



**EFEKTIVITAS METODE PEMERIKSAAN KONTAK
OLEH KADER KESEHATAN TERHADAP JUMLAH
PENEMUAN PENDERITA KUSTA BARU DI
KECAMATAN SARANG KABUPATEN
REMBANG TAHUN 2010**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Fany Nur Fiana
NIM. 6450406018

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2011**

ABSTRAK

Fany Nur Fiana,
Efektivitas Metode Pemeriksaan Kontak Oleh Kader Kesehatan Terhadap Jumlah Penemuan Penderita Baru Kusta Di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2010,
VI + 67 halaman + 17 tabel + 18 gambar + 15 lampiran

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah sangat kompleks, bukan hanya dari segi medis namun meluas hingga masalah sosial, ekonomi, budaya dan ketahanan nasional. Penemuan penderita kusta baru secara dini masih rendah, proporsi penderita kusta anak dan angka kecacatan yang masih tinggi merupakan masalah yang masih dihadapi di Jawa Tengah. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui efektivitas metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2010

Jenis penelitian ini adalah rancangan pra-eksperimen (*pre-experiment designs*) dengan *One Group Pretest-Posttest Design*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kader kesehatan di RW yang terdapat penderita kusta di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang yaitu sebanyak 40 kader kesehatan. Sampel berjumlah 40 kader kesehatan yang dipilih secara *Purposive Sampling*. Instrumen yang digunakan adalah formulir pencatatan tersangka penderita kusta, lembar karakteristik kader kesehatan, dan daftar hadir kader kesehatan. Analisis data yang dilakukan secara univariat dan bivariat (menggunakan uji *Mann-Whitney*).

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan antara jumlah penderita kusta baru sebelum metode pemeriksaan kontak dan jumlah penderita kusta baru sesudah metode pemeriksaan kontak dengan *p value* 0,019 ($p < 0,05$). Berarti metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan efektif terhadap penemuan penderita kusta baru di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang.

Saran yang diberikan kepada Pengelola Program P2 Kusta hendaknya melaksanakan metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan karena pada penelitian ini didapatkan Nilai Prediktif Positif 0,38 atau 38%. Jika Pengelola Program P2 Kusta akan melaksanakan metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan atau kelompok lain hendaknya diberikan pelatihan terlebih dahulu, karena dengan adanya pelatihan terlebih dahulu terbukti dapat meningkatkan jumlah penemuan penderita kusta. Bagi kader kesehatan tetap melanjutkan metode pemeriksaan kontak dalam penemuan penderita kusta baru, tidak hanya berhenti setelah penelitian ini selesai. Bagi peneliti lain jika akan melakukan penelitian seperti ini responden yang dirujuk ke puskesmas atau tempat pelayanan kesehatan lain tidak hanya yang diduga positif menderita penyakit tertentu saja tapi yang diduga negatif juga dirujuk dan diperiksa oleh tenaga kesehatan.

Kata Kunci: Kusta, Metode Pemeriksaan Kontak, Kader Kesehatan.
Kepustakaan: 21 (2000-2010)

ABSTRACT

Fany Nur Fiana,

The Effectiveness of Contact Survey Method By Cadre of Health to Discovery of New Leprosy Patient in Sarang District Rembang Regency 2010

VI + 67 pages + 17 tables + 18 pictures + 15 attachments

Leprosy is one of the infectious diseases that cause problems are very complex, not only from the medical side but extends to social, economic, cultural and national defense. The discovery of new leprosy patients at an early stage is still low, the proportion of children of leprosy patients and disability rates are still high is still facing problems in Central Java. The purpose of this study is to investigate The Effectiveness of Contact Survey Method By Cadre of Health to Discovery of New Leprosy Patient in Sarang District Rembang Regency 2010.

The study was pre-experimental design with One Group pretest-posttest design. The population in this study are all cadres of health contained in RW leprosy patients in Sarang District Rembang Regency that as many as 40 cadres of health. The sample were 40 elected cadres of health Purposive Sampling. The instrument used is a form of recording suspect leprosy patients, cadres of health sheet characteristics, and present list of cadres of health. Data analysis was performed using univariate and bivariate (using Mann-Withney test).

From this research we can conclude that there is a difference between the number of new leprosy patients before the contacts survey methods and the number of new leprosy patients after the contact survey method with the p value of 0.019 ($p < 0.05$). It's mean that the contact survey method by cadres of health effective to Discovery of New Leprosy Patient in Sarang District Rembang Regency.

Advice given to P2 Leprosy Program Management should implement the contact survey method by cadres of health because in this study, Positive Predictive Value of 0.38 or 38%. If P2 Leprosy Program Management will implement the contact survey method by cadre of health or other groups should be trained first, because with the first training is proven to increase the number of Discovery of New Leprosy Patient. For health cadres continue contacts examination methods in the discovery of new leprosy patients, not just stop after the study is completed. For other researchers if you would do this kind of research respondents referred to the clinic or other health services not only suspected of suffering from certain diseases only positive but also negative allegedly referred to and examined by health personnel.

Keywords: Leprosy, Contact Survey Method, Cadre of Health

Bibliography: 21 (2000-2010)

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama :

Nama : Fany Nur Fiana

NIM : 6450406018

Judul : EFEKTIVITAS METODE PEMERIKSAAN KONTAK OLEH JUMLAH KADER KESEHATAN TERHADAP JUMLAH PENEMUAN PENDERITA KUSTA BARU DI KECAMATAN SARANG KABUPATEN REMBANG

Pada hari : Selasa

Tanggal : 5 April 2011

Panitia Ujian

Ketua Panitia,

Sekretaris

Drs. H. Harry Pramono, M.Si

NIP. 19591019.198503.1.001

dr. Mahalul Azam, M.Kes

NIP. 19751119.200112.1.001

Dewan Penguji

Tanggal persetujuan

Ketua Penguji

1.Dr. Oktia Woro K. H.,M.Kes _____

NIP.19591001.198703.2.001

Anggota Penguji

2.dr.Arulita Ika Fibriana, M.Kes _____

(Pembimbing Utama)

NIP.19740202.200112.2.001

Anggota Penguji

3.Dina Nur Anggraini N.,S.KM _____

(Pembimbing Pendamping)

NIP.19810911.200501.2.002

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Bersabarlah karena kesabaran itu semata-mata dari Allah dan akan mendatangkan pertolongan Allah..”

“Berusaha adalah kewajiban semua manusia yang tidak mengenal batas waktu..”



PERSEMBAHAN

Karya ini ananda persembahkan untuk:

- 1. Ayahanda dan Ibunda tercinta*
- 2. Kakak dan Adik tersayang*
- 3. Almamaterku*

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat hidayah serta inayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “EFEKTIVITAS METODE PEMERIKSAAN KONTAK OLEH KADER KESEHATAN TERHADAP JUMLAH PENEMUAN PENDERITA BARU KUSTA DI KECAMATAN SARANG KABUPATEN REMBANG TAHUN 2010” dapat terselesaikan dengan baik. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Penulisan skripsi ini tidak lepas dari partisipasi dan bantuan dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Drs. Harry Pramono, M.Si atas ijin yang telah diberikan.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, dr. Mahalul Azam, M.Kes yang telah memberi ijin.
3. Pembimbing I dr. Arulita Ika Fibriana, M. Kes yang telah memberikan bimbingan, arahan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Pembimbing II Dina Nur Anggraini Ningrum, SKM yang telah memberikan bimbingan, arahan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Ibu dr. Yuni Wijayanti, M. Kes, dosen wali yang telah banyak memberikan nasihat dan motivasi dalam penyelesaian skripsi ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama kuliah.

7. Bapak Sungatno, staf Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang yang telah banyak membantu dalam penyelesaian skripsi ini.
8. Kepala Puskesmas Sarang (Bapak dr. Ahmad Fuadi) beserta staf yang telah memberikan ijin untuk pengambilan data dalam menyelesaikan skripsi.
9. Bapak Mohammad Imron, Pengelola P2 Kusta Puskesmas Sarang atas bantuan dan kerjasama selama penelitian.
10. Kader kesehatan atas bantuan, kerjasama, dan partisipasi selama penelitian.
11. Ayahanda, Ibunda Tercinta (Hiwan Suyanto, Fajar Hariyati), kakak adik tercinta (Mas Ithung, Mbak Yayan, Mbak Iin, Mas Lan, Dek Titin, Dek Ririn), keponakan tersayang (Ardhani dan Ratriana) serta segenap keluarga besar saya atas perhatian, kasih sayang, motivasi dan doa yang sungguh berarti bagi saya hingga akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan.
12. Fariq Azhar atas dukungan, semangat, perhatian, pengertian, dan doa sehingga terselesainya skripsi ini.
13. Teman-teman tersayang (Rini, Resa, Nurul, Tia, Ema, Uyunk) dan anggota NC Club (Daka, Ria, Wanti) atas bantuan dan motivasinya.
14. Keluarga besar mahasiswa IKM UNNES angkatan 2006 yang tercinta atas dukungan dan motivasinya
15. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan sehingga masukan dan kritikan yang membangun sangat penulis harapkan demi sempurnanya skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, Maret 2011

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
ABSTRAK	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Tujuan Penelitian	7
1.4. Manfaat Penelitian	8
1.5. Keaslian Penelitian.....	9
1.6. Ruang Lingkup	11
BAB II. LANDASAN TEORI	12
2.1. Landasan Teori.....	12
2.1.1. Penyakit Kusta.....	12
2.1.1.1 Definisi penyakit Kusta.....	12
2.1.1.2 Etiologi Penyakit Kusta	13
2.1.1.3 Patogenesis Penyakit Kusta.....	13

2.1.1.4	Penularan Penyakit Kusta.....	14
2.1.1.5	Gambaran Klinik Penyakit Kusta.....	15
2.1.1.6	Klasifikasi Penyakit Kusta.....	15
2.1.1.7	Diagnosis Penyakit Kusta.....	17
2.1.1.8	Pencegahan Penyakit Kusta.....	19
2.1.1.9	Pengobatan Penyakit Kusta.....	19
2.1.1.10	Komplikasi Penyakit Kusta.....	20
2.1.2.	Penemuan Penderita Baru.....	22
2.1.2.1	Penemuan Penderita secara Pasif.....	22
2.1.2.2	Penemuan penderita secara aktif.....	23
2.1.3.	Pemeriksaan Kontak oleh Keder Kesehatan terhadap Penemuan Penderita Kusta Baru.....	25
2.1.3.1	Pemeriksaan Kontak.....	25
2.1.3.2	Pemeriksaan oleh Kader kesehatan.....	26
2.1.3.3	Penemuan Tersangka Penderita Kusta Baru.....	29
2.2.	Kerangka Teori.....	32
BAB III. METODE PENELITIAN		33
3.1.	Kerangka Konsep.....	33
3.2.	Jenis Variabel.....	33
3.3.	Hipotesis Penelitian.....	34
3.4.	Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	34
3.5.	Jenis dan Rancangan Penelitian.....	35
3.6.	Populasi dan Sampel.....	36
3.7.	Teknik Pemilihan Sampel.....	36
3.8.	Instrumen Penelitian.....	37
3.9.	Pelaksanaan Penelitian.....	37

3.10. Teknik Pengumpulan Data	39
3.11. Sumber Data	39
3.12. Teknik Analisis Data	39
BAB IV. HASIL PENELITIAN	41
4.1. Deskripsi Data	41
4.2. Analisis Univariat	43
4.3. Analisis Bivariat	51
BAB V. PEMBAHASAN	55
5.1. Analisis Univariat	55
5.2. Analisis Bivariat	59
5.3. Hambatan dan Kelemahan Penelitian.....	61
BAB VI. PENUTUP	63
6.1. Simpulan.....	63
6.2. Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	65
LAMPIRAN.....	68

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1. Keaslian Penelitian.....	9
Tabel 1.2. Matrik Perbedaan Penelitian	10
Tabel 2.1. Perbedaan Tipe MB dan PB menurut P2MPLP.....	16
Tabel 2.2. Klasifikasi PB dan MB menurut WHO tahun 1995.....	17
Tabel 2.3. Tingkat Kecacatan.....	21
Tabel 2.4. Tingkat Kecacatan di Indonesia.....	21
Tabel 3.1. Definisi Operasional	34
Tabel 4.1. Tren Angka Kejadian Kusta di Kecamatan Sarang tahun 2007-2009 ..	41
Tabel 4.2. Distribusi Kader Kesehatan Berdasarkan Usia	43
Tabel 4.3. Distribusi Kader Kesehatan Berdasarkan Lama Menjadi Kader	46
Tabel 4.4. Distribusi Kontak yang Telah Diperiksa Berdasarkan Usia	47
Tabel 4.5. Distribusi Penderita Kusta baru sebelum dan sesudah Metode Pemeriksaan Kontak Berdasarkan Usia	49
Tabel 4.6. Distribusi Penderita Kusta baru sebelum dan sesudah Metode Pemeriksaan Kontak Berdasarkan jenis Kelamin	50
Tabel 4.7. Hasil Uji Normalitas Data.....	51
Tabel 4.8. Ukuran Pemusatan dan Ukuran Penyebaran Jumlah Penemuan Penderita Kusta Baru Sebelum dan Sesudah Metode Pemeriksaan Kontak	51
Tabel 4.9. Perbedaan Jumlah Penderita Kusta baru 2 sebelum Metode Pemeriksaan Kontak dan 2 sesudah Metode Pemeriksaan Kontak	52
Tabel 4.10. Perbandingan Jumlah Penderita Kusta Baru 2 Bulan Sebelum dan 2 Bulan Sesudah Metode Pemeriksaan Kontak	54

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Kerangka Teori.....	32
Gambar 3.1. Kerangka Konsep	33
Gambar 3.2. Rancangan One Group Pretest-Postest Design	36
Grafik 4.1 Distribusi Kader Kesehatan berdasarkan Tingkat Pendidikan	44
Grafik 4.2 Distribusi Kader Kesehatan berdasarkan Jenis Pekerjaan.....	45
Grafik 4.3 Distribusi Kontak yang Telah Diperiksa berdasarkan Jenis Pekerjaan	46
Grafik 4.4 Distribusi Kontak yang Telah Diperiksa berdasarkan Tingkat Pendidikan	48
Grafik 4.5 Distribusi Kontak yang Telah Diperiksa berdasarkan Jenis Pekerjaan	49

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Tugas Panitia Ujian	68
Lampiran 2 Surat Tugas Pembimbing.....	69
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keolahragaan.....	70
Lampiran 4 Surat Ijin Penelitian dari Kantor Kesbang dan Polinmas	71
Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang	72
Lampiran 6 Bagan Alur Pelaksanaan Penelitian.....	73
Lampiran 7 Instrumen Penelitian	84
Lampiran 8 Surat Keterangan telah Mengambil Data Dari Puskesmas Sarang.....	85
Lampiran 9 Daftar Karakteristik Kader Kesehatan.....	86
Lampiran 10 Daftar Kontak yang Telah Diperiksa Kader Kesehatan	88
Lampiran 11 Daftar Tersangka yang Ditemukan Oleh Kader Kesehatan.....	100
Lampiran 12 Daftar Penderita Kusta Baru Sebelum Metode Pemeriksaan Kontak	104
Lampiran 13 Daftar Penderita Kusta Baru Sesudah Metode Pemeriksaan Kontak	105
Lampiran 14 Daftar Hadir Kader Kesehatan saat Pelatihan	106
Lampiran 15 Hasil Uji Frekuensi Analisis Univariat.....	109
Lampiran 17 Hasil Uji <i>Mann-Withney</i>	114
Lampiran 18 Dokumentasi Penelitian.....	115

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG MASALAH

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah sangat kompleks, bukan hanya dari segi medis namun meluas hingga masalah sosial, ekonomi, budaya dan ketahanan nasional. Penemuan penderita kusta baru secara dini masih rendah, proporsi penderita kusta anak dan angka kecacatan yang masih tinggi merupakan masalah yang masih dihadapi di Jawa Tengah (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2007: 26).

Kusta merupakan penyakit yang menyeramkan dan ditakuti karena dapat terjadi ulserasi, mutilasi, dan deformitas. Penderita kusta menderita bukan karena penyakitnya saja, tetapi juga karena dikucilkan masyarakat sekitarnya. Hal ini akibat kerusakan saraf besar yang ireversibel di wajah dan ekstremitas, motorik dan sensorik, serta dengan adanya kerusakan yang berulang-ulang pada daerah anestetik disertai paralisis dan atrofi otot (A. Kokasih, dkk, 2005: 74).

Pada tahun 1991 *World Health Assembly* membuat resolusi tentang eliminasi kusta sebagai problem kesehatan masyarakat pada tahun 2000 dengan menurunkan prevalensi kusta menjadi di bawah 1 kasus per 10.000 penduduk yang di Indonesia dikenal sebagai Eliminasi Kusta Tahun 2000 atau EKT 2000 (A. Kokasih, dkk, 2005: 74). Indonesia telah mencapai eliminasi pada tahun 2000, namun demikian berdasarkan data yang dilaporkan jumlah penderita kusta baru sampai saat ini tidak menunjukkan adanya penurunan yang bermakna. Kondisi ini juga terjadi di negara-negara lain di dunia, sehingga pada tahun 2006 *World Health Organization* (WHO)

mengeluarkan “Strategy Global untuk menurunkan beban penyakit dan kesinambungan program pemberantasan penyakit kusta 2006-2010” (Departemen Kesehatan RI, 2006: 13).

Jumlah penderita kusta baru di dunia pada tahun 2005 sekitar 294.499 penderita. Dari jumlah tersebut paling banyak terdapat di regional Asia Tenggara sebanyak 201.635 penderita, diikuti regional Afrika sebanyak 42.814 penderita, regional Amerika sebanyak 41.780 penderita dan sisanya berada di regional lain di dunia. Indonesia menduduki urutan kedua setelah Brasil dengan jumlah penderita kusta pada tahun 2005 sebanyak 19.695 penderita (Departemen Kesehatan RI, 2006: 6-7).

Indonesia secara nasional telah mencapai eliminasi kusta pada bulan Juni 2000, yang berarti secara nasional angka kejadian kusta atau prevalensi kusta mencapai 1/10.000 penduduk yaitu 0,84/10.000 penduduk. Namun untuk tingkat provinsi dan kabupaten sampai akhir tahun 2007 masih ada 14 provinsi dan 155 kabupaten yang belum mencapai eliminasi kusta atau angka prevalensinya diatas 1/10.000 penduduk. Provinsi Jawa Barat dan Jawa Tengah merupakan provinsi yang mempunyai beban berat dalam eliminasi kusta karena penderita kustanya lebih dari 1.000 orang (Departemen Kesehatan RI, 2004).

Menurut profil kesehatan Jawa Tengah tahun 2008 terdapat 9 kabupaten/kota yang merupakan daerah dengan kasus kusta tinggi (*high endemic*/angka kejadian/*prevalence rate* lebih dari 1/10.000 penduduk dan *Case Detection Rate* (CDR) atau angka penemuan kasus baru lebih dari 5/100.000 penduduk), antara lain Kabupaten Blora, Kabupaten Kudus, **Kabupaten Rembang**, Kabupaten Pekalongan, Kota Pekalongan, Kabupaten Pemasang, Kabupaten Brebes, Kabupaten Tegal dan Kota Tegal.

