State University
June 2014

ABSTRACT

Devi Ayu Susilowati
Analysis Factors Related with Participation of Lepers in Self-Care Group Brebes District.
VI + 163 pages + 34 table + 3 image + 23 attachments

Based on the preliminary studies at the Health Center Sitanggal obtained 7 the lepers of the Health Center Sitanggal, Siwuluh and Jatirokeh who follow the self-care group, self-care group aims to prevent and reduce disability in the eye, hand, and foot, but this activities only lasted for 3 months. Based on these problems, then it will set up a new self-care group and researchers are focusing to analyse the factors related with participation of lepers in the self-care group in Health Center Jatirokeh, Wanasari, Sitanggal, and Jatibarang Brebes district in 2014.

This research is an analytical study (*explanatory research*), using a *cross sectional* survey. Population of 72 lepers in the health center Jatirokeh, Wanasari, Sitanggal, and Jatibarang. Sampling using *simple random sampling*. Total sample is 35 people. The instrument used was a questionnaire with the interview. Data analysis was performed by univariate and bivariate (using *chi square* test with α=0.05). With alternative test *fisher test.*

From the results of this study, the age (*p. value* = 0,465 > 0,05), gender (*p. value* = 0,703 > 0,05), education (*p. value* = 1,000 > 0,05), work hours (*p. value* = 0,116 > 0,05), the level of disability (*p. value* = 0,703 > 0,05), knowledge (*p. value* = 0,008 < 0,05), attitude (*p. value 0,0001* < 0,05), affordable to a self-care group (*p. value* = 0,006 < 0,05), family support (*p. value* = 0,044 < 0,05) and community support (*p. value* = 0,00001 < 0,05). Based on test results show that there was correlation of knowledge, attitude, affordable to a self-care group , family support, and community support, and while not correlation of age, gender, education, work hours, and the level of disability and hours with participation of the people with leprosy in self-care group.

Advice to the Department of Health is making the activities of Self Care Group (KPD) into a working program and make it official, the head of the health centers and leprosy program officer that regular monitoring meetings whenever Care Group activities and socialization, especially in rural areas, the lepers are seeking to continue attend regular meetings in the activities of the Self Care Group (KPD).

Keywords : Patients with Leprosy, Self-Care Group, Factors, Partisipation

Literature : 59 (1989-2013)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO:

- *Jadikanlah sabar dan sholat sebagai penolongmu, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar (QS 2:153).*
- *Keberhasilan adalah sebuah proses. Niat adalah awal keberhasilan. Peluh keringat adalah penyedapnya. Tetesan air mata adalah pewarnanya. Doa orang-orang di sekitar adalah bara api yang mematangkannya. Kegagalan di setiap langkah adalah pengawetnya.*
- *Selalu bersyukur adalah cara terbaik untuk merasa cukup dan jangan berharap lebih sebelum berusaha lebih.*

PERSEMBAHAN:

- *Allah SWT atas berkah dan karunia-Nya*
- *Bapak, Ibu, Uwa dan Adik-adikku tercinta atas segala doa, pengorbanan dan kasih sayangnya.*
- *Teman – teman IKM'10 atas semangat dan kebersamaannya khususnya Desi R. Julia, dan Ade yang tidak pernah lelah memberi semangat.*
- *Muhammad. A. Faqih atas dukungan dan kasih sayangnya*
- *Keluarga besar Wisma Maulida yang telah berbagi keceriaan bersama*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat-Nya dan berkat bimbingan Bapak dan Ibu Dosen, sehingga skripsi yang berjudul "Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Partisipasi Penderita Kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) Kusta Di Kabupaten Brebes" dapat terselesaikan. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang. Perlu disadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak dapat selesai tanpa bantuan dari berbaga pihak. Oleh karena itu, dengan kerendahan hati disampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Drs. Harry Pramono, M.Si atas ijin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Dr. dr. Hj.Oktia Woro K. H., M.Kes., atas persetujuan penelitian.
3. Pembimbing I, Ibu Widya Hary Cahyati, S.KM, M.Kes (Epid) atas bimbingan, arahan serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, atas ilmu yang diberikan selama kuliah.
5. Kepala Puskesmas Jatirokeh, Bapak Prawoto, S.KM, M.Kes (Epid), atas ijin penelitiannya.

6. Kepala Puskesmas Wanasari, Bapak Drg. Adhi Supriadi, M.Kes, atas ijin penelitiannya.
7. Kepala Puskesmas Sitanggal Bapak Dr. H. Suparto Hary Wibowo, M.Kes, atas ijin penelitiannya.
8. Kepala Puskesmas Jatibarang, Bapak Dr. Heru Padmonobo, M.Kes, atas ijin penelitiannya.
9. Petugas kusta Puskesmas Jatirokeh, Bapak Andi Hakim, atas bantuannya dalam proses penelitian.
10. Petugas kusta Puskesmas Wanasari, Ibu Sri Rokhyani, atas bantuannya dalam proses penelitian.
11. Petugas kusta Puskesmas Sitanggal, Bapak Somari, atas bantuannya dalam proses penelitian.
12. Petugas kusta Puskesmas Jatibarang, Bapak H. Saefudin, atas bantuannya dalam proses penelitian.
13. Bapak Rokhmani dan Ibu Kholidah, adik-adikku tercinta Agung dan Rakhmah atas perhatian, kasih sayang, dan motivasi yang sangat berarti.
14. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, atas bantuannya dalam penyelesaian skripsi ini

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak

Semarang, Juni 2014

Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman

JUDUL i

PERSETUJUAN ii

ABSTRAK iii

ABSTRACT iv

MOTO DAN PERSEMBAHAN v

KATA PENGANTAR vi

DAFTAR ISI viii

DAFTAR TABEL xv

DAFTAR GAMBAR xvii

DAFTAR LAMPIRAN xviii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG MASALAH 1

1.2 RUMUSAN MASALAH 7

1.3 TUJUAN PENELITIAN 9

1.4 MANFAAT HASIL PENELITIAN 10

1.5 KEASLIAN PENELITIAN 11

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN 14

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Penyakit Kusta 16

2.1.1.1 Definisi 16

2.1.1.2 Epidemiologi 16

2.1.1.3 Penyebab 17

2.1.1.4 Patogenesis 18

2.1.1.5 Diagnosis 18

2.1.1.6 Klasisfikasi Kusta 20

2.1.1.7 Gambaran Klinis 23

2.1.1.8 Kecacatan pada Kusta 24

2.1.1.9 Pencegahan Cacat pada Kusta 27

2.1.1.10 Pengobatan Kusta 29

2.1.2 Perawatan Diri Kusta 32

2.1.2.1 Pengertian Kelompok Perawatan Diri (KPD) 36

2.1.2.2 Tujuan Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) . 37

2.1.2.3 Pelaksanaan Kelompok Perawatan Diri (KPD) 38

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Penderita Kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) Kusta 40

2.1.3.1 *Faktor dalam Penderita* 40

2.1.3.1.1 Umur 40

2.1.3.1.2 Jenis Kelamin 40

2.1.3.1.3 Tingkat Pendidikan 41

2.1.3.1.4 Jam Kerja 41

2.1.3.1.5 Tingkat Kecacatan 42

2.1.3.1.6 Pengetahuan 42

2.1.3.1.7 Sikap 43

2.1.3.1.8 Keterjangkauan ke Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) 43
2.1.3.2 *Dukungan Keluarga* 44
2.1.3.3 *Dukungan Masyarakat* 44
2.1.3.4 *Penyuluhan* 45
2.1.3.5 *Peran Tenaga Kesehatan*..... 45
2.2 KERANGKA TEORI..... 46
BAB III METODOLOGI PENELITIAN
3.1 KERANGKA KONSEP..... 47
3.2 VARIABEL PENELITIAN 47
3.2.1 Variabel Bebas 47
3.2.2 Variabel Terikat..... 47
3.3 HIPOTESIS PENELITIAN..... 48
3.4 DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL..... 49
3.5 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN..... 55
3.6 POPULASI DAN SAMPEL 55
3.6.1 Populasi 55
3.6.2 Sampel..... 55
3.7 SUMBER DATA 56
3.7.1 Data Primer..... 56
3.7.2 Data Sekuder 57

3.8 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA 57
3.8.1 Instrumen Penelitian 57
3.8.1.1 Validitas Instrumen 58
3.8.1.2 Reliabilitas Instrumen 60
3.8.2 Teknik Pengambilan Data 62
3.9 PROSEDUR PENELITIAN 63
3.9.1 Tahap Persiapan 63
3.9.2 Tahap Pelaksanaan 63
3.9.3 Tahap Penyusunan Laporan 65
3.10 TEKNIK ANALISIS DATA 66
3.10.1 Analisis Univariat 66
3.10.2 Analisis Bivariat 67
BAB IV HASIL PENELITIAN 68
4.1 GAMBARAN UMUM PROSES PENELITIAN 68
4.2 HASIL PENELITIAN 76
4.2.1 Analisis Univariat 76
4.2.1.1 Deskripsi Data Umur 76
4.2.1.2 Deskripsi Data Jenis Kelamin 77
4.2.1.3 Deskripsi Data Pendidikan 77
4.2.1.4 Deskripsi Data Jam Kerja 77
4.2.1.5 Deskripsi Data Tingkat Kecacatan 78
4.2.1.6 Deskripsi Data Pengetahuan 78

4.2.1.7 Deskripsi Data Sikap penderita Kusta..... 79

4.2.1.8 Deskripsi Data Keterjangkauan..... 79

4.2.1.9 Deskripsi Data Dukungan Keluarga..... 80

4.2.1.10 Deskripsi Data Dukungan Masyarakat..... 80

4.2.1.11 Deskripsi Data Partispasi Penderita Kusta dalam KPD 80

4.2.2 Analisis Bivariat 81

4.2.2.1 Hubungan Faktor Umur dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD 81

4.2.2.2 Hubungan Faktor Jenis Kelamin dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD..... 82

4.2.2.3 Hubungan Faktor Pendidikan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD..... 82

4.2.2.4 Hubungan Faktor Jam Kerja dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD..... 83

4.2.2.5 Hubungan Faktor Tingkat Kecacatan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD..... 84

4.2.2.6 Hubungan Faktor Tingkat Pengetahuan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD..... 84

4.2.2.7 Hubungan Faktor Sikap Penderita Kusta dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD..... 85

4.2.2.8 Hubungan Faktor Keterjangkauan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD..... 85

4.2.2.9 Hubungan Faktor Dukungan Keluarga dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD 86

4.2.2.10 Hubungan Faktor Dukungan Masyarakat dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD 87

4.2.3 Rangkuman Hasil Analisis Bivariat 88

BAB V PEMBAHASAN 89

5.1 Hubungan Faktor Umur dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD 89

5.2 Hubungan Faktor Jenis Kelamin dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD 90

5.3 Hubungan Faktor Pendidikan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD 91

5.4 Hubungan Faktor Jam Kerja dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD 92

5.5 Hubungan Faktor Tingkat Kecacatan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD 93

5.6 Hubungan Faktor Tingkat Pengetahuan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD 94

5.7 Hubungan Faktor Sikap Penderita Kusta dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD 95

5.8 Hubungan Faktor Keterjangkauan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD 97

5.9 Hubungan Faktor Dukungan Keluarga dengan Partisipasi penderita Kusta dalam KPD 98

5.10 Hubungan Faktor Dukungan Masyarakat dengan Partisipasi penderita Kusta dalam KPD 99

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN 100

6.1 SIMPULAN 100

6.2 SARAN 101

DAFTAR PUSTAKA 103

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel Halaman

1.1 Keaslian Penelitian 11

2.1 Gambaran Klinis Kusta Tipe PB dan MB 23

3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel 49

3.2 Hasil Uji Validitas Instrumen Pertanyaan Pengetahuan..... 59

3.3 Hasil Uji Validitas Instrumen Pertanyaan Sikap 59

3.4 Hasil Uji Validitas Instrumen Pertanyaan Dukungan Keluarga..... 60

3.5 Hasil Uji Validitas Instrumen Pertanyaan Dukungan Masyarakat..... 60

3.6 Hasil Uji Validitas Instrumen Pertanyaan Keterjangkauan..... 60

3.7 Jadwal Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) Kusta..... 64

3.8 Persyaratan Berpartisipasi dalam KPD..... 65

4.1 Data Penderita kusta di Puskesmas Jatibarang, Jatirokeh, Wanasari, dan Sitanggal Tahun 2013 68

4.2 Jadwal Peretemuan dan Kegiatan KPD 70

4.3 Analisisi Distribusi Variabel Umur Responden 76

4.4 Analisis Distribusi Variabel Jenis Kelamin Responden..... 77

4.5 Analisis Distribusi Variabel Pendidikan Responden..... 77

4.6 Analisis Distribusi Variabel Jam Kerja Responden 77

4.7 Analisis Distribusi Variabel Tingkat Kecacatan Responden..... 78

4.8 Analisis Distribusi Variabel Tingkat Pengetahuan Responden..... 78

4.9 Analisis Distribusi Variabel Sikap Responden..... 79

4.10 Analisis Distribusi Variabel Keterjangkauan Responden 79

4.11 Analisis Distribusi Variabel Dukungan Keluarga Responden 80
4.12 Analisis Distribusi Variabel Dukungan Masyarakat Responden 80
4.13 Analisis Distribusi Variabel Partisipasi Responden dalam KPD 81
4.14 Tabulasi Silang Antara Umur dengan Partisipasi Penderita Kusta di Kabupaten Brebes tahun 2014 81
4.15 Tabulasi Silang Antara Jenis Kelamin dengan Partisipasi Penderita Kusta di Kabupaten Brebes tahun 2014 82
4.16 Tabulasi Silang Antara Pendidikan dengan Partisipasi Penderita Kusta di Kabupaten Brebes tahun 2014 83
4.17 Tabulasi Silang Antara Jam Kerja dengan Partisipasi Penderita Kusta di Kabupaten Brebes tahun 2014 83
4.18 Tabulasi Silang Antara Tingkat Kecacatan dengan Partisipasi Penderita Kusta di Kabupaten Brebes tahun 2014..... 84
4.19 Tabulasi Silang Antara Pengetahuan dengan Partisipasi Penderita Kusta di Kabupaten Brebes tahun 2014 84
4.20 Tabulasi Silang Antara Sikap dengan Partisipasi Penderita Kusta di Kabupaten Brebes tahun 2014 85
4.21 Tabulasi Silang Antara Keterjangkauan dengan Partisipasi Penderita Kusta di Kabupaten Brebes tahun 2014 86
4.22 Tabulasi Silang Antara Dukungan Keluarga dengan Partisipasi Penderita Kusta di Kabupaten Brebes tahun 2014..... 86
4.23 Tabulasi Silang Antara Dukungan Masyarakat dengan Partisipasi Penderita Kusta di Kabupaten Brebes tahun 2014..... 87
4.24 Rangkuman Hasil Analisis Bivariat 88

DAFTAR GAMBAR

Gambar Halaman

2.1 Proses Terjadinya Cacat Kusta 27

2.2 Kerangka Teori 46

3.1 Kerangka Konsep 47

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Halaman

1. Surat Keputusan Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang tentang Penetapan Dosen Pembimbing Skripsi/Tugas Akhir Semester Gasal/Genap Tahun Akademik 2012/2013 108
2. Surat Ijin Penelitian Fakultas Ilmu Keolahragan 109
3. Surat Ijin Penelitian Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Brebes110
4. Surat Ijin Penelitian Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Brebes 111
5. Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes 112
6. Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian dari Puskesmas Sitanggal..... 113
7. Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian dari Puskesmas Jatirokeh..... 114
8. Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian dari Puskesmas Wanasari..... 115
9. Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian dari Puskesmas Jatibarang 116
10. Instrumen Penelitian 117
11. Rekapitulasi Data Identitas Responden Penelitian 124
12. Skoring Kuesioner..... 126
13. Uji Validitas Instrumen..... 128
14. Uji Reliabilitas Instrumen 134
15. Output SPSS Analisis Univariat..... 137
16. Output SPSS Analisis Bivariat dengan Uji *Chi-Square*..... 140
17. Daftar Hadir Peserta KPD Puskesmas Sitanggal 150
18. Daftar Hadir Peserta KPD Puskesmas Jatirokeh..... 151

19. Daftar Hadir Peserta KPD Puskesmas Wanasari 152

20. Daftar Hadir Peserta KPD Puskesmas Jatibarang..... 153

21. Lembar Aktifitas Kegiatan Penelitian 154

22. Leaflet kusta 157

23. Dokumentasi 159

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG MASALAH

Pembangunan di bidang kesehatan yang berkualitas merupakan program terpenting dimana masyarakat, bangsa, dan negara dapat hidup dalam lingkungan dan perilaku hidup bersih dan sehat dalam upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan. Salah satu upaya yang dilakukan adalah strategi global WHO yaitu eliminasi kusta dan menetapkan indikator utamanya adalah angka penemuan penderita baru atau *Newly Case Detection Rate* (NCDR) dengan indikator <5/100.000 penduduk yang menggantikan indikator utama sebelumnya yaitu angka penemuan penderita terdaftar atau *Prevalence Rate* kusta dengan indikator <1/10.000 penduduk (WHO, 2009: 3). Strategi dan langkah-langkah program Eliminasi Kusta 2010 ditempuh melalui kebijakan deteksi dini kasus kusta dan pengobatan dengan *Multi Drug Therapy* (MDT) yang merupakan kombinasi dua atau lebih obat kusta, pencegahan kecacatan, mengubah *image* (pandangan) masyarakat luas, dan menjamin ketersediaan dan kualitas obat kusta (Dinkes Provinsi Jateng, 2009: 39).

Kusta adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh kuman kusta, yaitu *Microbacterium leprae*, yang terutama menyerang saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit dan jaringan tubuh lainnya, seperti mukosa mulut, saluran nafas bagian atas, sistem retikuloendotelial, mata, otot, tulang, dan testis, kecuali susunan saraf pusat. Penyakit ini merupakan penyakit infeksius dengan waktu inkubasi yang panjang sampai bertahun-tahun (Brown, 2005: 24).

Penyakit kusta merupakan penyakit yang menimbulkan masalah kompleks, baik dari segi medis maupun dari segi sosial. Stigmatisasi yang paling sering pada penderita kusta adalah rasa malu, diikuti oleh masalah untuk menemukan pasangan perkawinan, masalah dalam pernikahan, dan masalah dalam mencari pekerjaan, hal ini memungkinkan terjadinya kecemasan, depresi, isolasi, permasalahan dalam hubungan keluarga dan persahabatan (Van Brakel *et al*., 2012: 5). Untuk merubah persepsi tersebut perlu adanya pemberian informasi yang benar, sehingga pemahaman masyarakat terhadap penderita kusta yang keliru dapat diperbaiki (Suwoyo dkk., 2010: 193).

Menurut *World Health Organization* (WHO), selama tahun 2009 jumlah penderita baru di dunia yaitu 244.796, sedangkan laporan tahun 2010 menyatakan bahwa prevalensi kusta sekitar 211.903 kasus. Dari 16 negara pelapor, tiga negara teratas dengan jumlah kasus kusta terbanyak adalah India (133.717), Brazil (37.610), dan Indonesia (17.260). Negara-negara tersebut termasuk dalam daerah endemik kusta yang dilaporkan WHO selama tahun 2001-2009 ditemukan ≥1.000 kasus baru (WHO, 2012: 4).

Angka NCDR kusta di Indonesia dari tahun 2007-2010 menunjukkan penurunan dari 7,80 menjadi 7,2/100.000 penduduk, akan tetapi pada tahun 2011 mengalami kenaikan menjadi 8,30/100.000 penduduk hal ini disebabkan oleh meningkatnya kegiatan penemuan kasus kusta secara aktif karena adanya peningkatan anggaran oleh pemerintah pusat maupun daerah dan menurun kembali pada tahun 2012 menjadi 6,6/100.000 penduduk. Angka ini masih di atas standar penemuan penderita yaitu <5/100.000 penduduk (Ditjen P2&PL, 2013:

101). Indikator keberhasilan dalam mendeteksi kasus baru dapat diukur dari tinggi rendahnya proporsi cacat tingkat II, sedangkan untuk mengetahui tingkat penularan di masyarakat digunakan indikator proporsi anak (0-14 tahun) di antara penderita baru masing-masing <5% (Departemen Kesehatan RI, 2012: 27). Pada tahun 2012, proporsi kasus kusta cacat tingkat 2 sebesar 1.838 penderita (11,40%) dan proporsi anak yang terkena kusta sebesar 1.793 penderita (11,12%) (Profil Kesehatan Indonesia, 2012: 354).

Kasus kusta di Jawa Tengah mengalami penurunan selama tahun 2011-2012. Pada tahun 2011 dilaporkan terdapat 2.264 kasus kusta dengan angka NCDR (*Newly Case Detection Rate*) 7/100.000 penduduk (Profil Kesehatan Provinsi Jateng, 2011), sedangkan tahun 2012 dilaporkan terdapat 1.519 kasus kusta dengan angka NCDR (*Newly Case Detection Rate*) 4,57/100.000 penduduk (Profil Kesehatan Provinsi Jateng, 2012), dan 3,33/100.000 penduduk pada tahun 2013 (Profil Kesehatan Provinsi Jateng, 2013). Proporsi cacat tingkat II pada tahun 2011 sebesar 13,32%. Proporsi anak di antara penderita baru sebesar 10,14% (Profil Kesehatan Provinsi Jateng, 2011: 24). Pada tahun 2012, proporsi kasus kusta cacat tingkat 2 sebesar 16,59% lebih tinggi dibandingkan pada tahun 2011 (13,32%) dan proporsi anak yang terkena kusta tahun 2012 sebesar 6,58% (Profil Kesehatan Provinsi Jateng, 2012: 27).

Berdasarkan data dari Dinkes Jawa Tengah tahun 2012, angka penemuan baru (CDR) penyakit kusta di 14 kabupaten/kota di Jawa Tengah masih tinggi, karena mempunyai prevalensi di atas 5/100.000 penduduk. Kabupaten/kota tersebut adalah Kota Pekalongan (25,5), Kabupaten Brebes (17,1), Kabupaten

Tegal (16,1), Kabupaten Pekalongan (15,4), dan Kabupaten Blora (13,4) (Profil Kesehatan Provinsi Jateng, 2012).

Di Kabupaten Brebes terdapat 17 kecamatan dengan 38 puskesmas. Jumlah kasus kusta tahun 2011 yaitu 516 kasus, dengan kasus kusta tertinggi di Puskesmas Banjarharjo 58 kasus. Pada tahun 2012 kasus kusta mengalami penurunan menjadi 288 kasus, dengan jumlah kasus kusta tertinggi di Puskesmas Larangan 25 kasus. Pada tahun 2013 kasus kusta di Kabupaten Brebes mengalami peningkatan kembali menjadi 301 kasus, dengan jumlah kasus kusta tertinggi yaitu di Puskesmas Larangan sebesar 24 kasus (Data Seksi P2 DKK Kab Brebes 2011 dan 2012).

Pemerintah melalui Depkes RI mencanangkan program Kelompok Perawatan Diri Kusta (KPD) sebagai salah satu alternatif untuk memberantas penyakit kusta. Pengobatan dan perawatan sebelum dibentuk KPD dirasakan belum banyak menunjukkan keberhasilan karena kurangnya pengetahuan tentang perawatan luka pada penderita kusta (Departemen Kesehatan RI, 2006: 101). Penderita membutuhkan kegiatan khusus untuk mencegah memburuknya gangguan setelah selesai pengobatan, terutama pengawasan orang berisiko tinggi, pelatihan dalam perawatan kaki dan tangan, dan penyediaan alat bantu (Van Brakel *et al*., 2012: 3). Banyak faktor yang mempengaruhi penderita kusta untuk melakukan praktik perawatan diri. Berdasarkan hasil penelitian Pangaribuan dkk (2012) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan penderita kusta dengan pencegahan kecacatan dengan nilai $p < 0,001$. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Estiningsih (2006) yang mendapatkan hasil bahwa

tingkat ekonomi, pengetahuan penderita kusta, peran petugas, dan peran keluarga berpengaruh terhadap praktik perawatan diri penderita kusta. Selain faktor-faktor di atas, fasilitas perawatan diri yang mudah dijangkau oleh penderita perlu diperhatikan untuk melakukan praktik perawatan diri (Departemen Kesehatan RI, 2007: 106).

Berdasarkan penelitian Mongi (2012) dukungan keluarga yang baik sangat diperlukan untuk penderita kusta dalam proses penyembuhan penyakitnya, bentuk dukungan yang diberikan keluarga adalah dukungan emosional, dukungan instrumental, dan dukungan informasi. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Wulandari dkk. (2011) tentang "Evaluasi Keefektifan Pelatihan Perawatan Diri Terhadap Peningkatan Dukungan Keluarga pada Penderita Kusta" yang mendapatkan hasil bahwa pelatihan perawatan diri efektif untuk meningkatkan dukungan emosional (p=0,025) dan dukungan instrumental (p=0,044) keluarga penderita kusta. Dalam penelitian Susanto dkk. (2012) terdapat pengaruh modifikasi perilaku dengan perjanjian kotrak selama 4 minggu terhadap kepatuhan perawatan diri klien kusta.

Berdasarkan hasil observasi pada bulan November tahun 2013, pemerintah Kabupaten Brebes telah berupaya membentuk Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta yang dilaksanakan rutin 1 kali disetiap bulannya. Kegiatan ini hanya dilaksanakan selama 3 bulan saja, yaitu dimulai dari bulan Oktober sampai dengan bulan Desember tahun 2013, hal ini dikarenakan keterbatasan dana APBD Kabupaten Brebes.

Kegiatan ini dipusatkan di Puskesmas Sitanggal, dengan pesertanya dari tiga puskesmas di Kabupaten Brebes yaitu Puskesmas Sitanggal (3 orang), Larangan (2 orang), dan Siwuluh (2 orang). Sebagian besar peserta KPD yang terdaftar berjenis kelamin laki-laki (6 orang) dan hanya 1 orang yang berjenis kelamin perempuan, dengan usia antara 24 tahun sampai dengan 60 tahun, yaitu 57% (4 orang) berusia 24-32 tahun, 14% (1 orang) berusia 42-50 tahun, dan 29% (2 orang) berusia 51-60 tahun, sebagian besar pekerjaanya adalah buruh tani 72% (5 orang), wiraswasta 14% (1 orang), dan tidak bekerja 14% (1 orang). 86% (6 orang) memiliki tingkat pendidikan tamat SD, sedangkan 14% (1 orang) memiliki tingkat pendidikan tamat SMP (Data Puskesmas Sitanggal, 2013).

Seluruh penderita yang mengikuti KPD ini mendapatkan uang pengganti untuk transportasi menuju ke kegiatan KPD, kegiatan ini dilaksanakan sampai dengan siang hari sehingga peserta mendapatkan makan siang di setiap pertemuannya. Namun berdasarkan hasil dari wawancara, faktor tersebut bukan merupakan alasan mereka untuk mengikuti perawatan diri tetapi karena motivasi untuk kesembuhannya yang menjadi pendorong terbesar dalam mengikuti KPD ini. Seluruh anggota KPD menyatakan bahwa kegiatan ini sangat bermanfaat dalam kesembuhan luka-luka yang diderita karena selalu mendapatkan pengawasan dan motifasi untuk kesembuhannya dan mendapatkan pengetahuan baru dalam merawat luka dari petugas kusta. Hal ini sejalan dengan penelitian Motbainor dan Lemma (2003) yang menyatakan bahwa program kelompok perawatan diri mampu meningkatkan tanggung jawab penderita kusta dalam penyembuhan lukanya untuk kesejahteraan dirinya sendiri.

Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes belum merencanakan kembali keberlanjutan kegiatan KPD ini. Berdasarkan permasalahan tersebut penulis berkerjasama dengan puskesmas tertarik untuk membentuk kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes di beberapa puskesmas dan penulis akan menganalisis faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi partisipasi penderita kusta dalam mengikuti kegiatan tersebut. Dalam isi pembahasan skripsi ini penulis hanya akan memfokuskan pada analisis faktor saja dan tidak menganalisis proses pembentukan Kelompok Perawatan Diri (KPD) yang baru saja dibentuk, sehingga penulis mengangkat judul penelitian "Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes".

1.2 RUMUSAN MASALAH

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Rumusan masalah secara umum dalam penelitian ini adalah faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

Rumusan masalah secara khusus dalam penelitian ini adalah:

1. Apakah faktor umur berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes?
2. Apakah faktor jenis kelamin berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes?

3. Apakah faktor tingkat pendidikan berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes?
4. Apakah faktor jam kerja berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes?
5. Apakah faktor tingkat kecacatan berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes?
6. Apakah faktor pengetahuan berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes?
7. Apakah faktor sikap berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes?
8. Apakah faktor keterjangkauan ke kegiatan KPD berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes?
9. Apakah faktor dukungan keluarga berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes?
10. Apakah faktor dukungan masyarakat berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelittian ini adalah

1. Untuk mengetahui apakah faktor umur berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
2. Untuk mengetahui apakah faktor jenis kelamin berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
3. Untuk mengetahui apakah faktor pendidikan berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
4. Untuk mengetahui apakah faktor jam kerja berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
5. Untuk mengetahui apakah faktor tingkat kecacatan berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
6. Untuk mengetahui apakah faktor pengetahuan berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
7. Untuk mengetahui apakah faktor sikap berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.

8. Untuk mengetahui apakah faktor keterjangkauan ke kegiatan KPD berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
9. Untuk mengetahui apakah faktor dukungan keluarga berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
10. Untuk mengetahui apakah faktor dukungan masyarakat berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.

1.4 MANFAAT HASIL PENELITIAN

1.4.1 Bagi Dinas Kesehatan dan Instansi Terkait Kabupaten Brebes

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan untuk melanjutkan kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) dan pembentukan kegiatan KPD di seluruh puskesmas di Kabupaten Brebes sehingga seluruh penderita kusta akan merasa dipedulikan dan termotivasi dalam proses penyembuhannya.

1.4.2 Bagi Kepala Puskesmas dan Petugas Pemegang Program Kusta di Kabupaten Brebes

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memotivasi kepala puskesmas dan petugas kusta untuk melanjutkan kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) dengan mengadakan pertemuan secara berkala demi meningkatkan pengetahuan dan memotivasi penderita untuk kesembuhan total dari penyakit kusta yang dideritanya.

1.4.3 Bagi Penderita Kusta dan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran untuk berpartisipasi dalam kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) dalam upaya pencegahan cacat kusta. Mampu meningkatan dukungan masyarakat kepada penderita kusta untuk mengikuti kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) dan merubah stigma negatif tentang kusta di masyarakat sehingga penderita akan merasa termotivasi dalam proses penyembuhannya.

