

# TESIS

**PENINGKATAN PENGETAHUAN, *SELF EFFICACY* DAN PENURUNAN  
STRES PADA PASIEN KUSTA MELALUI PENERAPAN *SUPPORT*  
*GROUP* DENGAN PENDEKATAN TEORI ADAPTASI ROY  
DI RUMAH SAKIT KUSTA SUMBERGLAGAH**



**Oleh :**

**MARGARETA KEWA LAMAK**

**NIM : 131141050**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2013**

# TESIS

**PENINGKATAN PENGETAHUAN, *SELF EFFICACY* DAN PENURUNAN  
STRES PADA PASIEN KUSTA MELALUI PENERAPAN *SUPPORT  
GROUP* DENGAN PENDEKATAN TEORI ADAPTASI ROY  
DI RUMAH SAKIT KUSTA SUMBERGLAGAH**

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)  
dalam Program Studi Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan UNAIR**

**Oleh :**

**MARGARETA KEWA LAMAK**

**NIM : 131141050**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2013**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Margareta Kewa Lamak  
NIM : 131141050  
Tanda Tangan :   
Tanggal : 12 Juli 2013

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan bimbingan-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan tesis yang berjudul “Peningkatan Pengetahuan, *Self Efficacy* Dan Penurunan Stres Pada Pasien Kusta Melalui Penerapan *Support Group* Dengan Pendekatan Teori Adaptasi Roy”.

Saya menyadari sepenuhnya bahwa bantuan dari semua pihak yang terkait dalam penyusunan tesis ini sangatlah besar sehingga penyusunan tesis ini dapat terwujud, untuk itu perkenankan saya menyampaikan rasa hormat dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Purwaningsih, S.Kp, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan bantuan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Magister Keperawatan.
2. Prof. Dr. Suharto, dr., MSc., DTM&H., Sp. PD-KTI, FINASIM., sebagai Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Unair yang telah memberikan kesempatan dan bantuan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Magister Keperawatan.
3. Dr. Kusnanto, SKp., M.Kes, selaku Pembimbing Ketua, terima kasih atas kesediaannya meluangkan waktu dan bimbingan, arahan serta masukan sehingga penyusunan tesis ini dapat terselesaikan.

4. Sriyono, S.Kep.Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku Pembimbing Anggota, terima kasih atas kesabaran dan masukan yang berharga dalam memberikan bimbingan dan arahan hingga penyusunan tesis ini dapat terselesaikan.
5. Seluruh Pengajar Program Studi Magister keperawatan, yang telah berbagi pengetahuan melalui kegiatan perkuliahan dan praktika.
6. Direktur Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto beserta staf dan jajarannya yang telah berkenan memberikan kesempatan dan fasilitas untuk terlaksananya penelitian ini.
7. Teguh Heri Kristanto, S.Kep.Ns. selaku kepala ruangan Melati RSK Sumberglagah, segenap dokter dan perawat yang bertugas di ruang Melati yang telah membantu peneliti sehingga penelitian ini dapat terlaksana dengan baik.
8. Seluruh responden dalam penelitian ini yang telah memberikan inspirasi dan banyak membantu peneliti dalam melakukan penelitian.
9. Bernard Lamak, Panti Retnani, Eko Prasetyo Lamak, Daniel Noris Lamak sebagai orangtua dan kakak serta seluruh keluarga yang telah memberikan semangat dan motivasi serta dukungan moral dan finansial selama menempuh pendidikan di magister keperawatan.
10. Sahabat-sahabat tercinta, Baptista Ika, Firmina, Clara Nungki, Renate Adi, Kiki, Ellenita, Dessy Adventa, Cindy Gloria, Meris, Ayu Kusuma, Dyah, Sylvia, Agustina Riski, dan Rizka Azhari yang selalu setia memberikan semangat dan motivasi dalam menyelesaikan pendidikan dan penyusunan tesis ini.

11. Seluruh teman-teman program Magister Keperawatan yang telah berkenan berpartisipasi dalam penyusunan tesis ini.
12. Serta semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu-persatu dan telah banyak membantu peneliti sehingga tesis ini dapat terselesaikan.

Semoga Tuhan membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini dan semoga penelitian ini berguna bagi semua pihak.

Surabaya, Juli 2013

Margareta Kewa Lamak

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Margareta Kewa Lamak

NIM : 131141050

Program Studi : Magister Keperawatan

Fakultas : Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**PENINGKATAN PENGETAHUAN, *SELF EFFICACY* DAN PENURUNAN  
STRES PADA PASIEN KUSTA MELALUI PENERAPAN *SUPPORT  
GROUP* DENGAN PENDEKATAN TEORI ADAPTASI ROY  
DI RUMAH SAKIT KUSTA SUMBERGLAGAH**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media / formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya

Pada tanggal : 12 Juli 2013

Yang menyatakan



Margareta Kewa Lamak

## RINGKASAN

Peningkatan Pengetahuan, *Self Efficacy* Dan Penurunan Stres Pada Pasien Kusta Melalui Penerapan *Support Group* Dengan Pendekatan Teori Adaptasi Roy di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah

Oleh:  
Margareta Kewa Lamak

Kusta merupakan penyakit menular dan menahun yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Leprae*, penyakit ini menyerang kulit, saraf tepi dan dapat pula menyerang jaringan tubuh lainnya. Penyakit kusta adalah salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional (Depkes RI, 2007). Penyakit kusta masih ditakuti oleh masyarakat, keluarga pasien, dan pasien kusta sendiri disebabkan karena masih kurangnya pengetahuan dan kepercayaan yang keliru terhadap kusta dan cacat yang ditimbulkannya. Pandangan tersebut mendasari konsep perilaku penerimaan penderita terhadap penyakitnya, dimana untuk kondisi ini penderita masih saja menganggap bahwa penyakit kusta merupakan penyakit tidak dapat diobati, penyakit keturunan, kutukan Tuhan, najis dan menyebabkan kecacatan, sehingga penderita akan merasa sangat marah, kecewa atau bahkan cenderung menutup diri yang pada akhirnya mereka tidak tekun untuk berobat (Depkes RI, 2002).

Kotler (1996) dalam Rohmawati (2012) menyatakan bahwa *support group* merupakan suatu bentuk kelompok dimana para anggotanya berkumpul untuk membangun kekuatan, minat umum, serta kompetensi dari masing-masing anggota. *Support group* memanfaatkan kesamaan pengalaman peserta untuk membantu satu sama lain. Di dalam *support group* setiap anggota mendapat dukungan penuh dari sesama anggota, dapat mengekspresikan semua perasaan negatifnya, dan merupakan tempat bagi para anggota untuk mencari informasi (Underwood & Gottlieb, 2000). Namun bagaimana pengaruh penerapan *support group* terhadap peningkatan pengetahuan, *self efficacy*, dan penurunan stres pada pasien kusta masih belum jelas Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan peningkatan pengetahuan, *self efficacy*, dan penurunan stres pasien kusta melalui penerapan *support group* di RSK Sumberglagah.

Jenis penelitian ini adalah *quasy* eksperimen dengan menggunakan desain *pre test and post test nonequivalent control group*. Besar sampel adalah 28 pasien kusta di ruang rawat inap dan poli kusta. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dan pemeriksaan kadar kortisol. Responden dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan. Kelompok perlakuan adalah pasien kusta di ruang ruang Melati yang mendapat intervensi berupa *support group* dan tetap mendapatkan terapi dari ruangan, sedangkan kelompok pembandingan adalah pasien kusta di poli kusta yang mendapatkan pelayanan dan terapi dari poli kusta. Pemilihan responden untuk kedua kelompok dilakukan dengan cara mempertimbangkan kriteria responden yaitu jenis kelamin, usia, dan pendidikan.

Kelompok perlakuan dibagi menjadi 2. Periode pertama terdiri dari 7 responden dan kegiatan *support group* dilakukan pada tanggal 8, 11, dan 14 Mei 2013. Periode kedua terdiri dari 7 responden dan kegiatan *support group* dilakukan pada tanggal 18, 21, dan 24 Mei 2013. *Pre test* untuk masing-masing periode dilakukan sehari sebelum pertemuan pertama sedangkan *post test* dilakukan setelah pertemuan terakhir.

Kegiatan *support group* dilakukan di koridor ruang Melati dan terdiri dari peneliti sebagai fasilitator dan responden. Dalam setiap kelompok terdapat responden dengan kondisi kesehatan yang baik, dapat beraktivitas secara mandiri dan diharapkan dapat memotivasi responden yang lain. Responden berkumpul 3 kali dalam seminggu dengan jarak untuk tiap pertemuan yaitu 2 hari dan lama pertemuan 60 menit pada jam yang telah disepakati oleh peneliti dan responden yaitu pagi hari. Topik untuk setiap pertemuan diambil berdasarkan masalah dan pengalaman yang sering dialami oleh pasien kusta pada umumnya. Terdapat 3 topik yang akan dibahas dalam kegiatan *support group*, yaitu mengenai penyakit kusta, reaksi kusta, dan kecacatan pada pasien kusta. Kegiatan yang dilakukan setiap pertemuan adalah peneliti membagikan leaflet sesuai topik pertemuan dan menjelaskan kepada responden lalu peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk berdiskusi tentang penjelasan yang belum dimengerti yang belum jelas, masing-masing responden mengungkapkan perasaan dan masalah yang berhubungan dengan topik pertemuan, menyelesaikan masalah secara bersama-sama, berbagi pengalaman dan memberi dukungan, dan merencanakan kegiatan pada pertemuan berikutnya. Saat *post test*, responden mengisi 3 kuesioner yang sama seperti saat *pre* untuk mengukur pengetahuan, *self efficacy*, dan stres serta dilakukan pengukuran kadar kortisol.

Responden pada kelompok pembandingan didapatkan secara bertahap sampai memenuhi besar sampel yang telah ditetapkan yaitu 14 responden. *Pre test* pada kelompok pembandingan dilakukan saat responden menyatakan bersedia untuk terlibat dalam penelitian. Satu minggu kemudian responden menjalani *post test* dengan cara mengisi 3 kuesioner yang sama seperti saat *pre* untuk mengukur pengetahuan, *self efficacy*, dan stres serta dilakukan pengukuran kadar kortisol.

Hasil analisis deskriptif rerata usia responden pada kelompok pembandingan adalah 42,57 tahun sedangkan pada kelompok perlakuan adalah 40,92 tahun. Sebagian besar pendidikan responden adalah sekolah dasar. Pengetahuan responden pada kelompok pembandingan saat *pre* 35,71% baik dan saat *post* 42,86% baik, sedangkan pada kelompok perlakuan saat *pre* 57,14% baik dan saat *post* 100% baik. *Self efficacy* pada kelompok pembandingan saat *pre* 28,57% tinggi dan saat *post* 35,71% tinggi, sedangkan pada kelompok perlakuan saat *pre* 42,86% tinggi dan saat *post* 28,57% tinggi. Tingkat stres responden pada kelompok pembandingan saat *pre* 35,71% tidak stres dan saat *post* 28,57% tidak stres, sedangkan pada kelompok perlakuan saat *pre* 35,71% tidak stres dan saat *post* 50% tidak stres. Rerata kadar kortisol pada kelompok pembandingan saat *pre*  $85,43 \pm 25,09$  dan saat *post*  $86,43 \pm 31,79$ , sedangkan pada kelompok perlakuan saat *pre*  $66,35 \pm 28,72$  dan saat *post*  $71,80 \pm 23,84$ .

Hasil uji *Wilcoxon* pada pengetahuan *pre* dan *post* didapatkan nilai  $p$  0,041 ( $p < 0,05$ ), pada *self efficacy* nilai  $p$  0,307 ( $p > 0,05$ ), pada tingkat stres nilai  $p$  0,046 ( $p < 0,05$ ). Hasil uji *paired t test* pada kadar kortisol didapatkan nilai  $p$

0,598 ( $p > 0,05$ ), sedangkan uji *independent t test* didapatkan nilai  $p$  0,709 ( $p > 0,05$ ).

Kesimpulan penelitian ini yaitu kegiatan *support group* yang dilakukan pada pasien kusta di ruang Melati RSK Sumberglagah dapat meningkatkan pengetahuan dan menurunkan stres namun tidak terbukti dapat meningkatkan *self efficacy* dan menurunkan kadar kortisol.

## SUMMARY

### **Increased Knowledge, Self Efficacy and Decrease in Stress on Patients with Leprosy by Implementation of Support Group with Roy Adaptation Theory Approach in Leprosy Hospital of Sumberglagah**

By  
**Margareta Kewa Lamak**

Leprosy is a chronic infectious disease caused by bacteria *Mycobacterium leprae*, the disease affecting skin, peripheral nerves and also attacked other body tissues. Leprosy is one of the infectious diseases that cause complex problem. Not only problems in terms of medical but extends to social issues, economic, cultural, security and national defense problem (DepKes, 2007). Leprosy is still feared by the public, the patient's families, and leprosy patients themselves due to the lack of knowledge and false belief towards leprosy and disability it causes. The view of the concept underlying the behavior of the patient acceptance of the disease, where patients in this condition still consider that leprosy is a untreatable disease, hereditary disease, God curse, impure and cause disability, so patients will feel very angry, disappointed or even tend to close themselves that make non adherence behavior for treatment finally (DepKes, 2002).

Kotler (1996) in Rohmawati ( 2012 ) states that support group is a form of group where members gather to build strength, general interest, and competence of each member. Support group utilizing a common experience of the participants to help each other. In the support group every member gets the full support of fellow members, able to express all negative feelings, and a place for members to search for information (Underwood & Gottlieb, 2000). But how the effect of a support group implementation in increasing knowledge, self-efficacy, and stress reduction in leprosy patients is still not clear. The aim of this study is to explain the increase of knowledge, self-efficacy, and stress reduction through the application of leprosy patient support group at RSK Sumberglagah.

This study is quasy experiments design using pre test and post test nonequivalent control group. Sample size is 28 leprosy patients in inpatient wards and leprosy poly. The instrument used is a questionnaire and examination cortisol levels. Respondents are divided into two groups: the treatment and the comparison group. The treatment group was leprosy patients in Melati Bed room who got intervention in the form of support group and remain receive therapy from the room, while the comparison group is the patient of leprosy in poly of leprosy that receive treatment and therapy from leprosy poly. Selection of respondents for both groups is conducted by considering the criteria of respondents such as gender, age and education.

The treatment group divided into 2 groups. The first period consisted of 7 responders and support group activities conducted on 8, 11, and 14, May 2013. Second period consisted of 7 responders and support group activities conducted on

18, 21, and 24, May 2013. Pre test for each period performed a day before the first meeting while the post-test was performed after the last meeting.

Support group activities carried out in Melati room corridor and consisted researchers as facilitators and respondents. In each group, respondents with good health, able to active independently and expected to motivate other respondents. Respondents gathered 3 times a week with interval 2 days to each meeting and with duration 60-minute at agreed time by the researchers and respondents in the morning. Topics for each meeting are taken based on problems and experiences that often experienced by leprosy patients generally. There are three topics that will be discussed in the support group activities, regarding leprosy disease, leprosy reactions, and disability in patients with leprosy. There are three topics to be discussed in the support group activities, namely regarding leprosy, leprosy reactions, and disability in patients with leprosy. Activities performed at each meeting is distributed leaflets by researcher based on topic of the meeting and explain it to the respondent and the researcher provided an opportunity to respondents to discuss the explanations that have not yet clearly understood, each respondents expressed feelings and problems related to the topic of the meeting, solve problems together, share experiences and provide support, and plan activities for the next meeting. When post-test, respondents fill out the same questionnaire as when pre moment to measure knowledge, self-efficacy, and stress and measuring cortisol levels.

Respondents in the comparison group obtained gradually until reach predetermined demand sample size that 14 respondents. Pre-test in the comparison group performed when respondents willing to engage in research. One week later the respondent performed post-test by filling out the same 3 questionnaire as pre-test to measure knowledge, self-efficacy, and stress and cortisol levels were measured.