Angka penemuan kasus baru (CDR) kusta di Provinsi Jawa Tengah tahun 2008 sebesar 4,9/100.000 penduduk dengan prevalensi 0,66/10.000 penduduk, mengalami sedikit peningkatan bila dibandingkan dengan CDR tahun 2007 sebesar 4,61/100.000 penduduk dengan prevalensi 0,62/10.000 penduduk. Peningkatan angka CDR menunjukkan adanya peningkatan dalam penemuan kasus baru, akan tetapi dari tahun ke tahun peningkatan tersebut sangat kecil atau kurang signifikan (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2008: 28).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang tahun 2009, jumlah penderita kusta tahun 2009 sebanyak 77 penderita dengan penemuan baru sebanyak 62 penderita, prevalensi 1,28/10.000 penduduk dan CDR 10,3/100.000 penduduk. Ini berarti Rembang terbukti sebagai daerah dengan kasus kusta tinggi karena prevalensi lebih dari 1/10.000 penduduk dan CDR lebih dari 5/100.000 penduduk. Dari 77 penderita yang tercatat, penderita kusta tipe PB 9 orang dan MB 68 orang (90%), cacat tingkat 2 sebesar 23% dan kasus pada anak 8%, ini menunjukkan keterlambatan penemuan penderita dan masih tingginya penularan penyakit kusta di Kabupaten Rembang (Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang, 2009).

Kecamatan Sarang merupakan Kecamatan yang paling banyak terdapat penderita kusta di Kabupaten Rembang. Pada tahun 2009 terdapat 27 penderita dengan penemuan kasus baru sebanyak 25 orang. Kecamatan Sarang termasuk daerah endemik kusta tinggi, yaitu dengan prevalensi 3,82/10.000 penduduk dan CDR 31,6/100.000 penduduk. Dari 27 penderita tersebut, penderita kusta tipe PB 3 orang dan tipe MB 24 orang (88,8%), cacat tingkat 2 sebesar 26% dan kasus pada anak 5%. (Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang, 2009). Dan pada tahun 2010 sampai bulan Oktober, jumlah penderita kusta di Kecamatan Sarang sebanyak 15 penderita baru

yang terdiri dari penderita kusta tipe PB 7 penderita dan penderita MB 8 penderita (53,3%), dengan proporsi cacat tingkat 2 sebesar 20% dan kasus pada anak sebesar 13,3% (Puskesmas Sarang, 2010).

Berdasarkan data Puskesmas Sarang Kabupaten Rembang tahun 2007 sampai 2009, persentase penderita kusta tipe MB di Kecamatan Sarang mengalami peningkatan. Pada tahun 2007 sebesar 48%, tahun 2008 sebesar 78,9% dan tahun 2009 sebesar 88,8%. Selain itu, berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang tahun 2007 sampai 2009, angka proporsi cacat tingkat 2 dan kasus pada anak di Kecamatan Sarang dari tahun 2007 sampai tahun 2009 masih di atas 5% sedangkan target nasional dibawah 5%. Angka proporsi cacat tingkat 2 pada tahun 2007 sebesar 32%, tahun 2008 sebesar 89%, dan tahun 2009 sebesar 26%. Sedangkan kasus pada anak pada tahun 2007 sebesar 16%, tahun 2008 sebesar 44% dan tahun 2009 sebesar 5%.

Tingginya angka penderita kusta tipe MB, cacat tingkat 2 dan kasus pada anak menunjukkan masih tinggi pula penularan penyakit kusta, karena sumber penularan penyakit kusta adalah penderita kusta tipe MB yang tidak diobati atau tidak berobat secara teratur (Arif Mansjour. dkk, 2000: 65). Dalam upaya penanggulangan penyakit kusta di Indonesia digunakan indikator angka proporsi cacat tingkat 2 dan proporsi anak diantara kasus baru. Angka proporsi cacat tingkat 2 digunakan untuk menilai kinerja petugas dalam upaya penemuan kasus. Angka proporsi cacat tingkat 2 yang tinggi mengindikasikan adanya keterlambatan dalam penemuan penderita yang dapat diakibatkan rendahnya kinerja petugas dan rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai tanda-tanda dini penyakit kusta. Sedangkan indikator proporsi anak yang tinggi menunjukkan penularan kusta yang masih tinggi terjadi di masyarakat (Profil Kesehatan Indonesia, 2007: 39).

Hal ini juga dikarenakan Puskesmas hanya menunggu penderita yang datang secara sukarela, sedangkan penemuan penderita secara aktif seperti pemeriksaan kontak, *Rapid Village Survey* (RVS) dan *Chase Survey* kurang dilakukan (Departemen Kesehatan RI, 2006: 28). Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas Puskesmas Sarang bagian Pengendalian Penyakit Kusta, Puskesmas Sarang merupakan salah satu Puskesmas yang belum melaksanakan program penemuan penderita kusta secara aktif dengan metode pemeriksaan kontak. Hal ini didukung oleh keterangan para bidan desa dan penderita kusta di Kecamatan Sarang. Sedangkan upaya yang sudah dilakukan oleh Puskesmas Sarang hanya memberikan penyuluhan kepada kader kesehatan tentang penyakit kusta.

Hasil wawancara terhadap penderita kusta baru di Kecamatan Sarang sebanyak 10 orang yang telah dilaksanakan pada bulan Oktober 2010, didapatkan keterangan bahwa penderita kusta baru tersebut memeriksakan dirinya atas motivasi sendiri atau keluarga karena keluhan yang dirasakan. Dari 10 bidan desa yang telah disurvei pada bulan Agustus 2010, semua bidan desa mengatakan bahwa mereka tidak pernah melakukan pemeriksaan terhadap keluarga pasien penderita kusta, yang berarti metode pemeriksaan kontak belum dilaksanakan. Jika ada penderita kusta yang diperiksa di tempat bidan desa, maka akan langsung dirujuk ke Puskesmas dan diberi obat, karena pengobatan secara teratur akan memutus mata rantai penularan penyakit kusta.

Pemeriksaan kontak merupakan suatu upaya yang dilakukan secara aktif yang bertujuan untuk mencari penderita baru yang mungkin sudah lama ada yang belum ditemukan dan diobati serta mencari penderita baru yang mungkin ada diantara penderita kusta yang sudah selesai pengobatan. Pemeriksaan kontak ditujukan pada semua anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita dan tetangga di sekitarnya, metode ini dilakukan jika ada anggota keluarga yang tinggal serumah atau

tetangga sekitar telah dinyatakan sakit kusta, dan pemeriksaan lebih difokuskan pada kontak penderita kusta tipe MB (Departemen Kesehatan RI, 2006: 30-31).

Berdasarkan survei pendahuluan yang telah dilakukan terhadap 30 orang kader kesehatan di 7 desa di Kecamatan Sarang yang terdapat kasus kusta, diketahui bahwa karakteristik kader kesehatan di Kecamatan sarang yaitu pendidikan kader kesehatan rata-rata tamat SMP/ sederajat yaitu sebesar 36,67%, pekerjaan kader kesehatan rata-rata sebagai ibu rumah tangga/bertani yaitu sebesar 40%, umur kader kesehatan rata-rata antara 25 sampai 29 tahun yaitu sebesar 60%, dan lama menjadi kader kesehatan rata-rata lebih dari 5 tahun yaitu sebesar 53,3%. Dengan berdasarkan karakteristik kader kesehatan tersebut dan karena kader kesehatan merupakan salah satu tokoh masyarakat yang bertugas mengembangkan masyarakat dan membantu kelancaran pelayanan kesehatan di masyarakat, maka kader kesehatan dipilih untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Kader kesehatan inilah yang nantinya akan mencari dan menemukan tersangka penderita kusta dengan cara diagnosis dini yaitu melakukan pemeriksaan terhadap semua anggota keluarga dan tetangga sekitar yang sering kontak dengan penderita kusta, selanjutnya dilakukan pemeriksaan terhadap tersangka penderita kusta yang ditemukan kader kesehatan oleh petugas Puskesmas secara pasif.

Berdasarkan permasalahan tersebut maka akan dilakukan penelitian dengan judul “Efektivitas Metode Pemeriksaan Kontak Oleh Kader Kesehatan Terhadap Jumlah Penemuan Penderita Kusta Baru Di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2010”.

1.2. RUMUSAN MASALAH

1.2.1. Rumusan Masalah Umum

Bagaimana efektivitas metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap jumlah penemuan penderita kusta baru di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2010?

1.2.2. Rumusan Masalah Khusus

1. Bagaimana gambaran jumlah penemuan penderita kusta baru sebelum dilakukan metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap jumlah penemuan penderita kusta baru di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2010?
2. Bagaimana gambaran jumlah penemuan penderita kusta baru sesudah dilakukan metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap jumlah penemuan penderita kusta baru di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2010?
3. Adakah perbedaan jumlah penemuan penderita kusta baru sebelum dan sesudah dilakukan metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap jumlah penemuan penderita kusta baru di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2010?

1.3. TUJUAN PENELITIAN

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui efektivitas metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap jumlah penemuan penderita kusta baru di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2010.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran jumlah penemuan penderita kusta baru sebelum dilakukan metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap jumlah penemuan penderita kusta baru di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2010.

2. Mengetahui gambaran jumlah penemuan penderita kusta baru sesudah dilakukan metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap jumlah penemuan penderita kusta baru di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2010.
3. Mengetahui perbedaan jumlah penemuan penderita kusta baru sebelum dan sesudah dilakukan metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap jumlah penemuan penderita kusta baru di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2010.

1.4. MANFAAT PENELITIAN

1.4.1. Bagi Pengelola Program P2PM di Puskesmas Sarang Kabupaten Rembang

Dapat memberikan informasi tentang efektivitas metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru yang dapat dijadikan sebagai dasar pertimbangan pengambilan keputusan program penanggulangan dan pemberantasan penyakit kusta di wilayah kerja Puskesmas Sarang Kabupaten Rembang.

1.4.2. Bagi Kader Kesehatan di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang

Dapat memberikan informasi tentang efektivitas metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru dan pelatihan kesehatan tentang cara deteksi dini penyakit kusta.

1.4.3. Bagi Mahasiswa Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang

Dapat memberikan informasi tentang efektivitas metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru yang dapat dijadikan sebagai acuan dilaksanakannya penelitian di bidang Epidemiologi Penyakit Menular, khususnya tentang penyakit kusta.

1.5. KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Analisis efektivitas Penemuan Penderita Kusta Baru secara Aktif dan Pasif menggunakan Metode Cost Effectiveness Analysis dengan Menghitung Rasio Biaya Total terhadap Jumlah Penderita baru dan Disability Adjusted Life Years: Studi Kasus di Puskesmas Dungkek Kabupaten Sumenep	Rifmi Utami	2006 Puskesmas Dungkek Kabupaten Sumenep	Studi Kasus	Variabel bebas: Penggunaan metode cost effectivevess Analysis dengan menghitung rasio biaya total Variabel terikat: Penemuan penderita kusta baru secara aktif dan pasif	Karakteristik individu penderita kusta sebesar 43,8% dari total penderita datang ke puskesmas, (52,1%) (kelompok umur 15-44 tahun), jumlah penderita laki-laki dan perempuan sama, pekerjaan terbanyak adalah petani. Klasifikasi penderita terbanyak adalah tipe MB yaitu sebesar 85,4%. Karakteristik berobat saat pemeriksaan pertama kali yaitu frekuensi berobat umumnya 1 kali dengan jenis transportasi terbanyak dengan berjalan kaki. Sebagian besar (52,1%) dari total penderita tidak memerlukan pengantar.
2	Analisis Penemuan Penderita Kusta pada pelaksanaan Leprosy Elimination Campaigns (LEC) di Kabupaten Daerah Tingkat II Subang Tahun 1996	Sutopo Toto	1996 Kabupaten Daerah Tingkat II Subang	Studi Kasus	Variabel bebas: Pelaksanaan Leprosy Elimination Campaigns (LEC) Variabel terikat : Penemuan penderita kusta	Ada kenaikan penemuan penderita kusta dari sebanyak 396 orang pada tahun 1995 meningkat menjadi 876 orang pada tahun 1996 setelah LEC.
3	Pengaruh Karakteristik Kader Posyandu Terhadap Kemampuan dalam Penemuan Dini	Erwin Hakim	2010 Puskesmas Mandala Kecamatan Medan	Studi Kasus	Variabel bebas: Karakteristik Kader Posyandu Variabel terikat: Kemampuan	karakteristik kader (umur, pekerjaan, pendidikan, pendapatan, penghargaan, lama menjadi kader dan pengetahuan) berpengaruh

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Kasus Tersangka Tuberkulosis di Wilayah Kerja Puskesmas Mandala Kecamatan Medan Tembung				Dalam Penemuan Tersangka Tuberkulosis	signifikan terhadap kemampuan dalam penemuan kasus tersangka Tuberkulosis ($p < 0,05$)
4	Hubungan Pengetahuan dan Sikap kader Kesehatan dalam Praktek Penemuan Suspect Penderita TB Paru di Puskesmas Plupuh I Kabupaten Sragen Provinsi Jawa Tengah	Munadi Ngabdan Saputro	2009 Puskesmas Plupuh I Kabupaten Sragen Provinsi Jawa Tengah	<i>Cross-sectional</i>	Variable bebas: Pengetahuan dan sikap kader kesehatan Variable terikat: Praktek penemuan tersangka penderita TB Paru.	Tingkat pengetahuan sebesar 60,7%, sikap kader sebesar 80%, praktek penemuan Suspect TB paru sebesar 86,7%. Hubungan pengetahuan dengan praktek penemuan Suspect TB diperoleh r hitung 0,685 dan p -value sebesar 0,000, hubungan antara sikap kader kesehatan dengan praktek penemuan Suspect TB Paru diperoleh r hitung sebesar 0,531 dan p -value sebesar 0,003.

Tabel 1.2. Matrik Perbedaan Penelitian

No	Perbedaan	Fany Nur Fiana	Rifmi Utami	Sutopo Toto	Erwin Hakim	Munadi Ngabdan S
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Tempat	Puskesmas Sarang Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang	Puskesmas Dungkek Kabupaten Sumenep	Kabupaten Daerah Tingkat II Subang	Puskesmas Mandala Kecamatan Medan	Puskesmas Plupuh I Kabupaten Sragen Provinsi Jawa Tengah
2	Waktu	2010	2006	1996	2010	2009
3	Rancangan penelitian	<i>One Group Pretest - Posttest Design</i>	Studi kasus	Studi kasus	Studi Kasus	<i>Cross-sectional</i>
4	Variabel penelitian	Variabel bebas: metode pemeriksaan	Variabel bebas : Penggunaan metode cost	Variabel bebas: Pelaksanaan Leprosy	Variabel bebas: Karakteristik Kader	Variable bebas: Pengetahuan dan sikap

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
		kontak oleh kader kesehatan Variabel terikat: penemuan penderita kusta baru	effektivevess Analysis dengan menghitung rasio biaya total Variabel terikat : Penemuan penderita kusta baru secara aktif dan pasif	Elimination Campaigns (LEC) Variabel terikat : Penemuan penderita kusta	Posyandu Variabel terikat: Kemampuan Dalam Penemuan Tersangka Tuberkulosis	kader kesehatan Variable terikat: Praktek penemuan tersangka penderita Paru. TB

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

1. Penelitian mengenai efektivitas metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap jumlah penemuan penderita baru kusta di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang belum pernah dilakukan sebelumnya.
2. Penelitian ini menggunakan rancangan *One Group Pretest -Posttest Design* berbeda dengan rancangan sebelumnya yaitu dengan studi kasus.

1.6. RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1. Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang.

1.6.2. Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret 2010 sampai Oktober tahun 2010. Pengumpulan data metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan dimulai dari bulan Oktober-Desember 2010.

1.6.3. Ruang Lingkup Materi

Ruang lingkup materi dalam penelitian ini adalah Ilmu Kesehatan Masyarakat di bidang Epidemiologi Penyakit Menular, khususnya tentang metode pemeriksaan kontak terhadap jumlah penemuan penderita kusta baru.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1. LANDASAN TEORI

2.1.1. Penyakit Kusta

2.1.1.1. Definisi Penyakit Kusta

Penyakit Kusta adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran nafas bagian atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang dan testis (Muh. Dali Amiruddin, 2000: 260).

Tanda penyakit kusta didasarkan pada penemuan tanda kardinal (gejala utama), yaitu:

1. Bercak kulit yang mati rasa

Bercak keputihan-putihan (*hypopigmentasi*) atau kemerah-merahan (*erithematous*), mendatar (*makula*) atau meninggi (*plakat*). Mati rasa (*anaesthesi*) pada bercak bersifat total atau sebagian saja terhadap rasa sentuh, rasa suhu, dan rasa nyeri.

2. Penebalan saraf tepi

Dapat disertai rasa nyeri dan juga dapat disertai atau tanpa gangguan fungsi saraf yang terkena, yaitu:

a. Gangguan fungsi sensoris: mati rasa

b. Gangguan fungsi motoris: kelemahan otot (*parese*), atau kelumpuhan (*paralise*).

c. Gangguan fungsi otonom: kulit kering, retak, edema, pertumbuhan rambut terganggu

3. Ditemukan basil tahan asam

Bahan pemeriksaan adalah hapusan kulit cuping telinga dan lesi kulit pada bagian yang aktif. Kadang-kadang bahan diperoleh dari biopsi kulit atau saraf.

Untuk menegakkan penyakit kusta, paling sedikit harus ditemukan satu tanda kardinal. Bila tidak atau belum dapat ditemukan, maka kita hanya dapat mengatakan tersangka kusta atau penderita perlu diamati dan diperiksa ulang setelah 3-6 bulan sampai diagnosis kusta dapat ditegakkan atau disingkirkan (A. Kokasih, dkk, 1997: 7-8).

2.1.1.2. Etiologi

Kuman penyebab penyakit kusta adalah *Mycobacterium leprae* dimana untuk pertama kali ditemukan oleh G.H. Armauer Hansen pada tahun 1873. Basil ini bersifat asam, berbentuk batang dengan ukuran 1-8 mikron, 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 (A. Kokasih, dkk, 1997: 1). Masa membelah dari *M. leprae* adalah 12-21 hari dan masa tunasnya antara 40 hari- 40 tahun (Arif Mansjour. dkk, 2000: 65). Diluar tubuh manusia (dalam kondisi tropis) kusta dari sekret nasal dapat bertahan sampai 9 hari. Pertumbuhan optimal dari kuman kusta adalah pada suhu 27-30⁰ C (Departemen Kesehatan RI, 2006: 9).

2.1.1.3. Patogenesis

M. leprae mempunyai patogenitas dan daya invasi yang rendah, sebab penderita yang mengandung kuman lebih banyak belum tentu memberikan gejala yang lebih berat, bahkan dapat sebaliknya. Ketidakseimbangan antara derajat infeksi dengan derajat penyakit, tidak lain disebabkan oleh respon imun yang berbeda, yang

menggugah timbulnya reaksi granuloma setempat atau menyeluruh yang dapat sembuh sendiri atau progresif (A. Kokasih, dkk, 2005: 74).