1.4.4 Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat dapat dijadikan data dasar dalam pengembangan penelitian lain dengan ruang lingkup yang sama atau sebagai bahan kajian pustaka.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Penelitian-penelitian yang Relevan dengan Penelitian ini

Judul Penelitian	Nama Peneliti/ Tahun dan Tempat	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
Hubungan Pemberian Motivasi dari Kader dan Partisipasi Masyarakat dengan Pelaksanaan Kegiatan KPD pada Penderita Kusta di	Nuri Dahlia Rahmawati / 2008, *Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora*	*Cross sectional study*	Variabel bebas: 1. Pemberian motivasi dari kader 2. Partisipasi masyarakat Variabel terikat: 1. *Pelaksanaan kegiatan*	Terdapat hubungan antara: 1. Pemberian motivasi kader dan 2. Partisipasi masyarakat *dengan pelaksanaan kegiatan KPD pada*

Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora Tahun 2008			*KPD pada penderita kusta*	*penderita kusta di Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora Tahun 2008*
Pengetahuan, Sikap dan Peran Keluarga Dalam Upaya Penyembuhan Penderita Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Kramatsari Kota Pekalongan Tahun 2002	Dwi Sofiarni/ 2002, Wilayah kerja Puskesmas Kramatsari Kota Pekalongan	Penelitian observasional dengan pendekatan kualitatif	Variabel bebas: 1. Pengetahuan keluarga 2. Sikap keluarga 3. Peran keluarga Variabel terikat: 1. Upaya penyembuh-an penderita kusta	1. Pengetahuan responden tentang kusta sangat kurang 2. Sikap keluarga terhadap penderita dan penyakitnya sangat kurang 3. Peran keluarga dalam upaya penyembuh-an penderita kusta sangat baik
Pengaruh Modifikasi Perilaku dengan Perjanjian Kontrak terhadap Kepatuhan Perawatan Mata, Tangan, dan Kaki	Tantut Susanto, Latifa Aini, 2012, Puskesmas Ajung Jember	*Eksperiment quasi* dengan rancangan *nonrandomized control group design with pretest* dan *posttest*.	Perawatan tangan, kaki, dan mata. Peneliti memberikan beberapa anjuran, motivasi, larangan, hukuman, dan kesepakatan	Terdapat pengaruh terapi modifikasi perilaku dengan perjanjian kotrak selama 4 minggu terhadap kepatuhan

Klien Kusta			bersama selama dilakukan kunjungan rumah selama satu minggu sekali dalam satu bulan.	perawatan diri klien kusta.
Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Perawatan Luka Kusta pada Penderita Kusta di Puskesmas Sukolilo II Kabupaten Pati	Anik Ekowati, 2008, Puskesmas Sukolilo II Pati.	Deskriptif korelasi, *cross sectional*	Variabel bebas: 1. Tingkat pendidikan 2. Tingkat pengetahuan 3. Sikap Variabel terikat: 1. Perilaku perawatan luka kusta	Terdapat hubungan yang signifikan antara: 1. Tingkat pendidikan 2. Tingkat pengetahu-an 3. Sikap terhadap perilaku perawatan luka kusta
Evaluasi Keefektifan Pelatihan Perawatan Diri Terhadap Peningkatan Dukungan Keluarga pada Penderita Kusta	Listyo Rini Wulandari, 2011, Paguyuban Harapan Kita Kecamatan Padas Kabupaten Ngawi.	Pra *experi-mental static group comparition*	Variabel bebas: dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informatif, dukungan penghargaan keluarga Variabel terikat: efektivitas	Pelatihan perawatan diri efektif untuk meningkat-kan dukungan emosional (p=0,025) dan dukungan instrumental (p=0,044) keluarga penderita kusta, namun tidak efektif untuk

		pelatihan perawatan diri	meningkat-kan dukungan informatif (p=0,792) dan dukungan penghargaan (p=0,354) dari keluarga.

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Penelitian mengenai partisipasi penderita kusta dalam mengikuti kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes belum pernah dilakukan sebelumnya
2. Variabel bebas yang diteliti dalam penelitian ini lebih beragam yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jam kerja, tingkat kecacatan, pengetahuan, sikap penderita, keterjangkauan ke kegiatan KPD, dukungan keluarga, dan dukungan masyarakat.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Brebes, yaitu di wilayah kerja Puskesmas Jatirokeh, Puskesmas Jatibarang, Puskesmas Wanasari, dan Puskesmas Sitanggal.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Ruang lingkup waktu dimulai dari penyusunan proposal pada bulan November 2013 sampai dengan penelitian. Penelitian akan dilakukan selama 2 bulan yaitu pada bulan April sampai dengan Mei tahun 2014, dan pengambilan data menyangkut variabel bebas dilaksanakan pada saat bersama.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Bidang kajian yang diteliti termasuk dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya dalam penyakit kusta dan partisipasi penderita kusta di Kelompok Perawatan Diri (KPD).

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Penyakit Kusta

2.1.1.1 Definisi

Penyakit kusta adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh infeksi kuman *Microbacterium leprae,* yang pertama menyerang syaraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa mulut, saluran nafas bagian atas, mata, otot, tulang, dan testis (Harahap, 2000: 260). Penyakit kusta bersifat menahun, hal ini dikarenakan bakteri kusta memerlukan waktu 12-21 hari untuk membelah diri dan masa tunasnya memiliki rata-rata 2-5 tahun. Penyakit kusta dapat menimbulkan kecacatan permanen akibat dari keterlambatan penanganan, dan keadaan ini menjadi penghalang bagi penderita dalam menjalani kehidupan bermasyarakat (Widoyono, 2011: 48).

2.1.1.2 Epidemiologi

Penyakit kusta tersebar di seluruh dunia terutama di negara-negara berkembang yang *hygiene* dan sanitasinya kurang baik. Selama tahun 2009, *World Health Organization* (WHO) mencatat adanya 244.796 kasus kusta baru, tiga negara teratas dengan jumlah kasus kusta terbanyak adalah India (133.717), Brazil (37.610), dan Indonesia (17.260). Prevalensi kusta pada tahun 2010 dilaporkan terdapat 211.903 kasus (WHO, 2012: 4).

Di Indonesia jumlah penderita baru yang ditemukan pada tahun 2012, sebanyak 12.749 kasus (86,69%) merupakan penderita tipe MB, jumlah penderita

anak sebesar 1.663 kasus (10,78%) dan penderita yang mengalami cacat tingkat 2 sebesar 1.812 kasus (11,75%), dapat dikatakan bahwa proporsi penderita MB diantara kasus baru kusta pada tahun 2012 meningkat sebesar 2,3 % bila dibandingkan data tahun 2011, proporsi penderita anak lebih rendah 0,5% dan proporsi penderita cacat tingkat 2 meningkat sebesar 1,6% (Kemenkes RI. 2012).

2.1.1.3 Penyebab

Penyebab penyakit kusta yaitu *Mycrobacterium leprae* atau basil Hansen yang ditemukan oleh GH Armeur Hansen pada tahun 1873. Basil ini bersifat tahan asam, berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-8 mikron dan lebar 0,2-0,5 mikron, biasanya berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel terutama jaringan yang bersuhu dingin dan tidak dapat dikultur dalam media buatan, tidak dapat bergerak sendiri karena tidak mempunyai alat gerak, dan tidak menghasilkan racun yang dapat merusak kulit (Widoyono, 2011: 49).

Terdapat beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan penyakit kusta diantaranya adalah tingkat pendidikan yang rendah, pernah mengalami kekurangan makanan, pernah mandi dalam jangka waktu satu kali minggu di perairan terbuka (sungai maupun danau) dalam jangka waktu 10 tahun sebelumnya, jarangnya mengganti sprei tempat tidur (dua kali seminggu) (Kerr-Pontes *et al*., 2006: 997). Kuman *Mycrobacterium leprae* dapat ditemukan di dalam tanah, air, udara, dan pada manusia yang terdapat di permukaan kulit, rongga hidung, dan tenggorokan. Mengandung DNA dan RNA yang berkembang biak secara perlahan yang membutuhkan waktu 11-13 hari, sifat multifikasinya

lambat yaitu membutuhkan waktu sampai dengan 20 jam oleh karena itu masa inkubasi kusta mencapai 5-7 tahun (Harahap, 2000: 262).

2.1.1.4 Patogenesis

Meskipun cara masuk *Mycrobacterium leprae* belum pasti ke dalam tubuh, beberapa penelitian telah memperlihatkan bahwa yang tersering adalah melalui kulit yang lecet pada bagian tubuh yang bersuhu dingin dan pada mukosa nasal. Bila basil *Mycrobacterium leprae* masuk ke dalam tubuh, maka tubuh akan bereaksi mengeluarkan magrofag (berasal dari monosit darah, sel mononuclear, histosit) untuk mengfagositositnya. Sel *schwan* merupakan sel target pertumbuhan *Mycrobacterium leprae,* disamping itu sel *schwan* berfungsi sebagai deeliminasi dan hanya sedikit fungsinya sebagai fagositosis. Jadi bila terjadi gangguan imunitas tubuh dan sel *schwan,* basil dapat bermigrasi dan beraktifasi, akibatnya aktifitas regenerasi saraf berkurang dan kerusakan saraf progresif (Harahap, 2000: 262).

2.1.1.5 Diagnosis

Keterlambatan diagnosis kusta dapat mengakibatkan kerusakan saraf *irreversibel* yang berakhir pada cacat permanen, hal ini sesuai dengan pendapat dari Putra dkk (2009: 16) yang menyatakan bahwa penderita yang sakit lebih dari 6 bulan dan baru menjalani pengobatan dapat meningkatkan risiko terjadinya kecacatan. Diagnosis dini dan pengobatan yang tepat sangat diperlukan untuk memberikan pemahaman kasus kusta di Indonesia (Wisnu IM dan Hadilukito G, 2003: 83).

Diagnosis penyakit kusta didasarkan pada gambaran klinis, bakteriologis, dan histopatologis. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Pietojo dkk (2006) terdapat hubungan antara peran petugas kesehatan dalam mendeteksi penderita kusta dengan praktik deteksi dini penderita kusta (*p value* = 0,05) hal ini memberikan gambaran bahwa petugas kesehatan sangat memegang peranan penting untuk menetapkan diagnosis klinis penyakit kusta. Harus ada minimal satu tanda utama atau *cardinal sign*. Tanda utama tersebut yaitu (Departemen Kesehatan RI, 2006) :

a. Lesi (kelainan kulit) yang mati rasa

   Kelainan kulit atau lesi dapat berupa bercak keputih-putihan (*hypopigmentasi*) atau kemerah-merahan (*erithematous*) yang mati rasa (*anaesthesi*) bersifat total atau sebagian saja terhadap rasa sentuh, rasa suhu, dan rasa nyeri.

b. Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf yang diakibatkan adanya peradangan kronis saraf tepi (*neuritis perifer*). Gangguan saraf ini bisa berupa gangguan fungsi sensoris (mati rasa), gangguan fungsi motoris (kelemahan otot atau kelumpuhan) dan gangguan fungsi saraf otonom (kulit kering dan retak-retak)

c. Adanya bakteri tahan asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (BTA positif)

Seseorang dinyatakan sebagai penderita kusta apabila satu atau lebih tanda-tanda di atas, apabila hanya ditemukan *cardinal sign* ke-2 maka perlu dirujuk ke ahli kusta, jika hasil masih diragukan maka orang tersebut dianggap sebagai kasus yang dicurigai (Departemen Kesehatan RI, 2006: 36).

2.1.1.6 Klasifikasi Kusta

Setelah seseorang didiagnosis menderita kusta, maka tahap selanjutnya menentukan tipe/klasifikasi penyakit kusta yang diderita. Klasifikasi penyakit kusta bertujuan untuk menentukan jenis dan lamanya pengobatan penyakit, waktu penderita dinyatakan *Release from Treatment* (RFT), dan perencanaan logistik. Dasar penentuan klasifikasi adalah manifestasi klinis berupa lesi kulit serta jumlah saraf yang terganggu dan hasil pemeriksaan bakteriologis (Departemen Kesehatan RI, 2006: 39). Terdapat beberapa jenis-jenis klasifikasi kusta yang umum yaitu:

1) Klasifikasi Internasional (Madrid, 1953)

   a. *Interminate* (I)

      Terdapat kelainan kulit berupa makula berbentuk bulat yang berjumlah 1 atau 2. Batas lokasi di pantat, kaki, lengan, dan punggung pipi. Permukaan halus dan licin.

   b. *Tuberkuloid* (T)

      Terdapat makula atau bercak tipis bulat yang tidak teratur dengan jumlah lesi 1 atau beberapa. Batas lokasi terdapat di pantat, punggung, lengan, kaki, pipi. Permukaan kering, kasar, sering dengan penyembuhan di tengah.

   c. *Borderline* (B)

      Kelainan kulit bercak agak menebal yang tidak teratur dan tersebar. Batas lokasi sama dengan *Tuberkuloid.*

d. *Lepramatosa* (L)

Kelainan kulit berupa bercak-bercak menebal yang difus, bentuk tidak jelas. Berbentuk bintil-bintil (nodul), makula-makula tipis yang difus di badan, merata di seluruh badan, besar, dan kecil bersambung simetrik.

2) Klasifikasi Ridley-Jopling

Klasifikasi ini banyak dipakai pada bidang penelitian yang mengelompokkan penyakit kusta menjadi 5 kelompok berdasarkan gambaran klinis, bakteriologis, histopatologi, dan imunologis.

a. Tipe Tuberkuloid tuberkuloid (TT)

Lesi mengenai kulit maupun saraf. Lesi bisa satu atau beberapa, berupa bercak makulo anestetik dan hipopigmentasi yang terdapat di semua tempat terutama pada wajah dan lengan, kecuali: ketiak, kulit kepala, perineum, dan selangkangan. Batas lesi jelas berbeda dengan warna kulit di sekitarnya. Hipopigmentasi merupakan gejala yang menonjol. Permukaan lesi dapat bersisik dengan tepi yang meninggi, dapat disertai dengan penebalan saraf perifer yang biasanya teraba, kelemahan otot, dan sedikit rasa gatal.

b. Tipe *Borderline* Tuberkuloid (BT)

Gejala pada lepra tipe BT sama dengan tipe TT, tetapi lesi lebih kecil, tidak disertai adanya kerontokan rambut, jumlah lesi dapat satu atau beberapa, dan perubahan saraf hanya terjadi pembengkakan.

c. Tipe *Mid Borderline* (BB)

Merupakan tipe yang paling tidak stabil dari semua spektrum penyakit kusta. Disebut juga bentuk dimorfik dan bentuk ini jarang dijumpai. Pada pemeriksaan bakteriologis ditemukan beberapa hasil, dan tes lepromin memberikan hasil negatif. Lesi kulit berbentuk tidak teratur, terdapat satelit

yang mengelilingi lesi, dan distribusi lesi asimetris. Bagian tepi dari lesi tidak dapat dibedakan dengan jelas terhadap daerah sekitarnya.

d. Tipe *Borderline Lepromatous* (BL)

Lesi pada tipe ini berupa makula dan nodul papula yang cenderung asimetris, awalnya hanya dalam jumlah sedikit dan dengan cepat menyebar ke seluruh badan. Makula lebih jelas dan lebih bervariasi bentuknya, walaupun kecil namun papul dan nodus lebih tegas dengan distribusi lesi yang hampir simetris dan beberapa nodus tampak melekuk pada bagian tengah. Tanda kerusakan saraf berupa hilangnya sensasi, hipopigmentasi, berkurangnya keringat, dan gugurnya rambut lebih cepat muncul dibandingkan dengan tipe LL .

e. Tipe Lepromatosa (LL)

Jumlah lesi sangat banyak, simetris, dan mengkilap berwarna keabu-abuan. Distribusi lesi khas, yakni di wajah mengenai dahi, pelipis, dagu, cuping telinga, sedangkan dibadan mengenai bagian badan yang dingin lengan, punggung tangan, dan permukaan ekstensor tungkai bawah. Pada stadium lanjut tampak penebalan kulit yang progresif, cuping telinga menebal. Lebih lanjut lagi dapat terjadi deformitas pada hidung.

3) Klasifikasi WHO

a. Tipe PB (Pausibasiler)

Kusta tipe PB termasuk kusta tipe TT (*Tuberculoid*) dan BT (*Borderline Tuberculoid*) menurut kriteria Ridley dan Jopling atau tipe I (*Indeterminate*) dan TT (*Tuberculoid*) menurut klasifikasi Madrid dengan BTA negatif. Hanya mempunyai jumlah lesi antara 1-5 pada kulit. Kusta tipe PB adalah tipe kusta yang tidak menular.

b. Tipe MB (Multibasiler)

Kusta MB adalah semua penderita kuta tipe BB (*Mid Borderline*), BL (*Borderline Lepromatous*) dan L (*Lepromatosa*) menurut kriteria Ridley dan Jopling atau B *Borderline* dan L (*Lepramatosa*) menurut Madrid dan semua tipe kusta dengan BTA positif dengan jumlah lesi 6 atau lebih dan *skin smear* positif. Kusta tipe MB adalah tipe yang dapat menular.

2.1.1.7 Gambaran Klinis

Gambaran klinis kusta tipe PB dan MB digambarkan pada tabel berikut.

Tabel 2.1 Gambaran Klinis Kusta Tipe PB dan MB

No	Gambaran	Tipe PB	Tipe MB
1.	Bercak (Makula)		
	a. Jumlah	1-5	>5
	b. Ukuran	Kecil dan besar	Kecil-kecil
	c. Distribusi	Unilateral atau bilateral asimetris	Bilateral simetris
	d. Konsistensi	Kering dan kasar	Halus, berkilat
	e. Batas	Selalu ada dan tegas	Tidak jelas, jika ada terjadi pada yang sudah lanjut
	f.Kehilangan rasa pada bercak	Tegas	Kurang tegas
	g. Kehilangan kemampuan berkeringat dan bulu rontok pada bercak	Selalu ada dan jelas	Biasanya tidak jelas, jika ada terjadi pada yang sudah lanjut
2.	Infiltrat		
	a. Kulit	Tidak ada	Ada, kadang tidak ada
	b. Membran mukosa (hidung tersumbat, peradangan hidung)	Tidak pernah ada	Ada, kadang tidak ada

No	Gambaran	Tipe PB	Tipe MB
3.	Ciri-ciri khusus	*Central Healing* (penyembuhan di tengah)	*Punched out lesion* (bentuk lesi seperti donat): c. *Madarosis* d. *Ginekomasti* e. Hidung pelana f. Suara sengau
4.	Nodulus	Tidak ada	Kadang ada
5.	Penebalan saraf tepi yang disertai gangguan fungsi	Hanya satu saraf	Lebih dari satu saraf
6.	Deformitas	Biasanya asimetris dan terjadi dini	Biasanya simetris, terjadi pada stadium lanjut
7.	Apusan	BTA Negatif	BTA Positif

Sumber: Depkes, 2007

2.1.1.8 Kecacatan pada Kusta

Kusta merupakan masalah kesehatan masyarakat karena kecacatanya. Cacat kusta terjadi akibat gangguan fungsi saraf pada mata, tangan, atau kaki. Semakin panjang waktu penundaan dari saat pertama ditemukan tanda dini hingga dimulainya pengobatan maka semakin besar risiko timbulnya kecacatan akibat terjadinya kerusakan saraf yang progresif (Departemen Kesehatan RI, 2006: 81). Menurut penelitian Moschioni *et al.* (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi kecacatan pada penderita kusta adalah umur, tipe kusta, dan pendidikan. Tingkat kecacatan penderita kusta berhubungan dengan gambaran diri (*body image*) karena pada tingkat kecacatan tersebut dapat menimbulkan rasa jijik, ngeri, dan rasa takut yang berlebihan terhadap mereka yang melihatnya, akibatnya akan ada perubahan yang mendasar pada kepribadian dan tingkah laku penderita kusta

(Lusianingsih dkk., 2013: 5). Selain itu akan menimbulkan masalah-masalah psikososial terhadap diri penderita kusta dan keluarganya seperti merasa rendah diri, tekanan batin, ketakutan menghadapi keluarga maupun masyarakat karena sikap penerimaan yang kurang wajar (Zulkifli, 2003: 5).

Cacat yang timbul pada penyakit kusta dapat dikelompokan menjadi 2 yaitu:

1) Cacat primer: cacat yang disebabkan langsung oleh aktifitas penyakit, terutama kerusakan akibat respon jaringan terhadap *Microbacterium leprae*.
2) Cacat sekunder: terjadi akibat cacat primer, terutama akibat kerusakan saraf (sensorik, motorik, otonom). Anastesi akan memudahkan terjadinya luka akibat trauma mekanis yang dapat mengalami infeksi sekunder dengan segala akibatnya. Kelumpuhan motorik menyebabkan kontraktur sehingga dapat menimbulkan gangguan menggenggam atau berjalan, juga memudahkan terjadinya luka. Kelumpuhan saraf otonom menyebabkan kulit kering dan elastistas berkurang, akibatnya kulit mudah retak-retak dan dapat terjadi infeksi sekunder.

WHO membagi cacat kusta menjadi tiga tingkatan yaitu:

Cacat pada tangan dan kaki:

Tingkat 0 : tidak ada anastesi dan kelainan anatomis

Tingkat 1 : ada anastesi tetapi tidak ada kelainan anatomis

Tingkat 2 : terdapat kelainan anatomis

Cacat pada mata:

Tingkat 0 : tidak ada kelainan pada mata (termasuk visus)

Tingkat 1 : ada kelainan pada mata, tetapi tidak terlihat, visus sedikit berkurang

Tingkat 2 : ada lagoftalmos dan visus sangat terganggu

Proses terjadinya cacat tergantung dari fungsi serta syaraf mana yang rusak. Diduga kecacatan akibat kusta dapat terjadi melalui 2 proses:

a. Infiltrasi langsung M. leprae susunan syaraf tepi dan organ (misalnya mata).
b. Melalui reaksi kusta (Departemen Kesehatan RI, 2006: 94)

Pada reaksi terjadi proses inflamasi akut yang menyebabkan kerusakan syaraf. Itulah sebabnya monitoring fungsi syaraf secara rutin sangat penting dalam upaya pencegahan dini cacat kusta. Kerusakan syaraf terjadi kurang dari 6 bulan, bila diobati Prednison dengan tepat, tidak akan terjadi kerusakan syaraf yang permanen (fungsi syaraf masih *reversibel*). Bila kerusakan syaraf ini sudah terlanjur menjadi cacat permanen maka yang dapat dilakukan adalah upaya pencegahan cacat agar tidak bertambah berat (Departemen Kesehatan RI, 2006: 81).

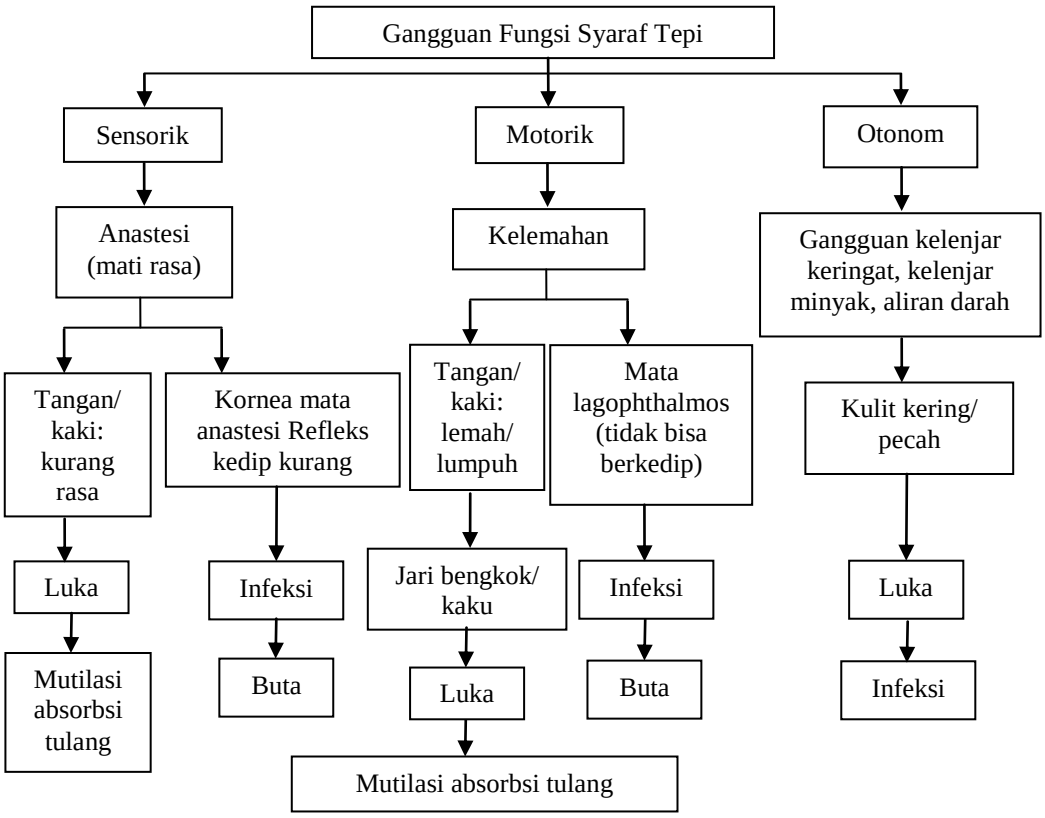
Kerusakan akibat kerusakan syaraf tepi dapat dibagi menjadi 3 tahap, yaitu:

Tahap 1: Terjadi kelainan pada syaraf/penebalan syaraf, nyeri tanpa gangguan fungsi gerak, namun telah terjadi gangguan sensorik.

Tahap 2: Terjadi kerusakan syaraf, timbul paralisis (lumpuh) tidak lengkap atau paralisis awal, termasuk pada otot, kelopak mata, otot jari tangan dan jari kaki. Masih dapat terjadi pemulihan kekuatan otot.

Tahap 3: Terjadi penghancuran syaraf, kelumpuhan akan menetap, dapat terjadi infeksi yang progresif dengan kerusakan tulang dan kehilangan penglihatan.

Kecacatan kusta terjadi tergantung pada komponen syaraf yang terkena. Berikut ini skema yang menggambarkan proses terjadinya kecacatan akibat kerusakan dari fungsi syaraf.



Gambar 2.1 Proses Terjadinya Cacat Kusta (Departemen Kesehatan RI, 2006: 94).

2.1.1.9 Pencegahan Cacat pada Kusta

Mengetahui terjadinya luka secara dini akan mengurangi terjadinya kecacatan karena luka sehingga bisa cepat diobati dan tidak bertambah

berat/menjalar (Soedarjatmi dkk., 2009: 22). Tujuan pencegahan cacat pada kusta adalah :

1) Mencegah timbulnya cacat pada saat diagnosis kusta ditegakkan dan diobati. Diagnosis dini dan dan terapi yang rasional perlu ditegakkan dengan cepat dan tepat.
2) Mencegah agar cacat yang telah terjadi sehingga tidak menjadi lebih berat.

   Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan dengan cara melindungi dan menjaga tangan yang anastesi (mungkin pula yang telah cacat), melindungi dan menjaga kaki yang anastesi (mungkin pula yang telah cacat), melindungi mata dari kerusakan dan menjaga penglihatan, menjaga fungsi saraf
3) Menjaga agar cacat yang telah baik tidak kambuh lagi

Menurut Halim PW (1989) dalam I Made Wisnu (1997) upaya pencegahan cacat kusta jauh lebih baik dan lebih ekonomis daripada penanggulangannya. Pencegahan ini harus dilakukan sendini mungkin, baik oleh petugas kesehatan, maupun oleh penderita itu sendiri dan keluarganya. Disamping itu perlu adanya mengubah pandangan yang salah dari masyarakat antara lain bahwa kusta identik dengan deformitas atau *disability*. Upaya pencegahan cacat terdiri atas: (Santoso B: 1994 dalam I Made Wisnu: 1997)

1) Upaya pencegahan cacat primer, yang meliputi:
   - Diagnosis dini
   - Pengobatan secara teratur dan adekuat
   - Diagnosis dini dan penatalaksanaan neuritis, termasuk *silent neuritis*
   - Diagnosis dini dan penatalaksanaan reaksi

2) Upaya pencegahan cacat sekunder, antara lain:

- Perawatan diri sendiri untuk mencegah luka
- Latihan fisioterapi pada otot yang mengalami kelumpuhan untuk mencegah terjadinya kontraktur
- Bedah rekonstruksi untuk koreksi otot yang mengalami kelumpuhan agar tidak mendapat tekanan yang berlebihan
- Bedah septik untuk mengurangi perluasan infeksi sehingga pada proses penyembuhan tidak terlalu banyak jaringan yang hilang
- Perawatan mata, tangan, dan atau kaki yang anastesi atau kelumpuhan otot.

2.1.1.10 Pengobatan Kusta

Pengobatan kusta dimaksudkan untuk membunuh kuman kusta dalam tubuh penderita sehingga diharapkan dapat memutuskan mata rantai penularan. Dengan hancurnya kuman maka sumber penularan dari penderita terutama tipe MB ke orang lain bisa terputus (Departemen Kesehatan RI, 2006, 71).

Kuman kusta dapat aktif kembali dalam tubuh apabila tidak berobat secara teratur yang dapat memperburuk keadaan penderita. Oleh karena itu, pengawasan terhadap penderita kusta untuk teratur minum obat merupakan hal yang perlu diperhatikan (Departemen Kesehatan RI, 2006: 77). Menurut penelitian Susanto (2006), terdapat hubungan yang bermaka antara ketaatan berobat dengan tingkat kecacatan penderita kusta.