Descriptive analysis by mean age of the respondents in the comparison group is 42.57 years, while in the treatment group is 40.92 years. The majority of respondents education were elementary school. Respondents Knowledge in the comparison group when pre is 35.71% good and when post 42.86% good, while the treatment group was 57.14% good when pre and when post 100% good. Self-efficacy in the comparison group was 28.57% high at pre and when post 35.71% high, whereas the treatment group 42.86% high at pre and when post 28.57% high. Stress level respondents in the comparison group was 35.71% not stress at pre and when post 28.57% not stress, whereas the treatment group was 35.71% not stress at pre and 50% not stress at post. The mean levels of cortisol in the comparison group when pre  $85.43 \pm 25.09$  and  $86.43 \pm 31.79$  in post, whereas the treatment group when pre  $66.35 \pm 28.72$  and  $71.80 \pm 23.84$  in post. Wilcoxon test results on pre and post knowledge obtained p value of 0.041 ( $p < 0.05$ ), self-efficacy at p value of 0.307 ( $p > 0.05$ ), the stress level of p value of 0.046 ( $p < 0.05$ ). Result of paired t test on cortisol levels obtained p value 0.598 ( $p > 0.05$ ), while the test obtained independent t test p value of 0.0709 ( $p > 0.05$ ).

The conclusion of this study that support group activities conducted in patients with leprosy in the RSK Sumberglagah can increase knowledge and reduce stress, but not proven to increase self-efficacy and lower levels of cortisol.

**ABSTRAK**

Peningkatan Pengetahuan, *Self Efficacy* Dan Penurunan Stres Pada Pasien Kusta Melalui Penerapan *Support group* Dengan Pendekatan Teori Adaptasi Roy di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah

Oleh:  
Margareta Kewa Lamak

Penyakit kusta masih ditakuti masyarakat, keluarga pasien, dan pasien kusta sendiri karena kurangnya pengetahuan dan kepercayaan yang keliru. Pandangan bahwa kusta merupakan penyakit yang tidak dapat diobati, penyakit keturunan, kutukan, najis dan menyebabkan kecacatan membuat penderita merasa marah, kecewa bahkan cenderung menutup diri yang pada akhirnya tidak tekun berobat. Tujuan penelitian adalah menjelaskan peningkatan pengetahuan, *self efficacy*, dan penurunan stres pasien kusta melalui penerapan *support group* di RSK Sumberglagah.

Jenis penelitian adalah *quasy* eksperimen menggunakan desain *pre test and post test nonequivalent control group*. Besar sampel adalah 28 pasien kusta di ruang rawat inap dan poli kusta. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dan pemeriksaan kadar kortisol. Analisis data dilakukan secara deskriptif dan uji *Wilcoxon*, *Mann-whitney* serta uji *paired t test* dan *independent t test* dengan  $\alpha$  0,05.

Hasil analisis deskriptif rerata usia responden adalah 40,92 tahun. Sebagian besar responden berpendidikan dasar. Pengetahuan responden *pre* dan *post* 57,14% baik; 100% baik ( $p = 0,041$ ). *Self efficacy* responden *pre* dan *post* 42,86% tinggi; 28,57% tinggi ( $p = 0,307$ ). Tingkat stres responden *pre* dan *post* 35,71% tidak stres; 50% tidak stres ( $p = 0,046$ ). Rerata kadar kortisol  $66,35 \pm 28,72$ ;  $71,80 \pm 23,84$  ( $p = 0,598$ ).

Kesimpulan penelitian yaitu kegiatan *support group* yang dilakukan pada pasien kusta di ruang Melati RSK Sumberglagah dapat meningkatkan pengetahuan dan menurunkan stres namun tidak terbukti dapat meningkatkan *self efficacy* dan menurunkan kadar kortisol.

**Kata Kunci :** *support group*, pasien kusta, pengetahuan, *self efficacy*, stres, kortisol.

**ABSTRACT****Increasing of Knowledge, Self Efficacy and Decreasing of Stress in Patient With Leprosy By Support Group Using Roy's Adaptation Theory**

By:

Margareta Kewa Lamak

Leprosy is still be feared by society, family of the patients, and the patients itself because of the lack of knowledge and erroneus belief. Assumption of leprosy that it is uncurable, hereditary, cursed, and impure disease causes the patients angry, disappointed even being introvert and leads them to a treatment adherence. The goal of this study was to explain the increasing of knowledge, self efficacy and the decreasing of stress in patient with leprosy by support group in Leprosy Hospital of Sumberglagah.

This study was a quasy experiment study using pre test and post test nonequivalent control. Total sample was 28 respondents in inpatient ward and outpatient. The instruments were questionnaire and cortisol level. Data were then analyzed descriptively and statistically using Wilcoxon test, Mann-whitney test, paired t test and independent t test with  $\alpha$  0,05.

Results showed that mean of age was 40,92 years old. Almost all of respondents were in primary education. Knowledge pre and post was 57,14% good; 100% good ( $p = 0,041$ ). Self efficacy pre and post was 42,86% high; 28,57% high ( $p = 0,307$ ). Stres level pre and post was 35,71% normal; 50% normal ( $p = 0,046$ ). Mean of cortisol level pre and post was  $66,35 \pm 28,72$ ;  $71,80 \pm 23,84$  ( $p = 0,598$ ).

It can be concluded that support group increases knowledge and decreases stress but doesn't increase self efficacy and decrease cortisol level in patient with leprosy in Leprosy Hospital of Sumberglagah.

**Keywords :** *support group, leprosy, knowledge, self efficacy, stress, cortisol.*

## DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN .....	i
SAMPUL DALAM .....	ii
LEMBAR PERSYARATAN GELAR .....	iii
LEMBAR PENYATAAN ORISINALITAS .....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN .....	v
LEMBAR PENGESAHAN PANITIA PENGUJI .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	x
RINGKASAN .....	xi
ABSTRAK .....	xvi
DAFTAR ISI .....	xviii
DAFTAR TABEL .....	xxi
DAFTAR GAMBAR .....	xxii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xxiii
DAFTAR SINGKATAN .....	xxiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan Penelitian .....	7
1.3.1 Tujuan umum .....	7
1.3.2 Tujuan khusus .....	7
1.4 Manfaat Penelitian .....	7
1.4.1 Manfaat teoritis .....	7
1.4.2 Manfaat praktis .....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>9</b>
2.1 Konsep Penyakit Kusta .....	9
2.1.1 Definisi penyakit kusta .....	9
2.1.2 Etiologi penyakit kusta .....	9
2.1.3 Patofisiologi penyakit kusta .....	9
2.1.4 Diagnosis penyakit kusta .....	11
2.1.5 Klasifikasi penyakit kusta .....	12
2.1.6 Penatalaksanaan penyakit kusta .....	15
2.1.7 Dampak psikososial penyakit kusta .....	16
2.2 Konsep Pengetahuan .....	18
2.2.1 Definisi pengetahuan .....	18
2.2.2 Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif .....	19
2.2.3 Cara memperoleh pengetahuan .....	20
2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan .....	23
2.3 Konsep <i>Self Efficacy</i> .....	24
2.3.1 Definisi <i>self efficacy</i> .....	24
2.3.2 Aspek-aspek pembentuk <i>self efficacy</i> .....	24

2.3.3 Dimensi-dimensi <i>self efficacy</i> .....	26
2.3.4 Pengaruh <i>self efficacy</i> terhadap proses dalam diri manusia .....	27
2.4 Konsep Stres .....	28
2.4.1 Definisi stres.....	28
2.4.2 Sumber-sumber stres .....	29
2.4.3 Macam-macam stres.....	30
2.4.4 Faktor yang mempengaruhi penilaian terhadap stres .....	31
2.4.5 Tahapan stres.....	32
2.5 Konsep Kortisol .....	33
2.6 Konsep <i>Support Group</i> .....	35
2.6.1 Definisi <i>peer support</i> .....	35
2.6.2 Jenis-jenis <i>peer support</i> .....	35
2.6.3 Tahap-tahap pelaksanaan <i>peer support</i> .....	41
2.7 Konsep Teori Adaptasi Sister Calissta Roy .....	42
2.7.1 Latar belakang teori.....	42
2.7.2 Definisi dan konsep mayor .....	43
2.7.3 Kerangka model konseptual .....	47
2.7.4 Asumsi mayor.....	50
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL</b> .....	54
3.1 Kerangka Konseptual .....	54
3.2 Hipotesis Penelitian .....	56
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b> .....	57
4.1 Desain Penelitian .....	57
4.2 Kerangka Operasional .....	58
4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling .....	59
4.3.1 Populasi.....	59
4.3.2 Sampel .....	59
4.3.3 Sampling .....	59
4.3.4 Besar sampel .....	60
4.4 Identifikasi Variabel .....	61
4.4.1 Variabel dependen .....	61
4.4.2 Variabel independen .....	61
4.5 Definisi Operasional .....	62
4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data .....	64
4.6.1 Instrumen Penelitian .....	64
4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian .....	66
4.6.3 Prosedur pengumpulan data.....	66
4.6.4 Analisis data.....	68
4.7 Etika Penelitian.....	70
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN</b> .....	71
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	71
5.2 Karakteristik Responden .....	72
5.2.1 Usia .....	72
5.2.2 Jenis kelamin .....	73
5.2.3 Pendidikan .....	73

5.3 Hasil Analisis Data .....	74
5.3.1 Pengetahuan .....	74
5.3.2 <i>Self efficacy</i> .....	75
5.3.3 Stres .....	76
5.4 Pengaruh <i>Support Group</i> Terhadap Pengetahuan, <i>Self Efficacy</i> , Stres, Dan Kadar Kortisol Pada Pasien Kusta .....	79
<b>BAB 6 PEMBAHASAN</b> .....	<b>81</b>
6.1 Pengaruh <i>Support Group</i> Terhadap Pengetahuan, <i>Self Efficacy</i> , dan Stres .....	81
6.2 Keterbatasan Penelitian .....	93
<b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	<b>94</b>
7.1 Kesimpulan .....	94
7.2 Saran .....	94
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>95</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi kusta menurut WHO (Sasakawa Memorial Health Foundation, 2004).....	15
Tabel 4.1	Alur Penelitian.....	57
Tabel 5.1	Distribusi karakteristik responden berdasarkan usia di RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013.....	72
Tabel 5.2	Distribusi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013.....	73
Tabel 5.3	Distribusi karakteristik responden berdasarkan pendidikan di RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013.....	73
Tabel 5.4	Pengetahuan <i>pre</i> dan <i>post</i> kegiatan <i>support group</i> pada kelompok pembanding di poli kusta RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013.....	74
Tabel 5.5	Pengetahuan <i>pre</i> dan <i>post</i> kegiatan <i>support group</i> pada kelompok perlakuan di Ruang Melati RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013.....	74
Tabel 5.6	<i>Self efficacy pre</i> dan <i>post</i> kegiatan <i>support group</i> pada kelompok pembanding di poli kusta RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013.....	75
Tabel 5.7	<i>Self efficacy pre</i> dan <i>post</i> kegiatan <i>support group</i> pada kelompok perlakuan di Ruang Melati RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013.....	76
Tabel 5.8	Stres <i>pre</i> dan <i>post</i> kegiatan <i>support group</i> pada kelompok pembanding di poli kusta RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013.....	76
Tabel 5.9	Stres <i>pre</i> dan <i>post</i> kegiatan <i>support group</i> pada kelompok perlakuan di Ruang Melati RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013.....	77
Tabel 5.10	Hasil Uji Normalitas Kadar Kortisol Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Pembanding Sebelum dan sesudah Perlakuan.....	77
Tabel 5.11	Kadar kortisol <i>pre</i> dan <i>post</i> pada kelompok pembanding di poli kusta RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013.....	78
Tabel 5.12	Kadar kortisol <i>pre</i> dan <i>post</i> pada kelompok perlakuan di Ruang Melati RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013.....	78
Tabel 5.13	Pengaruh <i>Support Group</i> Terhadap Pengetahuan, <i>Self Efficacy</i> , dan Stres di RSK Sumberglagah 6 Mei – 6 Juni 2013.....	79
Tabel 5.14	Pengaruh <i>support group</i> terhadap kadar kortisol responden di RSK Sumberglagah 6 Mei – 6 Juni 2013.....	80

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Manusia sebagai sistem adaptif.....	47
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Peningkatan Pengetahuan, <i>Self Efficacy</i> , dan Penurunan Stres Melalui Penerapan <i>Support Group</i> dengan Pendekatan Teori Adaptasi Roy.....	54
Gambar 4.2	Kerangka Operasional Peningkatan Pengetahuan, <i>Self Efficacy</i> , dan Penurunan Stres Pasien Kusta Melalui Penerapan <i>Support Group</i> di RSK Sumberglagah.....	58

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Ijin Penelitian .....	99
Lampiran 2	Surat Keterangan Kelaikan Etik .....	100
Lampiran 3	Lembar Permintaan Menjadi Responden Penelitian.....	101
Lampiran 4	Lembar Pernyataan Kesiediaan Menjadi Responden.....	102
Lampiran 5	Kuesioner Pengetahuan.....	103
Lampiran 6	Kuesioner <i>Self Efficacy</i> .....	105
Lampiran 7	Kuesioner Stres (DASS).....	107
Lampiran 8	Satuan Acara Kegiatan <i>Support Group</i> .....	108
Lampiran 9	Rekapitulasi Data Pengetahuan Responden.....	137
Lampiran 10	Rekapitulasi Data <i>Self Efficacy</i> Responden.....	138
Lampiran 11	Rekapitulasi Data Tingkat Stres Responden.....	139
Lampiran 12	Rekapitulasi Data Kadar Kortisol Responden.....	140
Lampiran 13	Hasil Uji Statistik.....	141

## DAFTAR SINGKATAN

Ab	: Antibodi
Ag	: Antigen
ANS	: <i>Autonomic Nerve System</i>
B	: Borderline
BB	: Borderlineborderline
BT	: Borderline Tuberculoid
BL	: Borderline Lepromatous
CDSMP	: Chronic Disease Self Management Program
CMI	: Cell Mediated Immunity
Depkes	: Departeman Kesehatan
ENL	: Eritema Nodusum Leprosum
GAS	: General Adaptation Syndrome
HPA	: <i>Hipothalamic-Pituitary Adrenocorticoid</i>
I	: Intermediate
LL	: Lepromatous-lepromatous
<i>M. Leprae</i>	: <i>Mycobacterium leprae</i>
MB	: Multi Basiler
MDT	: Multi Drug Therapy
MLPA	: <i>Mycobacterium Lepra Particle Agglutination</i>
L	: Lepromatous
PB	: Pausi Basiler
PCR	: Polimerase Chain Reaction
POD	: Prventions of Diasability
RFC	: Release From Control
RFT	: Release From Treatment
ROM	: Rifampisin Ofloxacin Minosiklin
RSK	: Rumah Sakit Kusta
SR	: Sensitivity Test
T	: Tuberculoid
TT	: Tuberkuloid-tuberkuloid
VMT	: Voluntary Muscle Test
WHO	: <i>World Health Organization</i>

# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Kusta merupakan penyakit menular dan menahun yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Leprae*, penyakit ini menyerang kulit, saraf tepi dan dapat pula menyerang jaringan tubuh lainnya. Penyakit kusta adalah salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional (Depkes RI, 2007). Penyakit ini berkembang perlahan-lahan (dari enam bulan sampai 40 tahun) dan dapat menyebabkan lesi pada kulit hingga menjadikan seseorang menjadi cacat. Masalah fisik seperti bentuk kulit dan wajah yang rusak, kecacatan membawa dampak pada pengucilan dari masyarakat sehingga menimbulkan gangguan kognitif pada penderitanya kusta (pikiran-pikiran negatif), masalah emosional seperti kecemasan, stres, dan depresi, serta kehilangan rasa percaya diri yang ditunjukkan dengan menyalahkan diri sendiri, berlaku negatif dan menarik diri dari masyarakat (Fajar, 2010).