M. leprae masuk ke dalam tubuh, dan perkembangan penyakit kusta bergantung pada kerentanan seseorang. Respon tubuh setelah masa tunas dilampaui tergantung pada derajat sistem imunitas seluler (*cellular mediated immune*) pasien. Jika sistem imunitas seluler tinggi, penyakit berkembang kearah *tuberkuloid* dan bila rendah, berkembang kearah *lepromosa* (Arif Mansjour. dkk, 2000: 66).

2.1.1.4. Penularan

Sumber penularan penyakit kusta adalah kuman kusta utuh (hidup) yang berasal dari pasien kusta tipe MB (*Multi Basiler*) yang belum diobati atau tidak teratur berobat (Arif Mansjour. dkk, 2000: 65).

Cara penularan dari penyakit kusta yang pasti belum di ketahui, tetapi menurut sebagian besar ahli melalui saluran pernafasan (*Inhalasi*) dan kulit (kontak langsung yang lama dan erat). Kuman mencapai permukaan kulit melalui folikel rambut, kelenjar keringat, dan diduga juga melalui air susu ibu. Tempat inflamasi tidak selalu menjadi tempat *lesi* pertama (Arif Mansjour. dkk, 2000: 65).

Timbulnya penyakit kusta bagi seseorang tidak mudah dan tidak perlu ditakuti, tergantung dari beberapa faktor, antara lain:

1. Faktor Sumber Penularan

Sumber penularan adalah penderita kusta tipe MB. Penderita MB inipun tidak akan menularkan kusta, apabila berobat secara teratur.

2. Faktor Kuman Kusta

Kuman kusta dapat dapat hidup diluar tubuh manusia antara 1-9 hari tergantung pada suhu atau cuaca, dan diketahui hanya kuman kusta yang utuh (solid) saja yang dapat menimbulkan penularan.

3. Faktor Daya Tahan Tubuh

Orang yang terjangkit kusta setelah kontak dengan penderita hanya sebagian kecil, hal ini disebabkan karena adanya imunitas. *M. leprae* termasuk kuman obligat intraseluler dan sistem kekebalan yang efektif adalah sistem kekebalan seluler. Sebagian besar (95%) manusia kebal terhadap kusta, hanya sebagian kecil yang dapat ditulari (5%). Dari 5% yang tertular tersebut, sekitar 70% dapat sembuh sendiri dan hanya 30% yang menjadi sakit (Departemen Kesehatan RI, 2002: 5-6).

2.1.1.5. Gambaran Klinik

Gambaran klinik penyakit kusta pada seseorang penderita mencerminkan tingkat kekebalan seluler penderita tersebut (A. Kokasih, dkk, 1997: 4). Manifestasi klinik penyakit kusta biasanya menunjukkan gambaran yang jelas pada stadium yang lanjut dan diagnosis cukup ditegakkan dengan pemeriksaan fisik saja (Muh. Dali Amiruddin, 2000: 263).

2.1.1.6. Klasifikasi Penyakit Kusta

Departemen Kesehatan Ditjen P2MPLP dan WHO (1995) membagi tipe kusta menjadi dua, yaitu tipe *Pauci Basiler* (PB) dan *Multi Basiler* (MB). Klasifikasi ini bertujuan untuk menentukan regimen pengobatan MDT.

Tabel 2.1. Perbedaan tipe MB dan PB menurut P2MPLP

No	Yang Membedakan	Tipe PB	Tipe MB
1	Bercak (makula)		
	a. Jumlah	1-5	Banyak
	b. Ukuran	Kecil dan besar	Kecil-kecil
	c. Distribusi	Unilateral/bilateral asimetris	Bilateral, simetris
	d. Permukaan	Kering dan Kasar	Halus, berkilat
	e. Batas	Tegas	Kurang tegas
	f. Gangguan sensibilitas	Selalu ada dan jelas	Biasanya tidak jelas, jika ada, terjadi pada yang sudah lanjut.
	g. Kehilangan kemampuan berkeringat, bulu rontok dan bercak	Bercak tidak berkeringat, ada bulu rontok pada bercak	Bercak masih berkeringat, bulu tidak rontok
2	Infiltrat		
	a. Kulit	Tidak ada	Ada, kadang- kadang tidak ada
	b. Membran Mukosa (hidung tersumbat perdarahan di hidung)	Tidak pernah ada	Ada, kadang- kadang tidak ada
3	Nodulus	Tidak ada	Kadang-kadang ada
4	Penebalan Saraf Tepi	Lebih sering terjadi dini, Asimetris	Terjadi pada yang lanjut, biasanya lebih dari satu dan simetris.
5	<i>Deformitas</i> (cacat)	Biasanya Asimetris terjadi dini	Terjadi pada stadium lanjut
6	Sediaan Apus	BTA Negatif	BTA Positif
7	Ciri-ciri khusus	<i>Central Healing</i> (penyembuhan di tengah)	Punched out lesion (lesi seperti kue donat), madarosis, ginekomastia, hidung pelana, suara sengau.

Sumber: Arif Mansjour. 2000: 67

Tabel 2.2 Klasifikasi PB dan MB menurut WHO Tahun 1995

No	Yang membedakan	Tipe PB	Tipe MB
1	Lesi kulit (makula datar, papul yang meninggi, nodus).	<ul style="list-style-type: none"> • 1-5 lesi Hipopigmentasi/eritema simetris • Distribusi tidak • Hilangnya sensasi yang jelas 	<ul style="list-style-type: none"> • > 5 lesi Distribusi lebih simetris • Hilangnya sensasi
2	Kerusakan saraf (menyebabkan hilangnya sensasi/kelemahan otot yang dipersarafi oleh saraf yang terkena).	Hanya satu cabang saraf	Banyak cabang saraf

Sumber: Arif Mansjour. 2000: 67

2.1.1.7. *Diagnosis*

Langkah menetapkan diagnosis penyakit kusta perlu dilakukan pemeriksaan, antara lain:

1. Pemeriksaan Klinis

Untuk mengetahui keadaan klinis penderita yaitu dengan memeriksa secara teliti seluruh tubuhnya. mengingat penyakit kusta dapat menyerang semua bagian kulit, maka pemeriksaan pada kulit harus dilakukan secermat mungkin.

2. Pemeriksaan Saraf

Untuk mengetahui keadaan saraf apakah ada penebalan atau nyeri tekan. saraf yang diperiksa adalah *Auricularus Magnus* pada leher, *Ulnaris* pada lengan, dan *Prenorus* pada kaki. Cara pemeriksaan dengan meraba dan menekan (Departemen Kesehatan RI, 2006: 46).

3. Pemeriksaan Anestesi

Sepotong kapas yang dilampirkan dipakai untuk memeriksa rasa raba. Periksalah dengan ujung dari kapas yang dilampirkan secara tegak lurus pada kelainan kulit yang

dicurigai, yang diperiksa harus duduk pada waktu pemeriksaan. terlebih dahulu petugas menerangkan bahwa bilamana merasa tersentuh bagian tubuhnya dengan kapas, ia harus menunjuk kulit yang disinggung dengan jari telunjuknya. Ini dikerjakan dengan mata terbuka. Bilamana hal ini telah jelas, maka ia diminta menutup matanya.

Perasaan sakit diperiksa dengan ujung jarum yang tajam atau pangkal jarum yang tumpul, yang ditusukkan pada tanda kusta, dan penderita harus mengatakan mana yang tajam dan mana yang tumpul.

Perasaan (panas atau dingin) dilakukan dengan menggunakan dua tabung kimia yang diisi air. Tempelkan pada tanda kusta tersebut. Penderita harus mengatakan mana yang panas dan mana yang dingin. Sebelum pemeriksaan dilakukan, penderita atau responden diberikan penjelasan tentang hal-hal yang harus mereka lakukan selama pemeriksaan. Setelah mengerti disuruh menutup mata dan pemeriksaan dimulai (Departemen Kesehatan RI, 2006: 46).

Menurut WHO (1995), diagnosis kusta ditegakkan bila terdapat satu dari tanda kardinal berikut:

1. Adanya lesi kulit yang khas dan kehilangan sensibilitas

Lesi kulit dapat tunggal atau multipel, biasanya *hipopigmentasi* tetapi kadang-kadang lesi berwarna kemerahan atau berwarna tembaga. Lesi dapat bervariasi tetapi umumnya berupa makula, papul, atau nodul.

2. BTA Positif

Pada beberapa kasus ditemukan basil tahan asam dari kerokan jaringan kulit. Bila ragu-ragu maka dianggap sebagai kasus dan diperiksa ulang setiap 3 bulan sampai ditegakkan diagnosis kusta atau penyakit lain (Arif Mansjour. dkk, 2000:66).

2.1.1.8. Pencegahan

1. Pendidikan kesehatan dijalankan dengan cara bagaimana masyarakat dapat hidup secara sehat (*higiene*) agar daya tahan tubuhnya dapat dipertinggi.
2. Perlindungan khusus belum dapat dilakukan imunisasi.
3. Mencari penderita dan menjalankan pengobatan pencegahan.
4. Dalam upaya pembatasan terjadinya cacat (*disability limination*), yakni pengobatan dan perawatan yang sempurna.
5. Usaha rehabilitasi diperdalam dan dimodernkan di rumah sakit khusus kusta.

(Departemen Kesehatan RI, 2006: 11).

2.1.1.9. Pengobatan

Pengobatan penderita kusta bertujuan untuk memutuskan mata rantai penularan, menyembuhkan penyakit penderita, dan mencegah terjadinya cacat atau mencegah bertambahnya cacat yang sudah ada sebelum pengobatan (Departemen Kesehatan RI, 2006: 71).

Pengobatan ditujukan untuk mematikan kuman kusta sehingga tidak berdaya merusak jaringan tubuh dan tanda-tanda penyakit jadi kurang aktif sampai akhirnya hilang. Dengan hilangnya kuman maka sumber penularan dari penderita terutama tipe MB ke orang lain terputus. Dan untuk penderita yang sudah dalam keadaan cacat permanen, pengobatan hanya dapat mencegah cacat lebih lanjut (Departemen Kesehatan RI, 2006: 71).

Penderita yang tidak minum obat secara teratur dapat menyebabkan kuman kusta menjadi aktif kembali, sehingga timbul gejala-gejala baru pada saraf yang dapat memperburuk keadaan (Departemen Kesehatan RI, 2006: 71).

Multi Drug Therapy atau MDT adalah kombinasi dua atau lebih obat anti kusta, yang salah satunya harus terdiri atas Rifampisin sebagai anti kusta yang sifatnya bakterisid kuat dengan obat anti kusta lain yang bisa bersifat bakteriostatik (Departemen Kesehatan RI, 2006: 71).

2.1.1.10. Komplikasi

Cacat merupakan komplikasi yang dapat terjadi pada pasien kusta baik akibat kerusakan fungsi saraf tepi maupun karena neuritis sewaktu terjadi reaksi kusta (Arif Mansjour. dkk, 2000: 71).

Kecacatan merupakan istilah yang luas maknanya mencakup setiap kerusakan, pembatasan aktivitas yang mengenai seseorang. Tiap organ (mata, tangan, dan kaki) diberi tingkat cacat sendiri. Angka cacat tertinggi merupakan tingkat cacat untuk penderita tersebut (tingkat cacat umum) (Departemen Kesehatan RI, 2006: 95).

Terjadinya cacat tergantung dari fungsi serta saraf mana yang rusak. Diduga kecacatan akibat penyakit kusta dapat terjadi lewat dua proses, yaitu infiltrasi langsung *M. leprae* ke susunan saraf tepi dan organ (misalnya mata), dan melalui reaksi kusta (Departemen Kesehatan RI, 2006: 94).

Tingkat cacat digunakan untuk menilai kualitas penanganan pencegahan cacat yang dilakukan oleh petugas. Fungsi lain dari tingkat cacat adalah menilai kualitas penemuan dengan melihat proporsi cacat tingkat 2 diantara penderita baru (Departemen Kesehatan RI, 2006: 96).

Tabel 2.5. Tingkat Kecacatan

Tingkat	Mata	Telapak tangan /kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata akibat kusta.	Tidak ada cacat akibat kusta
1	Ada kerusakan karena kusta (anestesi pada kornea, tetapi gangguan visus tidak berat) visus > 6/60; masih dapat menghitung jari dari jarak 6 meter.	Anestesi, kelemahan otot. (Tidak ada cacat/kerusakan yang kelihatan kusta).
2	Ada lagophthalmos, iridosiklitis, opasitas pada kornea serta gangguan visus berat (visus <6/60; tidak mampu menghitung jari dari jarak 6 meter).	Ada cacat/kerusakan yang kelihatan akibat kusta, misalnya ulkus, jari keriting, kaki semper.

Sumber: (Departemen Kesehatan RI, 2006: 96).

Untuk Indonesia, karena beberapa keterbatasan pemeriksaan di lapangan maka tingkat cacat disesuaikan sebagai berikut:

Tabel 2.5. Tingkat kecacatan di Indonesia

Tingkat	Mata	Telapak tangan/kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata akibat kusta	Tidak ada cacat akibat kusta
1		Anestesi, kelemahan otot. (Tidak ada cacat/kerusakan yang kelihatan akibat kusta)
2	Ada lagophthalmos	Ada cacat/kerusakan yang kelihatan akibat kusta, misalnya ulkus, jari keriting, kaki semper.

Sumber: (Departemen Kesehatan RI, 2006: 96).

Cacat tingkat 0 berarti tidak ada cacat.

Cacat tingkat 1 adalah cacat yang disebabkan oleh kerusakan saraf sensoris yang tidak terlihat seperti hilangnya rasa raba pada kornea mata, telapak tangan dan telapak kaki. Gangguan fungsi sensoris pada mata tidak diperiksa di lapangan, oleh karena itu tidak ada cacat tingkat 1 pada mata. Cacat tingkat 1 pada telapak kaki berisiko terjadinya ulkus plantaris, namun dengan perawatan diri secara rutin hal ini dapat dicegah. Mati rasa pada bercak bukan merupakan cacat tingkat 1 karena bukan

disebabkan oleh kerusakan saraf perifer utama tetapi rusaknya saraf lokal kecil pada kulit (Departemen Kesehatan RI, 2006: 97).

Cacat tingkat 2 berarti cacat atau kerusakan yang terlihat.

Untuk mata:

1. Tidak mampu menutup mata dengan rapat (*lagophthalmos*).
2. Kemerahan yang jelas pada mata (terjadi pada ulserasi kornea atau uveitis).
3. Gangguan penglihatan berat atau kebutahan.

Untuk tangan dan kaki:

1. Luka dan ulkus di telapak
2. Deformitas yang disebabkan oleh kelumpuhan otot (kaki semper atau jari kontraktur) dan atau hilangnya jaringan (atropi) atau reabsorpsi parsial dari jari-jari (Departemen Kesehatan RI, 2006: 95-97).

Upaya yang dapat dilakukan dalam pencegahan cacat antara lain dengan penemuan dini penderita sebelum cacat, pengobatan penderita dengan MDT sampai selesai pengobatan, deteksi dini adanya reaksi kusta dengan pemeriksaan fungsi saraf secara rutin, dan penanganan reaksi (Departemen Kesehatan RI, 2006: 97).

2.1.2. Penemuan Penderita Kusta Baru

Penemuan penderita baru adalah kegiatan untuk menemukan penderita penyakit tertentu pada kurun waktu tertentu. Penemuan penderita kusta baru adalah kegiatan penemuan penderita kusta pada kurun waktu tertentu (satu tahun).

Penemuan penderita kusta secara garis besar terbagi menjadi dua ,yaitu secara aktif dan pasif.

2.1.2.1. Penemuan Penderita secara Pasif

Penemuan penderita berdasarkan adanya orang yang datang mencari pengobatan ke Puskesmas/Sarana kesehatan lainnya atas kemauan sendiri atau saran orang lain. Penderita biasanya sudah dalam kondisi stadium lanjut (Departemen Kesehatan RI, 2006: 30).

Faktor-faktor yang menyebabkan penderita terlambat datang berobat, yaitu:

1. Tidak mengerti tanda dini kusta
 2. Malu datang ke Puskesmas
 3. Tidak tahu bakwa ada obat tersedia gratis di Puskesmas
 4. Jarak rumah penderita ke Puskesmas/Sarana kesehatan lainnya terlalu jauh
- (Departemen Kesehatan RI, 2006: 30)

2.1.2.2. Penemuan Penderita secara Aktif

Penemuan penderita secara aktif dapat dilaksanakan melalui beberapa kegiatan, yaitu:

1. Pemeriksaan Kontak

Pemeriksaan kontak merupakan suatu upaya yang dilakukan secara aktif yang bertujuan untuk mencari penderita baru yang mungkin sudah lama ada atau belum ditemukan dan diobati dan untuk mencari penderita baru yang mungkin ada diantara penderita kusta yang sudah RFT (*Release for Treatment*). Pemeriksaan ditujukan pada semua anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita dan tetangga disekitarnya (Departemen Kesehatan RI, 2006: 30).

Pemeriksaan kontak dilakukan jika ada anggota keluarga yang tinggal serumah atau tetangga sekitar telah dinyatakan sakit kusta, dan pemeriksaan lebih difokuskan

pada kontak (anggota keluarga serumah dan tetangga sekitar) pada penderita tipe *Multibasiler* (MB) (Departemen Kesehatan RI, 2006: 31).

Pelaksanaan metode pemeriksaan kontak dilakukan oleh petugas Puskesmas atau petugas kesehatan dengan membawa kartu penderita yang sudah tercatat dan kartu penderita kosong, alat-alat untuk pemeriksaan serta obat *Multidrug Therapy* (MDT). Kemudian petugas mendatangi rumah penderita serta rumah tetangga dan memeriksa semua anggota keluarga dan tetangga yang sering kontak dengan penderita. Bila ditemukan penderita baru dari pemeriksaan tersebut, maka dibuatkan kartu baru dan dicatat sebagai penderita baru, kemudian diberikan obat MDT dosis pertama. Selanjutnya petugas memberikan penyuluhan kepada penderita dan semua anggota keluarga (Departemen Kesehatan RI, 2006: 31).

2. Survey Lain

WHO sudah tidak menganjurkan kegiatan penemuan penderita secara aktif, namun apabila dibutuhkan survei dapat dilakukan sesuai kebutuhan, misalnya jika kasus anak tinggi dapat dilakukan pemeriksaan anak sekolah, pada daerah sulit dapat dilakukan *Special Action Program Elimination Leprosy* (SAPEL), dan pada daerah fokus dapat dilakukan *Rapid Village Survey* (RVS) dan *Leprosy Elimination Campaign* (LEC) (Departemen Kesehatan RI, 2006: 31).

a. Pemeriksaan anak sekolah SD/TK/sederajat

Pemeriksaan anak sekolah merupakan suatu upaya yang bertujuan untuk mendapatkan kasus baru secara dini pada anak sekolah dan memberikan penyuluhan kepada murid dan guru. Sasaran pemeriksaan anak sekolah yaitu anak-anak SD atau sederajat dan taman kanak-kanak (Departemen Kesehatan RI, 2006: 31).

b. *Rapid Village Survey (RVS)* dan *Chase Survey*

RVS dan *Chase Survey* adalah suatu kegiatan yang bertujuan untuk mencari penderita baru dalam lingkup kecil/desa dan untuk membina partisipasi masyarakat. Sasarannya yaitu Desa/Kelurahan atau unit yang lebih kecil yaitu dusun (Departemen Kesehatan RI, 2006: 32).

c. *Leprosy Elimination Campaign (LEC)*

LEC merupakan suatu kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pengendalian penyakit kusta, meningkatkan kemampuan petugas kesehatan dalam pengendalian penyakit kusta serta menemukan mengobati penderita kusta. Sasaran *LEC* yaitu desa/kelurahan atau unit yang lebih kecil atau dusun (Departemen Kesehatan RI, 2006: 34).

d. *Special Action Program for Elimination Leprosy (SAPEL)*

SAPEL merupakan proyek khusus untuk mencapai eliminasi kusta dan dilaksanakan pada daerah yang mempunyai geografis yang sulit. Pada kegiatan ini MDT diberikan sekaligus 1 (satu) paket dibawah pengawasan kader atau keluarga (Departemen Kesehatan RI, 2006: 35).