Pengobatan kusta dilakukan dengan *Multi Drug Therapy* (MDT) yang merupakan kombinasi dua atau lebih obat kusta yang salah satunya harus terdiri dari:

a. DDS (Diamino Diphenil Sulfon / Dapson)

Dapson merupakan dasar terapi untuk kusta, bersifat bakteriostatik atau menghambat pertumbuhan kuman kusta. Dapson mempunyai efek samping berupa anemia hemolitik pada penderita defisiensi G6PD, dapat timbul anemia normositik hipokromik dan lekopenia sehingga obat harus dihentikan bila hitung total sel darah merah kurang dari 3,5 juta/mm3 namun jarang timbul anemia setelah terapi 4 bulan.

b. Clofazimin

Cara kerjanya melalui interaksi dengan DNA mikobakteria. Rifampisin bersifat bakterisidal atau membunuh kuman kusta. Harus diminum pada waktu makan atau dengan segelas susu. Efek samping yang mungkin terjadi yaitu disklorisasi yang *reversible* dari ungu sampai coklat kehitaman pada kulit, nyeri abdominal seperti mual, muntah dan diare, serta kekeringan pada kulit. Sifat anti kustanya mirip dengan dapson tetapi sedikit lebih lambat.

c. Rifampizin

Cara kerjanya melalui inhibisi sintesis RNA bakteri. Merupakan antikusta yang paling poten, mampu menurunkan MI (Indeks Morfologi) pada kusta lepromatosa menjadi 0 dalam ±5 minggu. Dosis tunggal rifampisin 600 mg akan membunuh 99,9% kuman kusta sehingga penderita menjadi tidak infeksius lagi. Rifampisin harus diminum sebelum makan. Efek samping yang ditimbulkan

berupa urin menjadi kemerahan, erupsi kulit, pusing, lemah, gangguan gastrointestinal, gagal ginjal, napas pendek, atau syok.

d. Vitamin

- ✓ Sulfas ferros, untuk penderita yang anemia berat
- ✓ Vitamin A, untuk penderita dengan kulit bersisik (*iktiosis*)

Pengobatan pada penderita kusta tipe PB dewasa dengan 6 blister dalam waktu 6-9 bulan (1 blister untuk 1 bulan). Setiap blister berisi:

1) Obat bulanan (diminum hari pertama berobat di depan petugas setiap bulan):
   - 2 kapsul rifampisin masing-masing 300 mg
   - 1 tablet dapsone 100 mg
2) Obat harian (hari ke 2-28):
   - 1 tablet dapsone 100 mg

Pengobatan pada penderita kusta tipe MB dewasa dengan 12 blister dalam waktu 12-18 bulan (1 blister untuk 1 bulan). Setiap blister berisi:

1) Obat bulanan (diminum hari pertama berobat di depan petugas setiap bulan):
   - 2 kapsul rifampisin masing-masing 300 mg
   - 3 tablet lampren masing-masing 100 mg
   - 1 tablet dapsone 100 mg
2) Obat harian (hari ke 2-28):
   - 1 tablet dapsone 100 mg
   - 1 tablet lampren 50 mg

Dosis untuk anak-anak di bawah 5 tahun disesuaikan dengan berat badan sebagai berikut:

1) Rifampisin : 10-15 mg/kg BB
2) Dapsone/DDS : 1-2 mg/kg BB
3) Clofazimin : 1 mg/kg BB

Prinsip utama dari pengendalian kusta adalah dengan deteksi dini kasus baru dan pengobatan segera dengan MDT untuk mencegah transmisi penyakit. Prinsip ini sangat penting untuk diterapkan di negara negara endemik kusta termasuk Indonesia (Widodo dan Menaldi, 2012: 426). Penderita yang telah menyelesaikan regimen pengobatan disebut RFT (*Release From Treatment*). Setelah RFT penderita tetap dilakukan pengamatan secara pasif yaitu tipe kusta PB selama 2 tahun dan tipe kusta MB selama 5 tahun. Penderita kusta yang telah melewati masa pengamatan setelah RFT disebut RFC (R*elease From Control*) atau bebas dari pengamatan (Harahap, 2000: 266-268).

2.1.2 Perawatan Diri Kusta

Upaya pencegahan cacat dapat dilakukan di rumah, puskesmas maupun unit pelayanan rujukan seperti rumah sakit umum atau rumah sakit rujukan. Menurut penelitian Sofiarini (2004), banyak faktor yang mempengaruhi penderita untuk pergi ke pelayanan kesehatan dan berobat secara teratur, antara lain pengetahuan, sikap keluarga, dan sosial ekonomi karena penyakit ini menular biasanya penderita merasa malu untuk pergi ke pelayanan kesehatan. Berdasarkan penelitian J Mathew *et al*.. (1999), perawatan diri berbasis rumah dapat menurunkan prevalensi luka akibat penyakit kusta sebesar 50% pada penderita kusta di *Damien Foundation India Trust* (DFIT), Chenai, setelah dipantau selama 1 tahun.

Penderita harus mengerti bahwa pengobatan MDT dapat membunuh kuman kusta, tetapi cacat mata, tangan atau kaki yang terlanjur terjadi akan tetapi ada seumur hidup, sehingga harus melakukan perawatan diri dengan rajin agar cacatnya tidak bertambah berat (Departemen Kesehatan RI, 2006: 98).

Prinsip pencegahan bertambahnya cacat pada dasarnya adalah 3M, yaitu:

a. Memeriksa mata, tangan, dan kaki secara teratur
b. Melindungi mata, tangan, dan kaki dari trauma fisik
c. Merawat diri (Departemen Kesehatan RI, 2006: 98).

1) Untuk mata yang tidak dapat ditutup rapat

Goresan kain baju, tangan, rambut, asap, dan lain-lain dapat merusak mata, akibatnya mata merah, meradang, dan terjadi infeksi yang bisa mengakibatkan kebutaan. Kecacatan pada mata merupakan kecacatan yang paling mengganggu bagi penderita dibandingkan dengan kecacatan pada tangan dan kaki (Putra dkk., 2009: 16). Pencegahan dapat dilakukan dengan:

a) Memeriksa: sering bercermin untuk melihat apakah ada kemerahan atau benda yang masuk ke mata
b) Melindungi mata dari debu dan angin yang dapat mengeringkan mata, memakai kaca mata, menghindari pekerjaan di tempat berdebu.
c) Merawat diri dengan sering mencuci/membasahi mata dengan air bersih. Waktu istirahat tutup mata dengan sepotong kain basah (Departemen Kesehatan RI, 2006: 99).

2) Untuk tangan yang mati rasa

Tangan yang mati rasa bisa terluka oleh benda tangan, gesekan dari alat kerja. Pencegahan dapat dilakukan dengan:

a) Memeriksa dengan teliti apakah ada luka sekecil apapun
b) Melindungi: gunakan kaos tangan tebal atau alas kaki dan mencegah luka dengan tidak mengerjakan pekerjaan yang berbahaya bagi tangan yang mati rasa.
c) Merawat luka dan mengistirahatkan bagian tangan/kaki yang luka sampai sembuh (Departemen Kesehatan RI, 2006: 100).

3) Untuk kulit tangan kering

Umumnya kulit tangan kering disertai mati rasa. Kekeringan akan mengakibatkan luka-luka kecil yang kemudian terinfeksi. Pencegahan dapat dilakukan dengan:

a) Memeriksa kemungkinan adanya kekeringan, retak, dan kulit pecah-pecah yang tidak terasa.
b) Melindungi tangan dari benda-benda yang dapat menimbulkan luka.
c) Merawat dengan merendam dalam air dingin selama 20 menit kemudian diolesi dengan minyak agar lembab (Departemen Kesehatan RI, 2006: 101).

4) Untuk jari tangan bengkok

Jika dibiarkan bengkok, sendi-sendi akan menjadi kaku dan otot akan memendek, sehingga akan menjadi lebih kaku dan tidak dapat digunakan, serta dapat menyebabkan luka. Pencegahan dapat dilakukan dengan:

a) Memeriksa mungkin terjadi luka akibat penggunaan tangan dengan jari yang bengkok.

b) Melindungi dengan menggunakan alat bantu untuk aktivitas sehari-hari.

c) Merawat dengan meluruskan sendi-sendi dan mencegah supaya tidak terjadi kekakuan lebih berat (Departemen Kesehatan RI, 2006: 101).

5) Untuk kaki semper

Kalau kaki semper dibiarkan tergantung, otot pergelangan kaki bagian belakang akan memendek sehingga kaki tidak bisa diangkat. Jari kaki akan terseret dan luka. Pencegahan dapat dilakukan dengan:

a) Memeriksa apakah terjadi luka

b) Melindungi dengan memakai sepatu, mengangkat lutut waktu berjalan, memakai tali karet antara lutut dan sepatu untuk mengangkat kaki bagian depan waktu berjalan, dan memakai plastik/kertas keras dari betis sampai telapak kaki agar tidak jatuh.

c) Merawat dengan cara:

- ✓ Meluruskan kaki dan menarik bagian ujung kaki kearah tubuh
- ✓ Melakukan gerakan seperti gerakan *push up* tetapi posisi berdiri dan gerakan *push up* dilakukan menghadap tembok.
- ✓ Ikat punggung kaki pada tali karet yang sudah diikat pada tiang, kemudian tarik dan tahan, dan ulang beberapa kali (Departemen Kesehatan RI, 2006: 103).

6) Untuk kulit kaki yang tebal dan kering. Pencegahan dapat dilakukan dengan:
    a) Memeriksa apa ada kulit kering, retak, dan luka.
    b) Melindungi dan merawat dengan merendam kaki dalam air selama 20 menit, gosok bagian kulit yang menebal dengan batu gosok, kemudian oles dengan minyak untuk menjaga kelembaban (Departemen Kesehatan RI, 2006: 104).
7) Untuk kaki yang mati rasa. Pencegahan dapat dilakukan dengan:
    a) Memeriksa dengan teliti apakah ada luka/memar yang kecil sekalipun.
    b) Melindungi kaki dengan menggunakan alas kaki. Memilih alas kaki yang tepat yaitu empuk di bagian dalam, keras bagian luar agar tak tertembus benda tajam, dan ada tali belakang agar tak mudah lepas.
    c) Merawat dan mengistirahatkan kaki (jangan diinjakkan) sampai sembuh bila terjadi luka (Departemen Kesehatan RI, 2006: 105).
8) Untuk luka borok

Luka sebenarnya dapat sembuh sendiri bila diistirahatkan selama beberapa minggu. Perawatan yang tepat ialah dengan mencuci luka dengan sabun, rendam kaki dalam air selama 20-30 menit, gosok bagian pinggiran luka yang menebal dengan batu, setelah itu beri minyak pada bagian yang tidak luka, lalu balut dan istirahatkan. Jangan diinjak saat berjalan (Departemen Kesehatan RI, 2006: 106).

2.1.2.1 Pengertian Kelompok Perawatan Diri (KPD)

Kelompok Perawatan Diri (KPD) yaitu suatu kelompok yang beranggotakan mantan dan penderita kusta yang berkumpul untuk saling memberi dukungan satu sama lain terutama dalam usaha mencegah dan mengurangi

kecacatan serta mencari solusi bagi persoalan-persoalan yang mereka hadapi setiap hari akibat kusta. Cara ini dianggap efektif karena penderita kusta merasa senasib sehingga mereka tidak segan-segan mengingatkan satu sama lain untuk melakukan pengobatan atau perawatan diri sehingga mencapai apa yang mereka inginkan dari proses pengobatan yaitu kesembuhan dari penyakit kusta (Depkes RI, 2004).

Partisipasi penderita kusta dalam kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) berarti keikutsertaan penderita kusta dalam memecahkan masalah kesehatan mereka sendiri. Di dalam hal ini, penderita kusta sendirilah yang aktif memikirkan, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasikan program-program dalam Kelompok Perawatan Dirinya (KPD). Institusi Kesehatan dan petugas kusta hanya sekadar memotivasi dan membimbingnya. Partisipasi penderita kusta yang semakin meningkat baik secara kualitatif maupun kuantitatif merupakan salah satu perwujudan dari perubahan sikap dan perilaku pencegahan kecacatan yang lebih parah terhadap penyakitnya (Notoatmodjo, 2007).

2.1.2.2 Tujuan Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD)

Tujuan dari dibentuknya Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta diantaranya adalah (Depkes RI, 2004**)**

1. Tujuan Umum

   Mengurangi atau mencegah bertambahnya kecacatan melalui dukungan kelompok, diskusi, dan perawatan diri.

2. Tujuan Khusus

Para peserta mampu menemukan pemecahan masalah secara bersama-sama serta persoalan yang mereka hadapi yang dakibatkan oleh penyakit kusta, mencegah (bertambah atau mengurani kecacatan baik pada mereka yang masih dalam pengobatan dengan MDT atau *Multi Drugs Therapy* maupun yang sudah RFT atau *Release From Treatment*. Menganjurkan kepada peserta untuk menggunakan bahan-bahan yang dapat diperoleh di lokasi setempat dalam melakukan perawatan diri. Memantau para peserta secara efektif dan efisien. Melakukan rujukan secara dini bagi penderita kusta yang membutuhkan perawatan khusus (misalnya pembedahan rekonstruksi, rehabilitasi). Mengurangi *leprophobia* diantara para peserta, keluarganya, dan staf yang terlibat (Depkes RI, 2004).

Penelitian yang dilakukan oleh Ganapati *et al.* (2003) terhadap 454 pasien kusta didapatkan hasil bahwa setelah 4 tahun terdeteksi terkena penyakit kusta dengan praktik perawatan diri yang baik dapat membantu memperbaiki tingkat kecacatan lebih dari 50% pasien. Dalam penelitian lain oleh Motbainor dan Lemma (2003) penderita kusta yang mengikuti kelompok perawatan diri akan mendapatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam perawatan lukanya yang pada akhirnya akan mengangkat harga diri mereka selain itu terjadi peningkatan kondisi ulkus yang dideritanya.

2.1.2.3 Pelaksanaan Kelompok Perawatan Diri (KPD)

Adapun bentuk pelaksanaan KPD menurut Dinkesprov Jateng (2004, 125-126) berupa:

1) Penemuan penderita; bersifat sukarela secara pasif dan secara aktif melalui pemeriksaan kontak serumah dan tetangga/lingkungan, pemeriksaan anak sekolah, *chase survey, rapid village survei*, survei khusus; LEK, SAPEL, survei fokus.
2) Pengobatan penderita seperti pemberian pengobatan sesuai dengan rekomendasi WHO, penanganan penderita reaksi, rujukan penderita dengan komplikasi, konfirmasi diagnosis kasus sulit (petugas kabupaten), dan monitoring kecukupan pengobatan (petugas kabupaten)
3) Pembinaan pengobatan (*case holding*); Monitoring pengobatan dan melakukan pelacakan penderita yang tidak mengambil obat sehingga dapat ditentukan tingkat keteraturan berobat dari pasien, yaitu:
    1. Optimal: jika terjadi keteraturan berobat dari penderita PB: 6 blitser dan penderita MB: 12 secara rutin sesuai dengan dosis yang dianjurkan
    2. Tidak optimal: jika tidak terjadi keteraturan berobat dari penderita PB dan MB selama masa pengobatan
4) Mencegah cacat dan perawatan diri, dengan pemeriksaan POD (*Prevention Of Disability*) setiap bulan pada seluruh penderita, setiap 2 minggu pada penderita reaksi serta memberikan contoh cara merawat diri.
5) Melaksanakan pencatatan dan pelaporan
6) Melakukan penyuluhan bagi penderita, keluarga dan masyarakat
7) Managemen logistik, terutama bagi petugas kabupaten dalam hal perencanaan permintaan obat, penyimpanan, dan pendistribusian

8) Menilai hasil pelaksanaan pelayanan pengobatan kepada penderita dengan melihat angka kesembuhan.

2.1.3 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) Kusta

2.1.3.1 Faktor dalam Penderita

2.1.3.1.1 Umur

Umur merupakan usia penderita dihitung berdasarkan jumlah ulang tahun yang dihitung dari kelahiran sampai saat wawancara. Berdasarkan pra survei, dari 20 orang penderita kusta yang berusia 12-65 tahun, jika diambil nilai tengahnya/median maka didapatkan usia 28 tahun. Usia penderita kusta ≤ 28 tahun lebih banyak yang mengikuti Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Puskesmas Sitanggal daripada penderita kusta yang berusia ≥ 28 tahun dengan alasan pekerjaan yang sebagian besar sebagai buruh tani sehingga tidak bisa ditinggalkan, dan ketidakterjangkauan keterjangkauan tempat tinggal ke kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD). Berdasarkan hasil penelitian Rahmawati (2008) menunjukkan bahwa umur penderita kusta antara 40-60 tahun (37,5%), memiliki pengaruh yang kuat terhadap kegiatan perawatan diri penderita kusta

2.1.3.1.2 Jenis Kelamin

Jenis kelamin berkaitan dengan peran kehidupan dan perilaku yang berbeda antara laki-laki dan perempuan dalam masyarakat. Dalam menjaga kesehatan biasanya kaum perempuan lebih menjaga kesehatannya dibanding laki-laki. Perbedaan perilaku sakit juga dipengaruhi oleh jenis kelamin, perempuan lebih sering mengobatkan dan merawat dirinya dibandingkan laki-laki. Pada laki-

laki mempunyai aktifitas di luar rumah yang lebih dibanding dengan perempuan, sehingga laki-laki lebih rentan untuk tertular penyakit kusta (Notoatmodjo, 2007: 114). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Mahanani (2013) faktor jenis kelamin memiliki hubungan yang bermakna dengan perawatan diri dengan *p value* sebesar 0,008.

2.1.3.1.3 Tingkat Pendidikan Penderita Kusta

Pendidikan merupakan salah satu Indeks Pembangunan Manusia *(Human Development Index*) yang utama karena pendidikan mempengaruhi kualitas hidup manusia. Pendidikan bertujuan untuk memerangi kebodohan, dapat berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan dalam berusaha atau bekerja, sehingga dapat meningkatkan ekonomi. Selanjutnya akan dapat muncul kemampuan dalam mencegah penyakit serta meningkatkan kemampuan memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmodjo, 2007). Berdasarkan hasil penelitian Mahanani (2013), ada hubungan antara tingkat pendidikan penderita kusta dengan perawatan diri penderita kusta dengan *p value* sebesar 0,002.

2.1.3.1.4 Jam Kerja

Pekerjaan terlihat dari produktivitas seseorang (dewasa) dalam arti mempunyai kegiatan yang menghasilkan sesuatu untuk menyokong hidupnya atau keluarganya secara finansial (Notoatmodjo, 2007: 4). Menurut Undang- Undang RI No. 13 tahun 2003, tentang tenaga kerja, pasal 77 tentang jam kerja menyebutkan bahwa. Waktu kerja 7 jam dalam 1 hari untuk 6 hari kerja dalam 1 minggu. 8 jam kerja dalam 1 hari untuk 5 hari kerja dalam 1 minggu. Pada penderita kusta selain diwajibkan melakukan perawatan diri juga memakai alat

perlindungan diri dalam bekerja untuk mencegah luka, seperti sarung tangan saat bekerja, alas kaki, dan kaca mata saat bekerja di tempat yang berdebu. Selain itu penderita kusta sebaiknya membagi tugas supaya orang lain mengerjakan pekerjaan yang berbahaya bagi tangan yang mati rasa, karena tangan/kaki yang mati rasa bisa terluka oleh benda panas, benda tajam, dan gesekan dari alat kerja karena pegangan yang terlalu kuat (Departemen Kesehatan RI, 2006: 100).

2.1.3.1.5 Tingkat Kecacatan

Definisi kecacatan memiliki makna yang luas yaitu setiap kerusakan, pembatasan aktifitas yang mengenai seorang (Departemen Kesehatan RI, 2006: 91). Kusta merupakan masalah kesehatan masyarakat karena kecacatanya, cacat kusta terjadi akibat gangguan fungsi saraf pada mata, tangan, atau kaki (Departemen Kesehatan RI, 2006: 81). WHO membagi cacat kusta menjadi tiga tingkatan yaitu cacat tingkat 0 (tidak ada anastesi dan kelainan anatomis), cacat tingkat 1 (ada anastesi tetapi tidak ada kelainan anatomis), dan cacat tingkat 2 (terdapat kelainan anatomis). Penderita kusta memerlukan perawatan diri secara rajin dan teratur, hal ini berguna untuk mengurangi tingkat keparahan cacat akibat kusta (Soedarjatmi dkk., 2009: 22).

2.1.3.1.6 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek dan penginderaan terjadi melalui indera penglihatan, penciuman, pendengaran, rasa, dan raba. Pengetahuan/kognisi merupakan domain yang sangat penting untuk terbetuknya tindakan seseorang.

Pada umumnya seseorang memperoleh pengetahuan dari berbagai sumber baik atas inisiatif sendiri maupun orang lain (Notoatmodjo, 2007: 143).

Dengan penderita kusta tahu tentang efek (terjadi luka baru dan luka yang ada bertambah parah) yang akan terjadi jika tidak melakukan perawatan diri, maka penderita kusta akan melakukan perawatan diri kusta rutin setiap hari. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Estiningsih (2006) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perawatan diri dengan nilai p= 0,021. Selain itu dari hasil penelitian Pangaribuan dkk., (2012: 6) juga terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pencegahan kecacatan dengan nilai p<0,001 artinya semakin baik pengetahuan penderita kusta maka pencegahan kecacatan semakin baik sehingga bisa mengurangi kemungkinan keparahan cacat.

2.1.3.1.7 Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2007: 146). Berdasarkan penelitian Ekowati (2008) sikap penderita kusta memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku perawatan kusta. Dalam penelitian Wabula (2010: 51) terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan upaya pencegahan kecacatan penyakit kusta.

2.1.3.1.8 Keterjangkauan ke Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD)

Keterjangkauan adalah kemampuan penderita kusta dalam mengakses ke kegiatan Kelompok Perwatan Diri (KPD) baik fisik maupun sosial yang diukur dengan keterjangkauan biaya dan sarana transportasi (Notoatmodjo, 2007).

2.1.3.2 Dukungan Keluarga

Perawatan kusta untuk mencegah terjadinya cacat dapat dilakukan sendiri oleh penderita dengan bantuan keluarga. Terjadinya kelainan atau cacat/*disability* pada penderita kusta dapat menimbulkan rasa rendah diri, tekanan batin, ketakutan menghadapi keluarga maupun masyarakat karena sikap penerimaan yang kurang wajar, tidak melakukan pengobatan karena malu, apatis karena kecacatan yang ditimbulkan mengakibatkan penderita tidak mandiri sehingga menjadi beban bagi orang lain (Lusianingsih dkk., 2013: 5). Anggota keluarga berfungsi untuk mendampingi penderita kusta dalam pelatihan perawatan diri memberikan dukungan secara emosional terhadap perawatan diri penderita kusta, meliputi pemberian semangat, motivasi, mengingatkan, dan ungkapan kepedulian terhadap penderita kusta untuk tetap melakukan perawatan diri secara tepat dan teratur (Listyorini dkk., 2011: 67). Bantuan yang dapat diberikan oleh anggota keluarga adalah membantu mengerjakan pekerjaan penderita kusta yang berat dan berbahaya bagi tangan atau kaki yang mati rasa (Departemen Kesehatan RI, 2006: 100). Berdasarkan hasil penelitian Pangaribuan dkk. (2012: 6) terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan pencegahan cacat kusta dengan nilai p=0,003. Penelitian lain oleh Estiningsih (2006), peran keluarga penderita kusta berhubungan dengan perawatan diri penderita kusta dengan nilai *p value* 0,032.

2.1.3.3 Dukungan Masyarakat

Pada umumnya masyarakat mengenal penyakit kusta dari tradisi kebudayaan dan agama yang memiliki pemikiran bahwa penyakit kusta merupakan penyakit yang sangat menular, tidak dapat diobati. Sebagai akibat

kurangnya pengetahuan dan informasi inilah yang menyebabkan penderita kusta sulit untuk diterima di masyarakat dan enggan untuk menunjukkan diri (Zulkifli, 2003). Penderita kusta sangat membutuhkan partisipasi masyarakat untuk mendukungnya dalam melakukan perawatan diri sehingga dapat mengurangi risiko penderita menjadi tuna sosial.

2.1.3.4 Penyuluhan

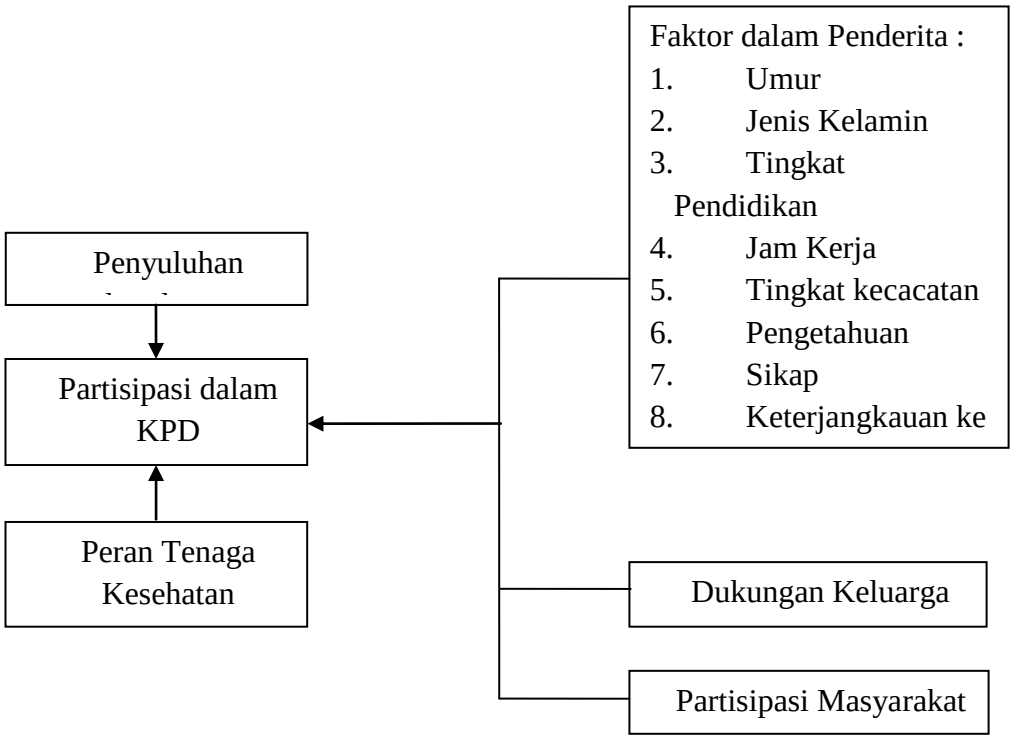
Menurut Azwar (1983) dalam Maulana (2007: 137), penyuluhan kesehatan merupakan kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan cara menyebarluaskan pesan dan menanamkan keyakinan sehingga mampu mengubah perilaku kurang sehat menjadi sehat. Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan para penderita kusta memperoleh konsep diri dan kepercayaan diri kembali dalam memperbaiki perilaku saat ini dan masa yang akan datang. Berdasarkan penelitian Artiningsih (2007), terdapat hubungan antara pemberian penyuluhan tentang perawatan penderita kusta yang benar pada keluarga terhadap perawatan penderita kusta dengan r = 0.303.

2.1.3.5 Peran Tenaga Kesehatan

Petugas Puskesmas bertugas menyediakan fasilitas untuk perawatan dan mengajarkan bagaimana cara merawat diri untuk mencegah bertambah beratnya cacat. Selain itu petugas kusta juga harus memperhatikan perawatan yang dilakukan perawatan yang dilakukan oleh penderita kusta untuk mencegah kecacatan yang lebih lanjut (Departemen Kesehatan RI, 2007: 106). Menurut WHO (2009: 8), petugas kesehatan harus mampu mendiagnosis dan mengobati penyakit kusta serta harus mampu menangani pasien dengan kondisi yang khusus.

Berdasarkan penelitian Estiningsih (2006), peran petugas puskesmas atau layanan kesehatan berhubungan dengan perawatan diri penderita kusta dengan *p value* 0,0001. Penelitian lainnya oleh Mahanani (2013), menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara peran petugas dengan perawatan diri penderita kusta dengan *p value* sebesar 0,004.

2.2 KERANGKA TEORI

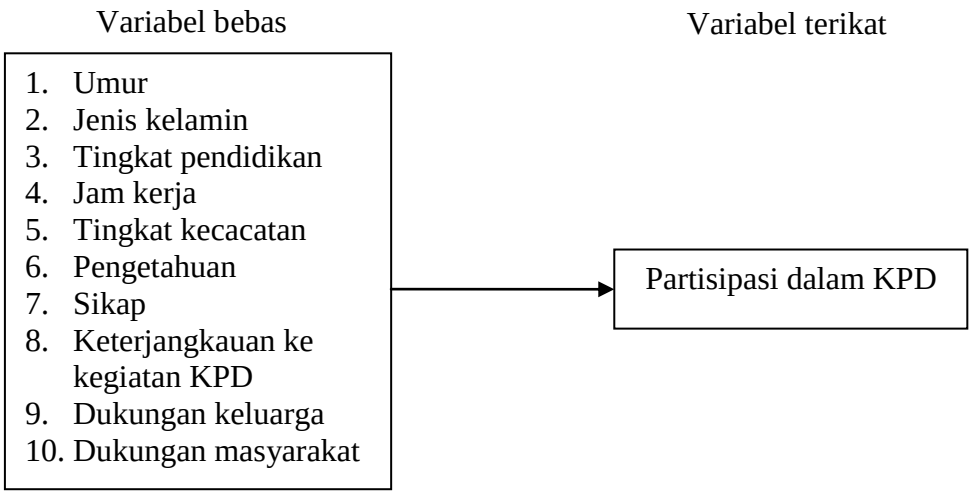


Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi dari Notoatmodjo (2007); Departemen Kesehatan RI (2006); Rahmawati (2008); Mahanani (2013); Estiningsih (2006); Pangaribuan (2012); Ekowati (2008); Artiningsih (2007); Wabula (2010).

BAB III
METODOLOGI PENELITIAN

3.1 KERANGKA KONSEP



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 VARIABEL PENELITIAN

3.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas atau variabel *independent* adalah variabel yang mempengaruhi atas variabel penyebab (Notoatmodjo, 2005: 70). Pada penelitian ini variabel bebasnya adalah umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jam kerja, tingkat kecacatan, pengetahuan, sikap, keterjangkauan ke kegiatan KPD, dukungan keluarga, dan dukungan masyarakat.

3.2.2 Variabel Terikat

Variabel terikat atau variabel *dependent* adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas (Notoatmodjo, 2005: 70) yaitu partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD).

3.3 HIPOTESIS PENELITIAN

Hipotesis penelitian ini adalah:

1. Faktor umur berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
2. Faktor jenis kelamin berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
3. Faktor tingkat pendidikan berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
4. Faktor jam kerja berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
5. Faktor tingkat kecacatan berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
6. Faktor pengetahuan berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
7. Faktor sikap berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
8. Faktor keterjangkauan ke kegiatan KPD berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
9. Faktor dukungan keluarga berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.
10. Faktor dukungan masyarakat berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes.