Penyakit kusta masih ditakuti oleh masyarakat, keluarga pasien, dan pasien kusta sendiri disebabkan karena masih kurangnya pengetahuan dan kepercayaan yang keliru terhadap kusta dan cacat yang ditimbulkannya. Pandangan tersebut mendasari konsep perilaku penerimaan penderita terhadap penyakitnya, dimana untuk kondisi ini penderita masih saja menganggap bahwa penyakit kusta merupakan penyakit tidak dapat diobati, penyakit keturunan,

kutukan Tuhan, najis dan menyebabkan kecacatan, sehingga penderita akan merasa sangat marah, kecewa atau bahkan cenderung menutup diri yang pada akhirnya mereka tidak tekun untuk berobat (Depkes RI, 2002).

Jawa Timur termasuk wilayah endemis penyakit kusta di Indonesia. Pada tahun 2010, sepertiga penderita Lepra di Indonesia ada di Jawa Timur atau setara dengan 4.653 penderita (14 persen diderita anak-anak dan cacat permanen). Sedangkan hingga September 2011 ditemukan penderita baru sebanyak 4.142 penderita. Angka itu menempatkan Indonesia di urutan ketiga terbesar dunia untuk jumlah penderita setelah India dengan angka 126.800 penderita dan Brazil di angka 34.894 penderita. Jumlah itu merupakan 30% dari jumlah penderita kusta di Indonesia yang jumlahnya mencapai 17.000 orang (Shohibul, 2012).

Masyarakat memandang penyakit kusta termasuk penyakit yang diturunkan atau merupakan penyakit kutukan. Ada beberapa kebudayaan yang menganggap penderita kusta sebagai orang buangan dan sedapat mungkin tidak bergaul dengan mereka dan sebaiknya pasien kusta diasingkan atau diisolasi. Itulah sebabnya selama ini pasien kusta sangat sulit untuk mendapatkan dukungan sosial dari masyarakat sekitar. Penolakan, stigma, dan diskriminasi yang dilakukan masyarakat terhadap pasien kusta dan kondisi penyakit kusta yang menimbulkan kecacatan menimbulkan rasa tidak percaya diri dan berpotensi menyebabkan stres bagi pasien kusta. Stres yang dialami akan memodulasi sistem imun melalui jalur HPA (*Hypothalamic-Pituitary Adrenocortical*) axis dan sistem limbik (mengatur emosi dan *learning process*). Kondisi stres tersebut akan menstimulasi hypothalamus untuk mensekresi neuropeptida yang nantinya akan mengaktifasi ANS (*Autonomic Nerve System*) dan hypofisis untuk melepaskan

kortikosteroid dan katekolamin yang merupakan hormon-hormon yang bereaksi terhadap kondisi stres. Peningkatan kadar glukokortikoid akan mengganggu sistem imunitas. Bila kondisi stres dapat dikendalikan maka modulasi sistem imun menjadi lebih baik. Stres yang lama dan berkepanjangan akan berdampak pada penurunan sistem imun dan mempercepat progresivitas penyakit (Gunawan & Suwadiono, 2007 dalam Henny 2011).

Stres merupakan sumber dari berbagai penyakit pada manusia. Apabila stres tidak cepat ditanggulangi atau dikelola dengan baik, maka akan berdampak lebih lanjut seperti mudah terjadi gangguan atau terjadi penyakit bahkan mempercepat proses penyakit (Hidayat, 2008). Stres menjadi pemicu timbulnya depresi dan peningkatan kadar kortisol. Penderita kusta yang mengalami stres emosional akan cenderung membutuhkan adaptasi yang berat pula. Pada keadaan stres tubuh akan mengalami gangguan umum, yang dapat memicu terjadinya reaksi kusta (Prawoto, 2008). Menurut Judith Swarth (2000), stres bisa mengakibatkan penurunan kekebalan tubuh sebanyak 50%. Penelitian Shriya Dave, *et al.* (2003), menyatakan bahwa stres mental berhubungan dengan terjadinya reaksi ENL (*Eritema Nodusum Leprosum*) pada pasien kusta. Penelitian yang dilakukan oleh Prawoto di wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Brebes terbukti pada tahun 2008 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara stres dengan terjadinya reaksi kusta.

Pada pasien kusta, bayangan cacat kusta menyebabkan penderita seringkali tidak dapat menerima kenyataan bahwa ia menderita kusta akibatnya akan ada perubahan mendasar pada kepribadian dan tingkah lakunya, selain itu masalah psikososial yang timbul pada penderita kusta lebih menonjol

dibandingkan dengan masalah medis itu sendiri. Hal ini disebabkan karena adanya stigma dan leprofobi yang banyak dipengaruhi oleh berbagai paham keagamaan, serta informasi yang keliru tentang penyakit kusta (Depkes RI, 2000). Selain menimbulkan masalah bagi penderita, penyakit kusta juga menimbulkan masalah bagi keluarga dan masyarakat di sekitar penderita kusta, yaitu adanya perilaku keluarga dan masyarakat yang cenderung mengucilkan atau menyingkirkan penderita kusta sehingga menyebabkan stres (stresor) pada penderita kusta tersebut. Dengan kondisi tersebut maka dapat menyebabkan faktor pencetus stres bagi penderita kusta sehingga akan memperlambat penyembuhan (Depkes RI, 1997).

Peneliti memilih Rumah Sakit Kusta (RSK) Sumberglagah sebagai tempat penelitian karena rumah sakit ini merupakan UPT Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur yang mempunyai tugas menjalankan sebagian tugas Dinkes Propinsi Jawa Timur di bidang promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi pasien kusta di Jawa Timur, merupakan rumah sakit milik Pemerintahan Propinsi Jawa Timur, menjadi unit pelayanan publik terbaik pada tahun 2006 yang dipilih oleh gubernur Jawa Timur, memiliki manajemen yang baik dalam merawat pasien kusta, serta terbuka terhadap penelitian-penelitian tentang penyakit kusta yang jumlahnya tidak sebanyak penelitian yang telah dilakukan di bidang lain. Pendidikan kesehatan untuk pasien kusta rutin dilakukan oleh pihak RSK Sumberglagah melalui kegiatan penyuluhan sebulan sekali, namun evaluasi mengenai tingkat pengetahuan pasien kusta belum pernah dilakukan. Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan peneliti pada tanggal 5 Januari 2013, dari 10 pasien yang diwawancara oleh peneliti kesepuluh pasien tersebut mengatakan

bahwa jika dalam keadaan lelah dan stress karena banyak pikiran maka mereka akan mengalami reaksi. Sehingga jika sudah mulai merasakan lelah secara fisik dan psikologis maka mereka memilih untuk beristirahat dan tidak ada tindakan khusus untuk mengatasi masalah psikologis tersebut. Masalah psikologis yang sering dirasakan pasien antara lain ketakutan terhadap kecacatan yang dapat ditimbulkan oleh kusta serta penolakan dan diskriminasi dari masyarakat sekitar dalam hal pekerjaan dan tempat tinggal.

Prokop (1991) dalam Rohmah (2006) menyatakan bahwa salah satu faktor psikologis yang digunakan untuk meningkatkan daya tahan terhadap stres adalah melalui *self efficacy*. Bandura (1997) dalam Rohmah (2006) menyatakan bahwa *self efficacy* adalah kepercayaan individu yang dimiliki untuk menunjukkan suatu perilaku. Sumber stres menjadi ancaman bagi mereka yang merasa dirinya tidak mampu melakukan tugas. Diharapkan dengan semakin tinggi kesadaran seseorang akan kemampuannya, semakin mudah mereka mengatasi persoalan yang dihadapi dengan cara konstruktif. Kondisi emosi seperti cemas, stres, dan suasana hati yang negatif mempengaruhi kegagalan atau kesuksesan terhadap hasil (Pajares, 2002).

Banyak cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan *self efficacy* dan mengurangi stres antara lain dengan adanya dukungan dari sesama penderita atau *support group*. Kotler (1996) dalam Rohmawati (2012) menyatakan bahwa *support group* merupakan suatu bentuk kelompok dimana para anggotanya berkumpul untuk membangun kekuatan, minat umum, serta kompetensi dari masing-masing anggota. *Support group* memanfaatkan kesamaan pengalaman peserta untuk membantu satu sama lain. Di dalam *support group* setiap anggota mendapat dukungan penuh dari sesama anggota, dapat mengekspresikan semua

perasaan negatifnya, dan merupakan tempat bagi para anggota untuk mencari informasi (Underwood & Gottlieb, 2000). Namun bagaimana pengaruh penerapan *support group* terhadap peningkatan pengetahuan, *self efficacy*, dan penurunan stres pada pasien kusta masih belum jelas.

Penelitian yang dilakukan oleh Ussher, Kirsten, Butow & Sandoval di Denmark pada tahun 2005 tentang *support group* pada pasien kanker melaporkan bahwa penderita akan mengalami peningkatan rasa percaya diri, empati dan rasa persahabatan dalam kelompok tersebut. Dukungan dalam *support group* menawarkan dukungan emosional, rasa saling memiliki juga sebagai fasilitas koping penderita dan pemahaman informasi tentang penyakit (Ussher, Kirsten, Butow & Sandoval, 2005). *Support group* pada pasien kusta belum banyak diterapkan di Indonesia dan belum ada intervensi khusus dari perawat dalam upaya pemenuhan kebutuhan psikososial pasien kusta. Maka dari itu, pada penelitian ini, peneliti ingin menerapkan metode *support group* pada pasien kusta dan meneliti pengaruh metode *support group* terhadap kognitif, *self efficacy*, dan stres pasien kusta di RSK Sumberglagah. Peneliti menerapkan metode *support group* dengan pendekatan teori adaptasi Roy karena teori ini sangat sesuai menggambarkan proses adaptasi yang dialami oleh pasien kusta mulai dari stresor yang merupakan *input*, sampai pasien dapat mencapai *output* yang diharapkan yaitu tingkat stres yang menurun dan kualitas hidup yang baik.

## 1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat peningkatan pengetahuan, *self efficacy*, dan penurunan stres pasien kusta melalui penerapan *support group* di RSK Sumberglagah dapat terjadi?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan peningkatan pengetahuan, *self efficacy*, dan penurunan stres pasien kusta melalui penerapan *support group* di RSK Sumberglagah

### 1.3.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis peningkatan pengetahuan pasien kusta melalui penerapan *support group* di RSK Sumberglagah
2. Menganalisis peningkatan *self efficacy* melalui penerapan *support group* pasien kusta di RSK Sumberglagah
3. Menganalisis penurunan stres pasien kusta melalui penerapan *support group* di RSK Sumberglagah

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan peningkatan pengetahuan, *self efficacy*, dan penurunan stres pasien kusta melalui penerapan *support group* sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan medikal bedah yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan psikososial pasien kusta.

#### 1.4.2 Praktis

Metode *support group* dapat digunakan oleh perawat sebagai salah satu cara mengembangkan intervensi untuk meningkatkan pengetahuan dan mengatasi masalah psikososial pada pasien kusta sehingga membantu pengobatan, mempercepat penyembuhan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien kusta.

## **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Penyakit Kusta

##### 2.1.1 Definisi penyakit kusta

Kusta merupakan penyakit menular menahun yang disebabkan oleh kuman kusta (*M. Leprae*) yang menyerang syaraf tepi, kulit dan jaringan tubuh lainnya (Depkes RI, 2006). Kusta adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh kuman *M. Leprae* yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa, saluran pernapasan bagian atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang dan testis (Amirudin, 2000).

##### 2.1.2 Etiologi penyakit kusta

Penyebab kusta adalah *Mycobacterium leprae* (*M. Leprae*), yang ditemukan oleh warganegara Norwegia, G.A Armauer Hansen pada tahun 1873 dan sampai sekarang belum dapat dibiakkan dalam media buatan. Kuman *M. Leprae* berbentuk basil dengan ukuran 3-8 Um X 0,5 Um, tahan asam dan alkohol serta bersifat Gram positif. Kuman *M. Leprae* hidup intraseluler dan mempunyai afinitas yang besar pada sel saraf (*Schwan cell*) dan sistem retikulo endotelial.

##### 2.1.3 Patofisiologi penyakit kusta

Kuman masuk ke dalam tubuh melalui saluran pernafasan dan kulit yang tidak utuh. Sumber penularan adalah penderita kusta yang banyak mengandung kuman (tipe multibasiler) yang belum diobati. Setelah kuman masuk ke dalam tubuh, kuman menuju tempat predileksinya yaitu saraf tepi. Sebanyak 95% populasi manusia mempunyai kekebalan alamiah terhadap *M. Leprae*.

Pengaruh *M. Leprae* terhadap kulit tergantung pada faktor imunitas seseorang, kemampuan hidup *M. Leprae* pada suhu tubuh yang rendah, waktu regenerasi yang lama, serta sifat kuman yang avirulen dan nontoksik. Kuman *M. Leprae* merupakan parasit obligat intraselular yang terutama terdapat pada sel makrofag di sekitar pembuluh darah superfisial pada dermis atau sel Schwann di jaringan saraf. Bila kuman *M. Leprae* masuk ke dalam tubuh, maka tubuh akan bereaksi mengeluarkan makrofag (berasal dari sel monosit darah, sel mononuklear, histiosit) untuk memfagositnya.

Pada kusta tipe LL terjadi kelumpuhan sistem imunitas selular, dengan demikian makrofag tidak mampu menghancurkan kuman sehingga kuman dapat bermultiplikasi dengan bebas yang kemudian dapat merusak jaringan. Pada kusta tipe TT kemampuan fungsi sistem imunitas selular tinggi sehingga makrofag dapat menghancurkan kuman. Namun setelah semua kuman difagositosis, makrofag akan berubah menjadi sel epiteloid yang tidak bergerak aktif dan kadang-kadang bersatu membentuk sel datia langhans. Bila infeksi ini tidak segera diatasi maka akan terjadi reaksi berlebihan dan masa epiteloid akan menimbulkan kerusakan saraf dan jaringan di sekitarnya.

Sel Schwann merupakan sel target untuk pertumbuhan *M. Leprae*, di samping itu sel Schwann berfungsi sebagai demielinisasi dan hanya sedikit fungsinya sebagai fagositosis sehingga bila terjadi gangguan imunitas tubuh dalam sel Schwann, kuman dapat bermigrasi dan beraktivasi. Akibatnya aktivitas regenerasi saraf berkurang dan terjadi kerusakan saraf yang progresif.

#### 2.1.4 Diagnosis penyakit kusta

Diagnosis penyakit kusta didasarkan pada gambaran klinis, bakteriologis dan histopatologis. Dari ketiga diagnosis klinis merupakan yang terpenting dan paling sederhana. Sebelum diagnosis klinis ditegakkan, harus dilakukan anamnesa, pemeriksaan klinik (pemeriksaan kulit, pemeriksaan saraf tepi dan fungsinya). Untuk menetapkan diagnosis klinis penyakit kusta harus ada minimal satu tanda utama atau *cardinal sign*. Tanda utama tersebut yaitu :

1) Lesi (kelainan) kulit yang mati rasa

Kelainan dapat berbentuk bercak keputihan (*hipopigmentasi*) atau kemerah-merahan (*eritematosa*) yang mati rasa (*anestesi*)

2) Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf akibat peradangan saraf (*neuritis perifer*), bisa berupa :

(1) Gangguan fungsi sensoris (mati rasa)

(2) Gangguan fungsi motoris : kelemahan otot, kelumpuhan

(3) Gangguan fungsi otonom : kulit kering dan retak

3) Adanya kuman tahan asam di dalam pemeriksaan kerokan jaringan kulit (BTA positif).

Pemeriksaan serologis juga dilakukan untuk menegakkan diagnosis kusta antara lain:

1) Lepromin test: untuk mengetahui imunitas seluler dan membantu menentukan tipe kusta

2) MLPA (*Mycobacterium Lepra particle Agglutination*): untuk mengetahui imunitas humoral terhadap antigen yang berasal dari *M. Leprae*

- 3) PCR (*Polimerase Chain Reaction*): sangat sensitif, dapat mendeteksi 1-10 kuman, sediaan diambil biasanya pada jaringan

#### 2.1.5 Klasifikasi penyakit kusta

Dikenal beberapa jenis klasifikasi kusta, yang sebagian besar didasarkan pada tingkat kekebalan tubuh (kekebalan seluler) dan jumlah kuman. Beberapa klasifikasi kusta di antaranya adalah :

##### 1) Klasifikasi Madrid (1953)

Pada klasifikasi kusta ini penderita kusta di tempatkan pada dua kutub, satu kutub terdapat kusta tipe *tuberculoid (T)* dan kutub lain tipe *lepromatous (L)*. Diantara kedua tipe ini ada tipe tengah yaitu tipe *borderline (B)*.