2.1.3. Pemeriksaan Kontak oleh Kader Kesehatan terhadap Penemuan

Penderita Kusta baru

2.1.3.1. Pemeriksaan Kontak

Pemeriksaan kontak merupakan suatu upaya yang dilakukan secara aktif yang bertujuan untuk mencari penderita baru yang mungkin sudah lama ada atau belum ditemukan dan diobati (*index case*) dan untuk mencari penderita baru yang mungkin ada diantara penderita kusta yang sudah RFT (*Release for Treatment*). Pemeriksaan

ditujukan pada semua anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita dan tetangga disekitarnya (Departemen Kesehatan RI, 2006: 30).

Pelaksanaan metode pemeriksaan kontak pada penelitian ini dilakukan oleh kader kesehatan yang ada di desa. Kader kesehatan akan mendapatkan buku panduan tentang penyakit kusta dan pelatihan tentang cara deteksi dini penyakit kusta serta mendapatkan formulir tersangka penderita kusta. Tersangka penderita kusta yang ditemukan oleh kader untuk selanjutnya diperiksa oleh Puskesmas.

2.1.3.2. Pemeriksaan oleh Kader Kesehatan

Kader kesehatan dinamakan juga promotor kesehatan desa (prokes) adalah tenaga sukarela yang dipilih dari, oleh, dan untuk masyarakat dan bertugas mengembangkan masyarakat dan membantu kelancaran pelayanan kesehatan. Keberadaan kader sering dikaitkan dengan pelayanan rutin di posyandu.

Sebelum terjun ke masyarakat dan melakukan pemeriksaan, kader kesehatan diberikan pelatihan terlebih dahulu tentang tanda-tanda dan cara deteksi dini penderita kusta serta cara pemeriksaan tersangka penderita kusta.

Seseorang yang dicurigai sebagai tersangka penderita kusta harus dilakukan pemeriksaan, yaitu dengan melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisisk berupa pemeriksaan kulit dan pemeriksaan saraf tepi dan fungsinya (Departemen Kesehatan RI, 2006: 44).

Pemeriksaan klinis yang teliti dan lengkap sangat penting dalam menegakkan diagnosis kusta, pemeriksaan tersebut meliputi:

1. Anamnesis

Pada anamnesis ditanyakan secara lengkap mengenai riwayat penyakitnya, misalnya:

- a. Kapan timbul bercak/keluhan yang ada?
- b. Apakah ada anggota keluarga yang mempunyai keluhan yang sama (apakah ada riwayat kontak) ?
- c. Riwayat pengobatan sebelumnya?

(Departemen Kesehatan RI, 2006: 44).

2. Persiapan pemeriksaan

a. Tempat

Tempat pemeriksaan harus cukup terang, sebaiknya diluar rumah tetapi tidak boleh langsung dibawah sinar matahari.

b. Waktu pemeriksaan

Pemeriksaan diadakan pada siang hari (menggunakan penerangan sinar matahari).

c. Yang diperiksa

Diberikan penjelasan kepada yang akan diperiksa dan keluarganya tentang cara pemeriksaan. Anak-anak cukup memakai celana pendek, sedangkan orang dewasa (laki-laki dan wanita) memakai sarung tanpa baju (Departemen Kesehatan RI, 2006: 44-45).

3. Pelaksanaan pemeriksaan

a. Pemeriksaan pandang, dengan tahap pemeriksaan sebagai berikut:

1. Dimulai dengan orang yang diperiksa berhadapan dengan petugas (kader kesehatan) dan dimulai dari kepala (muka, cuping telinga kiri, pipi kiri, cuping telinga kanan, pipi kanan, hidung, mulut, dagu, dan leher bagian depan).

Penderita diminta untuk memejamkan mata, untuk mengetahui fungsi saraf di muka, dan semua kelainan kulit diperhatikan.

2. Pundak kanan, lengan bagian belakang, tangan, jari-jari tangan (penderita diminta meluruskan tangan ke depan dengan telapak tangan menghadap ke atas), telapak tangan, lengan bagian dalam, ketiak, dada dan perut ke pundak kiri, lengan kiri dan seterusnya, putarlah penderita pelan-pelan dari sisi yang satu ke sisi yang lainnya.
3. Tungkai kanan bagian luar dari atas ke bawah, bagian dalam dari bawah ke atas, tungkai kiri dengan cara yang sama.
4. Yang diperiksa kini diputar sehingga membelakangi petugas dan pemeriksaan dimulai kembali.
5. Dimulai dari bagian belakang telinga, bagian belakang leher, punggung, pantat, tungkai bagian belakang dan telapak kaki.

Perhatikan setiap bercak (makula), bintil-bintil (nodulus), jaringan perut, kulit yang keriput dan setiap penebalan kulit (Departemen Kesehatan RI, 2006: 45-46).

b. Pemeriksaan rasa raba pada kelainan kulit

Sepotong kapas yang dilancipkan dipakai untuk memeriksa rasa raba. Periksalah dengan ujung dari kapas dilancipkan secara tegak lurus pada kelainan kulit yang dicurigai. Sebaiknya penderita duduk pada waktu pemeriksaan (Departemen Kesehatan RI, 2006: 46).

Terlebih dahulu menerangkan bahwa bilamana merasa tersentuh bagian tubuhnya dengan kapas, ia harus menunjuk kulit yang disentuh dengan jari telunjuknya, menghitung jumlah sentuhan atau dengan menunjukkan jari tangan ke atas untuk bagian yang sulit dijangkau (Departemen Kesehatan RI, 2006: 46).

Ini dikerjakan dengan mata terbuka , dan bilamana hal ini telah jelas, maka penderita diminta untuk menutup matanya. Kelainan-keleinan kulit diperiksa secara bergantian dengan kulit yang normal (Departemen Kesehatan RI, 2006: 46).

2.1.3.3. Penemuan Tersangka Penderita Kusta Baru

Hal-hal yang berhubungan dengan penemuan tersangka penderita kusta antara lain yaitu:

1. Tingkat Pendidikan Petugas/Kader Kesehatan

Pendidikan formal adalah pendidikan berprogram terstruktur dan berlangsung dipersekolahan (Kunaty Hadikusumo.dkk,2000:62). Ki Hajar Dewantoro menyatakan bahwa pada umumnya berarti daya upaya untuk memajukan tumbuhnya budi pekerti (kekuatan, batin, karakter), pikiran, intelek, tumbuh anak (Achmad Munib, dkk 2004: 32). Secara konseptual pendidikan adalah segala sesuatu untuk membina kepribadian dan mengembangkan kemampuan manusia, jasmaniah, dan rohaniah yang berlangsung seumur hidup, baik di dalam maupun di luar sekolah, untuk pembangunan persatuan dan masyarakat adil dan makmur dan selalu ada dalam kesinambungan (Siswanto Sastro Hadiwiryo, 2003: 200).

2. Pengetahuan Petugas/Kader Kesehatan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Soekidjo Notoatmodjo, 2007: 139).

Pengetahuan yang dimaksud adalah pengetahuan kader kesehatan tentang apa itu penyakit kusta, bagaimana penularannya, apa akibat jika tidak berobat bagi penderita kusta, dan bagaimana cara deteksi dini penyakit kusta.

3. Sikap Petugas/Kader Kesehatan

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau obyek (Sukidjo Notoatmodjo, 2007: 142).

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan sebagaimana pendapat atau pernyataan responden pada suatu objek (Soekidjo Notoatmojo, 2007: 144).

4. Perilaku Petugas/Kader Kesehatan

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas individu, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku individu dipengaruhi oleh berbagai hal seperti pengetahuan, sikap, kebutuhan, dan sumber daya yang ada. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Ini dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari individu yang bersangkutan (Soekidjo Notoatmodjo, 2007: 133).

5. Pelatihan yang di dapat Kader Kesehatan

Menurut Zais (1986) Pelatihan dapat diartikan sebagai proses di mana para instruktur memanipulasi peserta dan lingkungan mereka dengan cara-cara tertentu sehingga peserta mampu menguasai perilaku yang diinginkan. Menurut Wexley and Yukl (1995) pelatihan adalah proses di mana pekerja mempelajari keterampilan, sikap dan perilaku yang diperlukan guna melaksanakan pekerjaan mereka secara efektif.

Pelatihan kepada kader kesehatan dilakukan dengan maksud untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan kader kesehatan tentang cara deteksi dini penyakit kusta.

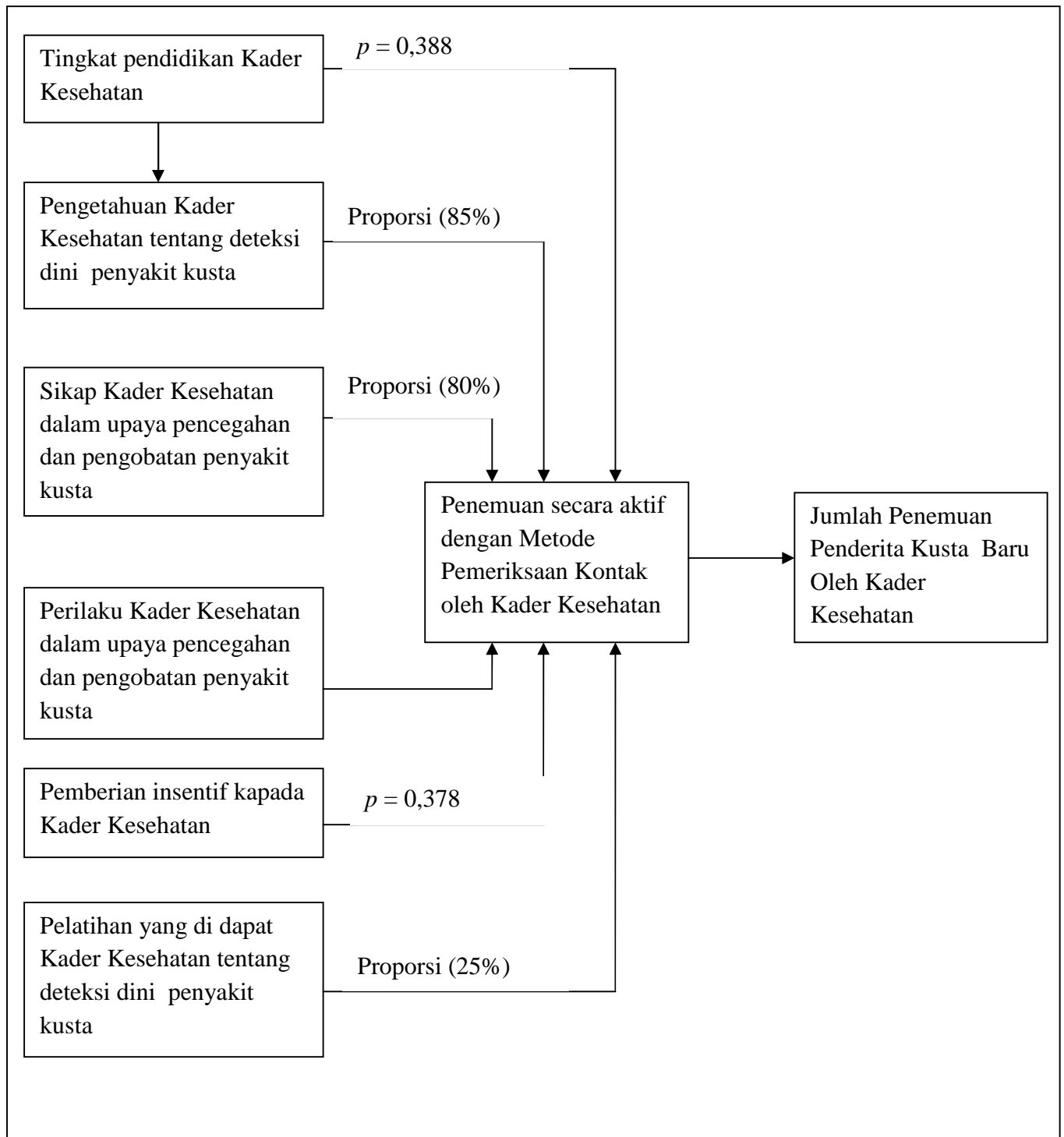
6. Pemberian imbalan/insentif kepada Kader Kesehatan

Imbalan adalah sesuatu yang meningkatkan frekuensi kegiatan seorang pegawai. Sesuatu dinamakan imbalan atau bukan tergantung pada keseluruhan pengaruh terhadap perilaku pegawai. Jika kinerja seorang pegawai diikuti oleh sesuatu dan kinerja lebih sering terjadi disaat kemudian setelah sesuatu, maka sesuatu tersebut disebut imbalan (Prawirosentono, 1999).

Pemberian imbalan kepada kader kesehatan dilakukan dengan maksud agar dalam melakukan kegiatan penemuan penderita kusta dengan metode pemeriksaan kontak lebih semangat dan diharapkan kerja kader kesehatan lebih maksimal dan hasil penemuan penderita kusta dapat meningkat.

Pelaksanaan kegiatan pemeriksaan kontak dilakukan oleh kader kesehatan. Kader kesehatan yang sudah mendapatkan buku panduan tentang penyakit kusta dan pelatihan tentang cara deteksi dini penyakit kusta, serta formulir pencatatan tersangka penderita kusta, untuk kemudian kader kesehatan melakukan pencarian tersangka penderita kusta pada keluarga yang tinggal serumah dan tetangga sekitar penderita kusta kemudian melakukan pemeriksaan atau deteksi dini. Apabila terdapat tanda-tanda yang disebutkan, maka dicatat pada formulir. Setelah itu, fomulir tersebut akan diserahkan kepada petugas Puskesmas untuk selanjutnya petugas Puskesmas melakukan pemeriksaan terhadap tersangka penderita kusta yang telah ditemukan oleh kader kesehatan.

2.2. KERANGKA TEORI



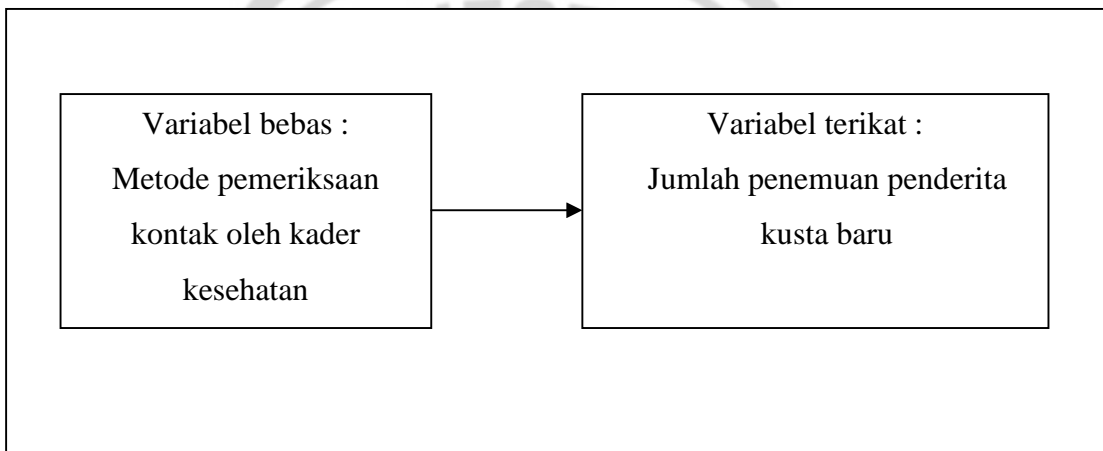
Gambar 2.1. Kerangka teori

Sumber : Depkes RI (2006), Sahat M. Ompunusunggu (2003), Erwin Hakim (2010), Munadi Ngabdan Saputro (2009)

BAB III METODE PENELITIAN

3.1. KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep dari penelitian ini adalah mengenai metode pemeriksaan kontak oleh kader kusta terhadap penemuan penderita kusta baru yang dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

3.2. JENIS VARIABEL

Variabel penelitian dalam penelitian ini adalah :

3.2.1. Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan.

3.2.2. Variabel terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah jumlah penemuan penderita kusta baru.

3.3. HIPOTESIS PENELITIAN

Hipotesis dari penelitian ini adalah:

Ada beda jumlah penemuan penderita kusta baru 2 bulan sebelum dan 2 bulan sesudah dilakukan metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang.

3.4. DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL

Definisi operasional merupakan pengertian tentang setiap variabel yang diteliti dalam konteks penelitian tersebut.

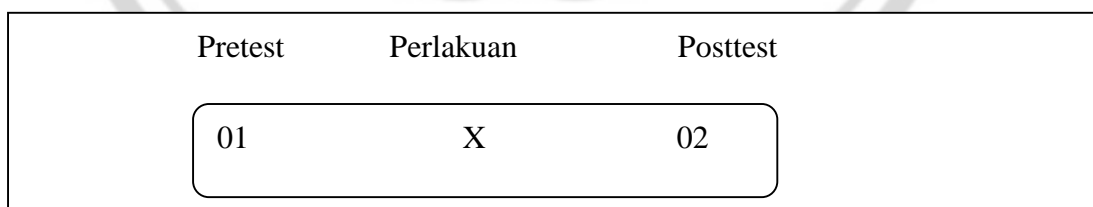
Tabel 3.1. Definisi Operasional

Variabel (1)	Definisi Operasional (2)	Skala (3)	Intrumen (4)
Jumlah penemuan penderita kusta baru	Jumlah penderita kusta yang berhasil ditemukan, yaitu seseorang yang ditemukan oleh kader kesehatan dan telah diperiksa oleh petugas Puskesmas karena memiliki salah satu tanda pada kulit (bercak kemerahan atau keputihan pada tubuh, kulit mengkilap, bercak yang tidak gatal, ada bagian tubuh yang tidak berkeringat atau tidak berambut, dan lepuh yang tidak nyeri), dan memiliki salah satu tanda pada saraf (rasa kesemutan, rasa tertusuk-tusuk pada badan dan muka, gangguan gerak pada badan dan muka, adanya cacat, dan luka yang tak kunjung sembuh) dan telah dilakukan pemeriksaan laboratorium oleh petugas Puskesmas.	Rasio Dengan kategori: Jumlah penemuan penderita kusta baru sebelum dilakukan pemeriksaan oleh kader kesehatan Jumlah penemuan penderita kusta baru sesudah dilakukan pemeriksaan oleh kader kesehatan	Untuk kader kesehatan: Cheklist dokumen formulir pencatatan tersangka penderita kusta yang masuk ke Puskesmas. Untuk petugas puskesmas: Buku panduan penyakit kusta dari Departemen Kesehatan.
Metode Pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan	Suatu upaya yang dilakukan secara aktif oleh tenaga sukarela yang dipilih oleh masyarakat dan ditunjuk untuk mencari dan menemukan keluarga dan tetangga sekitar rumah penderita kusta (4-5 rumah yang paling dekat dengan rumah penderita kusta) yang memiliki salah satu tanda pada kulit	Nominal	Daftar hadir kader kesehatan saat pelatihan dan lembar karakteristik

(1)	(2)	(3)	(4)
	(bercak kemerahan atau keputihan pada tubuh, kulit mengkilap, bercak yang tidak gatal, ada bagian tubuh yang tidak berkeringat atau tidak berambut, dan lepuh yang tidak nyeri), dan memiliki salah satu tanda pada saraf (rasa kesemutan, rasa tertusuk-tusuk pada badandan muka, gangguan gerak pada badan dan muka, adanya cacat, dan luka yang tak kunjung sembuh), kemudian mencatatnya pada formulir pencatatan tersangka penderita kusta dan kemudian dirujuk ke Puskesmas untuk diperiksa.		