3.4 DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Kategori	Skala
1.	Umur	Jumlah tahun responden dihitung mulai tahun lahir sampai tahun terakhir saat wawancara.	Diukur dengan kuesioner bagian I	1. Produktif (15-64 tahun) 2. Tidak produktif (0-14 tahun atau ≥ 65 tahun) (UU No. 13 Tahun 2003)	Ordinal
2.	Jenis kelamin	Perbedaan antara laki-laki dan perempuan berdasarkan keterangan yang tertera dalam Kartu Tanda Penduduk (KTP).	Diukur dengan kuesioner bagian I	1. Laki-laki 2. Perempuan (Budiarto, Eko, 2001: 6)	Nominal
3.	Pendidikan	Jenjang pembelajaran formal yang ditempuh responden, yang secara signifikan dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan tentang perawatan diri	Diukur dengan kuesioner bagian I	1. Rendah, jika tidak tamat SLTP 2. Tinggi, jika tamat SLTP (UU No. 20 Tahun 2003)	Ordinal

		kusta sehingga mempengaruhi pola respon.			
4.	Jam kerja	Waktu yang digunakan responden untuk melakukan kegiatan yang menghasilkan sesuatu untuk menyokong hidup responden sendiri atau keluarga satu rumah tanpa melupakan kegiatan KPD.	Diukur dengan kuesioner bagian I	1. 7 jam per hari 2. < 7 jam per hari (UU Tenaga Kerja No. 13 Tahun 2003)	Nominal
5.	Tingkat kecacatan	Kerusakan yang terjadi pada penderita kusta yang menyebabkan pembatasan aktifitas tubuh.	Diukur dengan kuesioner bagian II	Tingkat kecacatan 1. Cacat 0 (tidak terdapat anastesi dan kelainan anatomis) 2. Cacat 1 (terdapat anastesi dan tidak ada kelainan antomis) 3. Cacat 2 (terdapat kelainan anatomis) (WHO, 2010: 26)	Nominal
6.	Pengetahuan	Tingkat kemampuan	Diukur dengan	Dari total 12 pertanyaan	Ordinal

		responden untuk menjawab pertanyaan dengan benar meliputi: penyakit kusta, penularan, tanda-tanda, pengobatan, akibat yang ditimbulkan, dan pencegahan.	kuesioner bagian III yang terdiri dari 12 pernyataan. Kemudian dicatat dalam lembar observasi	dengan nilai: Tertinggi (12x1=12) Terendah (12x0=0) Dengan kategori : 1. Rendah (0-6) 2. Tinggi (7-12) (Sugiyono, 2010: 36)	
7.	Sikap	Reaksi atau respon penderita kusta dalam mengikuti kegiatan KPD	Diukur dengan kuesioner bagian IV yang terdiri dari 10 pernyataan. S : untuk jawaban setuju TS : untuk jawaban tidak setuju Kemudian dicatat dalam lembar observasi	Dari total 10 pertanyaan dengan nilai: Tertinggi (10x1=10) Terendah (10x0=0) Dengan kategori 1. Tidak mendukung (0-5) 2. Mendukung (6-10) (Sugiyono, 2010: 36)	Ordinal
8.	Keterjangkau-an ke KPD	Kemampuan dalam mengakses ke kegiatan KPD baik fisik	Diukur dengan kuesioner bagian V yang terdiri	Kategori 1. Tidak terjangkau (responden kesulitan	Ordinal

		maupun sosial. (Notoatmodjo, 2007)	dari 3 pertanyaan. Kemudian dicatat dalam lembar observasi	dalam hal biaya dan menempuh jarak ke kegiatan KPD baik jalan kaki, naik sepeda motor, atau naik angkutan umum) 2. Terjangkau (responden tidak kesulitan dalam hal biaya dan menempuh jarak ke kegiatan KPD baik jalan kaki, naik sepeda motor, atau naik angkutan umum)	
9.	Dukungan keluarga	Suatu bentuk peran dari keluarga dalam upaya memberikan dukungan secara emosional terhadap penderita untuk	Diukur dengan kuesioner bagian VI yang terdiri dari 10 pernyataan. 1 : untuk jawaban Ya	Dari total 6 pertanyaan dengan nilai: Tertinggi (6x1=6) Terendah (6x0=0) Dengan kategori 1. Rendah	Ordinal

		mengikuti KPD	2 : untuk jawaban Tidak Kemudian dicatat dalam lembar observasi	(0-3) 2. Tinggi (4-6) (Sugiyono, 2010: 36)	
10.	Dukungan masyarakat	Suatu bentuk peran serta dari masyarakat dalam upaya untuk mendukung penderita kusta dalam kegiatan KPD	Diukur dengan kuesioner bagian VII yang terdiri dari 10 pernyataan. 1 : untuk jawaban Ya 2 : untuk jawaban Tidak Kemudian dicatat dalam lembar observasi	Dari total 3 pertanyaan dengan nilai: Tertinggi (3x1=3) Terendah (3x0=0) Dengan kategori : 1. Rendah (0-1) 2. Tinggi (2-3) (Sugiyono, 2010: 36)	Ordinal
11.	Partisipasi penderita kusta dalam KPD	Keikusertaan penderita kusta dalam kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD). Penderita secara aktif memikirkan, merencanakan,	Diukur mengguna-kan kuesioner pada saat pertemuan pertama saat koordinasi. Dilanjutkan	1. Tidak ber-partisipasi Persyaratan: a. Tidak ber-partisipasi pada KPD yang tercantum dalam jawaban	Ordinal

melaksanakan, dan mengevaluasi, sedangkan petugas kusta hanya memotivasi dan membimbing-nya (Notoatmodjo, 2007).	dengan pemantau-an kehadiran dalam KPD di setiap pertemuan-nya selama waktu yang sudah disepakati.	pada lembar kuesioner b. Bersedia ber-partisipasi namun: - Hanya hadir 2X dan 2X tanpa keterangan - Hanya hadir 1X dan 3X ijin/tanpa keterangan 2. Ber-partisipasi Persyaratan: a. Bersedia ber-partisipasi pada KPD yang tercantum dalam jawaban pada lembar kuesioner b. Hadir 4X berturut-turut c. Hadir 3X dan 1X ijin/sakit/ tanpa keteranga d. Hadir 2X

		dan 2X ijin/sakit e. Hadir 2X dan 1X ijin/sakit, 1X tanpa keterangan.

3.5 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan rancangan penelitian potong lintang (*cross sectional*). Dimana variabel bebas dan terikat diukur dalam satu waktu. Beberapa keuntungan menggunakan pendekatan *cross sectional* ini adalah dapat menekan biaya penelitian, waktu yang dibutuhkan relatif singkat, dan efisiensi kerja (Murti, 2003: 220).

3.6 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

3.6.1 Populasi

Populasi adalah seluruh penduduk yang berada dalam wilayah tertentu yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diselidiki dan kemudian ditarik kesimpulannya (Hadi, 2004: 182). Populasi yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 301 penderita kusta berdasarkan data seksi pemberantasan penyakit (P2) Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes tahun 2013.

3.6.2 Sampel

Sampel adalah sebagian anggota yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005: 79).

Teknik pengambilan sampel dalan penelitian ini adalah *one stage simple cluster sampling* yaitu pengambilan sampel dengan cara membagi populasi studi menjadi beberapa bagian (blok) sebagai *cluster* dan dilakukan pengambilan sampel kelompok (*cluster*) tersebut (Budiarto, 2001: 24), blok tersebut terbagi dari puskesmas-puskesmas di Kabupaten Brebes, selanjutnya diambil 4 puskesmas dengan jumlah penderita kusta tertinggi lalu seluruh populasi tersebut dijadikan sebagai sampel dengan menggunakan teknik *total sampling*, yaitu teknik penentuan sampel yang mengambil seluruh anggota populasi sebagai responden atau sampel (Sugiyono, 2009). Dengan demikian, jumlah sampel dalam penelitian ini yaitu penderita kusta dari wilayah Puskesmas Jatirokeh 22 penderita, Puskesmas Jatibarang 11 penderita, Puskesmas Wanasari 15 penderita, dan Puskesmas Sitanggal 14 penderita.

Adapun kriteria inklusi dan ekslusi sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi:
   a. Penderita kusta menetap di Kabupaten Brebes
   b. Seluruh penderita kusta baik yang masih menjalani pengobatan ataupun yang sudah RFT (*Release From Treatment*)
   c. Penderita kusta yang menerima undangan KPD dan menghadirinya
2. Kriteria eksklusi:
   a. Penderita kusta yang sudah *drop out* dari pengobatan
   b. Tidak bersedia menjadi responden penelitian

3.7 SUMBER DATA

Dalam penelitian ini, metode pengumpulan data yang digunakan adalah:

3.7.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari penelitian yang dilakukan oleh peneliti dalam penelitian berupa daftar pertanyaan (*kuesioner*) yaitu data umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jam kerja, tingkat kecacatan, pengetahuan, sikap, keterjangkauan ke kegiatan KPD, dukungan keluarga dan dukungan masyarakat terhadap partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD), maupun observasi dan wawancara langsung kepada responden.

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari observasi awal, yaitu dari instansi-instansi yang terkait dengan penelitian. Data sekunder dalam penelitian ini berupa data tentang jumlah penderita kusta dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes, dan Puskesmas Sitanggal.

3.8 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA

3.8.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat bantu yang digunakan oleh peneliti dalam kegiatan pengumpulan data agar kegiatan tersebut menjadi lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap, dan sistematis, sehingga penelitian lebih mudah diolah (Arikunto, 2009: 101). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang digunakan untuk mendapatkan informasi tentang variabel yang diteliti berupa umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jam kerja, tingkat kecacatan, pengetahuan, sikap, keterjangkauan ke kegiatan KPD, dukungan keluarga, dan dukungan masyarakat terhadap partisipasi

penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD). Instrumen sebagai alat pengumpul data yang baik harus memenuhi dua persyaratan yaitu valid dan reliabel (Arikunto, 2009: 167).

3.8.1.1 Validitas Instrumen

Validitas instrumen merupakan pernyataan tentang sejauh mana alat ukur (pengukuran, tes, instrumen) mampu mengukur apa yang seharusnya hendak diukur. Suatu instrumen dikatakan valid apabila dapat mengukur dengan benar apa yang ingin diukur (Murti, 2003: 166). Untuk mengetahui validitas suatu instrumen (dalam hal ini kuesioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antara skor masing-masing pertanyaan dengan skor total (Notoatmodjo, 2010: 166). Teknik korelasi yang digunakan adalah korelasi *Pearson Product Moment*. Dengan rumus:

$$R = \frac{N\,(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{\{N\sum X^2 - (\sum X)^2\}\{N\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan:

R = koefisien korelasi tiap item

N = jumlah peserta tes

$\sum X$ = jumlah skor item

$\sum Y$ = jumlah skor total

$\sum X \sum Y$ = jumlah perkalian skor item dan skor total

$\sum X^2$ = jumlah kuadrat skor item

$\sum Y^2$ = jumlah kuadrat skor total (Notoatmodjo, 2005:131)

Uji validitas dilakukan pada 20 orang penderita kusta dari 2 puskesmas di Kabupaten Brebes yang ditentukan berdasarkan jumlah penderita tertinggi peringkat lima dan enam setelah empat puskesmas yang dijadikan sampel penelitian, diantaranya adalah 13 orang penderita kusta dari Puskesmas Pemaron dan 7 orang penderita kusta dari Puskesmas Sidamulya. Dari tabel "r" diketahui pada interval kepercayaan 95% untuk df = N – 2 = 20-2 = 18 adalah 0.444. Pertanyaan dikatakan valid apabila nilai *pearson correlation* lebih besar daripada nilai "r" tabel.

Dari 12 pertanyaan pengetahuan, 10 pertanyaan sikap, 6 pertanyaan dukungan keluarga, 3 pertanyaan dukungan masyarakat, dan 2 pertanyaan keterjangkauan didapatkan hasil r hitung > r tabel, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan kuesioner adalah valid. Berikut merupakan rangkuman hasil uji validitas instrumen:

Tabel 3.2 Hasil Uji Validitas Instrumen Pertanyaan Pengetahuan

Pertanyaan (Nomor)	R-xy	R-tabel	Kriteria
1.	0,688	0,444	Valid
2.	0,611	0,444	Valid
3.	0,570	0,444	Valid
4.	0,572	0,444	Valid
5.	0,534	0,444	Valid
6.	0,496	0,444	Valid
7.	0,497	0,444	Valid
8.	0,606	0,444	Valid
9.	0,538	0,444	Valid
10.	0,471	0,444	Valid
11.	0,666	0,444	Valid
12.	0,506	0,444	Valid

Tabel 3.3 Hasil Uji Validitas Instrumen Pertanyaan Sikap

Pertanyaan (Nomor)	R-xy	R-tabel	Kriteria
1.	0,527	0,444	Valid
2.	0,791	0,444	Valid
3.	0,689	0,444	Valid
4.	0,575	0,444	Valid
5.	0,562	0,444	Valid
6.	0,568	0,444	Valid
7.	0,773	0,444	Valid
8.	0,747	0,444	Valid
9.	0,663	0,444	Valid
10.	0,717	0,444	Valid

Tabel 3.4 Hasil Uji Validitas Instrumen Pertanyaan Dukungan Keluarga

Pertanyaan (Nomor)	R-xy	R-tabel	Kriteria
1	0,548	0,444	Valid
2	0,712	0,444	Valid
3	0,820	0,444	Valid
4	0,483	0,444	Valid
5	0,708	0,444	Valid
6	0,741	0,444	Valid

Tabel 3.5 Hasil Uji Validitas Instrumen Pertanyaan Dukungan Masyarakat

Pertanyaan (Nomor)	R-xy	R-tabel	Kriteria
1	0,862	0,444	Valid
2	0,876	0,444	Valid
3	0,534	0,444	Valid

Tabel 3.6 Hasil Uji Validitas Instrumen Pertanyaan Keterjangkauan

Pertanyaan (Nomor)	R-xy	R-tabel	Kriteria
1	0,923	0,444	Valid
2	0,920	0,444	Valid

3.8.1.2 Reliabilitas Instrumen

Reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten atau tetap asas (ajeg) bila dilakukan pengukuran yang dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2010: 168).

Untuk mengukur reliabilitas rumus yang digunakan yaitu *Alpha Cronbach* sebagai berikut:

$$r_{11} = \left[\frac{k}{k-1}\right]\left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{V_t^2}\right]$$

Keterangan:

R11 = reliabilitas instrumen

K = banyaknya butir pertanyaan atau banyaknya soal

$\sum \sigma_b^2$ = jumlah varian butir/item

V_t^2 = varian total

Uji reliabilitas dilakukan pada 20 orang penderita kusta dari 2 puskesmas di Kabupaten Brebes yang ditentukan berdasarkan jumlah penderita tertinggi setelah empat puskesmas yang dijadikan sampel penelitian, diantaranya adalah 13 orang penderita kusta dari Puskesmas Pemaron dan 7 orang penderita kusta dari Puskesmas Sidamulya. Untuk melakukan uji ini, dapat langsung mengamati nilai *alpha* (koefisien reliabilitas) yang terdapat bagian bawah dari deretan tabel-tabel hasil pengolahan. Kuesioner dapat dikatakan reliabel jika mempunyai *alpha* lebih dari 0,6 (Arikuntoro, 2006: 196). Dari 12 pertanyaan pengetahuan (r *alpha* =

0,888), 10 pertanyaan sikap (r *alpha* = 0,853), 6 pertanyaan dukungan keluarga (r *alpha* = 0,755), 3 pertanyaan dukungan masyarakat (r *alpha* = 0,661), dan 2 pertanyaan keterjangkauan (r *alpha* = 0,822) didapatkan hasil r *alpha* > r tabel, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan kuesioner adalah reliabel.

3.8.2 Teknik Pengambilan Data

1. Wawancara

   Wawancara ialah proses interaksi atau komunikasi secara langsung antara pewawancara dengan responden yang bertujuan untuk mendapatkan data yang berupa fakta tentang faktor yang berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam mengikuti KPD yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jam kerja, tingkat kecacatan, pengetahuan, sikap, keterjangkauan ke kegiatan KPD, dukungan keluarga, dan dukungan masyarakat (Budiarto, 2002, 13).

2. Dokumentasi

   Dalam penelitian ini, peneliti mengkaji dokumen-dokumen yang berkaitan dengan isi penelitian, antara lain data terkait penderita kusta di Kabupaten Brebes.

3. Pengamatan

   Pengamatan dilakukan secara terencana meliputi kegiatan melihat dan mencatat jumlah dan taraf dari aktivitas tertentu yang memiliki hubungan dengan masalah yang diteliti. Metode observasi pada penelitian ini dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes, Puskesmas Jatirokeh, Sitanggal,

Wanasari, dan Jatibarang dengan memperoleh data sekunder untuk menunjang penelitian.

3.9 PROSEDUR PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di 4 tempat yaitu Puskesmas Jatirokeh, Puskesmas Jatibarang, Puskesmas Wanasari, dan Puskesmas Sitanggal, Kabupaten Brebes dengan beberapa tahapan sebagai berikut:

3.9.1 Tahap Persiapan

Tahap persiapan penelitian ini diawali dengan pengambilan data awal guna penyusunan proposal skripsi, dalam penyusunan proposal dilakukan konsultasi proposal sampai dengan ujian serta revisi proposal skripsi. Selanjutnya adalah mengurus administrasi dan surat ijin untuk melakukan penelitian dari Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang. Kemudian mengajukan permohonan ijin untuk melakukan penelitian kepada Pemerintah Kabupaten Brebes melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes untuk diajukan kepada Puskesmas Jatirokeh, Jatibarang, Wanasari, dan Sitanggal.

3.9.2 Tahap Pelaksanaan

Setelah proses perijinan selesai, peneliti melakukan koordinasi dengan pihak-pihak terkait dengan sasaran seperti petugas kusta Puskesmas Jatirokeh, Puskesmas Jatibarang, Puskesmas Wanasari, dan Puskesmas Sitanggal dan menjelaskan teknik penelitian sekaligus menerima masukan-masukan yang berhubungan dengan penelitian. Setelah itu peneliti melakukan penelitian. Penelitian ini diawali dengan memberikan penyuluhan kepada penderita kusta di

setiap puskesmas tentang pentingnya melakukan kegiatan perawatan diri sekaligus mengajak penderita untuk membentuk dan menjalankan Kelompok Perawatan Diri (KPD) lalu peneliti mendata siapa saja penderita yang bersedia mengikuti kegiatan KPD dan yang tidak bersedia lalu meneliti apakah faktor umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jam kerja, tingkat kecacatan, pengetahuan, sikap, keterjangkauan ke kegiatan KPD, dukungan keluarga, dan dukungan masyarakat berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam mengikuti kegiatan KPD tersebut.

Berikut adalah rencana jadwal pelaksanaan kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

Tabel 3.7 Jadwal Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) Kusta

Bulan Ke	Ming Ke	Kegiatan	Pusk Sitanggal	Pusk Jatirokeh	Pusk Wanasari	Pusk Jatibarang
I	I	➢ Penyuluhan ➢ Pengisian kuesioner ➢ Pembentuk-an Kegiatan KPD ➢ Pelaksana-an kegiatan KPD (1)	√ (Hari 1)	√ (Hari 2)	√ (Hari 3)	√ (Hari 4)
	II	➢ Pelaksana-an kegiatan KPD (2)	√ (Hari 1)	√ (Hari 2)	√ (Hari 3)	√ (Hari 4)
II	I	➢ Pelaksana-an kegiatan KPD (3)	√ (Hari 1)	√ (Hari 2)	√ (Hari 3)	√ (Hari 4)
	II	➢ Pelaksana-an kegiatan KPD (4)	√ (Hari 1)	√ (Hari 2)	√ (Hari 3)	√ (Hari 4)

Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) ini dilakukan 2 minggu sekali di setiap bulannya selama 2 bulan. Kegiatan penyuluhan, pengisian kuesioner, dan pembentukan KPD dilaksanakan pada minggu pertama penelitian, dilanjutkan pelaksanaan kegiatan KPD pertama, pada minggu kedua dilaksanakan kegiatan KPD lagi dan seterusnya selama 2 bulan ke depan. Berikut tabel 3.8 mengenai persyaratan penderita kusta yang dikatakan berpartisipasi atau tidak.

Tabel 3.8 Persyaratan Berpartisipasi dalam Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD)

Berpartisipasi	Tidak Berpartisipasi
1. Bersedia berpartisipasi pada KPD yang tercantum dalam jawaban pada lembar kuesioner	1. Tidak bersedia berpartisipasi pada KPD yang tercantuk dalam jawaban pada lembar kuesioner.
2. Hadir 4X berturut-turut	2. Mengisi kuesioner dengan jawaban "YA" pada pertanyaan partisipasi mengikuti KPD pada saat pertemuan pertama saat koordinasi, namun: - Hanya hadir 2X, 2X tanpa keterangan - Hanya hadir 1X, 3X ijin/tanpa keterangan
3. Hadir 3X, 1X ijin/sakit/tanpa keterangan	
4. Hadir 2X, 2X ijin/sakit	
5. Hadir 2X, 1X ijin/ sakit, 1X tanpa keterangan	

3.9.3 Tahap Penyusunan Laporan

Setelah data primer terkumpul, peneliti melakukan pengolahan data kuantitatif secara terkomputerisasi dengan menggunakan *software* komputer. Dalam penyusunan laporan ini, peneliti juga melakukan konsultasi-konsultasi

dengan pembimbing untuk membuat laporan hasil peneliti yang telah dilaksanakan.

3.10 TEKNIK ANALISIS DATA

Data yang diperoleh dari lapangan lalu dikumpulkan, diperiksa, dan diteliti ulang kelengkapannya dengan langkah sebagai berikut:

1. Editing (penyuntingan data), yaitu kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner.
2. Koding, yaitu mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. Koding atau pemberian kode ini sangat berguna dalam memasukkan data (*data entry*).
3. *Entry* (memasukkan data) yaitu kegiatan memasukkan data yang telah ada ke dalam *software* komputer
4. Tabulasi yaitu pengelompokan data ke dalam suatu data menurut sifat yang dimiliki sesuai tujuan penelitian (Notoatmodjo, 2010: 176).

Teknik analisis data pada penelitian ini diolah secara statistik dengan menggunakan program komputer, melalui dua jenis analisis yaitu:

3.10.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Analisis ini bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010: 182). Pada penelitian ini, analisis univariat digunakan untuk melihat faktor-faktor yang berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jam kerja, tingkat kecacatan, pengetahuan, sikap, keterjangkauan ke kegiatan KPD, dukungan keluarga, dan dukungan masyarakat.

3.10.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010: 182). Analisis bivariat dalam penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jam kerja, tingkat kecacatan, pengetahuan, sikap, keterjangkauan ke kegiatan KPD, dukungan keluarga, dan dukungan masyarakat dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta di Kabupaten Brebes. Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *chi square* dengan taraf signifikansi 95% dengan nilai kemaknaan 5% dengan rumus:

$$x^2 \text{ hitung} = \Sigma \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Keterangan :

X^2_{hitung} = *Chi square* hitung

Oij = Frekuensi pengamatan pada sel ij

Eij = Frekuensi harapan pada sel ij

i = Baris ke-i

j = Baris ke-j

syarat-syarat uji *chi square*

1) Setiap sel minimal berisi frekuensi pengamatan (Oij) sebesar 1 tidak boleh 0.
2) Sel-sel dengan frekuensi harapan (Eij) kurang dari 5 tidak boleh melebihi 20% dari total sel. Untuk tabel 2 x 2, syarat tersebut berarti tidak boleh ada satu sel pun boleh berisi frekuensi harapan kurang dari 5 (Cahyati dan Ningrum, 2012: 134.

BAB IV
HASIL PENELITIAN

4.1 GAMBARAN UMUM PROSES PENELITIAN

Penelitian yang berjudul Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Penderita Kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes ini dilaksanakan di 4 wilayah kerja puskesmas, diantaranya adalah Puskesmas Jatibarang, Puskesmas Jatirokeh, Puskesmas Wanasari, dan Puskesmas Sitanggal. Dalam penelitian ini, kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) baru akan dilaksanakan di puskesmas-puskesmas tersebut sehingga perlu adanya sosialisasi dari pihak puskesmas khususnya petugas kusta dan peneliti kepada penderita kusta yang tercatat di tahun 2013 yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Proses sosialisasi tersebut dengan cara langsung mendatangi penderita kusta yang akan dijadikan sampel dan sekaligus mengundangnya pada suatu waktu tertentu. Berikut adalah data penderita kusta di Puskesmas Jatibarang, Puskesmas Jatirokeh, Puskesmas Wanasari, dan Puskesmas Sitanggal yang tercatat pada tahun 2013 sekaligus yang menjadi sampel penelitian:

Tabel 4.1 Data Penderita kusta di Puskesmas Jatibarang, Puskesmas Jatirokeh, Puskesmas Wanasari, dan Puskesmas Sitanggal Tahun 2013.

Puskesmas	Jumlah Penderita Terdaftar Tahun 2013	DO	Bekerja di Luar Kabupaten Brebes	Alamat Tidak Ditemukan	Memenuhi Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Σ Hadir pada Pertemuan Pertama KPD
Jatirokeh	22	6	2	2	12	9
Wanasari	15	-	-	10	5	2
Sitanggal	14	-	-	-	14	10
Jatibarang	11	-	-	-	11	11
Σ sampel						32

Sumber: Puskesmas Jatibarang, Jatirokeh, Wanasari, dan Sitanggal Tahun 2014

Berdasarkan Tabel 4.1 diatas diketahui bahwa jumlah penderita kusta tertinggi dan jumlah penderita *drop out* terbanyak berada di Puskesmas Jatirokeh. Jumlah alamat penderita kusta terbanyak yang tidak ditemukan yaitu 10 penderita dari puskesmas Wanasari yang disebabkan karena keinginan dari petugas kusta sendiri yang hanya ingin mengundang penderita kusta yang jarak tempat tinggalnya dekat dengan puskesmas, dan 2 penderita dari puskesmas Jatirokeh hal ini karena data dalam rekam medik penderita yang tidak lengkap. Terdapat 2 orang penderita kusta di puskesmas Jatirokeh yang bekerja di luar Kabupaten Brebes yaitu di Kalimantan dan Vietnam sehingga tidak termasuk dalam kategori sampel penelitian, sehingga jumlah penderita kusta yang memenuhi kriteria inklusi dan ekslusi yaitu 42 penderita dari keempat puskesmas. Setelah itu peneliti bersama dengan petugas kusta mengundang penderita secara langsung dengan mendatangi tempat tinggal masing-masing, setelah itu diketahui jumlah penderita kusta yang hadir dalam pertemuan pertama kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di puskesmas sebanyak 32 penderita.

Dalam praktek perawatan diri di kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) ini memerlukan alat dan bahan untuk dipersiapkan sebelumnya. Untuk alat yang digunakan dalam kegiatan perawatan diri adalah ember ukuran sedang yang berisi air sebagai tempat perendaman luka kusta baik yang terdapat di kaki ataupun tangan penderita dan kain panjang untuk perawatan diri pada kaki semper, sedangkan bahan yang digunakan adalah air untuk merendam, air yang digunakan adalah air dengan suhu normal, bahan lainnya adalah batu apung untuk menggosok pinggiran luka agar kulit-kulit mati mudah dikelupas, sehingga

sensitifitas saraf-saraf tepi penderita kusta yang tidak terasa jika terkena benda tajam akan kembali terasa, bahan lainnya adalah minyak goreng atau *hand body* untuk mengoles sekaligus meluruskan jari-jari tangan yang kiting agar mempermudah dalam prosesnya sekaligus melembabkan kulit agar tidak mudah kering yang bisa berisiko mengalami pecah-pecah yang berakibat lanjut menjadi luka yang tidak terasa.

Tahap selanjutnya adalah pelaksanaan kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) di masing-masing puskesmas. Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) ini dilaksanakan sebanyak 4 kali pertemuan setiap 2 minggu sekali, sehingga total waktu yang dibutuhkan dalam penelitian ini yaitu 2 bulan. Waktu yang relatif panjang ini dimaksudkan untuk melihat partisipasi penderita kusta dalam kegiatan tersebut. Berikut adalah jadwal pertemuan yang akan dilaksanakan beserta materi yang akan disampaikan:

Tabel 4.2 Jadwal Pertemuan dan Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD)

Puskesmas	Hari/ Tanggal	Pertemuan	Kegiatan
Sitanggal	Rabu, 9 April 2014	I	1. Penjelasan kegiatan KPD 2. Pengisian kuesioner 3. Pembentukan ketua KPD 4. Pemberian materi perawatan diri tentang: • Mata yang tidak dapat ditutup rapat • Tangan yang mati rasa 5. Praktek perawatan diri
	Senin, 21 April 2014	II	1. Pemberian materi perawatan diri tentang: • Kulit tangan yang kering • Kari tangan yang bengkok 2. Praktek perawatan diri
	Selasa,	III	1. Pemberian materi perawatan diri

	6 Mei 2014		tentang: • Kaki yang semper • Kaki yang tebal dan kering 2. Praktek perawatan diri
	Selasa, 20 Mei 2014	IV	1. Pemberian materi perawatan diri tentang: • Kaki yang mati rasa • Luka borok 2. Praktek perawatan diri

Puskesmas	Hari/ Tanggal	Pertemuan	Kegiatan
Jatirokeh	Jumat, 11 April 2014	I	1. Penjelasan kegiatan KPD 2. Pengisian kuesioner 3. Pembentukan ketua KPD 4. Pemberian materi perawatan diri tentang: • Mata yang tidak dapat ditutup rapat • Tangan yang mati rasa 5. Praktek perawatan diri
	Rabu, 23 April 2014	II	1. Pemberian materi perawatan diri tentang: • Kulit tangan yang kering • Kari tangan yang bengkok 2. Praktek perawatan diri
	Jumat, 9 Mei 2014	III	1. Pemberian materi perawatan diri tentang: • Kaki yang semper • Kaki yang tebal dan kering 2. Praktek perawatan diri
	Jumat, 23 Mei 2014	IV	1. Pemberian materi perawatan diri tentang: • Kaki yang mati rasa • Luka borok 2. Praktek perawatan diri

Puskesmas	Hari/ Tanggal	Pertemuan	Kegiatan
Wanasari	Rabu, 16 April 2014	I	1. Penjelasan kegiatan KPD 2. Pengisian kuesioner 3. Pembentukan ketua KPD 4. Pemberian materi perawatan diri tentang: • Mata yang tidak dapat ditutup rapat • Tangan yang mati rasa 5. Praktek perawatan diri

	Rabu, 30 April 2014	II	1. Pemberian materi perawatan diri tentang: • Kulit tangan yang kering • Kari tangan yang bengkok 2. Praktek perawatan diri
	Rabu, 14 Mei 2014	III	1. Pemberian materi perawatan diri tentang: • Kaki yang semper • Kaki yang tebal dan kering 2. Praktek perawatan diri
	Senin, 26 Mei 2014	IV	1. Pemberian materi perawatan diri tentang: • Kaki yang mati rasa • Luka borok 2. Praktek perawatan diri

Puskesmas	Hari/ Tanggal	Pertemuan	Kegiatan
Jatibarang	Kamis, 17 April 2014	I	1. Penjelasan kegiatan KPD 2. Pengisian kuesioner 3. Pembentukan ketua KPD 4. Pemberian materi perawatan diri tentang: • Kulit tangan yang kering • Tangan yang mati rasa 5. Praktek perawatan diri
	Sabtu, 3 Mei 2014	II	1. Pemberian materi perawatan diri tentang: • Mata yang tidak dapat ditutup rapat • Kari tangan yang bengkok 2. Praktek perawatan diri
	Sabtu, 17 Mei 2014	III	1. Pemberian materi perawatan diri tentang: • Kaki yang semper • Kaki yang tebal dan kering 2. Praktek perawatan diri
	Rabu, 28 Mei 2014	IV	1. Pemberian materi perawatan diri tentang: • Kaki yang mati rasa • Luka borok 2. Praktek perawatan diri

Berdasarkan pengamatan di Puskesmas Jatirokeh, jumlah alamat penderita kusta yang *drop out* adalah tertinggi dibandingkan dengan ketiga puskesmas lainnya selain itu terdapat pula alamat penderita yang tidak sesuai dengan data yang ada, hal ini disebabkan karena adanya pergantian petugas kusta 2 bulan yang lalu sedangkan petugas kusta baru belum mengkroscek kembali keberadaan alamat penderita kusta karena pekerjaannya yang merangkap menjadi petugas loket serta perawat di BP umum. Berdasarkan hasil wawancara dengan penderita kusta, mereka menyatakan bahwa petugas kusta terdahulu kurang melayani penderita dengan baik seperti tidak datang tepat waktu dan tidak terlalu memperhatikan kondisi penderita. Data yang adapun seperti alamat penderita tidak ditulis secara lengkap dengan RW dan RTnya sehingga menyulitkan petugas baru dan peneliti untuk mencari alamat penderita. Di Puskesmas Jatirokeh, ditemukan sepasang suami istri yang terkena penyakit kusta dengan tingkat cacat 2 hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakaan oleh Chin yang menyatakan bahwa penularan di dalam rumah tangga dan kontak atau hubungan dekat dalam waktu yang lama sangat berperan dalam penularan (Chin, James, 2000: 355), hasil penelitian yang dilakukan oleh Norlatifah dkk (2010) juga menunjukkan bahwa riwayat kontak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian kusta (OR=3,169). Peluang orang dengan riwayat kontak serumah tertular penyakit kusta 5,06 kali lebih besar dibandingkan dengan tidak ada riwayat kontak serumah.