##### 2) Klasifikasi Ridley Jopling (1962)

Berdasarkan gambaran imunologis, Ridley dan Jopling membagi tipe kusta menjadi 6 kelas yaitu : *intermediate (I)*, *tuberculoidtuberculoid (TT)*, *borderline tuberculoid (BT)*, *borderlineborderline (BB)*, *borderline lepromatous (BL)* dan *lepromatous-lepromatous (LL)*.

##### (1) Tipe tuberkuloid-tuberkuloid (TT)

Lesi ini mengenai kulit dan saraf. Lesi kulit bisa satu atau beberapa, dapat berupa *macula* atau plakat, batas jelas dan bagian tengah dapat ditemukan lesi yang mengalami regresi atau penyembuhan ditengah. Permukaan lesi dapat bersisik dengan tepi yang meninggi, bahkan dapat menyerupai gambaran psoriasis. Gejala ini dapat disertai penebalan saraf perifer yang biasanya teraba, kelemahan otot dan sedikit rasa gatal.

(2) Tipe borderline tuberkuloid (BT)

Lesi pada tipe ini menyerupai tipe TT, yakni berupa makula anestesi atau plakyang sering disertai lesi satelit di pinggirnya, jumlah lesi satu atau beberapa, tetapi gambaran hipopigmentasi, kekeringan kulit atau skuama tidak jelas seperti pada tipe tuberkuloid. Gangguan saraf tidak seberat pada tipe tuberkuloid dan biasanya asimetrik. Biasanya ada lesi satelit yang terletak dekat saraf perifer yang menebal.

(3) Tipe borderline-borderline (BB)

Tipe BB merupakan tipe yang paling tidak stabil dari semua spectrum penyakit kusta. Tipe ini disebut juga sebagai bentuk dimorfik dan jarang dijumpai. Lesi dapat berbentuk makula infiltrate. Permukaan lesi dapat mengkilat, batas lesi kurang jelas dengan jumlah lesi yang melebihi tipe borderline tuberkuloid dan cenderung simetrik. Lesi sangat bervariasi baik ukuran, bentuk dan distribusinya. Bisa didapat lesi *punched out*, yaitu hipopigmentasi yang oval pada bagian tengah, batas jelas yang merupakan ciri khas tipe ini.

(4) Tipe borderline lepromatous (BL)

Secara klasik lesi dimulai dengan makula. Awalnya dalam jumlah sedikit kemudian dengan cepat menyebar ke seluruh badan. Makula disini lebih jelas dan lebih bervariasi bentuknya walau masih kecil, papul dan nodus lebih tegas dengan distribusi lesi yang hampir simetrik dan beberapa nodus tampak melekok pada bagian tengah. Lesi bagian tengah sering tampak normal dengan pinggir didalam infiltrat lebih jelas dibanding pinggir luarnya, dan beberapa plak tampak seperti *punched-out*. Tanda-

tanda kerusakan saraf berupa hilangnya sensasi, hipopigmentasi, berkurangnya keringat dan rontoknya rambut lebih cepat muncul dibandingkan dengan tipe lepromatous dengan penebalan saraf yang dapat teraba pada tempat predileksi dikulit.

(5) Tipe lepromatous-lepromatous (LL)

Jumlah lesi sangat banyak, simetrik, permukaan halus, lebih eritem, mengkilat berbatas tidak tegas dan tidak ditemukan gangguan anestesi dan anhidrosis pada stadium dini. Distribusi lesi khas, yakni diwajah mengenai dahi, pelipis dagu, kuping telinga, sedangkan dibadan mengenai belakang yang dingin, lengan, punggung tangan, dan permukaan ekstensor tungkai bawah. Pada stadium lanjut tampak penebalan kulit yang progresif, kuping telinga menebal, garis muka menjadi kasar dan cekung membentuk *facies leonine* yang dapat disertai madarosis, iritis, dan keratitis. Lebih lanjut lagi dapat terjadi deformitas pada hidung. dapat dijumpai pembesaran kelenjar limfe, orkitis yang selanjutnya dapat menjadi atropitestis. Kerusakan saraf dermis menyebabkan gejala *stocking* dan *glove anaesthesia*.

3) Klasifikasi WHO ( 1997 )

Pada pertengahan tahun 1997 *WHO Expert Committee* menganjurkan klasifikasi kusta menjadi pausi basiler (PB) lesi tunggal, pausi basiler (PB lesi 2-5) dan multi basiler (MB). Sekarang untuk pengobatan PB lesi tunggal disamakan dengan PB lesi 2-5. Sesuai dengan jenis regimen MDT (*multi drug therapy*) maka penyakit kusta dibagi dalam 2 tipe, yaitu tipe PB dan MB. Klasifikasi WHO (1997) inilah yang diterapkan dalam program

pemberantasan penyakit kusta di Indonesia. Penentuan klasifikasi atau tipe kusta selengkapnya seperti tabel di bawah ini:

Tabel 2.1 Klasifikasi kusta menurut WHO

Tanda Utama	PB	MB
Jumlah lesi	1-5	Lebih dari 5
Penebalan saraf yang disertai gangguan fungsi	Hanya 1 saraf	Lebih dari 1 saraf
Sediaan apus	BTA positif	BTA negatif

Sumber: Sasakawa Memorial Health Foundation (2004)

#### 2.1.6 Penatalaksanaan penyakit kusta

Regimen pengobatan *multi drug therapy (MDT)* digunakan di Indonesia, regimen ini berdasarkan rekomendasi WHO, yaitu:

##### 1) Penderita pausi basiler (PB)

###### (1) Penderita PB lesi 1

Diberi dosis tunggal ROM (rifampisin, ofloxacin dan minosiklin).

Dewasa 50-70 kg: rifampisin 600 mg, ofloxacin 400 mg dan minosiklin 100 mg

Anak 5-14 tahun: rifampisin 300 mg, ofloxacin 200 mg dan minosiklin 50 mg

Pemberian pengobatan hanya sekali saja dan penderita digolongkan dalam kelompok RFT (*release from tretment*). Dalam program kusta di Indonesia, regimen ROM ini tidak dipergunakan, penderita PB dengan 1 lesi diobati seperti pada PB dengan 2-5 lesi.

(2) Penderita PB lesi 2-5

Dewasa: rifampisin 600 mg, dapson 100 mg (diminum hari pertama di depan petugas) dan dapson 100 mg (diminum di rumah hari 2-28).

Lama pengobatan : 6-9 bulan (6 blister).

2) Penderita multi basiler (MB)

Dewasa : rifampisin 600 mg, clofazimin 300 mg, dapson 100 mg (diminum hari pertama di depan petugas) dan clofazimin 50 mg, dapson 100 mg (diminum di rumah hari 2-28).

Lama pengobatan : 12-18 bulan (12 blister)

Sedangkan anak dibawah 10 tahun, dosis MDT diberikan berdasarkan berat badan, yaitu : rifampisin 10-15 mg/kg BB, dapson 1-2 mg/kg BB dan clofazimin 1 mg/kg BB.

Penderita yang telah menyelesaikan regimen pengobatan disebut RFT (*release from treatment*). Setelah RFT penderita tetap dilakukan pengamatan secara pasif yaitu tipe kusta PB selama 2 tahun dan tipe kusta MB selama 5 tahun. Penderita kusta yang telah melewati masa pengamatan setelah RFT disebut RFC (*release from control*) atau bebas dari pengamatan.

#### 2.1.7 Dampak psikososial penyakit kusta

Seseorang yang merasakan dirinya menderita penyakit kusta akan mengalami trauma psikis.

Sebagai akibat dari trauma psikis ini, si penderita antara lain sebagai berikut :

- 1) dengan segera mencari pertolongan pengobatan
- 2) mengulur-ulur waktu karena ketidaktahuan atau malu bahwa ia atau keluarganya menderita penyakit kusta.
- 3) menyembunyikan (mengasingkan) diri dari masyarakat sekelilingnya, termasuk keluarganya.
- 4) oleh karena berbagai masalah, pada akhirnya si penderita bersifat masa bodoh terhadap penyakitnya.

Sebagai akibat dari hal-hal tersebut diatas timbul berbagai masalah antara lain:

- 1) Masalah terhadap diri penderita kusta

Pada umumnya penderita kusta merasa rendah diri, merasa tekan batin, takut terhadap penyakitnya dan terjadinya kecacatan, takut menghadapi keluarga dan masyarakat karena sikap penerimaan mereka yang kurang wajar. Segan berobat karena malu, apatis, karena kecacatan tidak dapat mandiri sehingga beban bagi orang lain (jadi pengemis, gelandangan dsb).

- 2) Masalah terhadap keluarga

Keluarga menjadi panik, berubah mencari pertolongan termasuk dukun dan pengobatan tradisional, keluarga merasa takut diasingkan oleh masyarakat disekitarnya, berusaha menyembunyikan penderita agar tidak diketahui masyarakat disekitarnya, dan mengasingkan penderita dari keluarga karena takut ketularan.

### 3) Masalah terhadap masyarakat

Pada umumnya masyarakat mengenal penyakit kusta dari tradisi kebudayaan dan agama, sehingga pendapat tentang kusta merupakan penyakit yang sangat menular, tidak dapat diobati, penyakit keturunan, kutukan Tuhan, najis dan menyebabkan kecacatan. Sebagai akibat kurangnya pengetahuan/informasi tentang penyakit kusta, maka penderita sulit untuk diterima di tengah-tengah masyarakat, masyarakat menjauhi keluarga dari perideita, merasa takut dan menyingkirkannya. Masyarakat mendorong agar penderita dan keluarganya diasingkan (Zulkifli, 2003).

## 2.2 Konsep Pengetahuan

### 2.2.1 Definisi pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan (mata), indera pendengaran (telinga), indera penciuman (hidung), indera perasa (lidah) dan indera peraba (tangan). Sebagian besar pengetahuan diperoleh dari mata dan telinga (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya, yang berbeda sekali dengan kepercayaan (*belief*), takhayul (*supersition*) dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformation*). (Soerjono, 2005).

### 2.2.2 Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat, yaitu :

#### 1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*re-call*) terhadap suatu yang spesifik dan seluruh badan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu “tahu” ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

#### 2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek/materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan, menyimpulkan, meramalkan terhadap objek yang akan dipelajari.

#### 3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*Problem Solving Cycle*) di dalam pemecahan masalah dari kasus yang diberikan.

#### 4) Analisis (*Analysis*)

Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan

masih ada kaitan satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja, misalnya dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan lain sebagainya.

5) Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru dengan kata lain sintesis itu adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari suatu objek penelitian atau responden.

### 2.2.3 Cara memperoleh pengetahuan

Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa banyak yang digunakan untuk memperoleh pengetahuan, namun sepanjang sejarah cara mendapatkan pengetahuan dikelompokkan menjadi 2 antara lain :

1) Cara tradisional

Cara tradisional terdiri dari 4 cara, yaitu :

(1) *Trial and error*

Cara ini dipakai sebelum adanya kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Pada waktu itu bila seseorang menghadapi persoalan atau masalah, upaya yang dilakukan hanya dengan mencoba- coba saja. Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam

memecahkan masalah dan apabila kemungkinan itu tidak berhasil maka dicoba kemungkinan yang lain sampai berhasil. Oleh karena itu, cara ini disebut dengan metode *trial* (mencoba) dan *error* (gagal/salah) atau metode coba salah/coba-coba. Metode ini telah banyak jasanya, terutama dalam meletakkan dasar-dasar menemukan teori-teori dalam berbagai ilmu pengetahuan. Hal ini juga merupakan pencerminan dari upaya memperoleh pengetahuan, walaupun dalam taraf yang masih primitif. Di samping itu, pengalaman yang diperoleh melalui menggunakan metode ini banyak membantu perkembangan berpikir dalam kebudayaan manusia ke arah yang lebih sempurna.

(2) Kekuasaan atau otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari-hari banyak sekali kebiasaan dan tradisi yang dilakukan oleh orang tanpa melalui perantara, apakah yang dilakukan itu baik/tidak. Kebiasaan ini tidak hanya terjadi pada masyarakat tradisional saja melainkan juga terjadi pada masyarakat modern. Kebiasaan-kebiasaan ini seolah-olah diterima oleh sumbernya berbagai kebenaran yang mutlak. Sumber pengetahuan dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal maupun non formal, ahli agama, pemegang pemerintah dan sebagainya.

Dengan kata lain pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan pada otoritas/kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemimpin agama, maupun ahli pengetahuan.

(3) Berdasarkan pengalaman pribadi

Adapun pepatah mengatakan “Pengalaman adalah guru terbaik”. Pepatah ini mengandung bahwa pengalaman ini merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran.

(4) Jalan pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berpikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan perasaannya dalam memperoleh pengetahuan. Manusia telah menjalankan jalan pikirannya, baik melalui induksi atau deduksi. Induksi dan deduksi pada dasarnya adalah cara melairkan pemikiran secara tidak langsung pertanyaan-pertanyaan yang dikemukakan, kemudian dicari hubungan sehingga dapat dibuat suatu kesimpulan.

Apabila proses pembuatan kesimpulan itu melalui pertanyaan-pertanyaan khusus kepada yang umum dinamakan induksi, sedangkan deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pertanyaan-pertanyaan umum kepada khusus.

2) Cara Ilmiah

Dalam memperoleh pengetahuan dewasa ini lebih sistematis, logis ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer disebut metodologi penelitian (*research methodology*).

#### 2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan, yaitu :

##### 1) Umur

Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari orang yang belum cukup tinggi dewasanya. Hal ini sebagai akibat dari kematangan dan pengalaman jiwa.

##### 2) Tingkat Pendidikan

Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti bahwa dalam pendidikan itu telah terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, dan perubahan ke arah yang dewasa, lebih baik dan lebih matang dalam individu, kelompok dan masyarakat. Makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai bagi yang dikenakan.

##### 3) Pekerjaan

Dengan adanya pekerjaan seseorang memerlukan banyak waktu dan tenaga, untuk itu informasi yang diperoleh sulit dicerna, sedangkan ibu yang tidak bekerja mempunyai banyak waktu luang, sehingga informasi yang diperoleh semakin banyak sehingga pengetahuan yang dimiliki lebih tinggi.

#### 4) Pengalaman dan sumber informasi

Pengetahuan dapat dipengaruhi pengalaman sendiri atau dari pengalaman orang lain, sebagai contoh seorang anak memperoleh pengetahuan bahwa api itu panas adalah setelah memperoleh pengetahuan dimana tangan atau kakinya terkena api dan terasa panas.

### 2.3 Konsep *Self efficacy*

#### 2.3.1 Definisi *self efficacy*

Bandura (1977) mengemukakan *self efficacy* adalah: “*Perceived self efficacy refers to beliefs in one’s capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments*”. *Self efficacy* merupakan keyakinan akan kemampuan individu untuk dapat mengorganisasi dan melaksanakan serangkaian tindakan yang dianggap perlu sehingga mencapai suatu hasil sesuai harapan. *Self efficacy* mempengaruhi bagaimana individu berpikir, merasa, memotivasi diri, dan bertindak. Menurut Bandura, *self efficacy* adalah keyakinan seseorang bahwa ia dapat menguasai situasi dan menghasilkan hasil (outcomes) yang positif.

#### 2.3.2 Aspek-aspek pembentuk *self efficacy*

Terdapat empat aspek yang dapat mengembangkan *self efficacy*, yaitu *enactive mastery experience*, *vicarious experience*, *verbal persuasion*, dan *emotional arousal*.