3.5. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian yang dilakukan adalah rancangan pra-eksperimen (*pre-experiment designs*). Adapun rancangan yang digunakan adalah rancangan *One Group Pretest-Posttest Design*. Pada rancangan ini tidak ada kelompok pembandingan (kontrol), tetapi paling tidak sudah dilakukan observasi pertama (*pretest*) yang memungkinkan peneliti dapat menguji perubahan-perubahan yang terjadi setelah adanya eksperimen.



Gambar 3.2. Rancangan *One Group Pretest-Posttest Design*

Keterangan:

01 : jumlah penemuan penderita baru kusta sebelum perlakuan

X : perlakuan (metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan) selama 2 bulan

02 : jumlah penemuan penderita kusta baru sesudah perlakuan

Pretest dilakukan untuk mengetahui jumlah penderita kusta baru sebelum perlakuan (sebelum diadakan pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan) yaitu dengan melihat pada data register penderita kusta baru di Puskesmas. Setelah itu diberikan perlakuan berupa penemuan penderita baru dengan metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan. Setelah selesai perlakuan, dilakukan posttest untuk mengetahui jumlah penderita kusta baru sesudah perlakuan dengan melihat pada formulir pencatatan tersangka penderita kusta.

3.6. POPULASI DAN SAMPEL

3.6.1. Populasi

Populasi eksperimen dalam penelitian ini adalah seluruh kader kesehatan di setiap RW di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang yang terdapat penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Sarang kabupaten Rembang.

3.6.2. Sampel

Sampel eksperimen dalam penelitian ini adalah seluruh kader kesehatan di setiap RW di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang yang terdapat penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Sarang kabupaten Rembang yaitu sebanyak 40 kader kesehatan (Kecamatan Sarang, 2010).

3.7. TEKNIK PEMILIHAN SAMPEL

Teknik pemilihan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Purposive Sampling*, dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi sebagai berikut:

Kriteria inklusi:

1. Kader kesehatan yang di wilayah kerjanya terdapat penderita kusta dari bulan Januari sampai Oktober tahun 2010.

Kriteria eksklusi:

1. Kader kesehatan yang pindah alamat
2. Tidak bersedia menjadi responden

3.8. INSTRUMEN PENELITIAN

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah checklist dokumen formulir pencatatan tersangka penderita kusta, lembar karakteristik kader kesehatan, dan daftar hadir kader kesehatan.

3.9. PELAKSANAAN PENELITIAN

Adapun tahap-tahap dalam pelaksanaan penelitian ini antara lain :

1. Mengundang dan mengumpulkan kader kesehatan.
2. Pelatihan tentang tanda-tanda dan cara deteksi penyakit kusta kepada kader kesehatan oleh petugas Puskesmas sebanyak 1 kali pertemuan pada minggu pertama dan minggu kedua.

Kader kesehatan dibagi dalam 2 kelompok. Pelatihan kepada kelompok pertama dilaksanakan pada minggu pertama dan kepada kelompok kedua dilaksanakan pada minggu kedua.

3. Pembagian modul, kapas, ballpoint, dan checklist formulir pencatatan tersangka penderita kusta serta penjelasan isi modul tentang penyakit kusta kepada kader kesehatan pada saat pelatihan.

4. Kader kesehatan mencatat nama-nama kontak dari masing-masing penderita kusta (semua anggota keluarga yang tinggal serumah dan tetangga sekitar rumah penderita kusta antara 4-5 rumah yang mengelilingi rumah penderita kusta atau 4-5 rumah yang paling dekat dengan rumah penderita kusta).
5. Penemuan tersangka penderita kusta dilakukan oleh kader kesehatan dengan mendatangi rumah penderita kusta dan tetangga sekitar kemudian melakukan pemeriksaan pada semua anggota keluarga yang tinggal serumah dan tetangga sekitar yang tercatat sebagai kontak pada formulir pencatatan tersangka penderita kusta.
6. Kader kesehatan melakukan pemeriksaan berupa pemeriksaan pandang pada bagian tubuh dan pemeriksaan rasa raba pada kelainan kulit. Pemeriksaan terhadap tersangka penderita kusta menggunakan alat bantu berupa kapas dan ballpoint
7. Hasil pemeriksaan dicatat dengan mengisi checklist formulir pencatatan tersangka penderita kusta yang tersedia.
8. Kader kesehatan memberi catatan khusus dan motivasi bagi tersangka untuk periksa ke puskesmas. Motivasi yang diberikan tentang bahaya penyakit kusta apabila tidak segera berobat dan penyakit kusta dapat disembuhkan jika melakukan pengobatan secara teratur.
9. Pemeriksaan tersangka penderita kusta yang telah ditemukan dilakukan oleh petugas Puskesmas.

3.10. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

1. Penggunaan checklist dokumen formulir pencatatan tersangka penderita kusta digunakan untuk mengumpulkan data tentang jumlah penemuan tersangka atau suspek kusta yang telah ditemukan oleh kader kader kesehatan.
2. Penggunaan daftar hadir dan lembar observasi yang berisi jumlah orang yang telah diperiksa kader kesehatan digunakan untuk mengetahui partisipasi kader kesehatan.

3.11. SUMBER DATA

3.11.1. Data Primer

Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari penemuan penderita kusta baru di masyarakat.

3.11.2. Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini berupa data laporan tahunan penyakit kusta yang didapatkan dari Dinas kesehatan Kabupaten dan dari data register/monitoring penderita kusta dari Puskesmas.

3.12. TEKNIK ANALISIS DATA

3.12.1. Pengolahan Data

Untuk memperoleh suatu kesimpulan masalah yang diteliti, maka analisis data merupakan suatu langkah penting dalam penelitian. Data yang terkumpul akan diolah dan dianalisis dengan menggunakan program komputer. Proses pengolahan data tersebut meliputi :

1. *Coding* adalah kegiatan untuk mengklasifikasikan data dan jawaban menurut kategori masing-masing sehingga memudahkan dalam pengelompokkan data.

2. *Entry* adalah kegiatan memasukkan data yang telah didapat ke dalam program computer yang telah ditetapkan.
3. *Tabulating* adalah tahap melakukan penyajian data melalui tabel dan agar mempermudah untuk dianalisis.

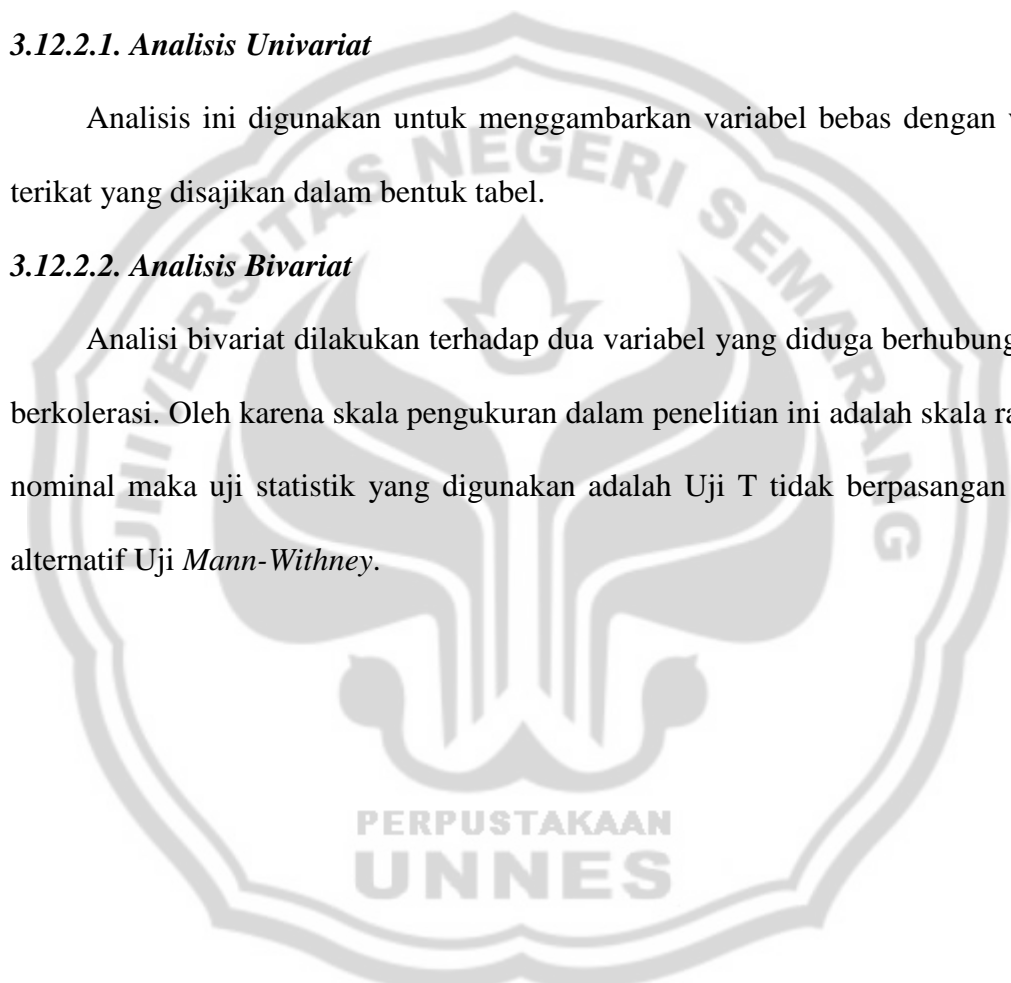
3.12.2. Analisis Data

3.12.2.1. Analisis Univariat

Analisis ini digunakan untuk menggambarkan variabel bebas dengan variabel terikat yang disajikan dalam bentuk tabel.

3.12.2.2. Analisis Bivariat

Analisi bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Oleh karena skala pengukuran dalam penelitian ini adalah skala rasio dan nominal maka uji statistik yang digunakan adalah Uji T tidak berpasangan dengan alternatif Uji *Mann-Withney*.



BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1. DESKRIPSI DATA

4.1.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di wilayah Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang, yaitu Desa Lodan Kulon, Desa Lodan Wetan, Desa Sampung, Desa Babak Tulung, Desa Banowan, Desa Sendang Mulyo, dan Desa Sumber Mulyo. Pelaksanaan penelitian mulai tanggal 6 Desember 2010 sampai dengan 31 Januari 2011.

Tren angka kejadian kusta di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang dari tahun 2007 sampai tahun 2009 sebagai berikut :

Tabel 4.1 Tren angka kejadian kusta di Kecamatan Sarang tahun 2007-2009

Tahun	Jumlah Penderita	Penemuan Baru	Prevalensi	CDR	Cacat 2	%	Kasus Anak	%	% MB
2007	25	19	4,23	32,1	8	32	4	16	48
2008	21	9	3,49	15,0	8	89	4	44	78
2009	23	19	3,82	31,6	5	26	1	5	84

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang 2007-2009

Dari tabel diatas, diketahui bahwa angka prevalensi dan CDR dari tahun 2007 mengalami penurunan pada tahun 2008 dan meningkat lagi pada tahun 2009. Angka proporsi cacat tingkat 2 dan kasus pada anak pada tahun 2007 mengalami peningkatan pada tahun 2008 dan menurun pada tahun 2009. Sedangkan proporsi penderita MB dari tahun 2007 sampai 2009 terus meningkat.

4.1.2. Gambaran Umum Penerapan Metode Pemeriksaan Kontak Oleh Kader Kesehatan Di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang

Kecamatan Sarang merupakan kecamatan dengan penderita kusta paling banyak di Kabupaten Rembang. Pada tahun 2009 terdapat 27 penderita dengan penemuan kasus baru sebanyak 25 orang. Kecamatan Sarang termasuk daerah endemik kusta tinggi, yaitu dengan prevalensi 3,82/10.000 penduduk dan CDR 31,6/100.000 penduduk (Dinas kesehatan Kabupaten Rembang, 2009).

Kecamatan Sarang terdiri dari 23 desa, 63 RW dan 253 RT (Kecamatan Sarang, 2010). Pelaksanaan penelitian hanya di 7 karena berdasarkan data register penderita kusta dari bulan Januari sampai Oktober 2010, penderita kusta berasal dari ketujuh desa tersebut.

Metode pemeriksaan kontak yaitu suatu upaya yang dilakukan secara aktif yang bertujuan untuk mencari penderita kusta baru yang mungkin sudah lama ada yang belum ditemukan dan diobati yang ditujukan kepada semua anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita dan tetangga di sekitarnya. Di Kecamatan Sarang sebelumnya tidak ada kegiatan pemeriksaan kontak yang dilakukan oleh kader kesehatan dalam penemuan penderita kusta baru. Di 7 desa tempat penelitian terdapat 165 kader kesehatan yang tersebar di 33 RW, dan hanya 40 kader kesehatan yang tersebar di 8 RW yang terdapat penderita kusta yang ikut berpartisipasi dalam penelitian.

Pelaksanaan metode pemeriksaan kontak pada penelitian ini dilakukan oleh kader kesehatan. Kader kesehatan mencari dan menemukan tersangka penderita kusta baru. Sebelum mencari tersangka, kader kesehatan akan diberi pelatihan terlebih

dahulu oleh petugas Puskesmas tentang cara deteksi dini penyakit kusta dan diberikan materi tentang penyakit kusta (lampiran 7). Hasil pemeriksaan dicatat pada formulir tersangka penderita kusta yang telah diberikan pada saat pelatihan (lampiran 9). Tersangka penderita kusta yang telah ditemukan oleh kader kesehatan untuk selanjutnya diperiksa oleh petugas Puskesmas.

Pengukuran penelitian dilakukan 2 kali, yaitu *pretest* dan *posttest*. Hasil pengukuran *pretest* berdasarkan data penderita kusta baru dari Puskesmas 2 bulan sebelum penelitian. Sedangkan pengukuran *posttest* berdasarkan data penderita kusta baru dari Puskesmas 2 bulan setelah pelaksanaan metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan.

4.2. ANALISIS UNIVARIAT

4.2.1. Karakteristik Kader Kesehatan

4.2.1.1. Distribusi Kader Kesehatan Berdasarkan Usia

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa usia kader kesehatan bervariasi antara 22 tahun sampai dengan 46 tahun. Untuk lebih jelasnya distribusi kader kesehatan berdasarkan usia dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Kader Kesehatan Berdasarkan Usia

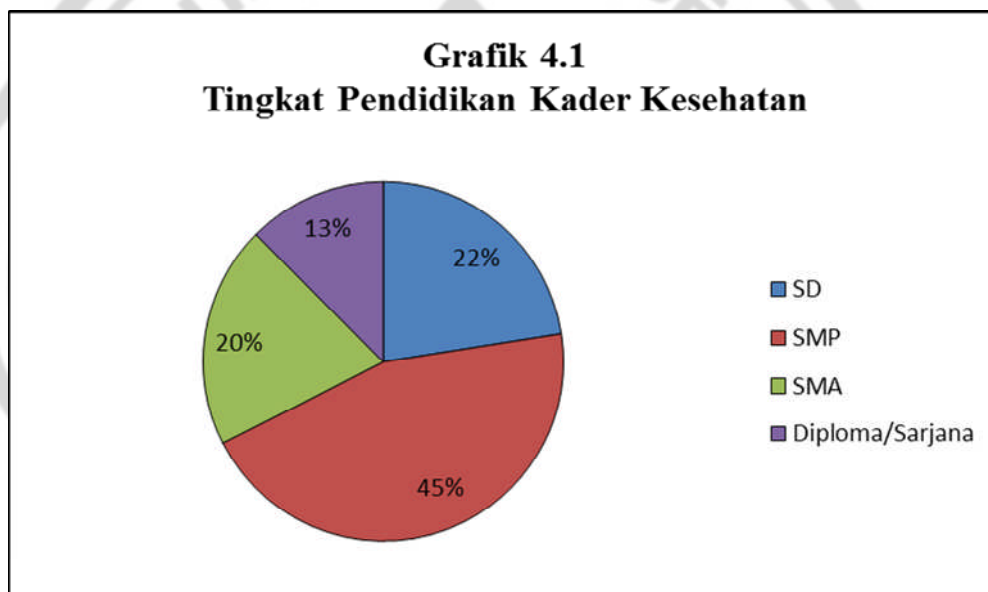
No.	Usia (tahun)	Jumlah	Presentase
1	22-25	6	15 %
2	26-29	14	35 %
3	30-34	9	22,5 %
4	35-38	6	15 %
5	39-42	3	7,5 %
6	43-46	2	5 %
Jumlah		40	100 %

Sumber: Hasil Penelitian 2010-2011

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa distribusi kader kesehatan berdasarkan usia sebagian besar adalah usia 26-29 tahun (35%). Sedangkan kelompok usia dengan jumlah terendah adalah usia 43-46 tahun (5%).

4.2.1.2. Distribusi Kader Kesehatan Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa tingkat pendidikan kader kesehatan bervariasi yaitu SD sampai dengan Diploma atau Sarjana. Untuk lebih jelasnya distribusi kader kesehatan berdasarkan usia dalam penelitian ini dapat dilihat pada grafik berikut:

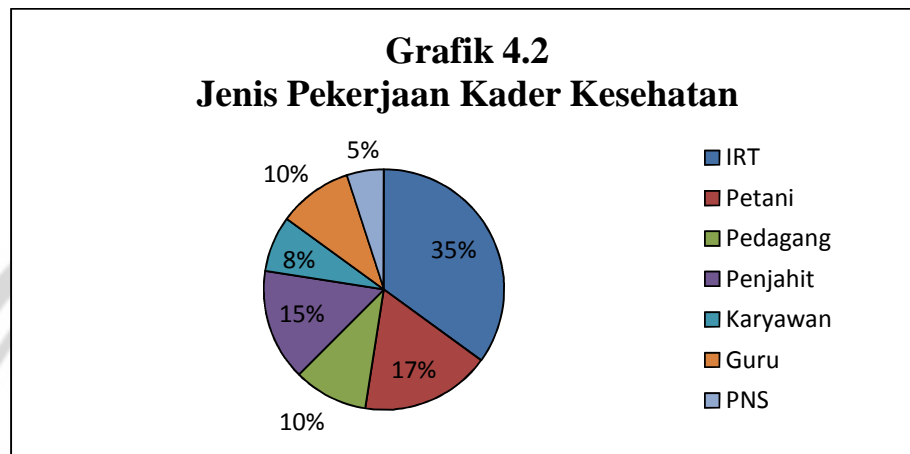


Sumber: Hasil Penelitian 2010-2011

Berdasarkan grafik 4.1 menunjukkan bahwa distribusi kader kesehatan berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar adalah SMP (45%). Sedangkan kelompok pendidikan dengan jumlah terendah adalah kelompok pendidikan Diploma atau Sarjana (12,5%).