Banyaknya jumlah penderita yang alamatnya tidak ditemukan di Puskesmas Wanasari disebabkan oleh petugas kusta yang pada awalnya sudah

pesimis bahwa kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) ini tidak akan bisa dilaksanakan karena penderita kusta yang enggan dikumpulkan di puskesmas dengan alasan malu, namun Kepala Puskesmas Wanasari sangat mendukung dengan kegiatan ini dan ingin sekali kegiatan ini dijadikan kegiatan rutin di puskesmas, sehingga penderita yang diundang hanya penderita yang alamat rumahnya dekat dengan puskesmas dan diketahui oleh petugas kustanya saja. Walaupun hanya 2 orang penderita kusta yang berpartisipasi dalam kegiatan KPD ini namun keduanya sangat bersemangat dan merasakan manfaat yang sangat besar dengan adanya kegiatan ini. Dari 2 orang penderita kusta 1 orang sudah mengalami cacat tingkat 2, kecacatan tersebut ada pada kaki yang mulai semper dan jari-jari tangan yang kiting, dengan mempraktekan cara-cara perawatan diri untuk jari tangan kiting di kegiatan KPD dan rutin dilalukan secara mandiri di tempat tinggal penderita maka jari yang pada awalnya sangat kaku dan sakit jika diluruskan secara perlahan dengan minyak goreng semakin lama sudah tidak sakit dan sudah tidak terlalu kiting, penderita menyatakan bahwa kegiatan meluruskan jari tanganya dilakukan setiap saat setiap waktu demi jari-jarinya agar kembali lurus. Berita mengenai kegiatan penelitian KPD di puskesmas Wanasari ini bisa dilihat dalam situs online brebesnews.co yang merupakan media online yang informatif, edukatif dan inspiratif, dengan adanya peliputan kegiatan KPD ini diharapkan bisa dibaca oleh jajaran pemerintah Kabupaten Brebes maupun masyarakat dan mampu menginspirasi puskesmas di Kabupaten Brebes yang belum mengadakan kegiatan KPD. Kegiatan peliputan ini bukan dari permintaan peneliti, peneliti tidak mengetahui bahwa kegiatan KPD ini sampai akan diliput,

peliputan ini merupakan ide dari pihak Kepala Puskesmas Wanasari sendiri yang mendatangkan wartawan dari pihak berita online brebesnews.co.

Kegiatan KPD di puskesmas Sitanggal berjalan lancar namun stigma negatif tentang penderita kusta masih dirasakan bahkan dari petugas puskesmas yang notabennya memahami patologi penyakit kusta, penderita kusta yan telah mendapatkan pengobatan dengan obat dosis tunggal rifampisin 600 mg akan membunuh 99,9% kuman kusta sehingga penderita menjadi tidak infeksius lagi (Amiruddin, 2000). Stigma yang timbul tersebut dikarenakan adanya suatu persepsi tentang penyakit kusta yang keliru (Soedartjatmi, 2009). Kegiatan KPD di puskesmas Sitanggal ini dilakukan di luar ruangan yaitu di ruang tunggu yang bisa tersambung dengan ruangan loket pendaftaran melalui jendela, pada saat kegiatan KPD akan dimulai petugas puskesmas langsung menutup jendela tersebut yang awalnya masih terbuka hal ini pasti sangat menyinggung perasaan penderita kusta. Petugas kusta juga menyatakan bahwa petugas kesehatan di puskesmas tersebut sangat menjaga jarak dan takut jika ada kegiatan KPD di tahun lalu ataupun jika ada penderita kusta yang akan mengambil obat.

Hasil penemuan di puskesmas Jatibarang juga terdapat penderita kusta dalam satu keluarga yaitu ibu dan anak, hal ini tidak jauh berbeda dengan penemuan penderita kusta dalam satu kelarga di puskesmas Jatirokeh, sehingga penderita kusta perlu pemahaman lebih banyak oleh petugas kusta bahwa penyakit ini bisa menular melalui kontak serumah yang erat (Norlatifah, 2010) oleh sebab itu perlu adanya upaya pencegahan dengan mengupayakan untuk membatasi kontak dan peningkatan kebersihan diri. Pada pertemuan kedua kegiatan KPD

dengan materi untuk mata yang tidak ditutup rapat dan jari tangan yang bengkok ditemukan penderita kusta dengan *lagophthalmus* yaitu suatu kondisi dimana penderita kusta tidak dapat sepenuhnya menutup kelopak mata yang diakibatkaan karena saraf mata menjadi lemah atau paralisi. Pada saat petugas kusta meminta untuk seluruh penderita menutup dan membuka mata untuk melihat apakah ada kelainan pada mata seperti *lagopthalmus* lalu penderita tersebut tidak mampu menutup matanya secara rapat sehingga petugas langsung memberikan *prednisone* untuk reaksi berat tersebut dengan dosis 40mg/hari (1X8 tab) pagi hari setelah makan yang akan terus diturunkan dosisnya setiap dua minggu sekali sampai keadaan membaik (DEPKES RI, 2006).

4.2 HASIL PENELITIAN

4.2.1 Analisis Univariat

4.2.1.1 Deskripsi Data Umur

Distribusi responden berdasarkan kelompok umur diperoleh hasil pada tabel berikut:

Tabel 4.3 Analisis Distribusi Variabel Umur Responden

Umur	Pusk. Jatibarang	Pusk. Jatirokeh	Pusk. Wanasari	Pusk. Sitanggal	Frekuensi	%
15-64 tahun	10	8	1	10	29	90,6
0-14 tahun atau ≥ 65 tahun	1	1	1	0	3	9,4
Total	11	9	2	10	32	100,0

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa responden yang berumur 15-64 tahun sebanyak 29 orang (90,6%) dan yang berumur 0-14 tahun atau ≥ 65 tahun masing-masing berjumlah 1 orang dan 2 orang sehingga berjumlah 3 orang (9,4%).

4.2.1.2 Deskripsi Data Jenis Kelamin

Distribusi responden berdasarkan kelompok jenis kelamin diperoleh hasil pada tabel berikut:

Tabel 4.4 Analisis Distribusi Variabel Jenis Kelamin Responden

Jenis Kelamin	Pusk. Jatibarang	Pusk. Jatirokeh	Pusk. Wanasari	Pusk. Sitanggal	Frekuensi	%
Laki-laki	6	8	1	6	21	66,0
Perempuan	5	1	1	4	11	34,0
Total	11	9	2	10	32	100,0

Berdasarkan tabel 4.4 diperoleh distribusi responden berdasarkan jenis kelamin laki-laki sebanyak 21 orang (66%) dan perempuan sebanyak 11 orang (34%).

4.2.1.3 Deskripsi Data Pendidikan

Distribusi responden berdasarkan pendidikan diperoleh hasil pada tabel berikut:

Tabel 4.5 Analisis Distribusi Variabel Pendidikan Responden

Pendidikan	Pusk. Jatibarang	Pusk. Jatirokeh	Pusk. Wanasari	Pusk. Sitanggal	Frekuensi	%
Rendah	6	7	2	8	23	72,0
Tinggi	5	2	0	2	9	28,0
Total	11	9	2	10	32	100,0

Berdasarkan tabel 4.5 diperoleh distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan menunjukkan bahwa tingkat pendidikan rendah sebanyak 13 orang (72%) dan tingkat pendidikan tinggi sebanyak 9 orang (28%).

4.2.1.4 Deskripsi Data Jam Kerja

Distribusi responden berdasarkan jam kerja diperoleh hasil pada tabel berikut:

Tabel 4.6 Analisis Distribusi Variabel Jam Kerja Responden

Jam Kerja	Pusk. Jatibarang	Pusk. Jatirokeh	Pusk. Wanasari	Pusk. Sitanggal	Frekuensi	%
> 7 jam/hr	4	2	1	1	8	25,0
< 7 jam/hr	7	7	1	9	24	75,0
Total	11	9	2	10	32	100,0

Berdasarkan tabel 4.6 diperoleh distribusi responden berdasarkan jam kerja menunjukkan bahwa responden yang bekerja lebih dari 7 jam per hari sebanyak 8 orang (25%) sedangkan responden yang bekerja kurang lebih dari 7 jam per hari sebanyak 24 orang (75%).

4.2.1.5 Deskripsi Data Tingkat Kecacatan

Distribusi responden berdasarkan tingkat kecacatan diperoleh hasil pada tabel berikut:

Tabel 4.7 Analisis Distribusi Variabel Tingkat Kecacatan Responden

Tingkat Kecacatan	Pusk. Jatibarang	Pusk. Jatirokeh	Pusk. Wanasari	Pusk. Sitanggal	Frekuensi	%
Tingkat 0	9	5	1	7	22	69,0
Tingkat 1 dan 2	2	4	1	3	10	31,0
Total	11	9	2	10	32	100,0

Berdasarkan tabel 4.7 diperoleh distribusi responden berdasarkan tingkat kecacatan menunjukkan bahwa responden yang mengalami kecacatan tingkat 0 sebanyak 22 orang (69%) dan responden yang mengalami kecacatan tingkat 1 dan 2 sebanyak 10 orang (31%).

4.2.1.6 Deskripsi Data Pengetahuan

Distribusi responden berdasarkan pengetahuan diperoleh hasil pada tabel berikut:

Tabel 4.8 Analisis Distribusi Variabel Pengetahuan Responden

Pengetahuan	Pusk. Jatibarang	Pusk. Jatirokeh	Pusk. Wanasari	Pusk. Sitanggal	Frekuensi	%
Rendah	6	5	0	6	17	53,0
Tinggi	5	4	2	4	15	47,0
Total	11	9	2	10	32	100,0

Berdasarkan tabel 4.8 diperoleh distribusi responden berdasarkan tingkat pengetahuan menunjukkan bahwa responden yang memiliki tingkat pengetahuan

rendah sebanyak 17 orang (53%) dan responden yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi sebanyak 15 orang (47%).

4.2.1.7 Deskripsi Data Sikap Penderita Kusta

Distribusi responden berdasarkan sikap penderita kusta diperoleh hasil pada tabel berikut:

Tabel 4.9 Analisis Distribusi Variabel Sikap Responden

Sikap	Pusk. Jatibarang	Pusk. Jatirokeh	Pusk. Wanasari	Pusk. Sitanggal	Frekuensi	%
Rendah	4	5	0	2	11	34,0
Tinggi	7	4	2	8	21	66,0
Total	11	9	2	10	32	100,0

Berdasarkan tabel 4.9 diperoleh distribusi responden berdasarkan sikap penderita menunjukkan bahwa responden yang memiliki sikap rendah sebanyak 11 orang (34%) dan responden yang memiliki sikap tinggi sebanyak 21 orang (66%).

4.2.1.8 Deskripsi Data Keterjangkauan ke Kegiatan KPD

Distribusi responden berdasarkan keterjangkaun ke Kegiatan KPD diperoleh hasil pada tabel berikut:

Tabel 4.10 Analisis Distribusi Variabel Keterjangkauan Responden

keterjangkauan	Pusk. Jatibarang	Pusk. Jatirokeh	Pusk. Wanasari	Pusk. Sitanggal	Frekuensi	%
Tdk Terjangkau	2	4	0	3	9	28,0
Terjangkau	9	5	2	7	23	72,0
Total	11	9	2	10	32	100,0

Berdasarkan tabel 4.10 diperoleh distribusi responden berdasarkan keterjangkauan ke kegiatan KPD menunjukkan bahwa responden yang menyatakan tidak terjangkau sebanyak 9 orang (28%) dan responden yang menyatakan terjangkau sebanyak 23 orang (72%).

4.2.1.9 Deskripsi Data Dukungan Keluarga

Distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga diperoleh hasil pada tabel berikut :

Tabel 4.11 Analisis Distribusi Variabel Dukungan Keluarga Responden

Dukungan Keluarga	Pusk. Jatibarang	Pusk. Jatirokeh	Pusk. Wanasari	Pusk. Sitanggal	Frekuensi	%
Rendah	1	1	0	1	3	9,0
Tinggi	10	8	2	9	29	91,0
Total	11	9	2	10	32	100,0

Berdasarkan tabel 4.11 diperoleh distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga penderita kusta untuk mengikuti KPD menunjukkan bahwa responden yang memiliki dukungan keluarga rendah sebanyak 3 orang (9%) dan responden yang memiliki dukungan keluarga tinggi sebanyak 29 orang (91%).

4.2.1.10 Deskripsi Data Dukungan Masyarakat

Distribusi responden berdasarkan dukungan masyarakat diperoleh hasil pada tabel berikut :

Tabel 4.12 Analisis Distribusi Variabel Dukungan Masyarakat Responden

Dukungan Masyarakat	Pusk. Jatibarang	Pusk. Jatirokeh	Pusk. Wanasari	Pusk. Sitanggal	Frekuensi	%
Rendah	4	4	0	2	10	31,0
Tinggi	7	5	2	8	22	69,0
Total	11	9	2	10	32	100,0

Berdasarkan tabel 4.12 diperoleh distribusi responden berdasarkan dukungan masyarakat untuk mengikuti KPD menunjukkan bahwa responden yang memiliki dukungan masyarakat rendah sebanyak 10 orang (31%) dan responden yang memiliki dukungan masyarakat tinggi sebanyak 22 orang (69%).

4.2.1.11 Deskripsi Partisipasi Responden dalam KPD

Distribusi responden berdasarkan partisipasi penderita kusta dalam KPD diperoleh hasil pada tabel berikut :

Tabel 4.13 Analisis Distribusi Variabel Partisipasi Responden

Partisipasi	Pusk. Jatibarang	Pusk. Jatirokeh	Pusk. Wanasari	Pusk. Sitanggal	Frekuensi	%
Tidak Berpartisipasi	4	4	0	4	12	37,0
Berpartisipasi	7	5	2	6	20	63,0
Total	11	9	2	10	32	100,0

Berdasarkan tabel 4.13 diperoleh distribusi responden berdasarkan partisipasi dalam mengikuti kegiatan KPD menunjukkan bahwa responden yang tidak mengikuti kegiatan KPD sebanyak 12 orang (37%) dan responden yang mengikuti kegiatan KPD sebanyak 20 orang (63%).

4.2.2 Analisis Bivariat

4.2.2.1 Hubungan Faktor Umur dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Berdasarkan analisis bivariat diperoleh tabulasi silang antara umur dengan partisipasi penderita kusta dalam KPD di Puskesmas Jatibarang, Jatirokeh, Wanasari, dan Sitanggal Kabupaten Brebes tahun 2014 pada tabel berikut:

Tabel 4.14 Tabulasi Silang Antara Umur dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD di Kabupaten Brebes tahun 2014.

Umur	Partisipasi dalam KPD				Total		*P value*
	Tidak Berpartisipasi		Berpartisipasi				
	n	%	N	%	Jumlah	%	
15-64 tahun	10	31,2	19	59,4	29	90,6	
0-14 tahun dan ≥ 65 tahun	2	6,2	1	3,1	3	9,4	0,540

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *chi-square* dengan taraf kepercayaan 95% tidak memenuhi syarat, karena terdapat 25% sel yang mempunyai *expected* kurang dari 5, sehingga dilakukan uji alternatif yaitu uji *Fisher* dan diperoleh *p value* sebesar 0,540 (> 0,05), sehingga Ha ditolak. Hal ini

berarti tidak ada hubungan antara umur dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

4.2.2.2 Hubungan Faktor Jenis Kelamin dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Berdasarkan analisis bivariat diperoleh tabulasi silang antara jenis kelamin dengan partisipasi penderita kusta dalam KPD di Puskesmas Jatibarang, Jatirokeh, Wanasari, dan Sitanggal Kabupaten Brebes tahun 2014 pada tabel berikut:

Tabel 4.15 Tabulasi Silang Antara Jenis Kelamin dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD di Kabupaten Brebes tahun 2014.

Jenis Kelamin	Partisipasi dalam KPD				Total		*P value*
	Tidak Berpartisipasi		Berpartisipasi				
	N	%	N	%	Jumlah	%	
Laki-laki	7	21,9	14	43,8	21	65,6	0,703
Perempuan	5	15,6	6	18,8	11	34,4	

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *chi-square* dengan taraf kepercayaan 95% tidak memenuhi syarat, karena terdapat 25% sel yang mempunyai *expected* kurang dari 5, sehingga dilakukan uji alternatif yaitu uji *Fisher* dan diperoleh *p value* sebesar 0,703 (> 0,05), sehingga Ha ditolak. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

4.2.2.3 Hubungan Faktor Tingkat Pendidikan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Berdasarkan analisis bivariat diperoleh tabulasi silang antara pendidikan dengan partisipasi penderita kusta dalam KPD di Puskesmas Jatibarang, Jatirokeh, Wanasari, dan Sitanggal Kabupaten Brebes tahun 2014 pada tabel berikut:

Tabel 4.16 Tabulasi Silang Antara Pendidikan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD di Kabupaten Brebes tahun 2014.

Pendidikan	Partisipasi dalam KPD				Total		*P value*
	Tidak Berpartisipasi		Berpartisipasi				
	n	%	N	%	Jumlah	%	
Rendah	9	28,1	14	43,8	23	71,9	1,000
Tinggi	3	9,4	6	18,8	9	28,1	

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *chi-square* dengan taraf kepercayaan 95% tidak memenuhi syarat, karena terdapat 25% sel yang mempunyai *expected* kurang dari 5, sehingga dilakukan uji alternatif yaitu uji *Fisher* dan diperoleh *p value* sebesar 1,000 (> 0,05), sehingga Ha ditolak. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

4.2.2.4 Hubungan Faktor Jam Kerja dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Berdasarkan analisis bivariat diperoleh tabulasi silang antara jam kerja dengan partisipasi penderita kusta dalam KPD di Puskesmas Jatibarang, Jatirokeh, Wanasari, dan Sitanggal Kabupaten Brebes tahun 2014 pada tabel berikut:

Tabel 4.17 Tabulasi Silang Antara Jam Kerja dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD di Kabupaten Brebes tahun 2014.

Jam Kerja	Partisipasi dalam KPD				Total		*P value*
	Tidak Berpartisipasi		Berpartisipasi				
	n	%	N	%	Jumlah	%	
> 7 jam/hr	5	15,3	3	9,4	8	25,0	0,116
< 7 jam/hr	7	21,9	17	53,1	24	75,0	

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *chi-square* dengan taraf kepercayaan 95% tidak memenuhi syarat, karena terdapat 25% sel yang mempunyai *expected* kurang dari 5, sehingga dilakukan uji alternatif yaitu uji *Fisher* dan diperoleh *p value* sebesar 0,116 (> 0,05), sehingga Ha ditolak. Hal ini berarti tidak terdapat hubungan antara jam kerja dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

4.2.2.5 Hubungan Faktor Tingkat Kecacatan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Berdasarkan analisis bivariat diperoleh tabulasi silang antara tingkat kecacatan dengan partisipasi penderita kusta dalam KPD di Puskesmas Jatibarang, Jatirokeh, Wanasari, dan Sitanggal Kabupaten Brebes tahun 2014 pada tabel berikut:

Tabel 4.18 Tabulasi Silang Antara Tingkat Kecacatan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD di Kabupaten Brebes tahun 2014.

Tingkat Kecacatan	Partisipasi dalam KPD				Total		*P value*
	Tidak Berpartisipasi		Berpartisipasi				
	n	%	N	%	Jumlah	%	
Cacat tingkat 0	9	28,1	13	40,6	22	68,8	0,703
Cacat tingkat 1 dan 2	3	9,4	7	21,9	10	31,2	

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi chi-square dengan taraf kepercayaan 95% tidak memenuhi syarat, karena terdapat 25% sel yang mempunyai expected kurang dari 5, sehingga dilakukan uji alternatif yaitu uji Fisher dan diperoleh p value sebesar 0,703 (> 0,05), sehingga Ha ditolak. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara tingkat kecacatan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

4.2.2.6 Hubungan Faktor Pengetahuan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Berdasarkan analisis bivariat diperoleh tabulasi silang antara pengetahuan dengan partisipasi penderita kusta dalam KPD di Puskesmas Jatibarang, Jatirokeh, Wanasari, dan Sitanggal Kabupaten Brebes tahun 2014 pada tabel berikut:

Tabel 4.19 Tabulasi Silang Antara Pengetahuan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD di Kabupaten Brebes tahun 2014.

Pengetahuan	Partisipasi dalam KPD				Total		*P value*
	Tidak Berpartisipasi		Berpartisipasi				
	n	%	N	%	Jumlah	%	
Rendah	10	31,2	7	21,9	17	53,1	0,022
Tinggi	2	6,2	13	40,6	15	46,9	

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *chi-square* dengan taraf kepercayaan 95% memenuhi syarat, sehingga dapat menggunakan uji *chi-square* dan diperoleh *p value* sebesar 0,022 < 0.05, sehingga Ha diterima. Hal ini berarti ada hubungan antara faktor pengetahuan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

4.2.2.7 Hubungan Faktor Sikap dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Berdasarkan analisis bivariat diperoleh tabulasi silang antara sikap dengan partisipasi penderita kusta dalam KPD di Puskesmas Jatibarang, Jatirokeh, Wanasari, dan Sitanggal Kabupaten Brebes tahun 2014 pada tabel berikut:

Tabel 4.20 Tabulasi Silang Antara Sikap dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD di Kabupaten Brebes tahun 2014.

Sikap	Partisipasi dalam KPD				Total		*P value*
	Tidak Berpartisipasi		Berpartisipasi				
	N	%	n	%	Jumlah	%	
Rendah	9	28,1	2	6,2	11	34,4	0,0001
Tinggi	3	9,4	18	56,2	21	65,6	

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *chi-square* dengan taraf kepercayaan 95% tidak memenuhi syarat, karena terdapat 25% sel yang mempunyai *expected* kurang dari 5, sehingga dilakukan uji alternatif yaitu uji *Fisher* dan diperoleh *p value* sebesar 0,0001 (> 0,05), sehingga Ha diterima. Hal ini berarti terdapat hubungan antara sikap penderita kusta dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

4.2.2.8 Hubungan Faktor Keterjangkauan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Berdasarkan analisis bivariat diperoleh tabulasi silang antara jarak dengan partisipasi penderita kusta dalam KPD di Puskesmas Jatibarang, Jatirokeh, Wanasari, dan Sitanggal Kabupaten Brebes tahun 2014 pada tabel berikut:

Tabel 4.21 Tabulasi Silang Antara Keterjangkauan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD di Kabupaten Brebes tahun 2014.

Jarak	Partisipasi dalam KPD				Total		*P Value*
	Tidak Berpartisipasi		Berpartisipasi				
	N	%	n	%	Jumlah	%	
Tidak Terjangkau	7	21,9	2	6,2	9	28,1	0,006
Terjangkau	5	15,6	18	56,2	23	71,9	

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *chi-square* dengan taraf kepercayaan 95% tidak memenuhi syarat, karena terdapat 25% sel yang mempunyai *expected* kurang dari 5, sehingga dilakukan uji alternatif yaitu uji *Fisher* dan diperoleh *p value* sebesar 0,006 (> 0,05), sehingga Ha diterima. Hal ini berarti terdapat hubungan antara keterjangkauan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

4.2.2.9 Hubungan Faktor Dukungan Keluarga dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Berdasarkan analisis bivariat diperoleh tabulasi silang antara dukungan keluarga dengan partisipasi penderita kusta dalam KPD di Puskesmas Jatibarang, Jatirokeh, Wanasari, dan Sitanggal Kabupaten Brebes tahun 2014 pada tabel berikut:

Tabel 4.21 Tabulasi Silang Antara Dukungan Keluarga dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD di Kabupaten Brebes tahun 2014.

Dukungan keluarga	Partisipasi dalam KPD				Total		*P Value*
	Tidak Berpartisipasi		Berpartisipasi				
	n	%	n	%	Jumlah	%	
Rendah	3	9,4	0	0	3	9,4	0,044
Tinggi	9	28,1	20	62,5	29	90,6	

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *chi-square* dengan taraf kepercayaan 95% tidak memenuhi syarat, karena terdapat 50% sel yang mempunyai *expected* kurang dari 5, sehingga dilakukan uji alternatif yaitu uji *Fisher* dan diperoleh *p value* sebesar 0,044 (> 0,05), sehingga Ha diterima. Hal ini berarti ada hubungan antara dukungan keluarga dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

4.2.2.10 Hubungan Faktor Dukungan Masyarakat dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Berdasarkan analisis bivariat diperoleh tabulasi silang antara dukungan masyarakat dengan partisipasi penderita kusta dalam KPD di Puskesmas Jatibarang, Jatirokeh, Wanasari, dan Sitanggal Kabupaten Brebes tahun 2014 pada tabel berikut:

Tabel 4.23 Tabulasi Silang Antara Dukungan Masyarakat dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD di Sitanggal Kabupaten Brebes tahun 2014.

Dukungan Masyarakat	Partisipasi dalam KPD				Total		*P Value*
	Tidak Berpartisipasi		Berpartisipasi				
	N	%	N	%	Jumlah	%	
Rendah	9	28,1	1	3,1	10	31,2	0,0001
Tinggi	3	9,4	19	59,4	22	68,8	

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *chi-square* dengan taraf kepercayaan 95% tidak memenuhi syarat, karena terdapat 25% sel yang mempunyai *expected* kurang dari 5, sehingga dilakukan uji alternatif yaitu uji *Fisher* dan diperoleh *p value* sebesar 0,0001 (> 0,05), sehingga Ha diterima. Hal ini berarti ada hubungan antara dukungan masyarakat dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

4.2.3 Rangkuman Hasil Analisis Bivariat

Berikut adalah Tabel 4.24 yang berisi rangkuman hasil analisis bivariat :

Tabel 4.24 Rangkuman Hasil Analisis Bivariat

No	Hasil	*P Value*
1.	Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di kabupaten Brebes.	0,002
2.	Terdapat hubungan antara sikap dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di kabupaten Brebes.	0,001
3.	Terdapat hubungan antara keterjangkauan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di kabupaten Brebes.	0,006
4.	Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di kabupaten Brebes.	0,004
5.	Terdapat hubungan antara dukungan masyarakat dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di kabupaten Brebes.	0,001
6.	Tidak terdapat hubungan antara umur dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di kabupaten Brebes.	0,540
7.	Tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di kabupaten Brebes.	0,703
8.	Tidak terdapat hubungan antara pendidikan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di kabupaten Brebes.	1,001
9.	Tidak terdapat hubungan antara jam kerja dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di kabupaten Brebes.	0,116
10.	Tidak terdapat hubungan antara tingkat kecacatandengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di kabupaten Brebes.	0,703

BAB V
PEMBAHASAN

5.1 Hubungan Faktor Umur dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *Fisher* diperoleh *p value* sebesar 0,540 (> 0,05), sehingga Ha ditolak. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara umur dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes. Hasil dari penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian dari Nursita Mahanani (2013) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara faktor umur dengan perawatan diri pada penderita kusta di Puskesmas Kunduran Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora tahun 2011 dengan *p value* 0,709.

Dari hasil penelitian di lapangan menunjukkan bahwa sebagian besar penderita kusta yang menjadi sampel penelitian berada pada golongan usia produktif yaitu 15-64 tahun sebanyak 29 orang (90,6 %) sedangkan golongan usia tidak produktif yaitu 0-14 tahun atau ≥65 tahun sebanyak 3 orang (9,4%), hal ini dikarenakan sifat multifikasi kuman kusta yang lambat yaitu membutuhkan waktu sampai dengan 20 jam oleh karena itu masa inkubasi di dalam tubuh manusia mencapai 5-7 tahun sehingga penyakit kusta ini jarang sekali menyerang golongan umur 0-14 tahun (Harahap, 2000: 262). Frekuensi golongan umur terbanyak yang terserang penyakit kusta ini adalah pada umur 15-29 tahun (Amiruddin, 2010). Golongan umur penderita kusta yang paling banyak berpartisipasi dalam kegiatan

KPD ini yaitu golongan umur produktif yaitu 15-64 tahun sebanyak 19 orang (59,4 %), meskipun penderita kusta dalam usia produktif dan memiliki pekerjaan namun mereka tetap berpartisipasi dalam mengikuti kegiatan KPD ini, hal ini disebabkan karena adanya kesepakatan bersama antara petugas kusta dan anggota kelompok perawatan diri lainnya mengenai kegiatan KPD untuk pertemuan selanjutnya sehingga penderita bisa mengatur waktu kerjanya selain itu responden sadar bahwa dengan pengetahuan yang akan petugas kusta berikan akan bermanfaat bagi kesembuhan penyakitnya.

5.2 Hubungan Faktor Jenis Kelamin dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *Fisher* diperoleh *p value* sebesar 0,703 (> 0,05), sehingga Ha ditolak. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara faktor jenis kelamin dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes. Hasil dari penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian dari Nursita Mahanani (2013) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan perawatan diri pada penderita kusta di Puskesmas Kunduran Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora tahun 2011 dengan *p value* 0,008.