- 1) *Enactive Mastery Experience* merupakan suatu pengalaman belajar yang diperoleh melalui *learning by doing* atau *experiential learning*. Menurut Bandura (1977), *enactive mastery experience* merupakan salah satu sumber

yang memberikan kontribusi paling besar dalam pembentukan *self efficacy* karena aspek ini didasarkan pada pengalaman-pengalaman keberhasilan pribadi. Pada saat individu memperoleh suatu harapan untuk menguasai suatu hal maka *self efficacy* akan meningkat. Sebaliknya, kegagalan yang berulang akan menurunkan harapan untuk menguasai suatu hal, apalagi jika kegagalan tersebut dialami pada saat mengawali sesuatu yang baru. Besarnya *self efficacy* yang terbentuk dalam diri individu tergantung pada:

- (1) banyaknya kesuksesan dan kegagalan yang dialami
  - (2) persepsi mengenai tingkat kesulitan
  - (3) usaha yang dilakukan dalam mencapai tujuan
  - (4) pengalaman yang diingat dan direkonstruksi oleh daya ingat
  - (5) banyaknya bantuan eksternal, lingkungan dimana individu berada
- 2) *Vicarious Experience* merupakan penilaian mengenai keyakinan diri yang sebagian diperoleh melalui hasil yang dicapai oleh orang lain yang dijadikan sebagai model. Pengalaman belajar yang diperoleh melalui pengamatan terhadap tampilan orang lain (*modelling*) dan melalui kejelasan instruksi yang diberikan oleh model.
- 3) *Verbal Persuasion* merupakan keyakinan akan kemampuan diri yang diperoleh dari orang lain yang disampaikan secara lisan. Keyakinan yang diperoleh melalui proses ini sifatnya lemah dan untuk jangka waktu singkat. Selain itu, keyakinan yang diperoleh melalui pernyataan orang lain yang disampaikan secara terus menerus, sehingga terbentuk keyakinan yang relatif menetap.

- 4) *Emotional Arousal* merupakan ambang ketergugahan emosi seseorang dalam menghadapi suatu keadaan atau situasi tertentu. Ambang ketergugahan emosi pada tingkat rendah membuat individu mudah cemas ketika sedang menyelesaikan suatu masalah. Semakin kompleks masalah yang harus diselesaikan, ia akan semakin cemas karena merasa tidak sanggup untuk menyelesaikannya, sebaliknya apabila ambang ketergugahan seseorang tinggi maka ia tidak mudah terganggu ketika sedang menghadapi suatu masalah ia akan tetap tenang dan berusaha menyelesaikannya dengan baik.

### 2.3.3 Dimensi-dimensi *self efficacy*

Menurut Bandura (1978), *self-efficacy* terdiri dari 3 dimensi :

- 1) *Magnitude* (Tingkat)

Dimensi yang berfokus pada tingkat kesulitan yang dihadapi oleh seseorang terkait dengan usaha yang dilakukan. Dimensi ini berimplikasi pada pemilihan perilaku yang dipilih berdasarkan harapan akan keberhasilannya.

- 2) *Generality* (Keadaan umum)

Berkaitan dengan seberapa besar/luas cakupan tingkah laku yang diyakini mampu dilakukan untuk dilakukan. Berbagai pengalaman pribadi dibandingkan pengalaman orang lain pada umumnya akan lebih mampu meningkatkan *self-efficacy* seseorang.

- 3) *Strength* (Kekuatan)

Dimensi ini berfokus pada bagaimana kekuatan sebuah harapan atau keyakinan individu akan kemampuan yang dimilikinya. Harapan yang lemah bisa disebabkan karena adanya kegagalan, tetapi seseorang dengan harapan

yang kuat pada dirinya akan tetap berusaha gigih meskipun mengalami kegagalan.

#### 2.3.4 Pengaruh *self-efficacy* terhadap proses dalam diri manusia

*Self efficacy* akan mempengaruhi proses dalam diri manusia (Bandura, 1978), yaitu:

##### 1) Proses kognitif

*Self efficacy* mempengaruhi bagaimana pola pikir yang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. *Self efficacy* yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai kesuksesan, dan pemikiran akan kesuksesan akan memunculkan kesuksesan yang nyata, sehingga akan semakin memperkuat *self efficacy* seseorang.

##### 2) Proses motivasional

Seseorang juga dapat termotivasi oleh harapan yang diinginkannya. Di samping itu, kemampuan untuk mempengaruhi diri sendiri dengan mengevaluasi penampilan pribadinya merupakan sumber utama motivasi dan pengaturan dirinya. *Self efficacy* merupakan salah satu hal terpenting dalam mempengaruhi diri sendiri untuk membentuk sebuah motivasi. Kepercayaan *self efficacy* mempengaruhi tingkatan pencapaian tujuan, kekuatan untuk berkomitmen, seberapa besar usaha yang diperlukan, dan bagaimana usaha tersebut ditingkatkan ketika motivasi turun.

##### 3) Proses afektif

*Self efficacy* berperan penting dalam mengatur kondisi afektif. *Self efficacy* mengatur emosi seseorang melalui beberapa cara, yaitu seseorang yang percaya bahwa mereka mampu mengelola ancaman tidak akan mudah

tertekan oleh diri mereka sendiri, dan sebaliknya *self efficacy* seseorang yang tinggi dapat menurunkan tingkat stres dan kecemasan mereka dengan melakukan tindakan untuk mengurangi ancaman lingkungan, seseorang dengan *self-efficacy* yang tinggi memiliki kontrol pemikiran yang lebih baik, dan *self efficacy* yang rendah dapat mendorong munculnya depresi.

#### 4) Proses seleksi

Proses kognitif, motivasional dan afektif akan memungkinkan seseorang untuk membentuk tindakan dan sebuah lingkungan yang membantu dirinya dan bagaimana mempertahankannya. Dengan memilih lingkungan yang sesuai akan membantu pembentukan diri dan pencapaian tujuan.

## 2.4 Konsep Stres

### 2.4.1 Definisi stres

Stres adalah kondisi ketika individu berada dalam situasi yang penuh tekanan atau ketika individu merasa tidak sanggup mengatasi tuntutan yang dihadapinya (Marks, Murray, Evans, *et al*, 2002). Stres adalah perasaan lelah (kewalahan) akibat peristiwa-peristiwa yang tidak mampu dikendalikan dan stres juga merupakan respon fisik dan psikologis terhadap tuntutan dan tekanan (Larsen & Bruss, 2005).

Dougall & Baum (2001) dan Hobfoll (1989) dalam Sarafino (2006) mengemukakan tiga pendekatan untuk menentukan definisi stres, yaitu:

- 1) Pendekatan yang berfokus pada lingkungan, stres dilihat sebagai stimulus yaitu kondisi ketika suatu pekerjaan menuntut kemampuan tertentu dari

seseorang atau pengalaman yang menyedihkan seperti kehilangan salah satu anggota keluarga.

- 2) Pendekatan berfokus pada reaksi individu, stres dilihat sebagai sebuah respon. Respon bisa berupa respon psikologis seperti pola-pola pemikiran, emosi seperti kecemasan dan respon fisik seperti meningkatnya detak jantung.
- 3) Pendekatan berfokus pada individu dan lingkungan, stres dilihat tidak hanya sebagai stimulus dan respon tetapi lebih sebagai proses.

#### 2.4.2 Sumber-sumber stres

Sumber-sumber stres biasanya disebut dengan *stresor*. *Stresor* merupakan variasi stimulus baik eksternal maupun internal yang menimbulkan stres (Atwater & Duffy dalam Mulyani, 2011). Lahey (2007) dalam Mulyani (2011) mengatakan bahwa sebagian sumber-sumber stres yang diketahui oleh kebanyakan orang adalah segala hal yang bersifat memberikan tekanan, namun yang menjadi sumber stres terbesar adalah faktor-faktor berikut ini:

- 1) *Life events* atau peristiwa-peristiwa dalam kehidupan, baik yang bersifat negatif maupun positif, seperti kriminalitas, pemerkosaan, kekerasan, kehilangan anggota keluarga, bencana alam, terorisme, dan pertengkaran.
- 2) *Frustration* atau frustrasi terjadi ketika suatu tujuan atau motif seseorang tidak terpenuhi atau terpuaskan.
- 3) *Conflict* atau konflik merupakan keadaan dimana seseorang tidak dapat memenuhi tujuan atau motifnya karena adanya gangguan dari orang lain.
- 4) *Pressure* atau tekanan merupakan stres yang muncul karena disebabkan oleh ancaman kejadian negatif. Biasanya dialami oleh siswa, mahasiswa, dan

karyawan, dimana mereka dituntut untuk selalu memiliki performa yang baik dalam ujian dan pekerjaan dan jika tidak memiliki performa yang baik maka mereka dianggap gagal.

- 5) *Environmental conditions* atau kondisi lingkungan seperti suhu ruangan, polusi udara, kebisingan dan kelembaban dapat menyebabkan seseorang menjadi stres.

#### 2.4.3 Macam-macam stres

Stres dibagi menjadi tujuh macam ditinjau dari penyebabnya (Hidayat, 2011):

- 1) Stres fisik

Stres yang disebabkan karena keadaan fisik seperti temperatur yang tinggi atau yang sangat rendah, suara yang bising, sinar matahari atau karena tegangan arus listrik.

- 2) Stres kimiawi

Stres ini disebabkan karena zat kimiawi seperti adanya obat-obatan, zat beracun asam, basa, faktor hormon atau gas dan prinsipnya karena pengaruh senyawa kimia.

- 3) Stres mikrobiologik

Stres ini disebabkan karena kuman seperti adanya virus, bakteri atau parasit.

- 4) Stres fisiologik

Stres yang disebabkan karena gangguan fungsi organ tubuh diantaranya gangguan dari struktur tubuh, fungsi jaringan, organ, dan lain-lain.

5) Stres proses pertumbuhan dan perkembangan

Stres yang disebabkan karena proses pertumbuhan dan perkembangan seperti pada pubertas, perkawinan, dan proses lanjut usia.

6) Stres psikis atau emosional

7) Stres yang disebabkan karena gangguan situasi psikologis atau ketidakmampuan kondisi psikologis untuk menyesuaikan diri seperti hubungan interpersonal, sosial budaya atau faktor keagamaan.

#### 2.4.4 Faktor yang mempengaruhi penilaian terhadap stres

Lazarus dan Folkman dalam Sarafino (2006) mengungkapkan bahwa penilaian individu terhadap sesuatu yang dianggap sebagai sumber stres dipengaruhi oleh dua faktor:

- 1) Faktor individu, meliputi intelektual, motivasi, dan karakter kepribadian
- 2) Faktor situasi, meliputi besar kecilnya tuntutan keadaan yang dilihat sebagai stres

Lahey (2007) dalam Mulyani (2011) berpendapat bahwa tinggi rendahnya stres yang diperoleh individu lebih dipengaruhi oleh reaksi individu itu sendiri.

Reaksi masing-masing individu terhadap stres berbeda-beda karena:

1) Pengalaman stres (*prior experience with the stres*)

Secara umum, orang yang sudah terbiasa dengan situasi yang menimbulkan stres, akan memiliki stres yang rendah dibandingkan orang yang belum pernah dihadapkan dengan situasi yang menimbulkan stres.

2) Faktor perkembangan

Usia dan tahap perkembangan mempengaruhi dampak dari stres yang dialami

### 3) *Predictability and control*

Peristiwa yang menyebabkan stres lebih rendah adalah peristiwa-peristiwa yang dapat diprediksi dan dikontrol oleh individu.

### 4) Dukungan sosial

Dukungan sosial dari anggota keluarga dan teman dekat berfungsi untuk meningkatkan “buffer” untuk melawan stres.

## 2.4.5 Tahapan stres

Hans Selye (1936) dalam Sarafino (2006) mengungkapkan tiga tahapan dalam stres atau lebih dikenal dengan *General Adaptation Syndrome* (GAS) yaitu:

### 1) *Alarm reaction*

Merupakan respons terhadap kondisi stres yang muncul secara fisik. Terjadi perubahan pada tubuh atau biokimia seperti tidak enak badan, sakit kepala, otot tegang, kehilangan nafsu makan, merasa lelah. Secara psikologi ditandai dengan meningkatnya rasa cemas, sulit konsentrasi atau tidur tidak nyenyak, bingung atau kacau. Mekanisme seperti rasionalisasi atau penyangkalan sering dilakukan.

### 2) *Resistance*

Kondisi dimana tubuh berhasil melakukan adaptasi terhadap stres. Gejala menghilang, tubuh dapat bertahan dan kembali pada kondisi normal.

### 3) *Exhaustion*

Kondisi yang muncul jika stres berkelanjutan sehingga individu menjadi rapuh/ kehabisan tenaga. Secara fisik, tubuh menjadi *breakdown*, energi untuk beradaptasi habis, reaksi atau gejala fisik muncul kembali, yang

akhirnya dapat mengakibatkan individu meninggal. Secara fisiologis mungkin terjadi halusinasi, delusi, perilaku apatis bahkan psikosis.

## 2.5 Konsep Kortisol

Kortisol (*cortisol, hydrocortisone, 11beta, 17alpha, 21-trihydroxy-4-pregnene-3, 20-dione*) adalah hormon steroid dari golongan glukokortikoid yang umumnya diproduksi oleh sel di dalam zona fasikulata pada kelenjar adrenal sebagai respon terhadap stimulasi hormon ACTH yang disekresi oleh kelenjar hipofisis, juga merupakan hasil reaksi organik hidrogenasi pada gugus 11-keto molekul hormon kortison yang dikatalis oleh enzim 11 $\beta$ -hidroksisteroid dehidrogenase tipe 1 yang umumnya disekresi oleh jaringan adiposa. kelebihan hormon ini dalam darah menyebabkan sindrom cushing. Selain itu, hormon kortisol juga diproduksi oleh hati (Wikipedia, 2013).

Kortisol merupakan hormon yang dihasilkan oleh korteks adrenal dan merupakan golongan glukokortikoid utama. Glukokortikoid mempunyai efek yang penting dalam meningkatkan konsentrasi glukosa darah. Glukokortikoid juga mempunyai efek tambahan dalam metabolisme protein dan lemak yang sama pentingnya untuk fungsi tubuh seperti efek glukokortikoid pada metabolisme karbohidrat (Guyton & Hall, 2007).

Efek metabolik yang paling terkenal dari kortisol dan glukokortikoid lainnya terhadap metabolisme adalah kemampuan hormon ini dalam merangsang proses glukoneogenesis (pembentukan karbohidrat dari protein dan beberapa zat lain) oleh hati, seringkali peningkatan kecepatan glukoneogenesis yang terjadi sebesar 6 sampai dengan 10 kali lipat. Hal ini terjadi disebabkan karena efek

kortisol dalam meningkatkan semua enzim yang dibutuhkan untuk mengubah asam-asam amino menjadi glukosa dalam sel-sel hati. Efek lain dari kortisol dalam peningkatan glukoneogenesis adalah kortisol menyebabkan pengangkutan asam-asam amino dari jaringan ekstrahepatik, terutama dari otot. Peningkatan glukoneogenesis yang terjadi menyebabkan peningkatan dalam jumlah penyimpanan glikogen dalam sel-sel hati. Kortisol juga menyebabkan penurunan kecepatan pemakaian glukosa oleh sel-sel tubuh. Peningkatan kecepatan glukoneogenesis dan berkurangnya kecepatan pemakaian glukosa oleh sel dapat menyebabkan peningkatan konsentrasi glukosa darah sampai 50 persen atau lebih di atas normal (Guyton & Hall, 2007).