4.2.1.3. *Distribusi Kader Kesehatan Berdasarkan Jenis Pekerjaan*

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa jenis pekerjaan kader kesehatan bervariasi. Untuk lebih jelasnya distribusi kader kesehatan berdasarkan jenis pekerjaan dalam penelitian ini dapat dilihat pada grafik berikut:



Sumber: Hasil Penelitian 2010-2011

Berdasarkan grafik 4.2 menunjukkan bahwa distribusi kader kesehatan berdasarkan jenis pekerjaan sebagian besar adalah ibu rumah tangga (35%). Sedangkan jenis pekerjaan dengan jumlah terendah adalah kelompok pekerjaan PNS (5%).

4.2.1.4. *Distribusi Kader Kesehatan Berdasarkan Lama Menjadi Kader Kesehatan*

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa lama menjadi kader kesehatan bervariasi antara 4 tahun sampai dengan 26 tahun. Untuk lebih jelasnya distribusi kader kesehatan berdasarkan lama menjadi kader kesehatan dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Kader Kesehatan Berdasarkan Lama Menjadi Kader

No.	Lama menjadi Kader Kesehatan (tahun)	Jumlah	Presentase
1	4-7	7	17,5 %
2	8-11	12	30 %
3	12-15	14	35 %
4	16-19	4	10 %
5	20-23	2	5 %
6	24-27	1	2,5 %
Jumlah		40	100 %

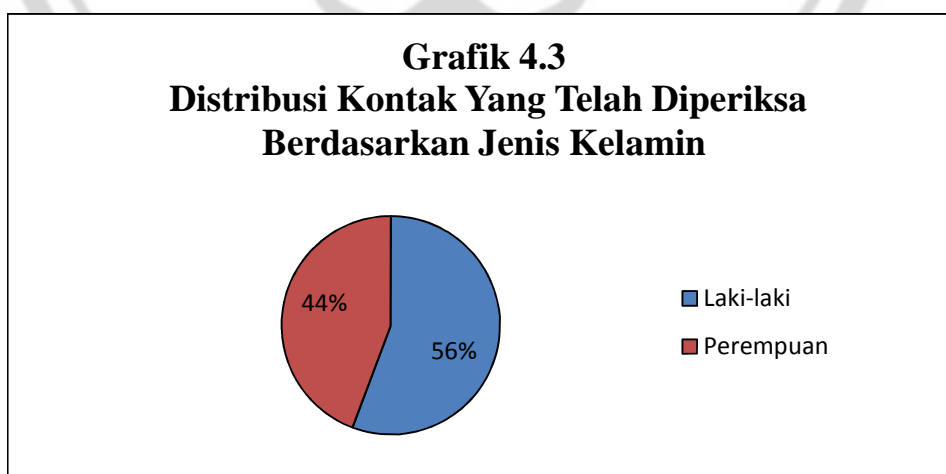
Sumber: Hasil Penelitian 2010-2011

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa distribusi kader kesehatan berdasarkan lama menjadi kader kesehatan sebagian besar adalah 12-15 tahun (32,5%). Sedangkan yang terendah adalah 24-27 tahun (2,5%).

4.2.2. Karakteristik Kontak Yang Telah Diperiksa

4.2.2.1. Distribusi Kontak Yang Telah Diperiksa Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan gambaran umum mengenai distribusi kontak yang telah diperiksa berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada grafik berikut:



Sumber: Hasil Penelitian 2010-2011

Berdasarkan grafik 4.3 menunjukkan bahwa distribusi kontak yang telah diperiksa berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki (55,7%). Sedangkan jumlah perempuan adalah 44,3%.

4.2.2.2. Distribusi Kontak Yang Telah Diperiksa Berdasarkan Usia

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa usia kontak yang telah diperiksa bervariasi antara 3 tahun sampai dengan 72 tahun. Untuk lebih jelasnya distribusi kontak yang telah diperiksa berdasarkan usia dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.4 Distribusi Kontak Yang Telah Diperiksa Berdasarkan Usia

No.	Usia (tahun)	Jumlah	Presentase
1	3-10	12	4,1 %
2	11-18	35	12 %
3	19-26	41	14,1 %
4	27-34	64	22 %
5	35-42	59	20,3 %
6	43-50	42	14,4 %
7	51-58	24	8,2 %
8	59-66	10	3,4 %
9	67-74	4	1,4 %
Jumlah		291	100 %

Sumber: Hasil Penelitian 2010-2011

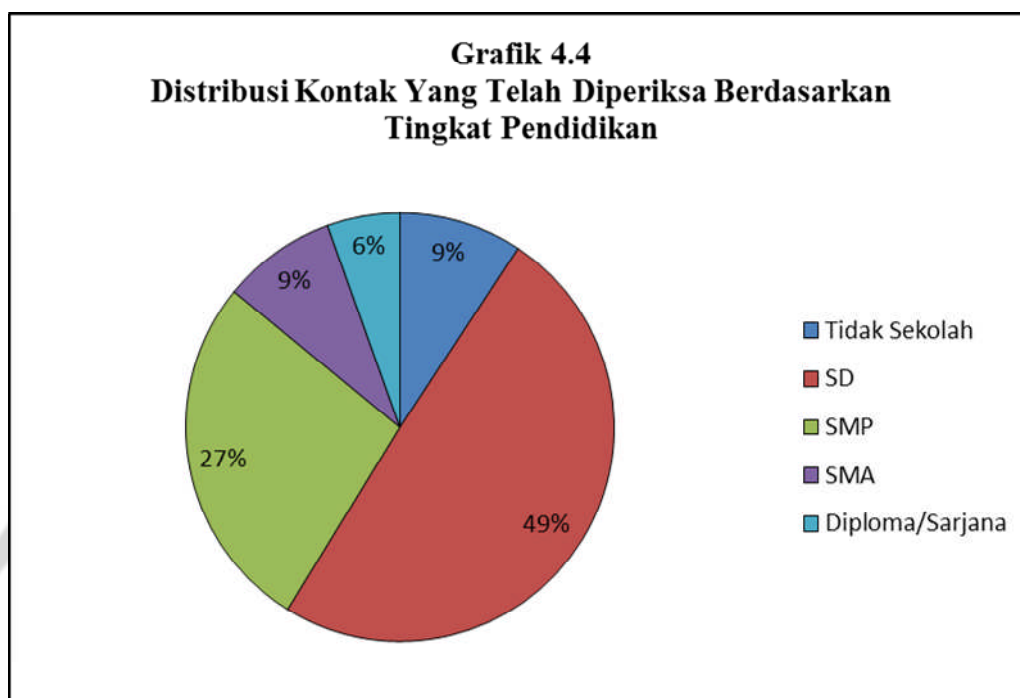
Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa distribusi kontak yang telah diperiksa berdasarkan usia sebagian besar adalah usia 27-34 tahun (22%). Sedangkan usia dengan jumlah terendah adalah kelompok usia 67-74 tahun (1,4%).

4.2.2.3. Distribusi Kontak Yang Telah Diperiksa Berdasarkan Tingkat

Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa tingkat pendidikan kontak yang telah diperiksa bervariasi antara SD sampai dengan Diploma atau Sarjana. Untuk

lebih jelasnya distribusi kontak yang telah diperiksa berdasarkan usia dalam penelitian ini dapat dilihat pada grafik berikut:

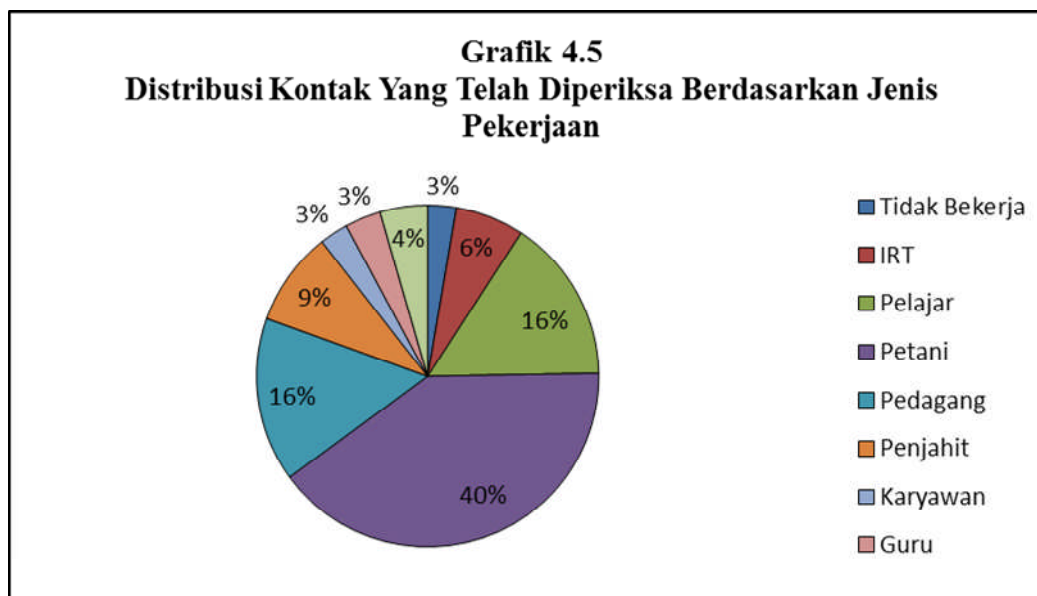


Sumber: Hasil Penelitian 2010-2011

Berdasarkan grafik 4.4 menunjukkan bahwa distribusi kontak yang telah diperiksa berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar adalah SD (49,5%). Sedangkan tingkat pendidikan dengan jumlah terendah adalah Diploma atau Sarjana (5,5%).

4.2.2.4. Distribusi Kontak Yang Telah Diperiksa Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa jenis pekerjaan kontak yang telah diperiksa bervariasi. Untuk lebih jelasnya distribusi kontak yang telah diperiksa berdasarkan jenis pekerjaan dalam penelitian ini dapat dilihat pada grafik berikut:



Sumber: Hasil Penelitian 2010-2011

Berdasarkan grafik 4.5 menunjukkan bahwa distribusi kontak yang telah diperiksa berdasarkan jenis pekerjaan sebagian besar adalah petani (40,2%). Sedangkan jenis pekerjaan dengan jumlah terendah adalah karyawan dan tidak bekerja (masing-masing 2,7%).

4.2.3. Distribusi Penderita Kusta Baru Sebelum dan Sesudah Metode Pemeriksaan Kontak Berdasarkan Usia

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan gambaran umum mengenai distribusi Penderita kusta baru sebelum dan sesudah metode pemeriksaan kontak berdasarkan usia dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.5 Distribusi Penderita Kusta Baru Sebelum dan Sesudah Metode Pemeriksaan Kontak Berdasarkan Usia

No.	Usia (tahun)	N Sebelum	Presentase	N Sesudah	Presentase
1	10-19	1	16,67 %	3	17,6 %
2	20-29	2	33,3 %	5	71,4 %
3	30-39	1	16,7 %	3	17,6 %
4	40-49	0	0 %	2	11,7 %
5	50-59	1	16,7 %	2	11,7 %
6	60-69	1	16,7 %	1	5,9 %
7	70-79	0	0 %	1	5,9 %
Jumlah		6	100 %	17	100 %

Sumber: Hasil Penelitian 2010-2011

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa distribusi penderita kusta baru sebelum metode pemeriksaan kontak sebagian besar usia 20-29 tahun (33,3%) dan sesudah metode pemeriksaan kontak sebagian besar juga pada usia 20-29 tahun (71,4%). Sedangkan yang paling rendah sebelum metode pemeriksaan kontak adalah usia 40-49 tahun dan 70-79 tahun (masing-masing 0%) dan yang terendah sesudah metode pemeriksaan kontak adalah usia 50-59 tahun, 60-69 tahun, dan 70-79 tahun (masing-masing 5,9 %).

4.2.4. Distribusi Penderita Kusta Baru Sebelum dan Sesudah Metode Pemeriksaan Kontak Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan gambaran umum mengenai distribusi Penderita kusta baru sebelum dan sesudah metode pemeriksaan kontak berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada grafik berikut:

Tabel 4.6 Distribusi Penderita Kusta Baru Sebelum dan Sesudah Metode Pemeriksaan Kontak Berdasarkan Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	N Sebelum	Presentase	N Sesudah	Presentase
1	Laki-laki	4	66,7 %	11	54,7 %
2	Perempuan	2	33,3 %	6	35,3 %
Jumlah		6	100 %	17	100 %

Sumber: Hasil Penelitian 2010-2011

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa distribusi penderita kusta baru sebelum metode pemeriksaan kontak sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (66,7) dan perempuan 33,3%. Sedangkan sesudah metode pemeriksaan kontak sebagian besar juga berjenis kelamin laki-laki (54,7%) dan perempuan 35,3%.

4.3. ANALISIS BIVARIAT

4.3.1. Uji Normalitas Data

Adapun variabel yang diuji meliputi jumlah penderita kusta baru yang ditemukan kader kesehatan 2 bulan sebelum dan 2 bulan sesudah metode pemeriksaan kontak. Berikut ini adalah tabel rangkuman hasil uji normalitas data:

Tabel 4.7 Hasil Uji Normalitas Data

Variabel	Waktu Pengujian Tes	(<i>p value</i>)
Jumlah Penderita kusta sebelum metode pemeriksaan kontak	<i>Pre-test</i>	0,001
Jumlah Penderita kusta sesudah metode pemeriksaan kontak	<i>Post-test</i>	0,001

Sumber: Hasil Penelitian 2010-2011

Berdasarkan tabel 4.7 didapatkan bahwa *p value* sebelum metode pemeriksaan kontak dan sesudah metode pemeriksaan adalah 0,001 sehingga $p > 0,05$. Hal ini berarti data tidak terdistribusi normal. Oleh karena itu, uji statistik yang digunakan adalah uji non parametrik (uji *Mann-withney*).

Tabel 4.8 Ukuran Pemusatan dan Ukuran Penyebaran Jumlah Penemuan Penderita Kusta Baru

	Jumlah Penemuan Penderita Kusta Baru
Median	0,00
Modus	0
Minimum	0
Maksimum	2

Sumber: Hasil Penelitian 2010-2011

Data jumlah penemuan penderita kusta baru sebelum dan sesudah metode pemeriksaan kontak diketahui tidak terdistribusi normal. Jumlah penemuan penderita kusta baru sebelum dan sesudah metode pemeriksaan kontak cenderung mengelompok pada jumlah 0 dengan nilai minimum = 0 dan nilai maksimum = 2.

4.3.2. Perbedaan Jumlah Penderita Kusta Baru 2 Bulan Sebelum Metode Pemeriksaan Kontak Dan 2 Bulan Sesudah Metode Pemeriksaan Kontak

Uji statistik yang digunakan untuk mengetahui perbedaan jumlah penderita kusta baru 2 bulan sebelum metode pemeriksaan kontak dan 2 bulan sesudah metode pemeriksaan kontak adalah dengan menggunakan uji *Mann-Withney*.

Tabel 4.9 Perbedaan Jumlah Penderita Kusta Baru 2 Bulan Sebelum Metode Pemeriksaan Kontak Dan 2 Bulan Sesudah Metode Pemeriksaan Kontak

Kader Kesehatan	Jumlah Sebelum Kontak	Penderita Pemeriksaan	Jumlah Penderita Sesudah Pemeriksaan Kontak	<i>p value</i>
(1)	(2)		(3)	(4)
Kader Kesehatan 1	0		1	
Kader Kesehatan 2	0		1	
Kader Kesehatan 3	0		0	
Kader Kesehatan 4	0		0	
Kader Kesehatan 5	0		0	
Kader Kesehatan 6	0		1	
Kader Kesehatan 7	0		0	
Kader Kesehatan 8	0		0	
Kader Kesehatan 9	0		0	
Kader Kesehatan 10	0		1	
Kader Kesehatan 11	0		0	
Kader Kesehatan 12	0		2	
Kader Kesehatan 13	1		0	
Kader Kesehatan 14	0		0	
Kader Kesehatan 15	0		0	
Kader Kesehatan 16	0		1	
Kader Kesehatan 17	1		0	
Kader Kesehatan 18	0		0	
Kader Kesehatan 19	0		0	
Kader Kesehatan 20	0		0	
Kader Kesehatan 21	0		0	
Kader Kesehatan 22	1		2	
Kader Kesehatan 23	0		0	
Kader Kesehatan 24	0		1	
Kader Kesehatan 25	0		0	
Kader Kesehatan 26	0		1	
Kader Kesehatan 27	1		0	
Kader Kesehatan 28	0		0	
Kader Kesehatan 29	0		0	
Kader Kesehatan 30	0		0	
Kader Kesehatan 31	0		0	

0,019

(1)	(2)	(3)	(4)
Kader Kesehatan 32	0	1	
Kader Kesehatan 33	1	1	
Kader Kesehatan 34	0	1	
Kader Kesehatan 35	0	0	
Kader Kesehatan 36	0	1	
Kader Kesehatan 37	1	1	
Kader Kesehatan 38	0	1	
Kader Kesehatan 39	0	0	
Kader Kesehatan 40	0	0	
Total	6	17	

Sumber: Hasil Penelitian 2010-2011

Berdasarkan tabel 4.9 jumlah penderita kusta baru 2 bulan sebelum metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan menunjukkan bahwa jumlah penderita kusta baru sebanyak 6 penderita dari jumlah penduduk 19.259 orang (CDR 31,2 per 100.000 penduduk). Sedangkan 2 bulan sesudah metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan didapatkan 17 penderita dari jumlah penduduk 19.259 orang (CDR 88,3 per 100.000 penduduk).

Hasil statistik dengan uji *Mann-Withney* pada perbedaan jumlah penderita kusta baru 2 bulan sebelum metode pemeriksaan kontak dan jumlah penderita kusta baru 2 bulan sesudah metode pemeriksaan kontak diperoleh bahwa *p value* adalah 0,019, sehingga $p < 0,05$ yang artinya ada perbedaan antara jumlah penderita kusta baru 2 bulan sebelum metode pemeriksaan kontak dan jumlah penderita kusta baru 2 bulan sesudah metode pemeriksaan kontak.