Jenis kelamin berkaitan dengan peran kehidupan dan perilaku yang berbeda antara laki-laki dan perempuan dalam masyarakat. Dalam menjaga kesehatan biasanya kaum perempuan lebih menjaga kesehatannya dibanding laki-laki. Perbedaan perilaku sakit juga dipengaruhi oleh jenis kelamin, perempuan lebih sering merawat dirinya dibandingkan laki-laki (Notoatmodjo, 2007). Jenis

kelamin merupakan salah satu faktor risiko terjadinya penyakit kusta, laki-laki lebih banyak terkena penyakit kusta dibandingkan dengan perempuan dengan perbandingan 2:1 karena laki-laki mempunyai aktivitas di luar rumah yang lebih banyak dibanding dengan perempuan, sehingga laki-laki lebih rentan untuk tertular penyakit kusta (Amiruddin, 2000). Jumlah sampel dalam penelitian lebih banyak laki-laki (21 orang) dibandingkan dengan perempuan (11 orang), sedangkan jumlah penderita terbanyak yang mengikuti kegiatan KPD adalah berjenis kelamin laki-laki (14 orang), walaupun responden berjenis kelamin laki-laki namun mereka tetap rutin dalam menjalankan pengobatan kusta maupun kegiatan KPD ini, mereka mempunyai motivasi yang tinggi untuk sembuh secara total dari penyakit kusta agar tidak menularkan penyakitnya ke anggota keluarga lainnya maupun masyarakat, dan dengan perawatan diri yang dilakukannya akan mengurangi tingkat keparahan kecacatan akibat kusta.

5.3 Hubungan Faktor Tingkat Pendidikan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *Fisher* dan diperoleh *p value* sebesar 1,000 (> 0,05), sehingga Ha ditolak. Hal ini berarti faktor tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes. Hasil dari penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian dari Nursita Mahanani (2013) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan perawatan diri pada penderita kusta di Puskesmas Kunduran Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora tahun 2011 dengan *p value* 0,002.

Pendidikan merupakan suatu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dan pendidikan juga dapat mendewasakan seseorang untuk dapat memilih dan membuat keputusan dengan lebih cepat. Dengan pendidikan yang semakin tinggi maka penderita kusta dapat memilih apa yang terbaik untuk dirinya, seperti dengan menyempatkan melakukan perawatan diri setiap hari (Notoatmodjo, 2007). Dari hasil penelitian di lapangan menunjukkan bahwa sebagian besar penderita kusta yang menjadi sampel penelitian memiliki tingkat pendidikan rendah yaitu 23 orang (72%) sedangkan penderita yang memiliki tingkat pendidikan tinggi yaitu 9 orang (28%), kegiatan KPD ini lebih banyak diikuti oleh penderita kusta yang memiliki tingkat pendidikan rendah yaitu 14 orang atau 43,8%, sedangkan penderita kusta dengan tingkat pendidikan tinggi dan mengikuti kegiatan KPD sebanyak 6 orang (18,8), sehingga dalam kenyataannya di lapangan tingkat pendidikan yang rendah tidak mempengaruhi penderita kusta untuk melakukan tindakan pencarian informasi bagi kesembuhan penyakit yang dideritanya.

5.4 Hubungan Faktor Jam Kerja dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *Fisher* dan diperoleh *p value* sebesar 0,116 (> 0,05), sehingga Ha ditolak, hal ini berarti tidak ada hubungan antara faktor jam kerja dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes. Hasil dari penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian dari Nursita Mahanani (2013) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jam kerja dengan perawatan diri pada penderita

kusta di Puskesmas Kunduran Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora tahun 2011 dengan *p value* 0,383.

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan jumlah responden yang memiliki jam kerja < 7 jam per hari lebih banyak (24 orang) dibandingkan dengan jam kerja > 7 jam per hari (8 orang), hal ini disebabkan karena semakin lama waktu bekerja penderita akan mengakibatkan terjadinya reaksi kusta sehingga responden menghindari pekerjaan yang lama dan berat. Kejadian reaksi diduga lebih banyak terjadi pada pekerja kasar yang banyak mengeluarkan tenaga, pengeluaran tenaga berlebihan akan berdampak pada penurunan stamina sehingga penderita kusta dapat mengalami stres fisik dan terjadi perubahan respon imun yang dapat memicu terjadinya ENL (Dave, 2003). Penelitian Pagolori (2002), menyatakan bahwa kelelahan fisik merupakan faktor risiko terjadinya reaksi kusta (Pagolori, 2002). Berdasarkan penelitian Prawoto (2008) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kelelahan fisik dengan terjadinya reaksi kusta (p = 0,001). Dalam penelitian ini pelaksanaan kegiatan KPD disesuaikan dengan jam kerja responden yaitu dengan melakukan perjanjian terlebih dahulu mengenai hari dan waktu pelaksanaan kegiatan KPD pertemuan selanjutnya antara penderita kusta dan petugas kusta, sehingga penderita kusta bisa mencari-cari waktu kosongnya untuk mengikuti kegitan KPD selanjutnya.

5.5 Hubungan Faktor Tingkat Kecacatan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi uji *Fisher* dan diperoleh *p value* sebesar 0.703 (> 0.05), sehingga Ha ditolak. Hal ini berarti

tidak ada hubungan antara faktor tingkat kecacatan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

Penderita kusta memerlukan perawatan diri secara rajin dan teratur, hal ini berguna untuk mengurangi tingkat keparahan cacat akibat kusta (Soedarjatmi dkk, 2009: 22). Dari hasil penelitian di lapangan menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil penderita kusta yang mengalami cacat tingkat 1 dan 2 yaitu sebanyak 10 orang (31,2%) sedangkan penderita kusta yang tidak mengalami kecacatan seebanyak 22 orang (69%). Penderita kusta yang mengalami cacat tingkat 1 dan 2 dan mengikuti kegiatan KPD ini sebanyak 7 orang (21,9%), hal ini dapat dilihat bahwa tingkat kecacatan penderita kusta mempengaruhi mereka untuk melakukan tindakan pencarian dalam mencari informasi untuk mengurangi keparahan kecacatan akibat kusta yang dideritanya melalui kegiatan perawatan diri ini.

5.6 Hubungan Faktor Pengetahuan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek dan penginderaan terjadi melalui indera penglihatan, penciuman, pendengaran, rasa, dan raba. Pengetahuan/kognisi merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pada umumnya seseorang memperoleh pengetahuan dari berbagai sumber baik atas inisiatif sendiri maupun orang lain (Notoatmodjo, 2007: 143).

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *chi-square* dengan taraf kepercayaan 95% diperoleh *p value* sebesar 0,022 (< 0,05), sehingga Ha diterima berarti terdapat hubungan antara faktor pengetahuan dengan partisipasi

penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes. Hasil dari penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian dari Estiningsih (2006) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perawatan diri *p value* 0,021, hasil penelitian lain yang juga sejalan adalah penelitian Pangaribuan dkk., (2012) yaitu terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pencegahan kecacatan dengan nilai p < 0,001.

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan melalui hasil skoring kuesioner yang telah peneliti lakukan, 7 orang responden tidak bisa membaca sehingga perlu adanya dampingan dari petugas kusta dan peneliti untuk membacakan sehingga responden lebih mudah dalam menjawab pertanyaan. Jumlah responden yang berpengetahuan rendah yaitu 17 orang (53%), dan jumlah responden yang berpengetahuan tinggi 15 orang (47%), sedangkan responden yang berpengetahuan tinggi dan mengikuti KPD adalah 13 orang (40,6 %), hal ini terlihat bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang semakin tinggi pula kemampuan memahami akibat buruk yang akan ditimbulkan dari penyakit kusta dan langsung mengambil tindakan pencegahan dengan mengikuti kegiatan KPD ini.

5.7 Hubungan Faktor Sikap dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2007: 146). Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu (1) menerima (r*eceiving*), menerima adalah kemauan seseorang (subjek) untuk memperhatikan stimulus yang diberikan oleh orang lain

(objek), (2) merespons (*responding*), merespons merupakan tanggapan seseorang atas ide yang diberikan orang lain seperti memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan, hal tersebut adalah suatu indikasi dari sikap, (3) menghargai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap menghargai seseoarang terhadap orang lain, (4) bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab merupakan sikap yang dipilih seseorang atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko.

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *Fisher* diperoleh *p value* sebesar 0,0001 (< 0,05), sehingga Ha diterima. Hal ini berrati terdapat hubungan antara faktor sikap penderita kusta dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes. Hasil dari penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian dari Ekowati (2008) yang menyatakan bahwa sikap penderita kusta memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku perawatan kusta, penelitian sejalan lainnya adalah penelitian Wabula (2010: 51) terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan upaya pencegahan kecacatan penyakit kusta.

Berdasarkan hasil skoring kuesioner yang diajukan, sebagian besar responden (21 orang) memiliki sikap yang tinggi yaitu dengan bersikap menerima dan merespon dengan baik pernyataan-pernyataan yang diajukan peneliti. Dan responden yang memiliki sikap tinggi juga lebih banyak yang mengikuti kegiatan KPD yaitu sebanyak 18 orang (56,2%) sehingga dapat dikatakan bahwa terdapat

sinkronisasi antara sikap yang tinggi tersebut dengan keikutsertaan responden dalam mengikuti kegiatan KPD.

5.8 Hubungan Faktor Keterjangkauan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Keterjangkauan adalah kemampuan penderita kusta dalam mengakses ke kegiatan Kelompok Perwatan Diri (KPD) baik fisik maupun sosial yang diukur dengan keterjangkauan biaya dan sarana transportasi (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *Fisher* diperoleh *p value* sebesar 0,006 (> 0,05), sehingga Ha diterima. Hal ini berarti terdapat hubungan antara keterjangkauan ke tempat kegiatan KPD dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

Dari hasil penelitian di lapangan, sebagian besar responden (23 orang) menyatakan bahwa dalam hal akses transportasi dan biaya dalam menempuh jarak ke kegiatan KPD adalah terjangkau sedangkan 9 orang menyatakan tidak terjangkau baik karena akses transportasi yang sulit maupun kendala biaya, namun 2 orang diantaranya tetap berpartisipasi dalam kegiatan KPD ini. Sedangkan dari 23 orang yang menyatakan mampu menjangkau ke kegiatan KPD terdapat 18 orang (56,2 %) yang memutuskan untuk berpartisipasi dalam kegiatan KPD di puskesmas, sedangkan responden yang menyatakan tidak terjangkau beralasan bahwa tidak ada anggota keluarga yang bisa mengantarkan mereka ke puskesmas maupun alasan pekerjaan yang tidak bisa ditinggalkan sedangkan kendala biaya mereka menyatakan bahwa tidak mempunyai uang untuk membayar sarana transportasi karena mereka tergolong dalam ekonomi rendah.

5.9 Hubungan Faktor Dukungan keluarga dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Anggota keluarga berfungsi untuk mendampingi penderita kusta dalam pelatihan perawatan diri memberikan dukungan secara emosional terhadap perawatan diri penderita kusta, meliputi pemberian semangat, motivasi, mengingatkan, dan ungkapan kepedulian terhadap penderita kusta untuk tetap melakukan perawatan diri secara tepat dan teratur (Listyorini dkk., 2011: 67). Bantuan yang dapat diberikan oleh anggota keluarga adalah membantu mengerjakan pekerjaan penderita kusta yang berat dan berbahaya bagi tangan atau kaki yang mati rasa (Departemen Kesehatan RI, 2006: 100).

Berdasarkan perhitungan menggunakan uji korelasi *Fisher* diperoleh *p value* sebesar 0,044 (> 0,05), sehingga Ha diterima. Hal ini berarti ada hubungan antara faktor dukungan keluarga dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes. Hasil dari penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian dari Pangaribuan dkk (2012) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan pencegahan cacat kusta dengan nilai *p value* 0,003. Hasil penelitian lainnya yang sejalan adalah penelitian dari Estiningsih (2006) yang menyatakan bahwa peran keluarga penderita kusta berhubungan dengan perawatan diri penderita kusta dengan nilai *p value* 0,032.

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan, sebanyak 29 responden (91 %) memiliki dukungan keluarga yang tinggi dalam mendukung setiap pengobatan dan kegiatan yang bisa memperbaiki keadaan penyakit kusta yang dideritanya yaitu berupa dukungan secara emosional seperti pemberian motifasi dan semangat, mengingatkan untuk selalu rajin dalam pengobatan dan perawatan diri secara tepat dan teratur di puskesmas maupun di rumah, dan ungkapan kepedulian

terhadap penderita kusta, sehingga dari 29 responden dengan dukungan keluarga yang tinggi tersebut seluruhnya juga mengikuti kegiatan KPD di puskesmas. Sebanyak 3 orang (9 %) responden yang memiliki dukungan keluarga rendah tidak mengikuti kegiatan KPD, hal ini sangat jelas bahwa peran keluarga sangat dibutuhkan dalam kesembuhan penderita kusta.

5.10 Hubungan Faktor Dukungan Masyarakat dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Penderita kusta sangat membutuhkan partisipasi masyarakat untuk mendukungnya dalam melakukan perawatan diri sehingga dapat mengurangi risiko penderita menjadi tuna sosial (Zulkifli, 2003). Berdasarkan perhitungan *Fisher* dan diperoleh *p value* sebesar 0,0001 (> 0,05), sehingga Ha diterima. Hal ini berarti ada hubungan antara faktor dukungan masyarakat dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan, sebanyak 22 responden (69 %) memiliki dukungan masyarakat yang tinggi berupa kepekaan tentang penyakit yang diderita responden, tidak mengucilkan penderita kusta, dan selalu mendukung setiap pengobatan dan kegiatan yang bisa memperbaiki keadaan penyakit kusta yang dideritanya, sehingga dari 22 responden dengan dukungan masyarakat yang tinggi tersebut seluruhnya juga mengikuti kegiatan KPD di puskesmas. Sebanyak 10 orang (31 %) responden yang memiliki dukungan masyarakat rendah, 9 orang tidak mengikuti kegiatan KPD, hal ini sangat jelas bahwa peran masyarakat juga sangat dibutuhkan dalam aktualisasi diri penderita kusta untuk dianggap sama dengan masyarakat lainnya sehingga mengurangi resiko tekanan yang dihadapi sehingga mampu mempercepat proses kesembuhannya.

BAB VI
SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Faktor tingkat pengetahuan berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.
2. Faktor sikap berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.
3. Faktor keterjangkauan berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.
4. Faktor dukungan keluarga berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.
5. Faktor dukungan masyarakat berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.
6. Faktor umur tidak berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.
7. Faktor jenis kelamin tidak berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.
8. Faktor pendidikan tidak berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.
9. Faktor jam kerja tidak berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

10. Faktor tingkat kecacatan tidak berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

6.2 SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat diberikan saran sebagai berikut :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes
   a. Menjadikan kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) menjadi program kerja dari seksi Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2) sehingga terdapat pendanaan untuk pelaksnaannya.
   b. Mengupayakan untuk meresmikan kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta yang sudah terbentuk sehingga memiliki struktur organisasi seperti terdapat penanggung jawab dan pembina di dalamnya.
2. Kepada Kepala Puskesmas dan Petugas pemegang Program Kusta di Kabupaten Brebes
   a. Melakukan monitoring rutin setiap kali pertemuan kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) untuk memantau kondisi penderita kusta.
   b. Melakukan sosialisasi yang lebih intensif dan meyakinkan kepada penderita kusta yang belum mau mengikuti kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) sehingga penderita kusta menjadi tertarik untuk mengikuti kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD).

3. Kepada Penderita Kusta
   a. Mengupayakan untuk terus menghadiri pertemuan rutin dalam kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) sehingga mempermudah petugas kusta unutk memantau kondisi.
   b. Melakukan perawatan diri secara rutin setiap hari di tempat tinggal.
4. Kepada peneliti selanjutnya
   a. Menambahkan variabel motivasi petugas kesehatan dalam terbentuknya kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD).
   b. Mengembangkan penelitian dengan menggunakan pendekatan kualitatif sehingga bisa mengetahui secara lebih mendalam mengenai faktor-faktor yang tidak berhubungan dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

Amiruddin, Muh Dali, 2000, *Penyakit Kusta*, Jakarta: Hipokrates.

Arikuntoro, Suharsimi, 2009, *Management Penelitian*, Jakarta: Rineka Cipta.

Artiningsih, K.P, 2007, Pengaruh Pemberian Penyuluhan Pada Keluarga Terhadap Perawatan Penderita Kusta, *Karya Tulis Ilmiah*. Program Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Malang.

Brown, Robin-Graham, 2005, *Catatan Kuliah Dermatologi*, Jakarta: Erlangga.

Budiarto, Eko, 2001, *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: EGC.

Cahyati, W.H dan Ningrum, Dina N.A, 2012, *Buku Ajar Biostatistika Inferensial*, Semarang: Jur IKM UNNES.

Chin, James, 2000, *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*, Terjemahan oleh I Nyoman Kandun, Jakarta.

Ekowati, Anik, 2008, Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Perawatan Luka Kusta pada Penderita Kusta di Puskesmas Sukolilo II Kabupaten Pati, *Skripsi*, Program studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang.

Dave S, Thappa D.M, Nori A.V, Jayanthi S, A rare variant of erythema nodosum leprosum : A case report, 2003; 4-5. http://dermatology.cdlib.org/95/case_reports/enl/thappa.html

Departemen Kesehatan RI, 2004, *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Kusta*, Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

_____, 2006, *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Kusta*, Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes, 2012. *Profil Kesehatan Kabupaten Brebes*. 2012.

_____, 2013, *Profil Kesehatan Kabupaten Brebes*. 2013.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2011. *Profil Kesehatan Dinas Provinsi Jawa Tengah*. 2009.

_____, 2012. *Profil Kesehatan Dinas Provinsi Jawa Tengah*. 2010.

Ganapati, R., Pai, VV, dan Kingsley, 2003, Disability Prevention and Management in Leprosy: A Field Experience, *Indian Journal Dermatol Venereol Leprol*, Volume 69: 369-374.

Hadi, Sutrisno, 2004, *Statistik*, Yogyakarta: ANDI

Halim PW, 1989, *Aspek Sosial pada Penyakit Kusta dan Penanggulangannya*. Dalam Ross WF, Halim PW. *Penyakit Kusta untuk Petugas Kesehatan*, Jakarta: Gramedia.

Harahap, Marwali, 2000, *Ilmu Penyakit Kulit*, Jakarta: Hipokrates.

J Mathew., P. Anthony, T. Ethiraj, dan P. Khrisnamurthy, 1999, Management of Simple Plantar Ulcers By Home Based Self-Care, *Indian Journal Leprosy*, Vol.71, No.2: 173-187.

Kementrian Kesehatan RI, 2012, *Profil Pengendalian dan Penyehatan Lingkungan*, 2012.

Kerr-Pontes, Ligia RS., M.L. Barreto, C. MN. Evangelista, L.C. Rodrigues, J. Heukelbach, dan H. Feldmeier, 2006, Socioeconomic, Environmental, and Behavioral Risk Factors for Leprocy in North-east Brazil: Result of a Case-Control Study, *International Jornal of Epidemiology*, 35:994-1000, 27 April 2006.

Lusianingsih, Yuliana., A. Nugroho, Supriyadi. MN, 2013, *Hubungan antara Tingkat Kecacatan dengan Gambaran Diri (Body Image) pada Penderita Kusta di Rumah Sakit Kusta Donorojo Jepara*, hlm 5.

Mandal, K Bibhat, 2008, *Penyakit Infeksi*, Jakarta: Erlangga.

Maulana D. J. Heri, 2007, *Promosi Kesehatan*, Jakarta: EGC.

Mongi, Rilauni Angelina, 2012. Gambaran Persepsi Penderita tentang Penyakit Kusta dan Dukungan Keluarga pada Penderita Kusta di Kota Manado, *Skripsi*. Universitas Sam Ratulangi.

Moschioni, Cristiane., C. Maurico, M. Aparecida, dan J. Roberto, 2010, Risk Factors For Physical Disability at Diagnosis Of 19,283 New Cases Of Leprosy, *Revista Brasileira de Medicina Tropical*, Volume 43, No.1, 27, Januari 2010, page 19-22.

Motbainor, A. dan G. Lemma. 2003. The Effectiveness of Self-Care Support Groups in the Prevention and Management of Ulcer: an Evaluation Study in Ethiopia. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, Vol. 14, No. 1: 49.

Motbainor, A. dan G. Lemma. 2003. The Role Support Groups in Raising the Self-Consept of People Affected by Leprosy: an Evaluation Study in Ethiopia. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, Vol. 14, No. 1: 49.

Murti, Bhisma, 2003, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Norlatifah, Adi Heru S, Solikhah, 2010, Hubungan Kondisi Fisik Rumah, Sarana Air Bersih dan Karakteristik Masyarakat dengan Kejadaian Kusta di Kabupaten Tapin Kalimantan Selatan, *Kesmas*, Volume V, No 3, hlm. 144-239.

Notoatmodjo, Soekidjo, 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.

_____, 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Jakarta: Rineka Cipta.

_____, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.

Susanto, Nugroho, *2006*, Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kecacatan Penderita Kusta, *Tesis*, Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.

Mahanani, Nursita, 2013, Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perawatan Diri Kusta pada Penderita Kusta di Puskesmas Kunduran Kecamatan Kunduran Kaputen Blora Tahun 2011, *Skripsi*, Universitas Negeri Semarang.

Pagolori, Analisis Faktor Risiko Reaksi sesudah Pengobatan MDT Pada penderita Kusta di Kabupaten Gowa Tahun 2002, FKM UNHAS, 2003 ; 1-2. http://digilib.litbang.depkes.go.id/go.php?id=jkpkbppk-gdl-res-2003-pagolori

Pangaribuan, Happy R dan Juanita. Fauzi, 2012, Pengaruh Faktor Predisposing, Pendukung, dan Pendorong terhadap Pencegahan Kecacatn Pasien Penderita Kusta di RS Kusta Hutasalem Kabupaten Tobasa Tahun 2012, *Skripsi*, Universitas Sumatera Utara.

Pietojo, Harbandinah., T. Istiarti, dan Warijan, 2006. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perlaku Guru UKS dalam Upaya Deteksi Dini penderit Kusta pada Anak Seklah Dasar di Kabupaten Blora, *Jurnal Promosi Kesehatan*, Volume 1, No 1, Januari 2006, halaman 39.

Prawoto, 2008. Faktor-Faktor Risiko yang Berpengaruh terhadap Terjadinya Reaksi Kusta, *Tesis*. Universitas Diponegoro.

Puskesmas Sitanggal, 2013. *Data Anggota Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta*, 2013.

Putra, I Gusti Nyoman Darma., N. Fauzi, dan I. Agusni 2006. Kecacatan Pada Penderita Kusta Baru Di Devisi Kusta URJ Penyakit Kulit Dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2004-200*6*. Surabaya: *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin* Vol. 1 FK Airlangga.

Rahmawati, Nuri Dahlia, 2008. *Hubungan Pemberian Motivasi dari Kader dan Partisipasi Masyarakat dengan Pelaksanaan Kegiatan KPD pada Penderita Kusta di Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora Tahun 2008, Skripsi, Universitas Negeri Semarang.*

Santoso B, 1994, P*encegahan Kecacatan pada Penyakit Kusta.* Cetakan VIII Depkes RI DIRJEN PPM PLP.

Soedarjatmi., T. Istiarti, dan L. Widagdo, 2009. Faktor-Faktor yang Melatarbelakangi Persepsi penderita terhadap Stigma Penyakit Ku*sta, Jurnal Promosi Kesehatan*, Volume 4, No 1, Januari 2009, hlm 22.

Sofiarini, 2004, Pengetahuan, Sikap, dan Peran Keluarga dalan Upaya Penyembuhan Penderita Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Kramatsari Kota Pekalongan, *Skripsi,* Universitas Diponegoro. Semarang.

Sugiyono, 2010, *Statistika*, Bandung: Alfabeta

Susanto, Tantut. dan Latifa Aini, 2012, Pengaruh Modifikasi Perilaku dengan Perjanjian Kontrak terhadap Kepatuhan Perawatan Mata, Tangan dan Kaki Klien Kusta, *Jurnal Keperawatan Soedirman*, Volume 7, No.1, Maret 2012, hlm 32.

Suwoyo., S. Asiyah, dan I. Fikriyah, 2010. Hubungan Pengetahuan dengan Persepsi Kepala Keluarga terhadap Penderita Kusta, *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, Volume 1, No 3, Juli 2010, hlm 193.

Undang-Undang RI Nomor 13 tahun 2003 *Ketenagakerjaan*. 25 Maret 2003. Jakarta.

Undang-Undang RI Nomor 20 Tahun 2003. *Sistem Pendidikan Nasional*, pasal 6 tentang Hak dan Kewajiban Warga Negara, Orang Tua, Masyarakat, dan Pemerintah. Jakarta.

Van Brakel, Wim., B. Sihombing, H. Djarir, K. Beise, L. Kusumawardani, R. Yulihane, I. Kurniasari, M. Kasim, Kadek I, dan A. Wilder-Smith, 2012, *Disability in People Affected by Leprocy: the Role of Impaiement Activity, Social Participation, Stigma and Discrimination,* Globe Health Action, 5:18394, 19 July 2012.

Wabula, Nursia, 2010, Analisis Hubungan Pengetahuan dan Sikap Pasien Kusta dengan Upaya Pencegahan Kecacatan Penyakitnya di Rumah Sakit Dr.Tadjuddin Calid Makasar. *Skripsi*. Universitas Hasanudin. Makassar.

Widodo, A. Astasari. dan S. L. Menaldi, 2012, Characteristics of Leprocy Patients in Jakarta, *Jurnal Indonesia Media Association*, Volume 62 Nomor: 11, November 2012: 426.

Widoyono, 2011, *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan Pemberantasannya*, Jakarta: Erlangga.

WHO, *Expert Commite on Leprocy* no. 968, WHO Geneva, 2010.

Wisnu IM. dan Hadilukito G. *Pencegahan Cacat Kusta*. In: SjamsoeDaili ES, Menaldi SL, Ismiarto SP, Nilasari H, editors, 2003, Kusta. 2nd ed. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, hlm 83-93.

Wulandari, Lityorini., D.L. Suswardany, A. Fristi Rirmawati, 2011. Efektifitas Pelatihan Perawatan Diri terhadap Dukungan Emosional dan Instrumental Keluarga Penderita Kusta, *Jurnal Keperawatan Soedirman*, Volume 6, No 2, Juli 2011, hlm. 66-67.

Yuniar, Estiningsih, 2006, Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perawatan Diri dalam Upaya Pencegahan Kecacatan Penderita Kusta di Puskesmas Kalinyamatan Kabupaten Jepara, Skripsi, Universitas Diponegoro Semarang.

Zulkifli, 2003, *Penyakit Kusta dan Masalah yang Ditimbulkannya. http://id.scribd.com/doc/132284051/Kusta-Zulkifli-skm#download.* Diakses Hari Kamis Tanggal 26 Desember 2013 Pukul 21.53.

Lampiran 1 Surat Keputusan Pembimbing Skripsi

KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
Nomor: 741/FIK/2013

Tentang
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER GASAL/GENAP
TAHUN AKADEMIK 2013/2014

Menimbang : Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat, S1 Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat, S1 Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.

Mengingat :
1. SK. Rektor UNNES No. 164/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;
2. SK Rektor UNNES No.162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES;
3. Undang-undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahan Lembaran Negara RI No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara RI Tahun 2003, Nomor 78)

Menimbang : Usulan Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat. S1 Tanggal 2 Oktober 2013

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

PERTAMA : Menunjuk dan menugaskan kepada:

Nama	: WIDYA HARY CAHYATI, S.KM, M.Kes
NIP	: 197712272005012001
Pangkat/Golongan	: III/C
Jabatan Akademik	: Lektor

Sebagai Pembimbing

Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :

Nama	: DEVI AYU SUSILOWATI
NIM	: 6411410025
Jurusan/Prodi	: Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat, S1
Topik	: Penyakit Menular.

KEDUA : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

DITETAPKAN DI : SEMARANG
PADA TANGGAL : 21 Oktober 2013

Dr. H. Hardi Pramono, M.Si.
NIP. 195910191985031001

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

6411410025
..:: FM-03-AKD-24/Rev. 00 ::...

Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian Fakultas Ilmu Keolahragan

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
Gedung F1 Lt. 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229
Telepon: 024-8508007
Laman: http://fik.unnes.ac.id, surel: fik_unnes@telkom.net

Nomor : 1259/UN37.1.6/LT/2014
Lamp. : -
Hal : Ijin Penelitian

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes
di Kabupaten Brebes

Dengan Hormat,
Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk menyusun skripsi/tugas akhir oleh mahasiswa sebagai berikut:

Nama : DEVI AYU SUSILOWATI
NIM : 6411410025
Program Studi : Kesehatan Masyarakat, S1
Topik : Penyakit Menular.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Semarang, 2 April 2014
Dekan,

Dr. H. Harry Pramono, M.Si.
NIP. 195910191985031001

Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Brebes.

PEMERINTAH KABUPATEN BREBES
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Jend. Sudirman No. 143 Telp. (0283) 671107 Brebes 52212

Brebes, 7 April 2014

Nomor : 072/ 169.P /IV/ 2014
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Permohonan ijin Penelitian

Kepada

Yth. Kepala BAPPEDA
Kab. Brebes
di
Brebes

Membaca Surat dari A.n Dekan Fakultas Keolahragaan UNNES Semarang Nomor: 1259/UN37.1.6/LT/2013 tanggal 2 April 2014 Perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, bahwa:

Nama : **DEVI AYU SUSILOWATI**
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jatibarang kidul Rt 03/Rw 09 Jatibarang Brebes
Penanggung jawab : Dr. H. Harry Pramono, M.Si

Akan mengadakan kegiatan Penelitian untuk Penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang akan dilaksanakan pada tanggal 8 April 2014 s.d tanggal 8 Juni 2014 di Puskesmas Jatirokeh, Larangan, Sitanggal, Wanasari dan Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes.

Dengan Judul : ***" ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PARTISIPASI PENDERITA KUSTA DALAM KELOMPOK PERAWATAN DIRI (KPD) DIKABUPATEN BREBES "***

Ijin ini diberikan kepada yang berkepentingan, dengan syarat harus mematuhi semua peraturan dan perundang – undangan yang berlaku.

Setelah selesai melaksanakan kegiatan sebagaimana tersebut di atas, dalam jangka waktu **SATU BULAN** segera menyerahkan hasilnya kepada Kantor Kesbang Kab. Brebes dan BAPPEDA Kab. Brebes.