Efek kortisol dalam metabolisme protein adalah kemampuannya untuk mengurangi penyimpanan protein di seluruh sel tubuh kecuali protein hati. Apabila kadar kortisol berlebihan dalam tubuh, otot dapat menjadi sangat lemah sehingga seseorang tidak dapat berdiri dari posisi jongkok, selain itu fungsi imunitas dari jaringan limfosit dapat diturunkan sehingga sedikit kurang dari normal. Efek kortisol terhadap sistem metabolisme tubuh terutama berasal dari kemampuan kortisol untuk memobilisasi asam amino dari jaringan perifer sementara pada waktu yang sama meningkatkan enzim-enzim yang dibutuhkan untuk menimbulkan efek hepatic. Peran kortisol dalam metabolisme lemak adalah meningkatkan mobilisasi asam lemak dari jaringan lemak. Peristiwa ini dapat meningkatkan konsentrasi asam lemak bebas di dalam plasma, yang juga akan meningkatkan pemakaiannya untuk energi (Guyton & Hall, 2007).

Penilaian kecemasan dapat dilakukan melalui pemeriksaan kadar kortisol. Menurut standar laboratorium Prodia, metode pemeriksaan yang digunakan

adalah *immunochemiluminescence* dengan menggunakan reagen *DPC/Immulite* dan alat *Immunitite 2000*. Persyaratan dan jenis sampel adalah 0,5 (0,3) ml serum dengan nilai rujukan serum pagi (pukul 07,00 - 09.00) untuk kortisol ( 11 hidroksi-kortikosteroid ) adalah 170-720 nmol/l (5-25 µg/dl), serum siang (pukul 16.00 – 18.00) adalah 25-125 8µg/dl, sedangkan kadar tengah malam ( 24:00) kurang dari 220 nmol/l ( < 8µg/dl)

## **2.6 Konsep *Support Group***

### **2.6.1 Definisi *peer support***

*Peer support* adalah suatu proses memberi dan menerima bantuan yang berprinsip pada rasa tanggungjawab, rasa menghormati, dan saling sepakat diantara anggotanya (Mead, 2003). *Peer support* merupakan proses saling mengerti dan memahami situasi orang lain dengan cara berbagi pengalaman tentang masalah emosi dan psikologis. Seseorang yang mendapatkan teman dengan masalah yang sama akan merasakan adanya suatu hubungan yang didasari rasa saling percaya dan saling menghormati. Hubungan ini memungkinkan mereka untuk saling mempelajari perilaku baru (Stiver & Miller dalam Mead, 2003).

### **2.6.2 Jenis-jenis *peer support***

#### **1) *Profesional –led group visits with peer Exchange***

*Profesional –led group visits with peer Exchange* membawa pasien untuk saling sharing kondisi kronik yang sama dan menunjukkan manajemen diri yang sama untuk berubah yang dilakukan bersama-sama dengan petugas kesehatan. Bentuk kelompok ini adalah pasien yang mendapatkan dukungan emosional dari

orang-orang yang mempunyai pengalaman yang sama, untuk belajar satu sama lain dan menggunakan pengamalan sebagai model.

Program ini mempunyai beberapa komponen penting dari perawatan penyakit kronis dengan kualitas tinggi, meliputi :

- (1) Perencanaan, jadwal kontak dengan petugas kesehatan
- (2) Fokus target untuk memperbaiki ketrampilan perawatn diri
- (3) Bentuk peer support dan interaksi dengan pasien lain yang menunjukkan perubahan managemen diri yang sama.

Tim kesehatan membentuk group dengan mengundang pasien dengan riwayat penyakit kronis. Pasien selalu diingatkan untuk selalu bersama dalam kelompok. Setting dan goal tergantung pada variasi model kunjungan group yang dipilih, beberapa diantaranya meliputi :

*Cooperative health care clinic.* Jumlah anggota kelompok pada model ini terdiri dari 15-20 pasien, bertemu selama 90 -120 menit perbulan dengan penyedia perawatan utama, perawat teregister, perawat pendidik, dan petugas kesehatan lainnya seperti petugas farmasi, fisioterapist, nutrisionist. Setelah 45 menit diskusi awal dilanjutkan dengan persentase topic yang dipilih oleh kelompok, dan pertanyaan diajukan oleh peserta, kegiatan dilakukan selama 15 menit. Partisipan kemudian saling bertukar pengalaman dan informasi, contoh topic diskusi adalah strategi diet, ide untuk melakukan aktivitas fisik, dan cara untuk selalu mengingat waktunya minum obat serta kontrol. partisipan juga satu persatu memberikan laporan singkat kepada dokter pendamping.

*Drop in group medical appointment.* Jumlah anggota kelompok terdiri dari 8-12 orang dengan pemberi perawatan primer, asisten medis, psikologis, pekerja

social, perawat teregistrasi,dll. Kunjungan selama 90 menit, asisten mengukur tanda-tanda vital dan mendapatkan kembali kartu, kemudian fasilitator ( termasuk pekerja social atau psikolog ) menganjurkan partisipan untuk berdiskusi tentang manajemen kesehatan. Topik ditentukan oleh isu medis dan kebutuhan yang meliputi pengobatan, stress emosi dan fisik.

*Contiuning care clinic.* Kelompok ini terdiri dari 8-12 orang pasien, bertemu sebanyak 3-4 kali selama setahun dengan lamanya pertemuan selama setengah hari. Anggota group bertemu satu persatu dengan dengan pemberi pelayanan kesehatan, petugas farmasi, perawat. Diskusi group difasilitasi oleh perawat atau pekerja social tentang manajemen perawatan diri.

*Self Management group visit.* Anggota kelompok pada model ini terdiri dari 8-18 pasien. Fokus kunjungn mereka adalah manajemen diri yang dipimpin oleh perawat pendidik. Anggota tim kesehatan lainnya (podiatrist, petugas farmakologi, dan petugas nutrisi) membantu menjelaskan sesuai area profesi mereka. Pemberi pelayanan perawatan mereview satu persatu sesuai dengan kasus yang dialami oleh pasien.

## 2) *Peer-led face-to-face self-management programs*

Program Peer-led face-to-face self-management programs menggabungkan diskusi tentang isu-isu manajemen perawatan diri, saling mendukung, dan pendekatan perilaku, ketrampilan menyelesaikan masalah, dan upaya menetapkan dan menindaklanjuti tujuan perilaku tertentu. Pemimpin dalam group ini adalah orang yang mengalami penyakit kronis dan menerima pelatihan sesi kepemimpinan, model terbaik dari partisipan, dan secara mudah dapat mempengaruhi anggota tim serta menyediakan waktu lebih dibanding pemberi

pelayanan kesehatan. Fungsi pemimpin adalah sebagai fasilitator bagi peserta dalam diskusi sesuai jadwal yang ditetapkan. Program pelatihan manajemen perawatan diri berusaha memberikan informasi dan mempromosikan ketrampilan perilaku yang akan membantu pasien melaksanakan tugas-tugas yang diperlukan dalam mengatur hidup. Ketrampilan ini termasuk mengatasi stress, mengelola dan mengatasi gejala, melaksanakan tugas biomedis, mencari petugas kesehatan, dan bekerjasama dengan pemberi layanan kesehatan. *Chronic Disease self management program ( CDSMP)* adalah sebuah program untuk pasien dengan kondisi kronis, yang pelaksanaannya selama 2.5 jam dalam waktu 6 minggu. Isinya meliputi desain program latihan individu, manajemen gejala kognitif, metode mengelola emosi negative seperti marah, takut, depresi, dan frustrasi, diskusi yang berkaitan dengan obat-obatan yang dibutuhkan, makanan, aktivitas fisik. Peer led mengajarkan program secara interaktif untuk meningkatkan kepercayaan diri mereka dalam melaksanakan efektifitas diri. Model yang dikembangkan oleh Loric *et al* (2001), bertujuan untuk tidak berfokus pada konten penyakit melainkan menggunakan latihan interaktif untuk membangun efektifitas diri dan ketrampilan lain yang akan membantu peserta mengelola kondisi kronis dan hidup aktif. Elemen penting dalam program ini adalah sharing dan diskusi diantara peserta dan dengan para peer led. Program ini mendorong pasien menerapkan pengetahuan yang baru diperoleh dengan gaya hidup mereka sendiri dan untuk bertukar informasi dan pengalaman, yang memungkinkan peserta untuk belajar satu sama lain.

### 3) *Peer Coaches*

*Peer Coaches* merupakan sarana pemberi dukungan sesama penderita penyakit kronis secara fleksibel dan lebih santai, peer coach bertemu secara tatap muka dengan pasien lain untuk mendengarkan, mendiskusikan masalah dan memberikan dukungan. *Peer coach* adalah orang yang berhasil mengatasi kondisi penyakit atau prosedur pengobatan yang sama dan dapat berperan sebagai role model yang positif dan telah dilatih untuk menjadi mentor dalam waktu 8-12 jam. Fokus *peer coach* adalah ketrampilan komunikasi, mendengarkan dengan empati, membantu peserta mengklarifikasi nilai-nilai dan tujuan hidup serta membantu dalam pemecahan masalah.

### 4) *Community health workers*

*Community health workers* adalah anggota keluarga masyarakat yang bekerja sebagai perantara etnis, budaya, dan geografis masyarakat dan penyedia perawatan kesehatan untuk meningkatkan kesehatan. *Community health workers* akan merawat dan mendukung pasien dengan mengidentifikasi sumber daya, mengelola kasus, menjangkau pasien melalui telepon, menyediakan informasi tentang penyakit yang spesifik bagi pasien. Mereka juga mendidik dan membantu pasien untuk belajar ketrampilan perawatan diri. *Community health workers* bertindak sebagai penghubung dengan system perawatan kesehatan dan menyediakan dukungan social dengan mendengarkan dan membicarakan masalah pasien. Rutinitas pekerjaan, sulitnya keterjangkauan transportasi dan kurangnya sumberdaya yang tersedia adalah beberapa alasan peraturan kunjungan klinik. Beberapa studi menyatakan bahwa *Community health workers* dapat membantu untuk mengatasi hambatan tersebut dan menumbuhkan kepercayaan pada orang

yang layani. *Community health workers* mendidik, mendorong dan membantu mereka secara efektif dalam menggunakan sumber daya bagi kesehatan masyarakat setempat.

#### 5) *Support Group*

*Support Group* adalah pertemuan secara sukarela untuk saling bertukar pengalaman, situasi atau masalah dan dukungan emosi satu sama lain.

Karakteristik *Support Group*:

- (1) Tenaga profesional berpartisipasi dalam proses membantu diri berdasarkan permintaan kelompok.
- (2) Isi diskusi meliputi *sharing* informasi, dan pengalaman serta aktivitas lain yang dapat saling mendukung.
- (3) Group terbuka bagi siapa saja yang mensharingkan pengalaman
- (4) Group tidak boleh menambah anggotanya, walaupun diberikan uang.

*Peer group* memberikan kesempatan kepada anggota kesempatan untuk member dan menerima, mengembangkan pertemanan, jaringan sosial yang dapat meningkatkan status kesehatan. Partisipasi dalam *support group* mungkin dapat memperbaiki control tanda gejala penyakit, ketrampilan coping, dan kesejahteraan bersama dibandingkan kelompok yang dipimpin oleh para tenaga profesional. *Peer group* bertemu paling sedikit satu kali dalam sebulan yang dihadiri 10-15 orang. Strategi yang digunakan agar grup dapat bertahan adalah melalui pertemuan rutin dari anggota kelompok.

Grup saling memberikan dukungan emosional, informasi dan edukasi. Anggota grup sering melakukan kontak antara sesamanya, peer konseling, kunjungan, pencapaian target, jaringan teman baik, training seminar, dan event

social. Groups biasanya menyiapkan informal, system konsistensi parallel, untuk melengkapi bantuan professional, dan dukungan social dari keluarga dan teman.

6) *Telephone-based peer support*

*Telephone-based peer support* berperan dalam mengatasi hambatan pelatihan dan dukungan manajemen keperawatan mandiri dalam pelayanan berbasis klinik. Model ini memungkinkan pasien untuk kontak sesering mungkin dengan penyedia layanan dengan biaya rendah. Kurangnya sumber daya perawatan pada beberapa pelayanan kesehatan menjadi hambatan pada program ini karena program sangat tergantung pada manajer pelayanan kesehatan yang bersangkutan.

7) *Web –and email-based programs*

*Web –and email-based programs* mendukung pasien yang bermasalah pada kontak langsung dengan pelayanan kesehatan. Program ini menjanjikan karena biayanya rendah, kemudahan sosialisasi, dan sebagai alternative provider untuk menyediakan pekerja dan sumber daya program klinik yang intensif. Teknologi internet dapat melanjutkan dukungan program penyakit kronis secara tradisional sehingga terjadi pertukaran informasi dan pendidikan kronis sesuai kondisi klinis.

### 2.6.3 Tahap-tahap pelaksanaan *peer support*

Langkah-langkah yang dilakukan oleh *peer support* adalah :

(1) *Cheking in*

Aktivitas ini dilakukan oleh anggota untuk menyatakan bahwa dirinya akan mengikuti kelompok ini.

(2) *Presentasi Masalah*

Pada sesi ini anggota berhak mengutarakan masalah yang dialami dan masalah yang disampaikan dapat dijadikan bahan sebagai materi pertemuan.

(3) Klarifikasi Masalah

Masalah yang telah disampaikan oleh anggota pada sesi sebelumnya dibahas bersama-sama untuk dicari jalan keluarnya.

(4) Berbagi Usulan

Anggota lain yang memiliki masalah yang sama dan telah dapat menyelesaikannya dapat berbagi pengalaman dan berbagi cara penyelesaian yang baik.

(5) Perencanaan Tindakan

Pada sesi ini anggota merencanakan suatu strategi tindakan yang akan dilakukan untuk membantu anggota kelompok.

(6) *Cheking out*

Pada sesi ini kelompok melakukan peninjauan ulang atas apa yang telah dibahas dan kelompok menentukan tema yang akan dibahas pada pertemuan berikutnya.

## 2.7 Konsep Teori Adaptasi Sister Calissta Roy

### 2.7.1 Latar belakang teori

Model Adaptasi Roy menggambarkan manusia sebagai sistem terbuka dan sistem adaptif yang akan merespons terhadap kejadian atau perubahan-perubahan yang terjadi pada lingkungan baik yang internal maupun external. Respons yang ditimbulkan tersebut dapat berupa respon adaptif dan maladaptif, sesuai dengan mekanisme koping yang digunakan pasien dalam menghadapi stressor yang dihadapinya. Roy juga memandang lingkungan sebagai kondisi internal maupun

eksternal yang dapat diatur dan dimanipulasi perawat dalam rangka membantu pasien memulihkan diri.

Kegiatan keperawatan diarahkan pada penciptaan lingkungan yang memungkinkan terjadinya penyembuhan dan pemulihan kesehatan. Selain itu kegiatan keperawatan juga diharapkan dapat mempertahankan dan meningkatkan kemampuan proses adaptasi klien terhadap stimulus ke arah yang lebih positif.

### 2.7.2 Definisi dan konsep mayor

#### 1) Sistem

Sistem adalah satu set bagian yang dihubungkan untuk berfungsi sebagai keseluruhan untuk tujuan tertentu dan bekerja berdasarkan saling ketergantungan bagian-bagiannya (Roy & Andrew, 1999). Agar menjadi keseluruhan dan bagiannya berhubungan “sistem juga memiliki input, output dan kontrol dan proses umpan balik”

#### 2) Tingkat adaptasi/ level adaptasi

“Tingkat adaptasi memperlihatkan kondisi proses kehidupan yang dijelaskan pada tiga tingkat yang terpadu, kompensasi, dan berkompromi” (Roy & Andrew, 1999). Tingkat adaptasi seseorang merupakan titik yang berubah secara konstan, dibentuk oleh fokus, kontekstual dan stimuli residual, yang memperlihatkan standar rata-rata pribadi seseorang yang berespon dengan respon adaptif biasa (Roy, 1984).

#### 3) Masalah Adaptasi

Masalah adaptasi adalah "wilayah luas yang menjadi perhatian berkaitan dengan adaptasi". Memperlihatkan kesulitan berhubungan dengan indikator positif” (Roy & Andrew, 1999).