4.3.3. Nilai Prediktif Positif Metode Pemeriksaan Kontak Oleh Kader Kesehatan Terhadap Jumlah Penemuan Penderita Kusta Baru

Dalam penelitian ini dapat diketahui Nilai Prediktif Positif metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap jumlah penemuan penderita kusta baru. Nilai Prediktif Positif adalah probabilitas untuk memperoleh subyek yang benar-benar

sakit diantara subyek yang diklasifikasikan sakit. Nilai Prediktif Positif dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

		Deteksi oleh Tenaga Kesehatan		
		+	-	
Deteksi pemeriksaan kontak	+	17	27	44
Oleh kader kesehatan	-	0	0	0
		17	27	

Nilai Prediktif Positif

$$= \frac{\text{jumlah subyek sakit yang diklasifikasikan sakit}}{\text{jumlah subyek sakit yang diklasifikasikan sakit} + \text{jumlah subyek tak sakit yang diklasifikasikan sakit}}$$

$$= \frac{17}{17 + 27}$$

$$= 0,38$$

Dalam penelitian ini dapat diketahui bahwa Nilai Prediktif Positif metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap jumlah penemuan penderita kusta baru adalah 0,38 atau 38% yang berarti tingkat kesalahan kader kesehatan dalam melakukan deteksi masih tinggi. Dari 291 kontak yang telah diperiksa kader kesehatan, diperoleh 44 tersangka penderita kusta. Dari 44 kontak yang dicurigai menjadi tersangka penderita kusta oleh kader kesehatan hanya 17 yang dinyatakan positif menderita penyakit kusta oleh tenaga kesehatan di puskesmas sedangkan lainnya negatif. Yang diperiksa oleh tenaga kesehatan di puskesmas adalah kontak yang menurut kader kesehatan dicurigai menjadi tersangka penderita kusta, sedangkan yang tidak dicurigai menjadi tersangka penderita kusta oleh kader kesehatan tidak diperiksa oleh tenaga kesehatan di puskesmas.

BAB V PEMBAHASAN

5.1. ANALISIS UNIVARIAT

5.1.1. Distribusi Kader Kesehatan Berdasarkan Usia

Distribusi kader kesehatan berdasarkan usia dalam penelitian ini sebagian besar adalah usia 25-29 tahun (35%). Sedangkan kelompok usia dengan jumlah terendah adalah usia 43-46 (5%). Usia mempunyai kaitan erat dengan tingkat kedewasaan seseorang yang berarti kedewasaan teknis dalam arti ketrampilan melaksanakan tugas maupun kedewasaan psikologis (Atin Widiastuti, 2007). Sebagian besar kader kesehatan berusia 25-29 tahun (35%), usia ini masih tergolong dalam usia produktif dan umur Wanita Usia Subur. Maka besar kemungkinan kader kesehatan masih disibukkan dalam pekerjaan mengurus anak dan pekerjaan-pekerjaan rumah tangga dan pekerjaan untuk menambah pendapatan. Keadaan ini akan mempengaruhi waktu kader kesehatan dalam mengerjakan tugas sebagai kader kesehatan dalam penelitian ini. Sementara kader kesehatan yang berusia 43-46 hanya 5%, padahal pada usia ini diharapkan jumlah kader kesehatan lebih banyak karena pada usia ini tingkat kematangan dan kemampuan berfikir berada pada tahap yang baik. Selain itu kesibukan mengurus keluarga sudah berkurang sehingga cukup memberi perhatian untuk pekerjaan ini (Helen Sagala, 2005).

5.1.2. Distribusi Kader Kesehatan Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Distribusi kader kesehatan berdasarkan tingkat pendidikan dalam penelitian ini sebagian besar adalah tingkat pendidikan SMP (45%). Sedangkan kelompok pendidikan dengan jumlah terendah adalah kelompok pendidikan Diploma atau Sarjana (12,5%). Tingkat pendidikan akan mempengaruhi cara berpikir dalam penerimaan. Tingkat pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang untuk memahami dan melakukan tindakan atau ketrampilan apa yang diajarkan atau dilatih. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin baik dalam pemahaman, kemampuan, ketrampilan, dan ketelitian (Helen Sagala, 2005).

5.1.3. Distribusi Kader Kesehatan Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Distribusi kader kesehatan berdasarkan jenis pekerjaan dalam penelitian ini dari 40 orang kader kesehatan sebagian besar adalah ibu rumah tangga 14 orang (35%). Sedangkan jenis pekerjaan dengan jumlah terendah adalah sebagai PNS (5%). Berdasarkan jenis pekerjaan kader kesehatan dapat disimpulkan bahwa umumnya pekerjaan kader kesehatan tidak menghambat tugasnya dalam penelitian ini (Helen Sagala, 2005).

5.1.4. Distribusi Kader Kesehatan Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Distribusi kader kesehatan berdasarkan lama menjadi kader kesehatan dalam penelitian ini sebagian besar bertugas selama 12-15 tahun (35%) dan yang paling sedikit bertugas selama 24-27 tahun (2,5%). Sebagian kader bertugas sebagai kader kesehatan sudah cukup lama. Diharapkan kader yang bertugas sudah lama dapat membantu kader yang masih baru yang pengalamannya masih kurang. Selain itu pelatihan dari petugas Puskesmas tentang cara deteksi dini dalam penemuan penderita kusta lebih sering dilakukan untuk menambah pengetahuan kader kesehatan.

5.1.5. Distribusi Kontak Yang Telah Berdasarkan Jenis Kelamin

Distribusi kontak yang telah diperiksa berdasarkan jenis kelamin dalam penelitian ini dari 291 orang yang telah diperiksa sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (55,7%). Sedangkan jumlah perempuan adalah 44,3%.

5.1.6. Distribusi Kontak Yang Telah Berdasarkan Usia

Distribusi kontak yang telah diperiksa berdasarkan usia dalam penelitian ini dari 291 orang sebagian besar kontak yang telah diperiksa berusia 27-34 tahun (22%). Sedangkan yang paling sedikit adalah usia 67-74 (1,4%). Ini berarti sebagian besar usia kontak yang telah diperiksa adalah usia muda dan produktif (15-44 tahun) (Rifmi Utami, 2005).

5.1.7. Distribusi Kontak Yang Telah Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Distribusi kontak yang telah diperiksa berdasarkan tingkat pendidikan dalam penelitian ini dari 291 orang sebagian besar tingkat pendidikan kontak yang diperiksa adalah SD (49,5%). Sedangkan yang paling sedikit adalah Diploma atau Sarjana (5,5%). Ini berarti sebagian besar usia kontak yang telah diperiksa adalah masih berpendidikan rendah.

5.1.8. Distribusi Kontak Yang Telah Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Distribusi kontak yang telah diperiksa berdasarkan jenis pekerjaan dalam penelitian ini dari 291 orang sebagian besar pekerjaan kontak yang diperiksa adalah petani (40,2%). Sedangkan yang paling sedikit adalah karyawan dan tidak bekerja (masing-masing 2,7%). Ini berarti sebagian besar usia kontak yang diperiksa merupakan kelas sosial menengah ke bawah (Rifmi Utami, 2005).

5.1.9. Distribusi Penderita Kusta Baru Sebelum dan Sesudah Metode Pemeriksaan Kontak Berdasarkan Usia

Distribusi kusta baru sebelum metode pemeriksaan kontak berdasarkan usia dalam penelitian ini sebagian besar berusia 20-29 tahun (33,3%) dan sesudah metode pemeriksaan kontak sebagian besar juga pada usia 20-29 tahun (71,4%). Sedangkan yang paling rendah sebelum metode pemeriksaan kontak adalah usia 40-49 tahun dan 70-79 tahun (masing-masing 0%) dan yang terendah sesudah metode pemeriksaan kontak adalah usia 50-59 tahun, 60-69 tahun, dan 70-79 tahun (masing-masing 5,9%).

Berdasarkan penelitian Rifmi Utami menunjukkan bahwa karakteristik individu penderita kusta berdasarkan usia, sebagian besar (52,1% berada pada usia produktif (kelompok umur 15-44 tahun).

Kusta dapat menyerang semua umur, frekuensi tertinggi pada kelompok dewasa ialah umur 25-35 tahun, sedangkan pada kelompok anak pada umur 10-12 tahun, karena anak-anak lebih rentan daripada orang dewasa (Arief Mansjoer, 2000: 66). Kusta diketahui terjadi pada semua umur berkisar antara bayi sampai umur tua (3 minggu sampai lebih dari 70 tahun). Namun yang terbanyak adalah pada umur muda dan produktif (Depkes RI, 2006: 8).

5.1.10. Distribusi Penderita Kusta Baru Seselum dan Sesudah Metode Pemeriksaan Kontak Berdasarkan Jenis Kelamin

Distribusi penderita kusta baru sebelum metode pemeriksaan kontak sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (66,7) dan perempuan 33,3%. Sedangkan sesudah

metode pemeriksaan kontak sebagian besar juga berjenis kelamin laki-laki (54,7%) dan perempuan 35,3%.

Berdasarkan hasil penelitian Puspita Kartikasari menunjukkan bahwa pada kelompok kasus dan kelompok kontrol, sebagian besar (57,9%) penderita kusta berjenis kelamin laki-laki dan penderita kusta berjenis kelamin perempuan sebesar (942,1%).

Kusta dapat mengenai laki-laki dan perempuan. Menurut catatan sebagian besar Negara di dunia kecuali di beberapa negara di Afrika menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak terserang daripada wanita. Relatif rendahnya pada perempuan kemungkinan karena faktor lingkungan dan faktor biologi. Seperti kebanyakan penyakit menular lainnya laki-laki lebih banyak terpapar dengan faktor risiko sebagai akibat gaya hidupnya (Depkes RI, 2006: 9).

5.2. ANALISIS BIVARIAT

5.2.1. Perbedaan Jumlah Penderita Kusta Baru 2 Bulan Sebelum Metode Pemeriksaan Kontak Dan 2 Bulan Setelah Metode Pemeriksaan Kontak

Berdasarkan hasil statistik dengan uji *Mann-Whitney* pada perbedaan jumlah penderita kusta baru 2 bulan sebelum metode pemeriksaan kontak dan jumlah penderita kusta baru 2 bulan setelah metode pemeriksaan kontak diperoleh bahwa *p value* adalah 0,019, sehingga $p < 0,05$ yang artinya ada perbedaan antara jumlah penderita kusta baru 2 bulan sebelum metode pemeriksaan kontak dan jumlah penderita kusta baru 2 bulan setelah metode pemeriksaan kontak. Hal ini sesuai

dengan penelitian yang dilakukan Sutopo Toto dengan judul Analisis Penemuan Penderita Kusta pada Pelaksanaan Leprosy Elimination Campaigns (LEC) di Kabupaten Daerah Tingkat II Subang tahun 1966. Pada penelitian tersebut didapatkan hasil bahwa ada kenaikan penemuan penderita kusta, dari sebanyak 396 penderita pada tahun 1995 meningkat menjadi 876 orang pada tahun 1996 setelah LEC. Dari hasil penelitian tersebut, dapat diketahui bahwa dengan melaksanakan penemuan secara aktif dengan metode LEC mampu secara efektif meningkatkan penemuan penderita.

Jumlah penderita kusta baru 2 bulan sebelum metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan menunjukkan bahwa jumlah penderita kusta baru sebanyak 6 penderita dari jumlah penduduk 19.259 orang (CDR 31,2 per 100.000 penduduk). Sedangkan 2 bulan sesudah metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan didapatkan 17 penderita dari jumlah penduduk 19.259 orang (CDR 88,3 per 100.000 penduduk).

Penemuan penderita kusta baru secara aktif di Puskesmas Sarang Kabupaten Rembang sebelum metode pemeriksaan kontak baik dilakukan petugas Puskesmas maupun dengan partisipasi kader kesehatan tidak berjalan, sehingga penemuan penderita kusta baru hanya dilakukan secara pasif. Sedangkan penemuan penderita kusta baru sesudah metode pemeriksaan kontak dilakukan dengan partisipasi kader kesehatan yang sebelumnya diberikan pelatihan terlebih dahulu.

5.2.2. Nilai Prediktif Positif Metode Pemeriksaan Kontak Oleh Kader Kesehatan Terhadap Jumlah Penemuan Penderita Kusta Baru

Dalam penelitian ini dapat diketahui bahwa Nilai Prediktif Positif metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru adalah 0,38 atau 38%. Dalam metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru tidak semua kontak yang telah diperiksa oleh kader kesehatan akan diperiksa lagi oleh tenaga kesehatan di puskesmas. Yang diperiksa oleh tenaga kesehatan di puskesmas adalah kontak yang menurut kader kesehatan dicurigai menjadi tersangka penderita kusta, sedangkan yang tidak dicurigai menjadi tersangka penderita kusta oleh kader kesehatan tidak diperiksa oleh tenaga kesehatan di puskesmas. Dari 291 kontak yang telah diperiksa, 44 kontak dicurigai menjadi tersangka penderita kusta oleh kader kesehatan. Dan dari 44 tersangka tersebut hanya 17 yang dinyatakan positif menderita penyakit kusta oleh tenaga kesehatan di puskesmas sedangkan lainnya negatif.

5.3. HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN

Hambatan dan kelemahan yang ditemui selama penelitian berlangsung adalah:

1. Dalam penelitian ini tidak dapat diketahui sensitivitas dan spesifisitasnya karena kontak yang dirujuk periksa ke Puskesmas hanya kontak yang dicurigai atau diduga positif menderita penyakit kusta oleh kader kesehatan, sedangkan kontak yang tidak dicurigai atau diduga negatif tidak dirujuk ke Puskesmas.

2. Peneliti tidak memantau kader kesehatan secara keseluruhan saat melakukan pemeriksaan kontak sehingga dapat terjadi bias informasi dan bias pengukuran.



BAB VI

PENUTUP

6.1. SIMPULAN

Adapun simpulan yang dapat diperoleh pada penelitian ini adalah:

1. Jumlah penderita kusta baru sebelum metode pemeriksaan kontak adalah 6 penderita. Penderita kusta tersebut sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (66,7%) yang usianya sebagian besar adalah usia 20-29 tahun (33,3%).
2. Jumlah penderita kusta baru sesudah metode pemeriksaan kontak adalah 17 penderita. Penderita kusta tersebut sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (54,7%) yang usianya sebagian besar adalah usia 20-29 tahun (71,4%).
3. Ada perbedaan antara jumlah penderita kusta baru 2 sebelum metode pemeriksaan kontak dan jumlah penderita kusta baru 2 sesudah metode pemeriksaan kontak dengan *p value* 0,002 ($p < 0,05$).
4. Nilai Prediktif Positif dalam penelitian ini adalah 0,38 atau 38%.
5. Metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan efektif terhadap jumlah penemuan penderita kusta baru di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang.

6.2. SARAN

6.2.1. Bagi Petugas P2 Kusta di Puskesmas Sarang Kabupaten Rembang

Pengelola Program P2 Kusta hendaknya melaksanakan metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan dan pelatihan dilakukan secara berkala, sehingga dapat meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam menemukan tersangka penderita kusta, dan Nilai Prediktif Positif yang sebelumnya baru 0,38 atau 38% yang berarti masih terdapat banyak kesalahan kader kesehatan dalam melakukan pemeriksaan dapat meningkat.

6.2.2. Bagi Kader Kesehatan di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang

Diharapkan kader kesehatan tetap melanjutkan metode pemeriksaan kontak dalam penemuan penderita kusta baru, tidak hanya berhenti setelah penelitian ini selesai. Dan setiap diberikan pelatihan, hendaknya masing-masing kader kesehatan mencoba untuk mempraktekkan cara melakukan pemeriksaan yang baik dan benar.

6.2.3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Disarankan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian tentang keefektifan metode yang lain terhadap jumlah penemuan penderita kusta baru, dan responden yang dirujuk ke puskesmas atau tempat pelayanan kesehatan lain tidak hanya yang diduga positif menderita penyakit tertentu saja tapi yang diduga negatif juga dirujuk dan diperiksa oleh tenaga kesehatan sehingga dapat diketahui tingkat sensitivitas, spesifisitas, nilai prediktif positif, dan nilai prediktif negatifnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhi Djuanda, 2005, *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*, Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Arif Mansjoer, 2000, *Kapita Selekta Kedokteran*, Jakarta: Media Aeculapius Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Atin Widiastuti, 2007, *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Partisipasi Kader Dalam Kegiatan Posyandu Di Kelurahan Gubug Kecamatan Gubug Kabupaten Grobogan*, Skripsi: Universitas Negeri Semarang.
- Bhisma Murti, 1995, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Departemen Kesehatan RI, 2007, *Buku Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta*, Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Departemen Kesehatan RI, 2006, *Buku Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta*, Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Departemen Kesehatan RI, 2002, *Buku Pedoman Pemberantasan Penyakit Kusta*, Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
- Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang, 2008, *Data Kejadian Penyakit Kusta*, : Dinkes.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2007, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, Semarang: Dinkes.
- Erwin Hakim, 2010, *Pengaruh Karakteristik Kader Posyandu Terhadap Kemampuan Dalam Penemuan Dini Kasus Tersangka Tuberkulosis di wilayah Kerja Puskesmas Mandala Kecamatan Medan Tumbang*, <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/21222>.

- Helen Sagala, 2005, *Karakteristik Kader Dan Ketelitian Penimbangan Serta Berat Badan Balita Di Posyandu Kecamatan Lubuk Pakam Kabupaten Deli Serdang*, Skripsi: Universitas Sumatra Utara.
- Kokasih, dkk, 1997, *Kusta dalam Adhi Djuanda, Kusta Diagnosis Dan Penatalaksanaan*, Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Maria Chrisrtiana, 2009, *Analisis Faktor Risiko Kejadian Kusta (Studi Kasus di Rumah Sakit Kusta Donorejo Jepara) Tahun 2008*, Skripsi: Universitas Negeri Semarang.
- Muh. Dali Amiruddin, 2000, *Penyakit Kusta dalam Marwali Harahap, Ilmu Penyakit Kulit*, Jakarta: Gramedia.
- Munadi Ngabdan Saputro, 2009, *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Kader Kesehatan dalam Praktek Penemuan Suspect Penderita TB Paru di Puskesmas Plupuh I Kabupaten Sragen Provinsi Jawa Tengah*, <http://skripsistikes.wordpress.com/2009/05/03/ikpiii32/>.
- Puspita Kartikasari, 2007, *Analisis Faktor Risiko Kejadian Kusta di Kabupaten Pemalang Tahun 2005*, Skripsi Universitas Negeri Semarang.
- Rifmi Utami, 2005, *Analisis Efektifitas Upaya Penemuan Penderita Kusta Baru Secara Aktif dan Pasif Menggunakan Metode Cost Effectiveness Analysis Dengan menghitung rasio Biaya Total Terhadap Jumlah Penderita dan disability Adjusted Life Years*, <http://www.adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=gdlhub-gdl-s2-2007-utamirifmi-3719&PHPSESSID=6c1784a347f723a344115bf159462dcf>.
- Sahat M. Ompusunggu, 2003, *Pengembangan Peran Serta Masyarakat Melalui Kader dan Dasawiisma dalam Penemuan dan Pengobatan Penderita Malaria di Kecamatan Pituruh Kabupaten Pueworejo*, Buletin Penelitian Kesehatan, Vol.33, No 3, 2005: 140-151.
- Siti Mahmudah, 2007, *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Penderita Kusta di Wilayah Kabupaten Blora*, Skripsi Universitas Negeri Semarang.