Dalam kegiatan tersebut diwajibkan ikut membantu keamanan dan ketertiban umum Masyarakat serta mentaati tata tertib dan ketentuan – ketentuan yang berlaku di Daerah setempat.

An. KEPALA KANTOR KESBANGPOL
KABUPATEN BREBES
Kasi Politik & Hal

PEMERINTAH KABUPATEN BREBES KESBANGPOL

KHOLIDIN, SH
Penata Tk. I
NIP. 196307151985121001

1. Yang bersangkutan;
2. Pertinggal.

Lampiran 4. Surat Ijin Penelitian Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Brebes.

PEMERINTAH KABUPATEN BREBES
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
Jl. Jend. Sudirman No. 159 Telp. 671821
Fax. (0283) 672429 Kode Pos 52212
B R E B E S

Brebes, 07 April 2014

Nomor : 072/169/IV/ 2014
Sifat : Biasa
Lampiran : ----
Perihal : Permohonan ijin Penelitian/ Riset/Survey/Observasi

Kepada

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Brebes

Di
Tempat

Berdasarkan Surat Rekomendasi dari Kantor Kesbang, Pol. dan Linmas Kabupaten Brebes nomor : 073/169.P/IV/2014 tanggal 07 April 2014 perihal tersebut pada pokok surat dengan ini diberitahukan bahwa di Instansi/ wilayah Saudara akan dilaksanakan riset/survey oleh :

1.	N a m a	:	DEVI AYU SUSILOWATI
2.	Pekerjaan	:	Mahasiswa UNNES Fakultas Ilmu Keolahragaan Semarang
3.	Alamat	:	Jatibarang Kidul Rt.03/09 Jatibarang Brebes
4.	Jumlah Peserta	:	-
5.	Penanggung Jawab	:	Dr. H. Harry Pramono, M.Si
6.	Maksud research / survey/KKN	:	Melaksanakan survey awal dalam rangka penyusunan karya ilmiah/skripsi dengan judul ***"ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PARTISIPASI PENDERITA KUSTA DALAM KELOMPOK PERAWATAN DIRI (KPD) DI KABUPATEN BREBES"***
7.	Lokasi	:	Puskesmas Jatirokeh, Sitanggal, Larangan, Wanasari Jatibarang
8.	Jangka Waktu research / survey	:	7 April – 7 Mei 2014

Dengan ketentuan - ketentuan sebagai berikut :

a. Pelaksanaan *research*/survey tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan Pemerintah.
b. Sebelum pelaksanaan *research*/survey langsung kepada respondent maka harus terlebih dahulu melaporkan kepada penguasa daerah setempat.
c. Setelah selesai *research*/survey Saudara **wajib** memberikan hasilnya kepada BAPPEDA KABUPATEN BREBES.

Kemudian atas perhatian dan bantuan Saudara, kami sampaikan terima kasih.

A.n. KEPALA BAPPEDA KAB. BREBES
Kabid Statistik Pengendalian dan Evaluasi
Ub. Kasubid Statistik

Drs. AGUNG WIBOWO
Penata Tk. I
NIP. 19670606 199803 1 007

Tembusan Kepada Yth:
1. BUPATI BREBES (Sebagai laporan) ;
2. Ka Kantor KESBANG POL & LINMAS Kab Brebes ;
3. Yang bersangkutan;
4. Arsip.

Lampiran 5. Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes.

PEMERINTAH KABUPATEN BREBES
DINAS KESEHATAN
Jl. dr. Wahidin No. 2 Telp. (0283) 671846 Fax. (0283) 672125 B R E B E S

Nomor : 072/065/IV/LITBANG/ 2014
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Ijin Riset / penelitian

Brebes, 11 April 2014

Kepada

Yth. 1. Kepala Puskesmas Jatirokeh
2. Kepala Puskesmas Sitanggal
3. Kepala Puskesmas Wanasari
4. Kepala Puskesmas Jatibarang
Di
Tempat

Berdasarkan Surat dari Bappeda Kab. Brebes Nomor : 072/169/IV/2014, tanggal 7 April 2014 perihal : Permohonan ijin penelitian untuk keperluan penelitian/riset/survey/observasi

Sehubungan hal tersebut di atas, kami minta bantuan Saudara untuk dapat mempersiapkan dan membantu mahasiswa, atas nama : DEVI AYU SUSILOWATI, Mahasiswa UNNES Fakultas Ilmu Keolahragaan Semarang untuk mengadakan kegiatan pengambilan data pada lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes, yaitu di wilayah kerja Saudara, untuk keperluan penelitian, dengan judul "ANALISIS FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PARTISIPASI PENDERITA KUSTA DALAM KELOMPOK PERAWATAN DIRI (KPD) DI KABUPATEN BREBES" yang dilaksanakan pada 7 April s/d 7 Mei 2014.

Demikian untuk menjadikan guna seperlunya.

A.n. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Brebes
Kabid. Pengembangan Program dan SDK
u.b. Kasi Manajemen Informasi dan PPK

PEMERINTAH KABUPATEN BREBES DINKES

R. Rela Rahayuningsih, S.Sos
NIP . 19650502 199503 2 001

Tembusan Kepada Yth :
1. Kepala Bappeda Brebes;
2.Arsip.

Lampiran 6. Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian dari Puskesmas Sitanggal.

PEMERINTAH KABUPATEN BREBES
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS SITANGGAL
Jl. Raya Sitanggal Kec. Larangan , Kab. Brebes Telp (0283) 6183494

SURAT KETERANGAN
Nomor : 440/116/ V / 2014

Dasar :

Surat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes Nomor : 072/065/IV/LITBANG/2014, tanggal 11 April 2014, tentang Ijin Penelitian Mahasiswa dari UNNES Semarang di Puskesmas Sitanggal Kecamatan Larangan Kabupaten Brebes. Pada hari ini mahasiswa tersebut sudah selesai melakukan penelitian di Wilayah Puskesmas Sitanggal dengan judul Skripsi tentang " ANALISIS FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PARTISIPASI PENDERITA KUSTA DALAM KELOMPOK PERAWATAN DIRI (KPD) DI KABUPATEN BREBES " di Wilayah kerja Puskesmas Sitanggal tahun 2014 :

Nama : Devi Ayu Susilowati
NIM : 6411410025
Institusi : UNNES Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat, untuk dapat dipergunakan sebagimana mestinya dan atas perhatian serta kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Brebes, 22 Mei 2014

Surat Keterangan diberikan Kepada YTH :
1. Dekan Fakultas Ilmu Keolah Ragaan UNNES Semarang
2. Sdri. Devi Ayu Susilowati
   NIM :

Kepala Puskesmas Sitanggal

PEMERINTAH KABUPATEN BREBES PUSKESMAS SITANGGAL KEC. LARANGAN

Dr. H. Suparto Hary Wibowo , M.Kes
NIP 19670703 200212 1 003

Lampiran 7. Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian dari Puskesmas Jatirokeh.

PEMERINTAH KABUPATEN BREBES
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS JATIROKEH
Jl. Raya Jatirokeh Kec. Songgom Kab. Brebes 52266

SURAT KETERANGAN
Nomor: 440/83 /V/2014

Dasar :

Surat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes No : 072/065/IV/LITBANG/2014, tanggal 11 April 2014, tentang Ijin Penelitian Mahasiswa dari Universitas Negeri Semarang di Puskesmas Jatirokeh Kecamatan Songgom Kabupaten Brebes. Pada hari ini mahasiswa tersebut suda selesai melakukan penelitian di Wilayah Puskesmas Jatirokeh dengan judul Skripsi tentang "ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PARTISIPASI PENDERITA KUSTA DALAM KELOMPOK PERAWATAN DIRI (KPD) DI KABUPATEN BREBES" di Wilayah kerja Puskesmas Jatirokeh tahun 2014 :

Nama : Devi Ayu Susilowati
NIM : 6411410025
Institusi : UNNES Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan atas perhatian serta kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Brebes, 26 Mei 2014

Surat Keterangan diberikan Kepada YTH :
1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang
2. Sdri. Devi Ayu Susilowati NIM. 6411410025

Kepala Puskesmas Jatirokeh

PUSKESMAS JATIROKEH KEC. SONGGOM

PRAWOTO SKM, M.Kes (Epid)
NIP. 19710310199001 1 001

Lampiran 8. Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian dari Puskesmas Wanasari.

DINAS KESEHATAN KABUPATEN BREBES
PUSKESMAS WANASARI
KEC. WANASARI
Jl. RAYA KLAMPOK NO. 20 TELP (0283) 671968

SURAT KETERANGAN
Nomor : 440 / 120 /V/2014

Dasar surat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes nomor : 072/065/IV/LITBANG/2014, tentang izin penelitian mahasiswa dari UNNES Semarang di Puskesmas Wanasari kecamatan Wanasari kabupten Brebes.

Pada hari ini mahasiswa tersebut sudah selesai melakukan penelitian di wilayah Puskesmas Wanasari dengan judul Skripsi "Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Penderita Kusta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes" di wilayah kerja Puskesmas Wanasari tahun 2014.

Nama : Devi Ayu Susilowati
NIM : 6411410025
Institusi : UNNES Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya, atas kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Wanasari, 28 Mei 2014
Kepala Puskesmas Wanasari

PEMERINTAH KABUPATEN BREBES
PUSKESMAS WANASARI KEC. WANASARI

Drg. Adhi Supriadi, M.Kes
NIP. 19750427 200501 1 006

Surat Keterangan diberikan Kepada Yth.:
1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang
2. Sdri. Devi Ayu Susilowati NIM. 6411410025

Lampiran 9. Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian dari Puskesmas Jatibarang.

PEMERINTAH KABUPATEN BREBES
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS JATIBARANG
Jalan Raya Timur No. 72 Telpon (0283) 3309433 Jatibarang 52261

Kepada Yth :
1. Dekan Fakultas Ilmu Keolah Ragaan UNNES Semarang.
2. Sdr. Devi Ayu Susilowati

SURAT KETERANGAN
Nomor : 072 / 87 / 2014

Dasar : Surat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes Nomor :072 / 065 / IV / LITBANG / 2014 Tanggal : 11 April 2014 Perihal : Ijin Riset / Penelitian mahasiswa dari UNNES Semarang di Puskesmas Jatibarang Kec. Jatibarang – Kab. Brebes.

Pada hari ini mahasiswa tersebut sudah selesai melakukan penelitian di Wilayah Puskesmas Jatibarang, dengan judul Skripsi tentang " Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Partisipasi Penderita Kusta Dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes.

Nama : Devi Ayu Susilowati
NIM : 6411410025
Insitusi : UNNES Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jatibarang, 30 Mei 2014

Kepala Puskesmas Jatibarang
Kecamatan Jatibarang

Dr. Heru Pramonobo, M.Kes
Pembina
NIP. 19700802 200212 1 004

Lampiran 10. Instrumen Penelitian.

KUESIONER

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANGBERHUBUNGAN DENGAN PARTISIPASI PENDERITA KUSTA DALAM KELOMPOK PERAWATAN DIRI (KPD) DI KABUPATEN BREBES

No Responden : ……. Tanggal Pengisian : .....

Puskesmas : …….

Partisipasi KPD : 1. Berpartisipasi 2. Tidak Berpartisipasi ☐

Petunjuk Pengisian Kuesioner

Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan Anda yang sesungguhnya. Apabila terdapat pertanyaan yang tidak dimengerti dapat menanyakannya kepada pihak kami.

I. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama : .....
2. Alamat : .....
3. Umur : .....tahun
4. JenisKelamin : 1. Laki-laki ☐
   2. Perempuan
5. Pendidikan : 1. Tidak sekolah 4. SMA/SMK/ MA
   2. SD 5. Perguruan tinggi ☐
   3. SMP 6. Lain-lain
6. Lama Kerja/Hari: 1. < 7 jam/hari ☐
   2. > 7 jam/hari

II. STATUS PENYAKIT PENDERITA

Berikan tanda silang (X) pada jawaban yang sesuai dengan keadaan Anda yang sesungguhnya.

1. Terdaftar sebagai penderita kusta di Puskesmas mulai tahun ……..
2. Tingkat kecacatan

   a. Tingkat 0 b. Tingkat 1 c. Tingkat 2

III. PENGETAHUAN RESPONDEN

Berikan tanda silang (X) pada jawaban yang menurut Anda benar.

1. Apa yang Anda ketahui tentang penyakit kusta?
   a. Penyakit menular dan menahun
   b. Penyakit yang tidak bisa menular
   c. Penyakit kutukan Tuhan dan mematikan
   d. Penyakit yang bisa mengakibatkan kecacatan
2. Apa penyebab penyakit kusta?
   a. *Escherichia coli*
   b. *Salmonella typhosa*
   c. *Mycrobacterim tuberculosis*
   d. *Mycrobacterium leprae*
3. Penyakit kusta dapat ditularkan melalui :
   a. Menggunakan bekas peralatan penderita kusta
   b. Bercakap-cakap dengan penderita kusta
   c. Bersentuhan dengan kulit dalam waktu yang lama dengan penderita kusta
   d. Saluran pernafasan bagian atas
4. Tanda-tanda penyakit kusta yaitu :
   a. Adanya bercak putih seperti panu yang mati rasa
   b. Adanya bercak putih seperti panu yang semakin melebar
   c. Bercak putih tipis terasa gatal dan tidak mati rasa
   d. Tidak tahu

5. Berapa lama pengobatan kusta sampai sembuh?
   a. Dalam waktu 6-12 bulan
   b. Dalam waktu 2 tahun
   c. Dapat sembuh setelah minum obat
   d. Sangat lama
6. Apa akibat yang ditimbulkan jika tidak menyelesaikan pengobatan?
   a. Penyakit akan kambuh dan bertambah parah
   b. Penyakit akan kambuh dan tidak bertambah parah
   c. Tidak bisa diobati lagi
   d. Penyakit akan sembuh dengan sendirinya
7. Bagaimana upaya pencegahan utama agar tidak tertular penyakit kusta?
   a. Tingkatkan kebersihan diri dan lingkungan
   b. Imunisasi
   c. Menguras bak mandi
   d. Tidak melakukan apa-apa
8. Berapa kali waktu yang sebaiknya dilakukan untuk memeriksa mata, tangan, kaki untuk mencari kotoran dan mencari tanda luka seperti kemerahan, kulit melepuh dan luka?
   a. Setiap hari
   b. 2-3 hari sekali
   c. Seminggu sekali
   d. Sebulan sekali
9. Bagaimana cara melindungi tangan yang mati rasa?
   a. Rendam dalam air selama ½ jam lalu di gosok dengan batu apung dan olesi dengan minyak
   b. Diolesi dengan minyak atau *body lotion*
   c. Dikompres
   d. Memakai kaos tangan tebal untuk mencegah luka
10. Bagaimana melindungi mata yang tidak dapat ditutup rapat agar terhindar dari kekeringan dan debu?
   a. Berkedip

b. Sering-seringlah bercermin untuk memeriksa keadaan mata
c. Memakai kacamata
d. Mencuci mata dengan air bersih

11. Bagaimanauntuk merawat kaki yang tebal dan kering?
    a. Rendam dalam air selama ½ jam lalu di gosok dengan batu apung dan olesi dengan minyak
    b. Diolesi dengan salep
    c. Dikompres
    a. Memakai sandal untuk mencegah luka
12. Bagaimana cara merawat jari tangan yang bengkok?
    a. Berjemur
    b. Meluruskan sendi-sendi agar tidak terjadi kekakuan yang lebih parah
    c. Dicuci dengan air
    d. Tidak melakukan apapun

IV. SIKAP PENDERITA KUSTA

Berikan tanda centang (√) padajawaban yang Saudara pilih.

Keterangan :

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

No	Pertanyaan	S	TS
1.	Kegiatan perawatan diri sangat bermanfaat untuk mencegah kecacatan yang lebih parah.		
2.	Saya secara sukarela mengikuti kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD).		
3.	Saya mengikuti kegiatan perawatan diri karena terpaksa.		
4.	Upaya pencegahan cacat kusta (memeriksa, melindungi dan merawat diri) tidak harus dilakukan setiap hari.		
5.	Bagaimana pendapat Saudara, jika melihat penderita kusta yang tidak mengikuti kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) karena alasan pekerjaan.		

6.	Bagaimana pendapat saudara, jika melihat penderita kusta yang rajin memeriksa, melindungi, dan merawat lukanya setiap hari.		
7.	Saya akan memperjuangkan kesembuhan total dari penyakit kusta ini.		
8.	Saya akan mengikuti segala perintah dari petugas kusta pada kegiatan perawatan diri.		
9.	Saya akan selalu mengikuti kegiatan perawatan diri walaupun banyak tetangga saya yang mengejek.		
10.	Jika kegiatan perawatan diri jauh dari rumah lebih baik Saya tidak datang		

V. KETERJANGKAUAN KE KEGIATAN KPD

Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini sesuai dengan keadaan Anda.

1. Bagaimana cara menempuh ke lokasi kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD)?
   a. Jalan kaki
   b. Bersepeda
   c. Kendaraan bermotor
   d. Angkutan umum
   e. lain-lain, Sebutkan …….
2. Apakah Saudara mengalami kesulitan dalam mengakses sarana transportasi dalam menempuh ke lokasi kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD)?
   a. Ya
   b. Tidak
3. Apakah Saudara mengalami kesulitan dalam membayar sarana transportasi untuk menempuh ke lokasi kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD)?
   a. Ya
   b. Tidak

VI. DUKUNGAN KELUARGA

Berikan tanda silang (X) pada jawaban yang sesuai dengan keadaan Anda yang sesungguhnya.

1. Apakah keberadaan suami/istri dan anak Saudara diperlukan dalam menemani dan memotifasi untuk sembuh sejak pertama kali Saudara diketahui menderita kusta?
   a. Ya
   b. Tidak
2. Apakah dukungan keluarga Saudara diperlukan untuk mengikuti kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) ini?
   a. Ya
   b. Tidak
3. Apakah keluarga mengantar Saudara ketempat kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD)?
   a. Ya
   b. Tidak
4. Apakah keluarga ikut merasa senang karena Saudara telah mengikuti kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD)?
   a. Ya
   b. Tidak
5. Apakah keluarga Saudara percaya bahwa Saudara bisa merawat penyakit kusta sampai sembuh?
   a. Ya
   b. Tidak
6. Apakah keluarga menegur Saudara ketika ingin membolos dalam kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD)?
   a. Ya
   b. Tidak

VII. DUKUNGAN MASYARAKAT

Berikan tanda silang (X) pada jawaban yang sesuai dengan keadaan Anda yang sesungguhnya.

1. Apakah masyarakat (tetangga) di sekitar tempat tinggal mengetahui apa itu penyakit kusta yang Saudara derita?
   a. Ya
   b. Tidak
2. Apakah masyarakat (tetangga) di sekitar tempat tinggal mengucilkan Saudara karena penyakit kusta?
   a. Ya
   b. Tidak
3. Apakah mereka mendukung Saudara untuk mengikuti kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD)?
   a. Ya
   b. Tidak

Lampiran 11. Rekapitulasi Data Identititas Responden Penelitian

IDENTITAS RESPONDEN PENELITIAN

No Res	L/P	U (Th)	Alamat	Pend	Lama Kerja (Jam/Hr)	Tkt Kcctn	Partisipasi KPD
1.	L	57	Tegal Wulung RT 16 RW 3	SD	< 7	0	Ya
2.	L	39	Jatibarang Lor RT 2 RW 3	SMP	> 7	0	Ya
3.	L	21	Karanglo RT 1 RW 1	SMP	> 7	1	Ya
4.	P	50	Karanglo RT 1 RW 1	SD	< 7	0	Ya
5.	L	15	Kramat	SMP	< 7	0	Ya
6.	L	38	Tegal Wulung RT 20 RW 4	SMP	< 7	0	Ya
7.	P	23	Kertasinduyasa RT 5 RW 3	SD	< 7	1	Ya
8.	L	35	Janegara RT 8 RW 30	SMP	> 7	0	Tidak
9.	P	48	Tembelang 1	SD	> 7	0	Tidak
10.	P	55	Tegal Mulya RT 3 RW 1	SD	< 7	0	Tidak
11.	P	14	Jatibarang Lor RT 8 RW 2	SD	< 7	0	Tidak
12.	L	45	Lamaran	SD	< 7	0	Ya
13.	P	24	Lamaran	SD	< 7	0	Ya
14.	L	28	Kedawon	SD	< 7	1	Tidak
15.	L	25	Dukuh Rantam, Rengas Pendawa	SD	< 7	0	Ya
16.	L	25	Rengas Pendawa	SD	< 7	1	Ya
17.	P	63	Sitanggal	SD	< 7	2	Ya
18.	P	45	Tegal Glagah	SD	< 7	0	Tidak
19.	L	32	Sitanggal	SMP	> 7	0	Tidak
20.	L	21	Rengas Pendawa	SMP	< 7	0	Ya
21.	P	43	Sitanggal	SD	< 7	0	Tidak
22.	L	56	Karangsembung RT 01 RW 07	SD	>7	1	Tidak
23.	L	38	Karangsembung RT 03 RW 07	SD	< 7	0	Ya
24.	L	69	Pagendengan RT 2 RW 6 Songgom	SR	< 7	1	Tidak
25.	L	17	Geger Kunci RT	SMP	< 7	0	Tidak

			07 RW0 2				
26.	L	50	Jatirokeh	MI	.> 7	0	Tidak
27.	P	60	Jatirokeh RT 01	SR	< 7	2	Ya
28.	L	28	Jatirokeh RT 04 RW 04	SMA	< 7	0	Ya
29.	L	55	Geger Kunci RT 2 RW 2	SD	< 7	0	Ya
30.	L	60	Jatirokeh RT 01	SR	< 7	1	Ya
31.	P	32	Klampok	SD	> 7	0	Ya
32.	L	65	Klampok RT 1 RW 1	SR	<7	1	Ya

Lampiran 12. Skoring Kuesioner

SKORING KUESIONER

Kode resp	PEGETAHUAN													SIKAP											Dukungan Keluarga							Dukungan Masyarakat				Keterjangkauan			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Y	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Y	1	2	3	4	5	6	Y	1	2	3	Y	1	2	3	Y
R - 1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	4	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	4	1	1	0	1	1	1	5	1	1	1	3	Motor	1	1	2
R - 2	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	0	5	0	1	1	2	Motor	1	1	2
R - 3	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	1	1	1	1	1	1	6	0	1	1	2	Angkot	1	1	2
R - 4	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	1	1	1	1	1	1	6	0	1	1	2	Angkot	1	1	2
R - 5	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	0	5	1	1	1	3	Motor	1	1	2
R - 6	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	7	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	0	5	0	1	1	2	Motor	1	1	2
R - 7	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	6	1	0	1	2	Motor	1	1	2
R - 8	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	5	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	4	1	1	0	0	1	0	3	1	0	0	1	Motor	1	1	2
R - 9	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	6	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	5	0	1	1	1	1	0	4	0	0	1	1	Motor	1	1	2
R - 10	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	5	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	7	1	1	1	1	1	1	6	1	0	0	1	Angkot	0	0	0
R - 11	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	6	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	6	1	1	1	1	1	1	6	1	0	0	1	Angkot	1	1	2
R - 12	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	1	0	1	1	1	4	0	1	1	2	Bersepeda	1	1	2
R - 13	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	4	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	1	6	1	0	1	2	Motor	0	0	0
R - 14	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	6	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	1	6	0	1	1	2	Bersepeda	0	0	0
R - 15	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	0	1	1	1	5	0	1	1	2	Bersepeda	1	1	2
R - 16	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	0	5	1	1	1	3	Motor	1	1	2
R - 17	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	6	0	1	1	2	Antar naik motor	1	0	1
R - 18	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	6	0	0	1	1	Angkot	1	1	2
R - 19	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	5	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	1	0	0	0	1	0	2	0	1	1	2	Motor	1	1	2

R - 20	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	6	1	0	1	2	Motor	0	1	1
R - 21	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	8	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	5	1	1	1	1	1	1	6	0	0	1	1	Angkot	1	1	2
R - 22	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	5	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	5	1	0	0	0	1	0	2	0	0	1	1	Sepeda	0	1	1
R - 23	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	8	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	1	1	0	1	1	1	5	1	1	1	3	Motor	0	1	1
R - 24	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	1	Angkot	0	0	0
R - 25	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	9	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	6	1	1	0	1	1	1	5	1	1	1	3	Motor	0	1	1
R - 26	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	5	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	5	1	0	0	1	1	0	3	0	1	0	1	Motor	1	1	2
R - 27	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	4	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	1	6	1	1	1	3	Becak	1	1	2
R - 28	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	8	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	1	0	0	1	1	1	4	1	1	1	3	Sepeda	1	1	2
R - 29	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	6	1	1	0	1	1	1	5	1	0	0	1	Motor	1	1	2
R - 30	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	4	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	1	6	1	1	1	3	Becak	1	1	2
R - 31	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	6	1	1	1	3	Jalan kaki	1	1	2
R - 32	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	6	1	1	1	3	Jalan kaki	1	0	1

Lampiran 13. Validitas Instrumen

VALIDITAS INSTRUMEN

1. Uji Validitas Instrumen pada Pertanyaan Pengetahuan.

Correlations

Correlations

		X1.1	X1.2	X1.3	X1.4	X1.5	X1.6	X1.7	X1.8	X1.9	X1.10	X1.11	X1.12	X1
X1.1	Pearson Correlation	1	.408	.356	.471*	.356	.236	.134	.356	.492*	.257	.514*	.043	.688**
	Sig. (2-tailed)		.074	.123	.036	.123	.317	.574	.123	.027	.274	.020	.858	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X1.2	Pearson Correlation	.408	1	.327	.289	.327	.289	.327	.055	.452*	.105	.210	.367	.611**
	Sig. (2-tailed)	.074		.159	.217	.159	.217	.159	.819	.045	.660	.374	.112	.004
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X1.3	Pearson Correlation	.356	.327	1	.126	.524*	-.126	.048	.524*	.066	.206	.336	.435	.570**
	Sig. (2-tailed)	.123	.159		.597	.018	.597	.842	.018	.783	.384	.147	.055	.009
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X1.4	Pearson Correlation	.471*	.289	.126	1	-.126	.200	.378	.378	.406	.061	.404	.303	.572**
	Sig. (2-tailed)	.036	.217	.597		.597	.398	.100	.100	.076	.800	.077	.195	.008
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X1.5	Pearson Correlation	.356	.327	.524*	-.126	1	.126	.048	.286	.066	.435	.336	.206	.534*
	Sig. (2-tailed)	.123	.159	.018	.597		.597	.842	.222	.783	.055	.147	.384	.015
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X1.6	Pearson Correlation	.236	.289	-.126	.200	.126	1	.378	.126	.406	.303	.404	.061	.496*
	Sig. (2-tailed)	.317	.217	.597	.398	.597		.100	.597	.076	.195	.077	.800	.026
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X1.7	Pearson Correlation	.134	.327	.048	.378	.048	.378	1	.048	.504*	-.023	.031	.435	.497*
	Sig. (2-tailed)	.574	.159	.842	.100	.842	.100		.842	.023	.924	.898	.055	.026
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

X1.8	Pearson Correlation	.356	.055	.524*	.378	.286	.126	.048	1	.066	.435	.642**	.206	.606**
	Sig. (2-tailed)	.123	.819	.018	.100	.222	.597	.842		.783	.055	.002	.384	.005
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X1.9	Pearson Correlation	.492*	.452*	.066	.406	.066	.406	.504*	.066	1	-.242	.183	.179	.538*
	Sig. (2-tailed)	.027	.045	.783	.076	.783	.076	.023	.783		.303	.440	.450	.014
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X1.10	Pearson Correlation	.257	.105	.206	.061	.435	.303	-.023	.435	-.242	1	.572**	.121	.471*
	Sig. (2-tailed)	.274	.660	.384	.800	.055	.195	.924	.055	.303		.008	.612	.036
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X1.11	Pearson Correlation	.514*	.210	.336	.404	.336	.404	.031	.642**	.183	.572**	1	-.015	.666**
	Sig. (2-tailed)	.020	.374	.147	.077	.147	.077	.898	.002	.440	.008		.951	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X1.12	Pearson Correlation	.043	.367	.435	.303	.206	.061	.435	.206	.179	.121	-.015	1	.506*
	Sig. (2-tailed)	.858	.112	.055	.195	.384	.800	.055	.384	.450	.612	.951		.023
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X1	Pearson Correlation	.688**	.611**	.570**	.572**	.534*	.496*	.497*	.606**	.538*	.471*	.666**	.506*	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.004	.009	.008	.015	.026	.026	.005	.014	.036	.001	.023	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Dari tabel “r” diketahui pada interval kepercayaan 95% untuk df = N – 2 = 20-2 = 18 adalah 0.444. Pertanyaan dikatakan valid apabila nilai *pearson correlation* lebih besar daripada nilai “r” tabel. Dapat dilihat diatas bahwa 12 pertanyaan pengetahuan memiliki nilai *pearson correlation*> r tabel, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan pengetahuan adalah valid.

2. Uji Validitas Instrumen pada Pertanyaan Sikap.

Correlations

Correlations

		X2.1	X2.2	X2.3	X2.4	X2.5	X2.6	X2.7	X2.8	X2.9	X2.10	X2
X2.1	Pearson Correlation	1	.667**	.327	.145	.000	.192	.454*	.250	.454*	.272	.527*
	Sig. (2-tailed)		.001	.160	.541	1.000	.416	.044	.288	.044	.246	.017
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X2.2	Pearson Correlation	.667**	1	.840**	.218	.250	.289	.419	.688**	.681**	.408	.791**
	Sig. (2-tailed)	.001		.000	.355	.288	.217	.066	.001	.001	.074	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X2.3	Pearson Correlation	.327	.840**	1	.336	.140	.404	.279	.490*	.572**	.343	.689**
	Sig. (2-tailed)	.160	.000		.147	.556	.077	.234	.028	.008	.139	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X2.4	Pearson Correlation	.145	.218	.336	1	.218	.378	.663**	.218	.206	.312	.575**
	Sig. (2-tailed)	.541	.355	.147		.355	.100	.001	.355	.384	.181	.008
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X2.5	Pearson Correlation	.000	.250	.140	.218	1	.115	.524*	.500*	.105	.612**	.562**
	Sig. (2-tailed)	1.000	.288	.556	.355		.628	.018	.025	.660	.004	.010
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X2.6	Pearson Correlation	.192	.289	.404	.378	.115	1	.303	.289	.303	.471*	.568**
	Sig. (2-tailed)	.416	.217	.077	.100	.628		.195	.217	.195	.036	.009
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X2.7	Pearson Correlation	.454*	.419	.279	.663**	.524*	.303	1	.419	.341	.599**	.773**
	Sig. (2-tailed)	.044	.066	.234	.001	.018	.195		.066	.142	.005	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X2.8	Pearson Correlation	.250	.688**	.490*	.218	.500*	.289	.419	1	.681**	.408	.747**
	Sig. (2-tailed)	.288	.001	.028	.355	.025	.217	.066		.001	.074	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X2.9	Pearson Correlation	.454*	.681**	.572**	.206	.105	.303	.341	.681**	1	.171	.663**
	Sig. (2-tailed)	.044	.001	.008	.384	.660	.195	.142	.001		.471	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X2.10	Pearson Correlation	.272	.408	.343	.312	.612**	.471*	.599**	.408	.171	1	.717**

	Sig. (2-tailed)	.246	.074	.139	.181	.004	.036	.005	.074	.471		.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
X2	Pearson Correlation	.527*	.791**	.689**	.575**	.562**	.568**	.773**	.747**	.663**	.717**	1
	Sig. (2-tailed)	.017	.000	.001	.008	.010	.009	.000	.000	.001	.000	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Dari tabel "r" diketahui pada interval kepercayaan 95% untuk df = N – 2 = 20-2 = 18 adalah 0.444. Pertanyaan dikatakan valid apabila nilai *pearson correlation* lebih besar daripada nilai "r" tabel. Dapat dilihat diatas bahwa 10 pertanyaan sikap penderita kusta yang memiliki nilai *pearson correlation*> r tabel, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan sikap penderita kusta valid.