4) Stimulus fokal

Fokal stimulus adalah “stimulus eksternal dan internal yang dengan segera dilawan oleh sistem manusia”

5) Stimulus kontekstual

Stimulus kontekstual adalah semua stimulus lain yang diperlihatkan pada situasi yang berkontribusi pada efek dari stimulus fokal. Juga merupakan stimulus lain yang dialami seseorang, dan baik stimulus internal maupun eksternal, yang dapat mempengaruhi, kemudian dapat dilakukan observasi, diukur secara subjektif.

6) Stimulus residual

Stimulus residual adalah faktor lingkungan dengan atau tanpa sistem manusia dengan efek pada saat ini yang tidak jelas.

7) Proses koping

Proses koping adalah cara yang asli atau didapat untuk berinteraksi dengan perubahan lingkungan.

8) Mekanisme koping asli/ bawaan

Mekanisme yang secara genetik ditentukan atau umum pada spesies dan umumnya dipandang sebagai proses otomatis, manusia tidak harus berpikir tentang itu.

9) Mekanisme koping yang didapat

Mekanisme yang dikembangkan melalui strategi yaitu belajar. Pengalaman yang dihadapi sepanjang hidup berkontribusi terhadap respon biasa terhadap rangsangan tertentu.

#### 10) Regulator sub sistem

Regulator adalah proses koping mayor yang meliputi 4 chanel kognitif – emotif: persepsi dan proses informasi, belajar, pertimbangan dan emosi.

#### 11) Respon adaptif

Respon adaptif adalah sesuatu yang mendukung integritas dalam hal tujuan dari sistem manusia.

#### 12) Respon inefektif

Sesuatu yang tidak berkontribusi terhadap integritas dalam hal tujuan dari sistem manusia.

#### 13) Proses integrasi hidup

Adalah tingkat adaptasi pada struktur dan fungsi dari proses kehidupan yang bekerja secara menyeluruh untuk menemukan kebutuhan manusia.

#### 14) Model fisiologis dan fisik

Model fisiologis dan fisik adalah asosiasi proses fisik dan kimia yang melibatkan fungsi dan aktifitas organisme hidup. Lima kebutuhan yang diidentifikasi pada model fisiologis – fisik relatif pada kebutuhan dasar integritas fisik : (1) oksigenasi (2) nutrisi (3) eliminasi (4) aktifitas dan istirahat (5) perlindungan. Proses kompleks yang melibatkan perasaan ; cairan, elektrolit dan keseimbangan asam basa; fungsi neurologis dan fungsi endokrin berkontribusi pada adaptasi fisiologis. Kebutuhan dasar dari model fisiologis adalah integritas fisiologis.

- (1) Oksigenasi: menggambarkan pola penggunaan oksigen berhubungan dengan respirasi dan sirkulasi. Karena oksigen berperan sangat penting dalam proses metabolisme sel.

- (2) Nutrisi: menggambarkan substansi organik dan non organik yang ditemukan dalam makanan yang diperlukan oleh tubuh.
  - (3) Eliminasi: menggambarkan pola eliminasi normal (menghitung berapa intake dan output normal).
  - (4) Aktifitas dan istirahat: menggambarkan pola aktivitas, latihan, istirahat dan tidur sehari-hari. Karena dengan bergerak, tubuh menjadi sehat, sistem pernapasan berfungsi dengan baik dan metabolisme tubuh pun dapat optimal.
  - (5) Integritas kulit: menggambarkan pola fungsi fisiologis kulit.
  - (6) Indera: menggambarkan fungsi sensori perseptual dengan panca indera itu.
  - (7) Cairan dan elektrolit: menggambarkan proporsi cairan dan elektrolit yang tepat.
  - (8) Fungsi neurologis: menggambarkan pola control neurologist, pengaturan dan intelektual.
  - (9) Fungsi endokrin: nggambarkan pola control dan pengaturan termasuk respon stress dan sistem reproduksi
- 15) Model konsep diri – grup identitas
- Konsep diri yang mempunyai pengertian bagaimana seseorang mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain.
- 16) Model peran fungsi
- Fungsi peran merupakan proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran seseorang dalam mengenal pola-pola itu.

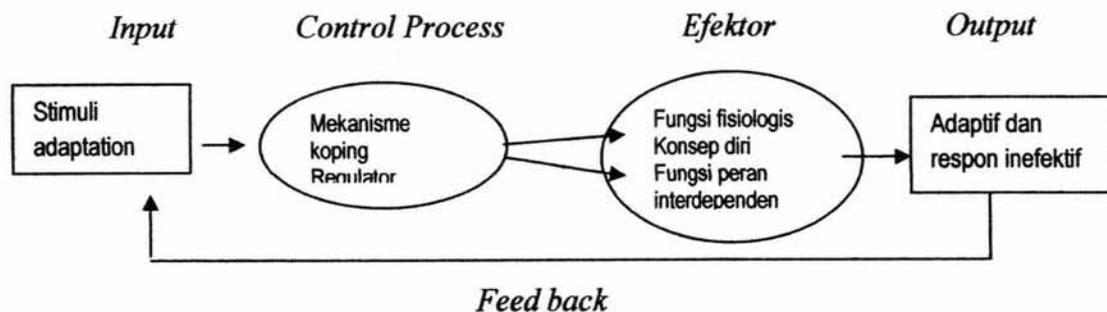
### 17) Model interdependen

Interdependen merupakan kemampuan seseorang mengenal pola-pola tentang kasih sayang, cinta yang dilakukan melalui hubungan secara interpersonal pada tingkat individu maupun kelompok. Berfokus pada hubungan yang dekat pada seseorang (individu dan kelompok)

### 18) Persepsi

Persepsi adalah interpretasi dari stimulus dan apresiasinya secara sadar.

#### 2.7.3 Kerangka model konseptual



**Gambar 2.1 Manusia sebagai sistem adaptif**

Sistem adalah Suatu kesatuan yang di hubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. System terdiri dari proses input, autput, kontrol dan umpan balik ( Roy, 1991 ), dengan penjelasan sebagai berikut :

#### 1) Input

Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, dimana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual dan stimulus residual.

- (1) Stimulus fokal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera, misalnya infeksi .
- (2) Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal seperti anemia, isolasi sosial.
- (3) Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang sesuai pengalaman yang lalu, hal ini memberi proses belajar untuk toleransi. Misalnya pengalaman nyeri pada pinggang ada yang toleransi tetapi ada yang tidak.

## 2) Kontrol

Proses kontrol seseorang menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang di gunakan. Mekanisme kontrol ini dibagi atas regulator dan kognator yang merupakan subsistem.

### (1) Subsistem regulator.

Subsistem regulator mempunyai komponen-komponen : input-proses dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter regulator sistem adalah kimia, neural atau endokrin. Refleks otonom adalah respon neural dan brain sistem dan spinal cord yang diteruskan sebagai perilaku output dari regulator sistem. Banyak proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem.

## (2) Subsistem kognator

Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, *reinforcement* (penguatan) dan *insight* (pengertian yang mendalam). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang.

## 3) Output

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat di amati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar . Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang tidak mal-adaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang mal adaptif perilaku yang tidak mendukung tujuan ini.

Roy telah menggunakan bentuk mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol seseorang sebagai adaptif sistem. Beberapa mekanisme koping diwariskan atau diturunkan secara genetik (misal sel darah putih) sebagai sistem pertahanan

terhadap bakteri yang menyerang tubuh. Mekanisme yang lain yang dapat dipelajari seperti penggunaan antiseptik untuk membersihkan luka. Roy memperkenalkan konsep ilmu keperawatan yang unik yaitu mekanisme kontrol yang disebut regulator dan kognator dan mekanisme tersebut merupakan bagian sub sistem adaptasi.

#### 2.7.4 Asumsi mayor

Callista Roy mengemukakan konsep keperawatan dengan model adaptasi yang memiliki beberapa pandangan atau keyakinan serta nilai yang dimilikinya diantaranya:

- 1) Manusia sebagai makhluk biologi, psikologi dan social yang selalu berinteraksi dengan lingkungannya.
- 2) Setiap orang selalu menggunakan koping yang bersifat positif maupun negatif. Kemampuan beradaptasi seseorang dipengaruhi oleh tiga komponen yaitu ; penyebab utama terjadinya perubahan, terjadinya perubahan dan pengalaman beradaptasi.
- 3) Individu selalu berada dalam rentang sehat – sakit, yang berhubungan erat dengan keefektifan koping yang dilakukan untuk memelihara kemampuan adaptasi. Roy menjelaskan bahwa respon yang menyebabkan penurunan integritas tubuh akan menimbulkan suatu kebutuhan dan menyebabkan individu tersebut berespon melalui upaya atau perilaku tertentu. Setiap manusia selalu berusaha menanggulangi perubahan status kesehatan dan perawat harus merespon untuk membantu manusia beradaptasi terhadap perubahan ini.

4) Terdapat tiga tingkatan adaptasi pada manusia yang dikemukakan oleh Roy, diantaranya:

- (1) Focal stimulasi yaitu stimulus yang langsung beradaptasi dengan seseorang dan akan mempunyai pengaruh kuat terhadap seseorang individu.
- (2) Kontekstual stimulus, merupakan stimulus lain yang dialami seseorang, dan baik stimulus internal maupun eksternal, yang dapat mempengaruhi, kemudian dapat dilakukan observasi, diukur secara subjektif.
- (3) Residual stimulus, merupakan stimulus lain yang merupakan ciri tambahan yang ada atau sesuai dengan situasi dalam proses penyesuaian dengan lingkungan yang sukar dilakukan observasi.

5) Proses adaptasi yang dikemukakan Roy:

- (1) Mekanisme koping

Pada sistem ini terdapat dua mekanisme yaitu pertama mekanisme koping bawaan yang prosesnya secara tidak disadari manusia tersebut, yang ditentukan secara genetik atau secara umum dipandang sebagai proses yang otomatis pada tubuh. Kedua yaitu mekanisme koping yang didapat dimana coping tersebut diperoleh melalui pengembangan atau pengalaman yang dipelajarinya

- (2) Regulator subsistem

Merupakan proses koping yang menyertakan subsistem tubuh yaitu saraf, proses kimiawi, dan sistem endokrin.

(3) *Cognator* subsistem

Proses koping seseorang yang menyertakan empat sistem pengetahuan dan emosi: pengolahan persepsi dan informasi, pembelajaran, pertimbangan dan emosi.

6) Sistem adaptasi memiliki empat model adaptasi diantaranya:

- (1) Pertama, fungsi fisiologis, komponen system adaptasi ini yang adaptasi fisiologis diantaranya oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, integritas kulit, indera, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis dan fungsi endokrin.
- (2) Kedua, konsep diri yang mempunyai pengertian bagaimana seseorang mengenal pola-pola interaksi social dalam berhubungan dengan orang lain.
- (3) Ketiga, fungsi peran merupakan proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran seseorang dalam mengenal pola-pola interaksi social dalam berhubungan dengan orang lain
- (4) Keempat, interdependent merupakan kemampuan seseorang mengenal pola-pola tentang kasih sayang, cinta yang dilakukan melalui hubungan secara interpersonal pada tingkat individu maupun kelompok.

7) Terdapat dua respon adaptasi yang dinyatakan Roy yaitu:

- (1) Respon yang adaptif dimana terminologinya adalah manusia dapat mencapai tujuan atau keseimbangan sistem tubuh manusia.
- (2) Respon yang tidak adaptif dimana manusia tidak dapat mengontrol dari terminologi keseimbangan sistem tubuh manusia, atau tidak dapat mencapai tujuan yang akan diraih.

Respon tersebut selain menjadi hasil dari proses adaptasi selanjutnya akan juga menjadi umpan balik terhadap stimuli adaptasi.

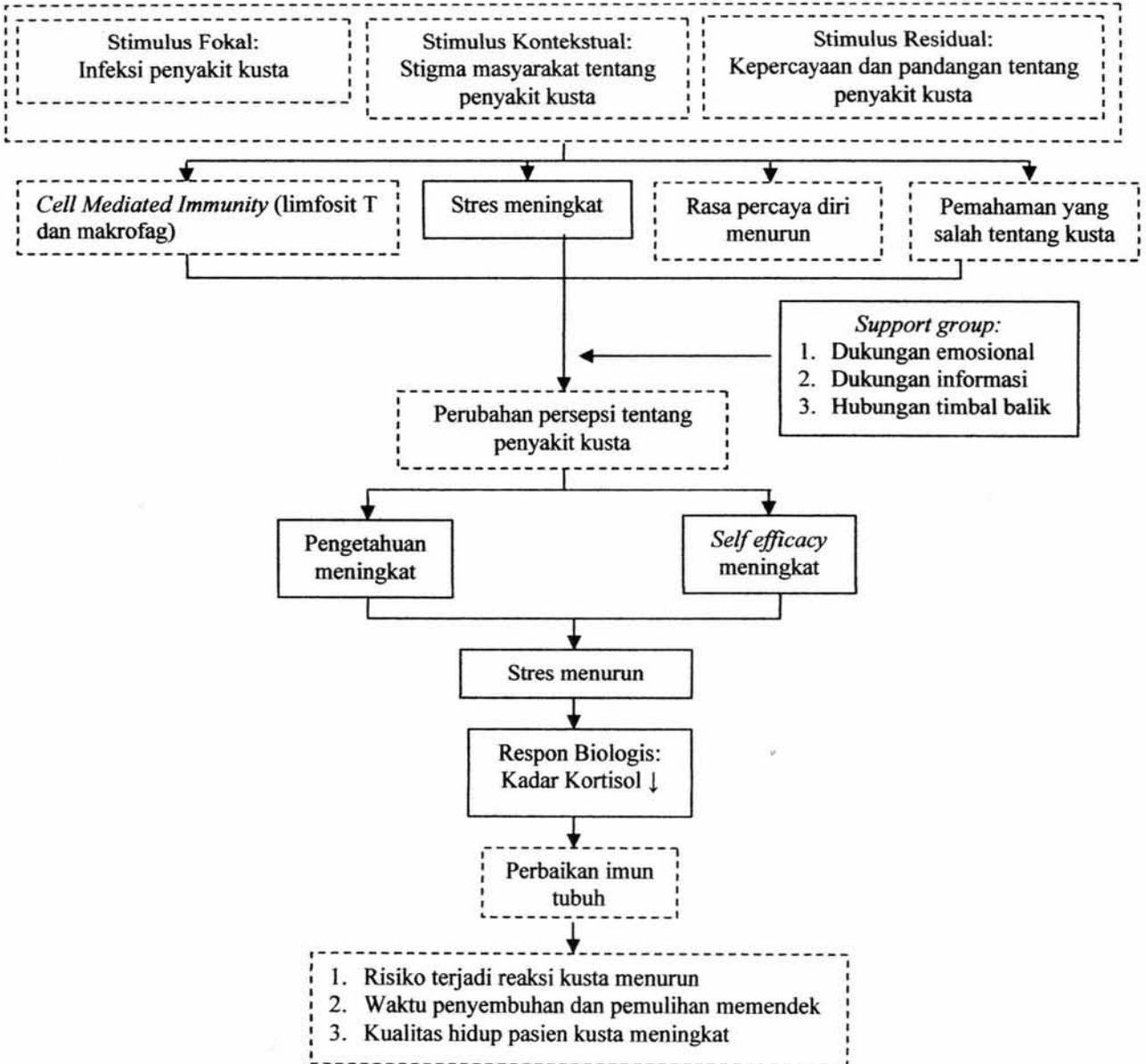
**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL  
DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS**

**3.1. Kerangka Konseptual**



Keterangan :

————— : diukur

----- : tidak diukur

Gambar 3.1 Peningkatan Pengetahuan, *Self Efficacy* dan Penurunan Stres pada Pasien Kusta Melalui Penerapan *Support Group* dengan Pendekatan Teori Adaptasi Roy

Teori adaptasi Roy menggambarkan manusia sebagai sistem yang merupakan suatu kesatuan yang dihubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. Sistem menurut Roy terdiri dari proses input, proses kontrol, efektor, output, dan umpan balik.