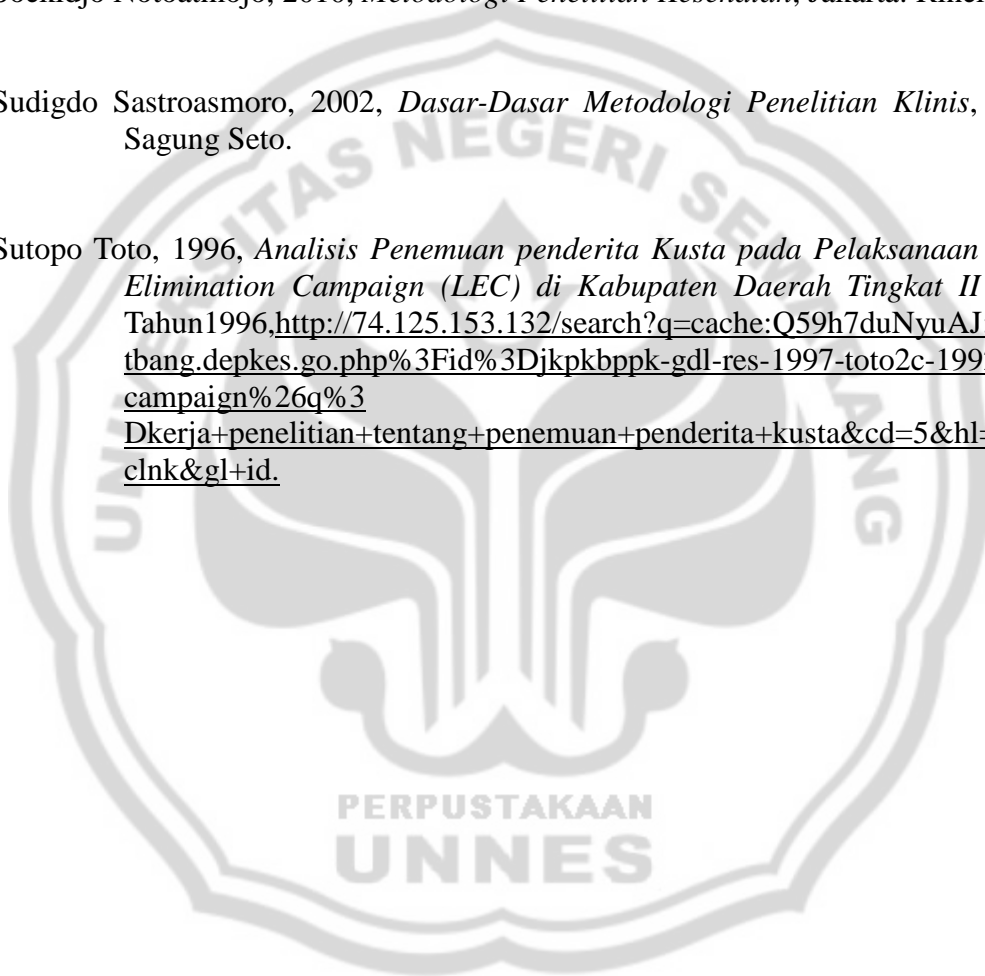
Soekidjo Notoatmojo, 2007, *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta: FKM UI.

Soekidjo Notoatmojo, 2007, *Pengantar Pendidikan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: BPKM FKM UI.

Soekidjo Notoatmojo, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.

Sudigdo Sastroasmoro, 2002, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Jakarta: Sagung Seto.

Sutopo Toto, 1996, *Analisis Penemuan penderita Kusta pada Pelaksanaan Leprosy Elimination Campaign (LEC) di Kabupaten Daerah Tingkat II Subang Tahun 1996*, <http://74.125.153.132/search?q=cache:Q59h7duNyuAJ:diglib.litbang.depkes.go.php%3Fid%3Djpkbppk-gdl-res-1997-toto2c-1992-campaign%26q%3Dkerja+penelitian+tentang+penemuan+penderita+kusta&cd=5&hl=id&ct+clnk&gl=id>.



ANALISIS BIVARIAT

Frequencies

Statistics

Jumlah Penemuan Penderita

N	Valid	80
	Missing	0
Mean		.29
Median		.00
Mode		0
Std. Deviation		.508
Variance		.258
Minimum		0
Maximum		2

Jumlah Penemuan Penderita

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	59	73.8	73.8	73.8
1	19	23.8	23.8	97.5
2	2	2.5	2.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

Hasil Uji Mann-Whitney

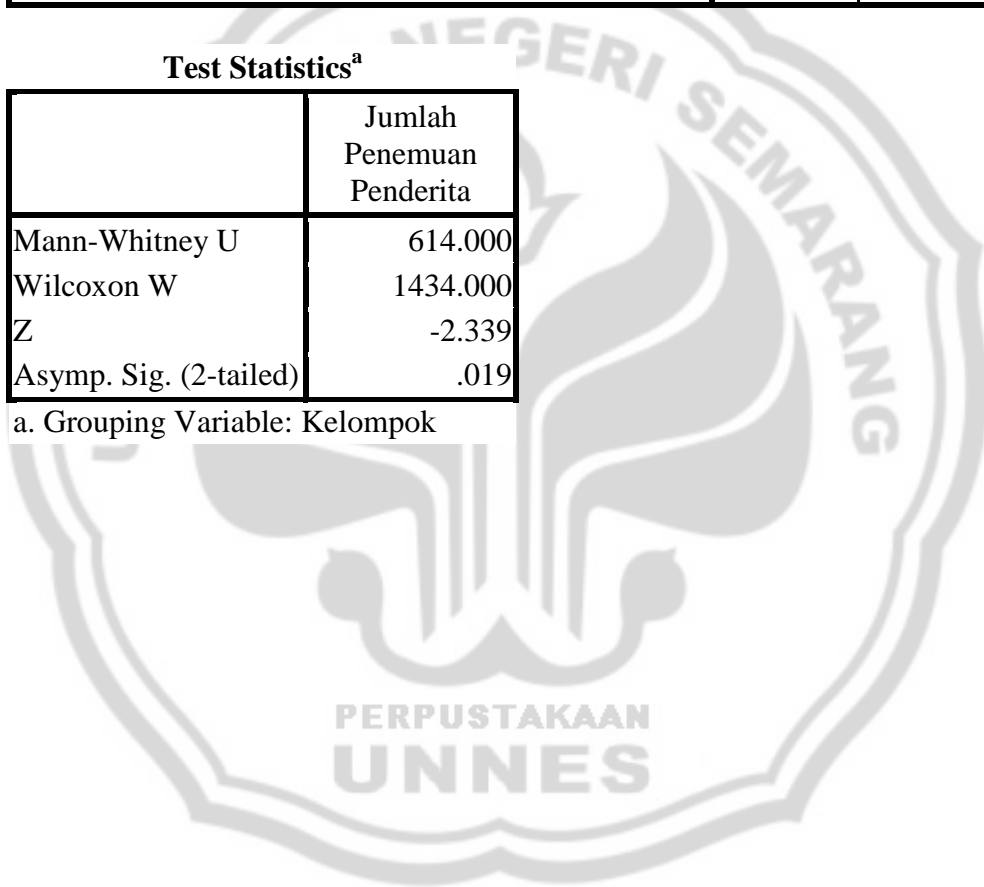
Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Jumlah Penemuan Penderita	Kader Kesehatan Sblm Pem Kontak	40	35.85	1434.00
	Kader Kesehatan Ssdh Pem Kontak	40	45.15	1806.00
	Total	80		

Test Statistics^a

	Jumlah Penemuan Penderita
Mann-Whitney U	614.000
Wilcoxon W	1434.000
Z	-2.339
Asymp. Sig. (2-tailed)	.019

a. Grouping Variable: Kelompok



**DAFTAR PENDERITA KUSTA BARU SEBELUM DILAKUKAN
METODE PEMERIKSAAN KONTAK OLEH KADER KESEHATAN**

No.	Tanggal	Nama Penderita	Umur		Alamat	Tipe Kusta
			L	P		
1.	22 Oktober 2010	Siti Musdalifah		25	Sendang Mulyo 2/1	MB
2.	22 Oktober 2010	Khoirudin	17		Sampung 2/3	PB
3.	24 Oktober 2010	Darmuki	13		Banowan 12/3	PB
4.	30 Oktober 2010	Yuli		30	Sumber Mulyo 1/1	MB
5.	3 November 2010	Parni		55	Babak Tulung 2/3	MB
6.	12 November 2010	Darjo	60		Sampung 2/2	MB

UPT Puskesmas Sarang
Koordinator P2 Kusta

Mohammad Imron
NIP: 197409102000031004

PERPUSTAKAAN
UNNES

**DAFTAR PENDERITA KUSTA BARU SESUDAH DILAKUKAN
METODE PEMERIKSAAN KONTAK OLEH KADER KESEHATAN**

No.	Tanggal	Nama Penderita	Umur		Alamat	Tipe Kusta
			L	P		
1.	10 Desember 2010	Daryo	33		Sampung 2/2	PB
2.	13 Desember 2010	Rozikin	22		Banowan 12/3	PB
3.	13 Desember 2010	Abdul Jalil	48		Sumber Mulyo 2/1	PB
4.	17 Desember 2010	Sakur	60		Lodan Kulon 8/1	MB
5.	20 Desember 2010	Suwati		25	Lodan Wetan 1/3	MB
6.	22 Desember 2010	Abdul Wakid	22		Lodan Kulon 1/1	PB
7.	25 Desember 2010	Wagiman	37		Sendang Mulyo 5/2	PB
8.	30 Desember 2010	Maspuji		11	Sumber Mulyo 9/2	PB
9.	5 Januari 2011	Silvina		10	Sendang Mulyo 3/2	PB
10.	5 Januari 2011	Selamet	45		Sampung 1/1	PB
11.	12 Januari 2011	Maliki	40		Kalipang 1/1	PB
12.	13 Januari 2011	Manpuri		40	Banowan 5/1	PB
13.	17 Januari 2011	M. Rouf	10		Babak Tulung 2/3	PB
14.	19 Januari 2011	Wardi	27		Sendang Mulyo 3/1	PB
15.	19 Januari 2011	Sutarmi		35	Sumber Mulyo 2/1	PB
16.	20 Januari 2011	Samik	50		Sampung 2/1	PB
17.	21 Januari 2011	Sumadi	70		Sampung 2/3	PB
18.	21 Januari 2011	Jariyah		45	Banowan 12/3	PB

PERPUSTAKAAN
UNNES

UPT Puskesmas Sarang
Koordinator P2 Kusta

Mohammad Imron
NIP: 197409102000031004

**DAFTAR JUMLAH PENEMUAN PENDERITA KUSTA BARU SEBELUM
DAN SESUDAH DILAKUKAN METODE PEMERIKSAAN
KONTAK OLEH KADER KESEHATAN**

No.	Desa	Jumlah Penemuan Sebelum	Jumlah Penemuan Sesudah
1.	Lodan Kulon	-	2
2.	Lodan Wetan	-	1
3.	Sampung	2	4
4.	Babak Tulung	1	1
5.	Banowan	1	3
6.	Sendang Mulyo	1	3
7.	Sumber Mulyo	1	3
Jumlah		6	17

UPT Puskesmas Sarang
Koordinator P2 Kusta

Mohammad Imron
NIP: 197409102000031004

**DAFTAR TERSANGKA PENDERITA KUSTA YANG DITEMUKAN
OLEH KADER KESEHATAN**

Desa	Nama Kader Kesehatan	Nama Tersangka Penderita Kusta	Tanda Yang Ditemukan	Keterangan	
Lodan Kulon	Nafisah	Karjen	Bercak dikulit		
		Masjanah	Bercak dikulit		
		Sakur	Bercak dikulit Ada bagian tubuh yang tidak berkeringat/berambut Kurang/mati rasa		
	Nurul	Safi'i	Bercak dikulit Ada bagian tubuh yang tidak berkeringat/berambut		
		Aminah	Bercak dikulit Ada bagian tubuh yang tidak berkeringat/berambut		
			Abdul wakid	Bercak dikulit Rasa kesemutan Kurang/mati rasa	
			Supingah	Bercak dikulit	
			Suwarni	Bercak dikulit	
			Kanun	Bercak dikulit	
	Lodan Wetan	Masamah	Suwati	Bercak dikulit Kulit mengkilap Ada bagian tubuh yang tidak berkeringat/berambut Rasa kesemutan Kurang/mati rasa	
	Siti Azizah	-	-	-	
Sampung	Siti Kunjaemi	Sukri	Bercak dikulit		
		Ngarina	Bercak dikulit		
		Khomsatun	Bercak dikulit		
	Suryati	Daryo	Bercak dikulit Kulit mengkilap Kurang/mati rasa		
		Siti zulaekah	Bercak dikulit		
		Selamet	Bercak dikulit Kurang/mati rasa		
	Sumiati	Samik	Bercak dikulit yang tidak gatal Ada bagian tubuh yang tidak berkeringat/berambut Ada lepuh yang tidak nyeri Kurang/mati rasa		
		Sukira	Bercak dikulit		
			Kaswi	Bercak dikulit	
			Sukini	Bercak dikulit	
			Sumadi	Bercak dikulit yang tidak gatal Ada bagian tubuh yang tidak berkeringat/berambut	

			Kurang/mati rasa	
Babak Tulung	Durotul A	M. Rouf	Bercak dikulit Kurang/mati rasa	
		Kolil	Bercak dikulit	
	Zuliatin	Nurul	Bercak dikulit	
		-	-	
		-	-	
Banowan	Warsini	Julaekah	Bercak dikulit	
	Juwariyah	Jariyah	Bercak dikulit Kurang/mati rasa Hidung pelana/peyok	
		Rozikin	Bercak dikulit Kurang/mati rasa	
		H. Kastur	Bercak dikulit Kurang/mati rasa	
	Nur Hidayah	Munpuri	Bercak dikulit	
		Rokhim	Bercak dikulit	
	Maknunah	-	-	
		-	-	
Sendang Mulyo	Anik Tri M	Wagiman	Bercak dikulit Rasa kesemutan Kurang/mati rasa	
		Wardi	Bercak dikulit Kulit mengkilap Kurang/mati rasa	
	Siti Mustifah	Sarmian	Bercak dikulit	
		Sumiati	Bercak dikulit	
		Silvina	Bercak dikulit Kulit mengkilap	
		Slamet	Bercak dikulit	
		Candra	Bercak dikulit	
		Aromah	Bercak dikulit	
	Saiful Mualif	Bercak dikulit		
Sumber Mulyo	Siti Khomariah	Sutarmi	Bercak dikulit Kulit mengkilap Kurang/mati rasa	
		Abdul Jalil	Bercak dikulit Kulit mengkilap Rasa kesemutan Kurang/mati rasa	
		Dimas Saputro	Bercak dikulit	
		Maspuji	Bercak dikulit Kurang/mati rasa	
		Sumindar	Bercak dikulit	

UPT Puskesmas Sarang
Koordinator P2 Kusta

Mohammad Imron
NIP: 197409102000031004

FORMULIR TERSANGKA (SUSPEK) PENDERITA KUSTA

Identitas Penderita

Nama :
Jenis Kelamin :
Umur :
Alamat :
Pendidikan :
Pekerjaan :

No	Nama Daftar Kontak	Hubungan dengan penderita	Keterangan (tersangka/tidak)	Dirujuk ke Puskesmas/tidak	Hasil dari Puskesmas
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					

FORMULIR TERSANGKA (SUSPEK) PENDERITA KUSTA

I. Identitas Kontak

Nama :
Jenis Kelamin :
Umur :
Hubungan dengan penderita :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Pernah menderita sakit kulit : 1. Pernah 2. Tidak pernah
Jika pernah, sebutkan :

II. Pertanyaan tentang tanda-tanda kusta yang mungkin ada atau diderita tersangka penderita kusta

No.	Tanda-tanda/Kelainan	Ada	Tidak
1.	Tanda-tanda pada kulit:		
	a. Bercak kelainan kulit yang kemerahan atau keputihan (seperti panu) di bagian tubuh		
	b. Kulit mengkilap		
	c. Bercak yang tidak gatal		
	d. Adanya bagian-bagian tubuh yang tidak berkeringat atau tidak berambut		
	e. Lepuh yang tidak nyeri		
	f. Kulit kering dan retak-retak		
2.	Tanda-tanda pada saraf:		
	a. Rasa kesemutan, tertusuk-tusuk pada anggota badan atau muka		
	b. Gangguan gerak anggota badan bagian muka		
	c. Adanya cacat (deformitas)		
	d. Luka atau ulkus yang tidak mau sembuh		
	e. Kurang atau mati rasa		
	f. Kelemahan otot atau kelumpuhan		
3.	Tanda-tanda lain:		
	a. Hidung pelana/ peyok		
	b. Nodul (benjolan/tonjolan)		
	c. Madarosis (alis rontok)		
	d. Mutilasi (hilangnya jari-jari atau bagian dari anggota tubuh)		

III. Pemeriksaan tanda-tanda/kelainan yang mungkin ada atau diderita tersangka penderita kusta

No.	Tanda-tanda/Kelainan	Ada/bisa	Tidak
1.	Pemeriksaan pada kulit:		
	a. Bercak kelainan kulit yang kemerahan atau keputihan (seperti panu) di bagian tubuh		
	b. Kulit mengkilap		
	c. Bercak yang tidak gatal		
	d. Adanya bagian-bagian tubuh yang tidak berkeringat atau tidak berambut		
	e. Lepuh yang tidak nyeri		
	f. Kulit kering dan retak-retak		
2.	Pemeriksaan pada mata:		
	a. Adanya lagophthalmos atau mata tidak dapat menutup dengan sempurna		
3.	Pemeriksaan pada tangan:		
	a. Bisa membedakan ujung dan punggung ballpoint dengan mata tertutup		
	b. Bisa mendekatkan dan menjauhkan jari kelingking dari jari-jari lainnya		
4.	Pemeriksaan pada kaki:		
	a. Bisa membedakan ujung dan punggung ballpoint dengan mata tertutup		
	b. Bisa mengangkat ujung kaki dengan tumit tetap terletak dilantai (seperti berjalan dengan tumit)		

Tanda tangan kontak

()

**DAFTAR HADIR KADER KESEHATAN DALAM
PELATIHAN CARA DETEKSI DINI DALAM PENEMUAN
PENDERITA
KUSTA DI KECAMATAN SARANG**

Tanggal :

Tempat :

No.	Nama Kader Kesehatan	Alamat	Tanda tangan
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			

No.	Nama Kader Kesehatan	Alamat	Tanda tangan
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			



DOKUMENTASI PENELITIAN



Gambar 1. Peneliti bersama Kepala Puskesmas dan pengelola P2 Kusta



Gambar 2. Pengisian daftar hadir Kader Kesehatan saat penelitian



Gambar 3. Pelaksanaan Pelatihan Tahap 1



Gambar 4. Pelaksanaan Penelitian Tahap 2



Gambar 5. Pelatihan oleh Petugas tentang cara deteksi dini penyakit kusta



Gambar 6. Pelaksaaan penelitian oleh Kader Kesehatan



Gambar 7. Tersangka yang ditemukan Kader Kesehatan



Gambar 8. Tersangka yang ditemukan Kader Kesehatan