3. Uji Validitas Instrumen pada Pertanyaan Dukungan Keluarga.

Correlations

Correlations

		X3.1	X3.2	X3.3	X3.4	X3.5	X3.6	X3
X3.1	Pearson Correlation	1	.289	.236	.200	.303	.200	.548*
	Sig. (2-tailed)		.217	.317	.398	.195	.398	.012
	N	20	20	20	20	20	20	20
X3.2	Pearson Correlation	.289	1	.357	.289	.419	.577**	.712**
	Sig. (2-tailed)	.217		.122	.217	.066	.008	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20
X3.3	Pearson Correlation	.236	.357	1	.236	.685**	.707**	.820**
	Sig. (2-tailed)	.317	.122		.317	.001	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20
X3.4	Pearson Correlation	.200	.289	.236	1	.061	.200	.483*
	Sig. (2-tailed)	.398	.217	.317		.800	.398	.031
	N	20	20	20	20	20	20	20
X3.5	Pearson Correlation	.303	.419	.685**	.061	1	.303	.708**
	Sig. (2-tailed)	.195	.066	.001	.800		.195	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20

X3.6	Pearson Correlation	.200	.577**	.707**	.200	.303	1	.741**
	Sig. (2-tailed)	.398	.008	.000	.398	.195		.000
	N	20	20	20	20	20	20	20
X3	Pearson Correlation	.548*	.712**	.820**	.483*	.708**	.741**	1
	Sig. (2-tailed)	.012	.000	.000	.031	.000	.000	
	N	20	20	20	20	20	20	20

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Dari tabel "r" diketahui pada interval kepercayaan 95% untuk df = N – 2 = 20-2 = 18 adalah 0.444. Pertanyaan dikatakan valid apabila nilai *pearson correlation* lebih besar daripada nilai "r" tabel. Dapat dilihat diatas bahwa seluruh pertanyaan dukungan keluarga memiliki nilai *pearson correlation*> r tabel, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan valid.

4. Uji Validitas Instrumen pada Pertanyaan Dukungan Masyarakat.

Correlations

Correlations

		X4.1	X4.2	X4.3	X4
X4.1	Pearson Correlation	1	.698**	.183	.862**
	Sig. (2-tailed)		.001	.440	.000
	N	20	20	20	20
X4.2	Pearson Correlation	.698**	1	.229	.876**
	Sig. (2-tailed)	.001		.332	.000
	N	20	20	20	20
X4.3	Pearson Correlation	.183	.229	1	.534*
	Sig. (2-tailed)	.440	.332		.015
	N	20	20	20	20
X4	Pearson Correlation	.862**	.876**	.534*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.015	
	N	20	20	20	20

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Dari tabel “r” diketahui pada interval kepercayaan 95% untuk df = N – 2 = 20-2 = 18 adalah 0.444. Pertanyaan dikatakan valid apabila nilai *pearson correlation* lebih besar daripada nilai “r” tabel. Dapat dilihat diatas bahwa seluruh pertanyaan dukungan masyarakat memiliki nilai *pearson correlation*> r tabel, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan dukungan masyarakat valid.

5. Uji Validitas Instrumen pada Pertanyaan Keterjangkauan

Correlations

Correlations

		X4.1	X4.2	X4
X4.1	Pearson Correlation	1	.698**	.923**
	Sig. (2-tailed)		.001	.000
	N	20	20	20
X4.2	Pearson Correlation	.698**	1	.920**
	Sig. (2-tailed)	.001		.000
	N	20	20	20
X4	Pearson Correlation	.923**	.920**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	20	20	20

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Dari tabel “r” diketahui pada interval kepercayaan 95% untuk df = N – 2 = 20-2 = 18 adalah 0.444. Pertanyaan dikatakan valid apabila nilai *pearson correlation* lebih besar daripada nilai “r” tabel. Dapat dilihat diatas bahwa seluruh pertanyaan keterjangkauan memiliki nilai *pearson correlation* > r tabel, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan keterjangkauan valid.

Lampiran 14. Reliabilitas Instrumen

RELIABILITAS INSTRUMEN

1. Uji Reliabilitas Instrumen pada Pertanyaan Pengetahuan.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	20	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.800	12

Dari tabel “r” diketahui pada interval kepercayaan 95% untuk df = N – 2 = 20-2 = 18 adalah 0.444. Pertanyaan dikatakan reliabel apabila nilai *alpha* lebih besar daripada nilai “r” tabel. Dapat dilihat di atas bahwa pertanyaan pengetahuan memiliki nilai *alpha* > r tabel (0,800>0,444), sehingga dapat disimpulkan bahwa pertanyaan pengetahuan reliabel.

2. Uji Reliabilitas Instrumen pada Pertanyaan Sikap.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	20	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.853	10

Dari tabel “r” diketahui pada interval kepercayaan 95% untuk df = N – 2 = 20-2 = 18 adalah 0.444. Pertanyaan dikatakan reliabel apabila nilai *alpha* lebih besar daripada nilai “r” tabel. Dapat dilihat di atas bahwa pertanyaan sikap penderita kusta memiliki nilai *alpha* > r tabel (0,853>0,444), sehingga dapat disimpulkan bahwa pertanyaan sikap penderita kusta reliabel.

3. Uji Reliabilitas Instrumen pada Pertanyaan Dukungan Keluarga.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	20	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.755	.753	6

Dari tabel "r" diketahui pada interval kepercayaan 95% untuk df = N – 2 = 20-2 = 18 adalah 0.444. Pertanyaan dikatakan reliabel apabila nilai *alpha* lebih besar daripada nilai "r" tabel. Dapat dilihat di atas bahwa pertanyaan dukungan keluarga memiliki nilai *alpha* > r tabel (0,755>0,444), sehingga dapat disimpulkan bahwa pertanyaan dukungan keluarga reliabel.

4. Uji Reliabilitas Instrumen pada Pertanyaan Dukungan Masyarakat.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	20	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.661	.638	3

Dari tabel "r" diketahui pada interval kepercayaan 95% untuk df = N – 2 = 20-2 = 18 adalah 0.444. Pertanyaan dikatakan reliabel apabila nilai *alpha* lebih besar daripada nilai "r" tabel. Dapat dilihat di atas bahwa pertanyaan dukungan masyarakat memiliki nilai *alpha* > r tabel (0,661>0,444), sehingga dapat disimpulkan bahwa pertanyaan dukungan masyarakat reliabel.

5. Uji Reliabilitas Instrumen pada Pertanyaan Keterjangkauan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	20	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.82	2

Dari tabel “r” diketahui pada interval kepercayaan 95% untuk df = N – 2 = 20-2 = 18 adalah 0.444. Pertanyaan dikatakan reliabel apabila nilai *alpha* lebih besar daripada nilai “r” tabel. Dapat dilihat di atas bahwa pertanyaan keterjangkauan memiliki nilai *alpha* > r tabel (0,822>0,444), sehingga dapat disimpulkan bahwa pertanyaan keterjangkauan reliabel.

Lampiran 15. Output SPSS Analisis Univariat

Analisis Univariat

1. Deskripsi Data Umur

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-64 tahun	29	90.6	90.6	90.6
	0-14 tahun atau >=65 tahun	3	9.4	9.4	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

2. Deskripsi Data Jenis Kelamin

Jenis_Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	21	65.6	65.6	65.6
	Perempuan	11	34.4	34.4	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

3. Deskripsi Data Tingkat Pendidikan

Tingkat_Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	23	71.9	71.9	71.9
	Tinggi	9	28.1	28.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

4. Deskripsi Data Jam Kerja

Jam_Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	> 7Jam/Hari	8	25.0	25.0	25.0
	< 7 Jam/Hari	24	75.0	75.0	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

5. Deskripsi Data Tingkat Kecacatan

Tingkat_Kecacatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cacat Tingkat 0	22	68.8	68.6	68.6
	Cacat Tingkat 1 dan 2	10	31.2	31.2	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

6. Deskripsi Data Pengetahuan

Tingkat_Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	17	53.1	53.1	53.1
	Tinggi	15	46.9	46.9	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

7. Deskripsi Data Sikap

Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Mendukung	11	34.4	34.4	34.4
	Mendukung	21	65.6	65.6	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

8. Deskripsi Data Keterjangkauan

Keterjangkauan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Terjangkau	9	28.1	28.1	28.1
	Terjangkau	23	71.9	71.9	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

9. Deskripsi Data Dukungan Keluarga

Dukungan_Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	3	9.4	9.4	9.4
	Tinggi	29	90.6	90.6	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

10. Deskripsi Data Dukungan Masyarakat

Dukungan_Masyarakat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	10	31.2	31.2	31.2
	Tinggi	22	68.8	68.8	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

11. Deskripsi Data Partisipasi dalam KPD

Partisipasi_KPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Berpartisipasi	12	37.5	37.5	37.5
	Berpartisipasi	20	62.5	62.5	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Lampiran 16. Output SPSS Analisis Bivariat dengan Uji *Chi-Square*

Analisis Bivariat

1. Hubungan Umur dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Umur * Partisipasi_KPD Crosstabulation

			Partisipasi_KPD		
			Tidak Berpartisipasi	Berpartisipasi	Total
Umur	15-64 tahun	Count	10	19	29
		Expected Count	10.9	18.1	29.0
		% of Total	31.2%	59.4%	90.6%
	0-14 tahun dan >=65 tahun	Count	2	1	3
		Expected Count	1.1	1.9	3.0
		% of Total	6.2%	3.1%	9.4%
Total		Count	12	20	32
		Expected Count	12.0	20.0	32.0
		% of Total	37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.202[a]	1	.273		
Continuity Correction[b]	.221	1	.639		
Likelihood Ratio	1.158	1	.282		
Fisher's Exact Test				.540	.310
Linear-by-Linear Association	1.164	1	.281		
N of Valid Cases[b]	32				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.13.

b. Computed only for a 2x2 table

2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Jenis_Kelamin * Partisipasi_KPD Crosstabulation

			Partisipasi_KPD		
			Tidak Berpartisipasi	Berpartisipasi	Total
Jenis_Kelamin	Laki-Laki	Count	7	14	21
		Expected Count	7.9	13.1	21.0
		% of Total	21.9%	43.8%	65.6%
	Perempuan	Count	5	6	11
		Expected Count	4.1	6.9	11.0
		% of Total	15.6%	18.8%	34.4%
Total		Count	12	20	32
		Expected Count	12.0	20.0	32.0
		% of Total	37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.453[a]	1	.501		
Continuity Correction[b]	.083	1	.773		
Likelihood Ratio	.448	1	.503		
Fisher's Exact Test				.703	.383
Linear-by-Linear Association	.438	1	.508		
N of Valid Cases[b]	32				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.13.

b. Computed only for a 2x2 table

3. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Tingkat_Pendidikan * Partisipasi_KPD Crosstabulation

			Partisipasi_KPD		
			Tidak Berpartisipasi	Berpartisipasi	Total
Tingkat_Pendidikan	Rendah	Count	9	14	23
		Expected Count	8.6	14.4	23.0
		% of Total	28.1%	43.8%	71.9%
	Tinggi	Count	3	6	9
		Expected Count	3.4	5.6	9.0
		% of Total	9.4%	18.8%	28.1%
Total		Count	12	20	32
		Expected Count	12.0	20.0	32.0
		% of Total	37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.093[a]	1	.761		
Continuity Correction[b]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.094	1	.760		
Fisher's Exact Test				1.000	.546
Linear-by-Linear Association	.090	1	.764		
N of Valid Cases[b]	32				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.38.

b. Computed only for a 2x2 table

4. Hubungan Jam Kerja dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Jam_Kerja * Partisipasi_KPD Crosstabulation

			Partisipasi_KPD		
			Tidak Berpartisipasi	Berpartisipasi	Total
Jam_Kerja	> 7Jam/Hari	Count	5	3	8
		Expected Count	3.0	5.0	8.0
		% of Total	15.6%	9.4%	25.0%
	< 7 Jam/Hari	Count	7	17	24
		Expected Count	9.0	15.0	24.0
		% of Total	21.9%	53.1%	75.0%
Total		Count	12	20	32
		Expected Count	12.0	20.0	32.0
		% of Total	37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.844[a]	1	.092		
Continuity Correction[b]	1.600	1	.206		
Likelihood Ratio	2.780	1	.095		
Fisher's Exact Test				.116	.104
Linear-by-Linear Association	2.756	1	.097		
N of Valid Cases[b]	32				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.00.

b. Computed only for a 2x2 table

5. Hubungan Tingkat Kecacatan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Tingkat_Kecacatan * Partisipasi_KPD Crosstabulation

			Partisipasi_KPD		Total
			Tidak Berpartisipasi	Berpartisipasi	
Tingkat_Kecacatan	Cacat Tingkat 0	Count	9	13	22
		Expected Count	8.2	13.8	22.0
		% of Total	28.1%	40.6%	68.6%
	Cacat Tingkat 1 dan 2	Count	3	7	10
		Expected Count	3.8	6.2	10.0
		% of Total	9.4%	21.9%	31.2%
Total		Count	12	20	32
		Expected Count	12.0	20.0	32.0
		% of Total	37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.349[a]	1	.555		
Continuity Correction[b]	.039	1	.844		
Likelihood Ratio	.356	1	.551		
Fisher's Exact Test				.703	.427
Linear-by-Linear Association	.338	1	.561		
N of Valid Cases[b]	32				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.75.

b. Computed only for a 2x2 table

6. Hubungan Pengetahuan dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Tingkat_Pengetahuan * Partisipasi_KPD Crosstabulation

			Partisipasi_KPD		Total
			Tidak Berpartisipasi	Berpartisipasi	
Tingkat_Pengetahuan	Rendah	Count	10	7	17
		Expected Count	6.4	10.6	17.0
		% of Total	31.2%	21.9%	53.1%
	Tinggi	Count	2	13	15
		Expected Count	5.6	9.4	15.0
		% of Total	6.2%	40.6%	46.9%
Total		Count	12	20	32
		Expected Count	12.0	20.0	32.0
		% of Total	37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.036[a]	1	.008		
Continuity Correction[b]	5.229	1	.022		
Likelihood Ratio	7.525	1	.006		
Fisher's Exact Test				.012	.010
Linear-by-Linear Association	6.816	1	.009		
N of Valid Cases[b]	32				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.63.

b. Computed only for a 2x2 table

7. Hubungan Sikap dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Sikap * Partisipasi_KPD Crosstabulation

			Partisipasi_KPD		
			Tidak Berpartisipasi	Berpartisipasi	Total
Sikap	Tidak Mendukung	Count	9	2	11
		Expected Count	4.1	6.9	11.0
		% of Total	28.1%	6.2%	34.4%
	Mendukung	Count	3	18	21
		Expected Count	7.9	13.1	21.0
		% of Total	9.4%	56.2%	65.6%
Total		Count	12	20	32
		Expected Count	12.0	20.0	32.0
		% of Total	37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14.047[a]	1	.000		
Continuity Correction[b]	11.313	1	.001		
Likelihood Ratio	14.684	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	13.608	1	.000		
N of Valid Cases[b]	32				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.13.

b. Computed only for a 2x2 table

8. Hubungan Keterjangkauan ke Kegiatan KPD dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Keterjangkauan * Partisipasi_KPD Crosstabulation

			Partisipasi_KPD		
			Tidak Berpartisipasi	Berpartisipasi	Total
Keterjangkauan	Tidak Terjangkau	Count	7	2	9
		Expected Count	3.4	5.6	9.0
		% of Total	21.9%	6.2%	28.1%
	Terjangkau	Count	5	18	23
		Expected Count	8.6	14.4	23.0
		% of Total	15.6%	56.2%	71.9%
Total		Count	12	20	32
		Expected Count	12.0	20.0	32.0
		% of Total	37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.667[a]	1	.003		
Continuity Correction[b]	6.441	1	.011		
Likelihood Ratio	8.720	1	.003		
Fisher's Exact Test				.006	.006
Linear-by-Linear Association	8.396	1	.004		
N of Valid Cases[b]	32				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.38.

b. Computed only for a 2x2 table

9. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Dukungan_Keluarga * Partisipasi_KPD Crosstabulation

			Partisipasi_KPD		
			Tidak Berpartisipasi	Berpartisipasi	Total
Dukungan_Keluarga	Rendah	Count	3	0	3
		Expected Count	1.1	1.9	3.0
		% of Total	9.4%	.0%	9.4%
	Tinggi	Count	9	20	29
		Expected Count	10.9	18.1	29.0
		% of Total	28.1%	62.5%	90.6%
Total		Count	12	20	32
		Expected Count	12.0	20.0	32.0
		% of Total	37.5%	62.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.517[a]	1	.019		
Continuity Correction[b]	2.967	1	.085		
Likelihood Ratio	6.416	1	.011		
Fisher's Exact Test				.044	.044
Linear-by-Linear Association	5.345	1	.021		
N of Valid Cases[b]	32				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.13.

b. Computed only for a 2x2 table

10. Hubungan Dukungan Masyarakat dengan Partisipasi Penderita Kusta dalam KPD

Dukungan_Masyarakat * Partisipasi_KPD Crosstabulation

			Partisipasi_KPD		
			Tidak Berpartisipasi	Berpartisipasi	Total
Dukungan_Masyarakat	Rendah	Count	9	1	10
		Expected Count	3.8	6.2	10.0
		% of Total	28.1%	3.1%	31.2%
	Tinggi	Count	3	19	22
		Expected Count	8.2	13.8	22.0
		% of Total	9.4%	59.4%	68.8%
Total		Count	12	20	32
		Expected Count	12.0	20.0	32.0
		% of Total	37.5%	62.5%	100.0 %

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17.105[a]	1	.000		
Continuity Correction[b]	14.002	1	.000		
Likelihood Ratio	18.313	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	16.571	1	.000		
N of Valid Cases[b]	32				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.75.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 17. Daftar Hadir Peserta KPD Puskesmas Sitanggal

DAFTAR HADIR

PESERTA KELOMPOK PERAWATAN DIRI (KPD) KUSTA

PUSKESMAS SITANGGAL KABUPATEN BREBES

No	Nama	Alamat	No. HP	Tanda Tangan			
				9 April 2014	21 April 2014	6 Mei 2014	20 Mei 2014
1.	Riyanto	Kedawon	085742538595				
2.	Fatonah	Lamaran	08723052864				
3.	AGUS ASARI	Rengas Pendawa	085642862788				
4.	Eko Susilo	Rengas pendawa	085725888966				
5.	Tasori	Lamaran					
6.	Widodo	Sitanggal					
7.	M. Nasikhin	Rengaspendawa					
8	TURIPAH	Tegal yagan			–	–	–
9	Cantung	Sitanggal			–	–	–
10							
10	Uti	Setanggal			–	–	–

Lampiran 18. Daftar Hadir Peserta KPD Puskesmas Jatirokeh

DAFTAR HADIR

PESERTA KELOMPOK PERAWATAN DIRI (KPD) KUSTA

PUSKESMAS JATIROKEH KABUPATEN BREBES

No	Nama	Alamat	No. Hp	Tanda Tangan			
				14/4/2014	23-04-2014	9-05-2014	28-05-2014
1.	Jenab	Jatirokeh					
2.	Teguh	Geger kunci			–	–	–
3.	Wartoni	Kr. sambung			/		
4	TARNO	Gerkunci					
5	Saminem	Sanggom				–	–
6	[illegible]	[illegible]					
7	Satwiloh	Jatirokeh					

Lampiran 19. Daftar Hadir Peserta KPD Puskesmas Wanasari

DAFTAR HADIR

PESERTA KELOMPOK PERAWATAN DIRI (KPD) KUSTA

PUSKESMAS WANASARI KABUPATEN BREBES

No	Nama	Alamat	No. Hp	Tanda Tangan			
				16 April 2019	30 April 2019	14 Mei 2019	28 Mei 2019
1	Nursitiasiyah	Klampok					
2.	Warta	Klampok RT 01 RW 1					

Lampiran 20. Daftar Hadir Peserta KPD Puskesmas Jatibarang

DAFTAR HADIR

PESERTA KELOMPOK PERAWATAN DIRI (KPD) KUSTA

PUSKESMAS JATIBARANG KABUPATEN BREBES

No	Nama	Alamat	No. HP	Tanda Tangan			
				17 April 2014	3 Mei 2014	17 Mei 2014	28 Mei 2014
1.	Bapak kasdi	Tegal wulung					
2	Suherman	Tegal wulung					
3.	Egi sasono	Kramat					
4	MULYONO	JATIBARANGlor	082313769552				
5	Ibu Sawi	Karanglo					
6	Riyanti	Kertasinduyasa	–				
7.	Ahmad Supendi	Karanglo	087873120155				
	~~Riyanti~~	~~KEF~~					
8.	HERNOTO	JANEGARA			–	–	–
9.	Ahmad Husen	Kertasinduyara			–	–	–
10.	Darwi	Kali Pucang			–	–	–
11.	DEWI INDAH	Jatior			–	–	–

Lampiran 21. Lembar Aktifitas Kegiatan Penelitian

AKTIVITAS KEGIATAN PENELITIAN

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Nama	:	Devi Ayu Susilowati
Nim	:	6411410025
Judul Skripsi	:	Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi penderita Kasta dalam Kelompok Perawatan Diri (KPD) di Kabupaten Brebes
Petugas Kusta Puskesmas Sitanggal	:	Somari
Petugas Kusta Puskesmas Jatirokeh	:	Andi Hakim
Petugas Kusta Puskesmas Wanasari	:	Sri Rokhyani
Petugas Kusta Puskesmas Jatibarang	:	H. Saefudin

Puskesmas	Hari/ Tanggal	Pertemuan	Kegiatan	TTD
Sitanggal	Rabu, 9 April 2014	I	1. Penjelasan kegiatan KPD 2. Pengisian kuesioner 3. Pembentukan ketua KPD 4. materi : a. mata yg tidak dapat ditutup rapat b. tangan yg mati rasa	
	Senin, 21 April 2014	II	1. Pemberian materi a. kulit kaki yang kering b. Jari tangan bengkok 2. Praktek perawatan diri	

	Selasa, 6 Mei 2014	III	1. Pemberian materi a. kaki yang semper b. kulit kaki yang tebal dan kering 2. praktek perawatan diri	
	Selasa, 20 Mei 2014	IV	1. Pemberian materi a. kaki yang mati rasa b. Luka borok 2. Praktek perawatan diri	
Puskesmas	**Hari/ Tanggal**	**Pertemuan**	**Kegiatan**	**TTD**
Jatirokeh	Jum'at 11 April 2014	I	1. Penjelasan kegiatan KPD 2. Pengisian kuesioner 3. Pembentukan kelas KPD 4. Pemberian materi a. mata yg tidak dpt ditutup b. tangan mati rasa 5. Praktek	
	Rabu, 23 April 2014	II	1. Pemberian materi a. Kulit tangan yg kering b. Jari kaki bengkok 2. Praktek	
	Jumat 9 Mei 2014	III	1. Pemberian materi a. kaki yang semper b. kulit kaki tebal dan kering 2. Praktek	
	Jum'at 23 Mei 2014	IV	1. Pemberian materi a. kaki yang mati rasa b. Luka borok 2. Praktek	
Puskesmas	**Hari/ Tanggal**	**Pertemuan**	**Kegiatan**	**TTD**
Wanasari	Rabu, 16 April 2014	I	1. Penjelasan kegiatan KPD 2. Pengisian kuesioner 3. Pembentukan kelas KPD 4. Pemberian materi a. mata yg tdk dpt ditutup b. tangan yg mati rasa 5. Praktek	

	Rabu, 30 April 2014	II	1. Pemberian materi perawatan diri a. kulit tangan yg kering b. Jari tangan bengkok 2. Praktek	
	Rabu, 14 Mei 2014	III	1. Pemberian materi a. kaki yang semper b. kulit kaki tebal dan kering 2. Praktek	
	Sabtu, 31 Mei 2014	IV	1. Pemberian materi a. kaki yg mati rasa b. Luka borok 2. Praktek	
Puskesmas	**Hari/ Tanggal**	**Pertemuan**	**Kegiatan**	**TTD**
Jatibarang	Kamis, 17 April 2014	I	1. Penjelasan KPD 2. Pengisian Kuesioner 3. Pembentukan ketua KPD 4. materi a. kulit tangan kering b. tangan mati rasa 5. Praktek	
	Sabtu, 3 Mei 2014	II	1. Materi a. mata yg tidak dapat ditutup rapat b. Jari tangan bengkok 2. Praktek	
	Sabtu, 17 Mei 2014	III	1. Materi a. kaki yang semper b. kulit kaki tebal dan kering 2. Praktek	
	Rabu, 28 Mei 2014	IV	1. Materi a. kaki yang mati rasa b. Luka borok 2. Praktek.	

Lampiran 22 Leaflet Kusta

Apa itu KUSTA?

Penyakit kusta adalah penyakit menular, menahun yang disebabkan oleh kuman kusta (*Mycrobacterium leprae*) yang menyerang kulit, saraf dan jaringan tubuh lainnya.

Tingkat Kecacatan Kusta

	Mata	Telapak tangan/kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata akibat kusta.	Tidak ada cacat akibat kusta.
1	Ada kerusakan karena kusta	Kehilangan rasa, kelemahan otot (tidak ada cacat/ kerusakan yang kelihatan akibat kusta.
2	Kelemahan otot kelopak mata untuk berkedip dan Kebutaan	Ada cacat, misal jari kiting dan kaki simper,

Upaya Pencegahan Cacat KUSTA

Komponen Pencegahan Cacat

- Penemuan dini penderita sebelum cacat
- Pengobatan
- Deteksi dini adanya reaksi kusta dg pemeriksaan saraf secara rutin
- Penanganan reaksi
- Penyuluhan
- Perawatan Diri
- Penggunaan alat bantu
- Rehabilitasi medik

Prinsip Pencegahan Cacat (3M)

- Memeriksa mata, tangan dan kaki secara teratur
- Melindungi mata, tangan dan kaki dari trauma fisik
- Merawatan diri

Untuk mata yang tidak dapat ditutup rapat

- Memeriksa, seringlah bercermin apakah ada kemerahan atau benda yang masuk ke mata
- Melindungi, memakai kacamata, menghindari pekerjaan dimana ada debu
- Merawat diri, sering mencuci mata dengan air, tutup mata dengan kain basah pada saat istirahat

Untuk tangan yang mati rasa

- Memeriksa, seringlah periksa tangan apakah ada luka atau lecet
- Melindungi, lindungi tangan dari benda panas, kasar, tajam, dengan memakai kaos tangan tebal
- Merawat luka, rawat dan istirahat bagian tangan sampai sembuh

Untuk kulit tangan yang kering

- Memeriksa, periksa adanya kekeringan, retak dan kulit pecah yang tidak terasa
- Melindungi, lindungi kulit tangan dari benda yang mudah menimbulkan luka seperti tajam dan panas
- Merawat luka, rendam selama 20 mnt dalam air dingin, olesi dengan minyak

Untuk jari tangan yang bengkok

- Memeriksa, periksa tangan secara rutin
- Melindungi, gunakan alat bantu untuk aktifitas sehari-hari
- Merawat luka, taruh tangan di atas paha luruskan dan bengkokan jari berulang kali, pegang ibu jari dan gerakan sendi agar tidak kaku

Untuk kaki yang semper

- Memeriksa, apakah ada luka
- Melindungi, selalu memakai sepatu, angkat lutut lebih tinggi pada saat berjalan
- Merawat luka, duduk dengan kaki lurus, pakai kain panjang atau sarung yg disangkutkan pada bagian depan kaki dan tarik ke arah tubuh.

Untuk kaki yang tebal dan kering

- Memeriksa, apakah ada luka
- Melindungi, rendam kaki selama 20 mnt, gosok bagian kaki yang tebal dg batu gosok, olesi dengan minyak
- Merawat luka, cegah terjadinya luka dengan merawat dan istirahatkan kaki.

Untuk kaki yang mati rasa

- Memeriksa, sering berhenti dan memeriksa kaki
- Melindungi, selalu memakai alas kaki
- Merawat luka, cegah terjadinya luka dengan merawat dan istirahatkan kaki.

Untuk luka borok

- Bersihkan luka dengan sabun
- Rendam kaki dalam air selama 20-30 menit
- Gosok bagian pinggiran luka yang menebal dengan batu apung
- Beri minyak pada bagian yang tidak luka saja
- Balut dan istirahatkan bagian kaki tersebut

KUSTA bukan penyakit keturunan, dan bukan pula disebabkan oleh kutukan, guna-guna, dosa atau makanan.

INDONESIA TANPA KUSTA

Pencegahan dan Tata Laksana Cacat Kusta

Devi Ayu Susilowati
Ilmu Kesehatan Masyarakat
Universitas Negeri Semarang

Lampiran 23. Dokumentasi

DOKUMENTASI

Gambar 1. Pemberian Undangan untuk Mengikuti KPD

Gambar 2. Proses Pengisian Kuesioner

Gambar 3. Pendampingan sampel Buta Aksara dalam Pengisian kuesioner

Gambar 4. Alat dan Bahan untuk Proses Perawatan Diri

Gambar 5. Penyuluhan oleh Petugas Kusta

Gambar 6. Proses Perawatan untuk Kulit Kaki yang Tebal dan Kering

Gambar 7. Proses Perawatan Jari Tangan Bengkok

Gambar 8. Proses Perawatan untuk Kulit Tangan yang Tebal dan Kering

Gambar 9. Proses Perawatan untuk Kaki Semper

Gambar 10. Penderita *lagopthalmus* yang ditemukan di pertemuan kedua

Gambar 11. Kehilangan Sebagian Jari Pada Penderita Kusta

Gambar 12. Luka pada Kaki Penderita Kusta