Roy mengidentifikasi input sebagai stimulus yang terdiri dari (1) Stimulus fokal, yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang atau efeknya segera, dalam hal ini infeksi penyakit kusta; (2) Stimulus kontekstual, yang menimbulkan respon negatif pada penyakit kusta yaitu stigma tentang penyakit kusta; dan (3) Stimulus residual dalam hal ini adalah kepercayaan dan pandangan tentang penyakit kusta. Stressor tersebut kemudian diproses melalui sebuah kontrol dalam bentuk mekanisme koping. Mekanisme ini terdiri dari dua bagian yaitu regulator dan kognator. Regulator adalah peran respon biologis dalam hal ini sistem imun pasien kusta terkait cell mediated immunity atau respon imun seluler (limfosit T dan makrofag). Kognator yaitu respon emosional yang dirasakan antara lain stres, penurunan rasa percaya diri pada penderita kusta, dan pemahaman yang salah tentang kusta.

*Support group* memberikan dukungan informasi kepada sesama penderita kusta dengan saling bertukar pendapat dan pengalaman tentang bagaimana beradaptasi dan memecahkan masalah terkait dengan stigma dan kepercayaan serta penyakit kusta itu sendiri. Dukungan emosional yang diberikan membuat penderita merasa tidak terisolasi dan tidak sendiri dalam menghadapi penyakitnya, mendorong dan memotivasi penderita kusta untuk dapat beradaptasi. Hubungan timbal balik yang terjadi membuat sesama penderita kusta saling menguatkan dan

# **BAB 4**

# **METODE PENELITIAN**

saling belajar dari pengalaman masing-masing. Dukungan yang diperoleh melalui *support group* diharapkan mampu mengubah persepsi individu tentang penyakit kusta sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan *self efficacy*. Adanya peningkatan pengetahuan dan *self efficacy* diharapkan dapat menurunkan stres pada penderita kusta. Penurunan stres pada pasien kusta akan diikuti dengan penurunan kadar kortisol. Penurunan kadar kortisol berdampak pada perbaikan imun tubuh penderita kusta sehingga diharapkan resiko terjadinya reaksi kusta dapat menurun, waktu penyembuhan dan pemulihan penderita kusta memendek , serta kualitas hidup penderita kusta meningkat.

### **3.2 Hipotesis Penelitian**

Hipotesis penelitian ini adalah:

1. Terdapat peningkatan pengetahuan pada pasien kusta melalui penerapan *support group* di RSK Sumberglagah
2. Terdapat peningkatan *self efficacy* pada pasien kusta melalui penerapan *support group* di RSK Sumberglagah
3. Terdapat penurunan stres pada pasien kusta melalui penerapan *support group* di RSK Sumberglagah

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *quasy* eksperimen dengan menggunakan desain *pretest and posttest nonequivalent control group*. Pada desain penelitian ini terdapat dua kelompok yaitu kelompok perlakuan adalah pasien kusta di ruang rawat inap yang mendapat intervensi berupa *support group* dan tetap mengikuti kegiatan harian rumah sakit serta mendapatkan terapi standar, sedangkan kelompok pembanding adalah pasien kusta di poli kusta yang mendapatkan pelayanan dan terapi dari poli kusta. Kedua kelompok diukur atau ditest dahulu (*pretest*) untuk mengetahui pengetahuan, *self efficacy*, stres, dan kadar kortisol, selanjutnya setelah perlakuan pada kelompok intervensi, kedua kelompok diukur atau ditest kembali (*posttest*). Alur penelitian ini terdapat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Alur Penelitian

Subjek	<i>Pre-test</i>	Intervensi	<i>Post-test</i>
R1	O1	X1	O2
R2	O1	X0	O2

Keterangan :

R1 : Subjek pada kelompok intervensi

R2 : Subjek pada kelompok pembanding

O1 : Observasi sebelum intervensi

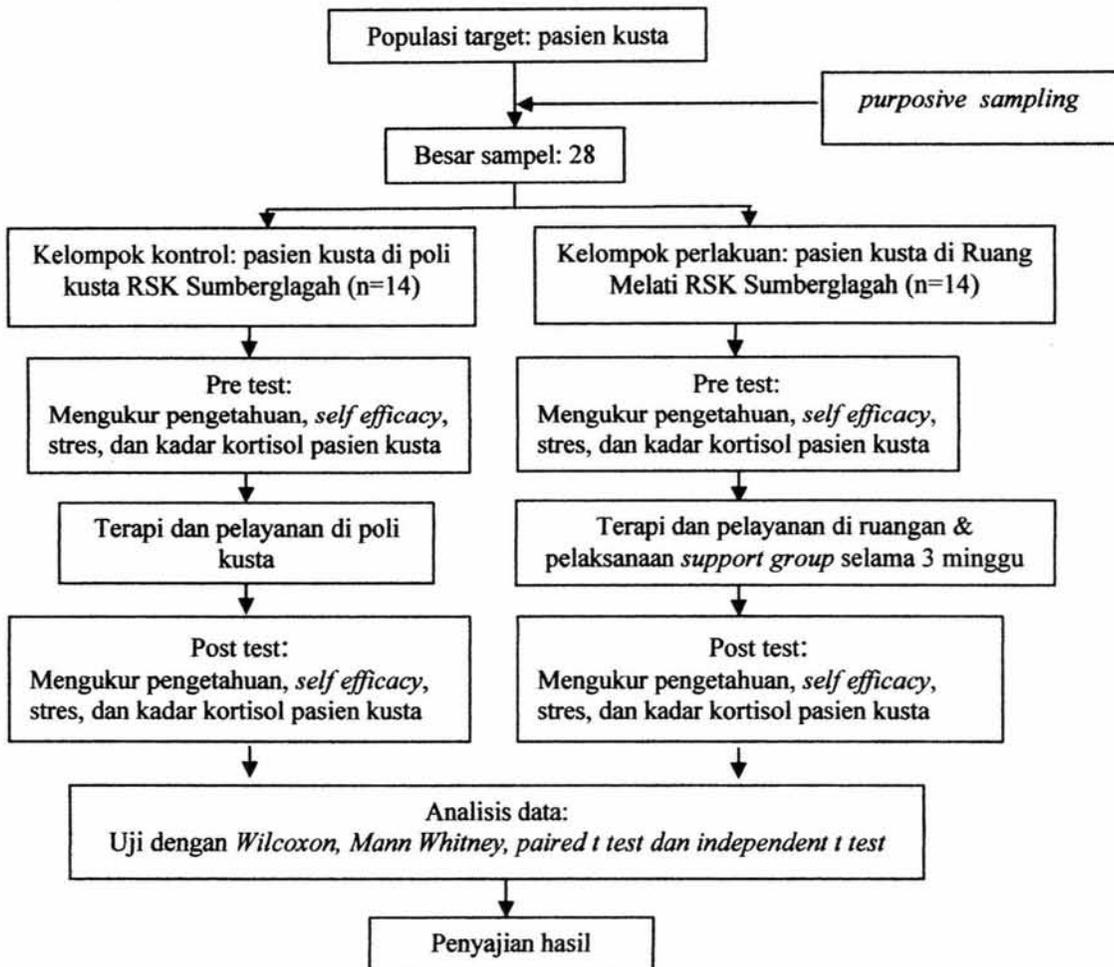
X1 : Intervensi

O2 : Observasi sesudah intervensi

Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti menarik kesimpulan bahwa jenis penelitian *quasy* eksperimen dengan menggunakan *desain pretest and posttest nonequivalent control group* cocok digunakan pada penelitian ini karena sesuai dengan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui pengaruh *support group* terhadap pengetahuan, *self efficacy*, dan stres pada pasien kusta dengan pendekatan teori adaptasi Roy di RSK Sumberglagah.

#### 4.2 Kerangka Operasional

Kerangka operasional dalam penelitian adalah sebagai berikut:



Gambar 4.2 Kerangka operasional peningkatan pengetahuan, *self efficacy*, dan penurunan stres pasien kusta melalui penerapan *support group* di RSK Sumberglagah

### 4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling

#### 4.3.1 Populasi

Populasi target pada penelitian ini adalah pasien kusta di ruang Melati dan poli kusta RSK Sumberglagah Mojokerto.

#### 4.3.2 Sampel

Sampel yang dipilih oleh peneliti dengan menetapkan kriteria sampel sebagai berikut:

1) Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- (1) pasien kusta di ruang Melati dengan perkiraan *length of stay* minimal 2 minggu
- (2) pasien kusta di poli kusta yang bersedia kembali lagi ke poli seminggu kemudian untuk melakukan *post test*
- (3) pendidikan minimal sekolah dasar
- (4) dapat berkomunikasi dengan baik

2) Kriteria eksklusi pada penelitian ini yaitu:

- (1) terdapat keterbatasan fisik, mental, ataupun kognitif misalnya: gangguan penglihatan, pendengaran, atau demensia
- (2) pasien yang kurang kooperatif

#### 4.3.3 Sampling

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *non probability sampling* dengan menggunakan *purposive sampling* atau pengambilan sampel dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan oleh peneliti.

#### 4.3.4 Besar sampel

Besarnya sampel dalam penelitian ini menggunakan perhitungan yang menguji perbedaan mean satu kelompok yang sama namun ada dua kali pengukuran (*pre* dan *post test*).

Perhitungan sampel minimal yang digunakan pada penelitian ini menggunakan rumus menurut Dharma (2011) sebagai berikut :

$$n = \frac{2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan:

n : besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$  : standard normal untuk  $\alpha$  (dapat dilihat pada tabel distribusi Z)

$Z_{1-\beta}$  : standard normal untuk  $\beta$  (dapat dilihat pada tabel distribusi Z)

$\mu_1 - \mu_2$  : beda mean yang dianggap bermakna secara klinik antara sebelum (*pre test*) dan setelah (*post test*) perlakuan pada penelitian terdahulu (Pratiwi, 2011)

$\sigma$  : estimasi standard deviasi dari beda mean data *pre test* dan *post test* berdasarkan penelitian terdahulu (Pratiwi, 2011)

Perhitungan besarnya sampel berdasarkan rumus tersebut diatas adalah :

$$n = \frac{2(1.645 + 0.84)^2 \times 15^2}{(10)^2}$$

$$n = 27,78$$

$$n = 28$$

Besar sampel total adalah 28 pasien. Kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan masing-masing terdiri dari 14 orang responden.

#### **4.4 Identifikasi Variabel**

##### **4.4.1 Variabel Dependen**

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pengetahuan, *self efficacy*, dan stres pada pasien kusta.

##### **4.4.2 Variabel Independen**

Variabel independen dalam penelitian ini adalah *support group*.

## 4.5 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Instrumen	Skala	Skor
Variabel independen: <i>Support Group</i>	Sekelompok pasien kusta yang mengalami masalah dan kesulitan yang sama, saling memberikan dukungan informasi, dukungan emosional, dan hubungan timbal balik, dilakukan dengan cara saling bertukar pengalaman	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>checking in</i></li> <li>2) presentasi masalah</li> <li>3) klarifikasi masalah</li> <li>4) berbagi usulan</li> <li>5) perencanaan tindakan</li> <li>6) <i>checking out</i></li> </ol> <p>Dilakukan 3x/minggu masing-masing 60 menit untuk setiap kelompok dengan jarak antar pertemuan 2 hari, selama 3 minggu</p>	SAK	-	-
Variabel dependen: 1. Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui dan dimengerti pasien kusta tentang penyakit kusta	Terdiri dari 15 butir pertanyaan tentang definisi, penyebab, gejala, penularan, reaksi, dan kecacatan kusta	Kuisisioner	Ordinal	<p>Butir nomor 1,2,3,5,6,8,9,10,12,13, dan 14 skor tertinggi 3, butir 4,7 dan 11 skor tertinggi 2; total skor 36;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pengetahuan baik = &gt;75%</li> <li>2. pengetahuan</li> </ol>

2. <i>Self efficacy</i>	Keyakinan pasien kusta untuk dapat melakukan tugas atau kegiatan terkait dengan penyakit kusta	Terdiri dari 11 butir pertanyaan terkait dengan masalah yang sering dihadapi pasien kusta terkait dengan penyakit kusta	Modifikasi <i>Chronic Disease Self Efficacy Scale</i>	Ordinal	<p>sedang = 45-75%</p> <p>3. pengetahuan kurang = &lt;45%</p> <p>1. <i>Self efficacy</i> tinggi = <math>\geq</math> 70%</p> <p>2. <i>Self efficacy</i> sedang = 35%-69%</p> <p>3. <i>Self efficacy</i> rendah = &lt;35%</p>
3. Stres	Perasaan tertekan atau tidak mampu mengatasi masalah atau situasi yang dialami oleh pasien kusta	Terdiri dari 14 pernyataan tentang pengalaman dan perasaan dalam menghadapi situasi atau masalah kehidupan sehari-hari	<i>Depression Anxiety Stress Scale (DASS)</i>	Ordinal	<p>1. Tidak stres = 0-14</p> <p>2. Stres ringan = 15-18</p> <p>3. Stres sedang = 19-25</p> <p>4. Stres berat = 26-33</p> <p>5. Stres sangat berat = &gt;34</p> <p>Nilai normal: 50-250 ng/ml</p>
			Kadar kortisol	Rasio	

## 4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data

### 4.6.1 Instrumen penelitian

Instrumen tentang *support group* menggunakan panduan yang terdiri dari 6 sesi kegiatan yaitu *checking in*, presentasi masalah, klarifikasi masalah, berbagi usulan, *checking out*, dan perencanaan tindakan. Pengetahuan diukur melalui 15 pertanyaan dengan menggunakan skala *Thurstone* (Riduwan, 2008) dan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Untuk pertanyaan nomor 1,2,3,5,6,9,10,11,12, dan 13 skor tertinggi adalah 3. Pertanyaan nomor 4,7,8,14, dan 15 skor tertinggi adalah 2. Nilai tertinggi yang dapat dicapai responden dari semua pertanyaan adalah 40. Berdasarkan jumlah nilai yang ada dapat diklasifikasikan dalam 3 kategori yaitu :

- 1) tingkat pengetahuan baik, apabila nilai yang diperoleh responden  $>75\%$  dari nilai tertinggi seluruh pertanyaan dengan total nilai 40 yaitu  $>30$
- 2) tingkat pengetahuan sedang, apabila nilai yang diperoleh responden 45-75% dari nilai tertinggi seluruh pertanyaan dengan total nilai 40 yaitu 18-30
- 3) tingkat pengetahuan kurang, apabila nilai yang diperoleh responden  $< 45\%$  dari nilai tertinggi seluruh pertanyaan dengan total nilai 40 yaitu  $< 18$

*Self efficacy* diukur dengan menggunakan *Chronic Disease Self Efficacy Scale* (Lorig, Sobel, *et al*, 2001) yang telah dimodifikasi dan telah diuji validitas dan reliabilitas, terdiri dari 11 pertanyaan terkait dengan masalah yang sering dihadapi pasien kusta. Kuesioner berupa skala Likert dengan rentang dari angka 1 yang menunjukkan bahwa responden tidak yakin sampai dengan angka 5 yang menunjukkan bahwa pasien sangat yakin. Skor maksimal yang dapat dicapai oleh

responden adalah 55 dan skor terendah 11. Berdasarkan jumlah nilai yang diperoleh akan diklasifikasikan menjadi 3 kategori yaitu:

- 1) *self efficacy* tinggi jika skor  $\geq 70\%$
- 2) *self efficacy* sedang jika skor 35% - 69%
- 3) *self efficacy* rendah jika skor  $<35\%$

Stres diukur dengan menggunakan *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS). Instrumen DASS terdiri dari 42 pernyataan untuk mengukur depresi, kecemasan, dan stres seseorang. Pada penelitian ini peneliti hanya menggunakan 14 pernyataan yang telah dimodifikasi untuk mengukur stres dan telah diuji validitas reliabilitas. Empat belas pernyataan tersebut berkaitan dengan pengalaman dan perasaan responden dalam menghadapi situasi hidup sehari-hari. Pernyataan dibagi menjadi 2 jenis yaitu *favourable* dan *unfavourable*. Pernyataan *favourable* adalah pernyataan positif yaitu pada pernyataan nomor 1, 6, 8, 11, dan 12 sedangkan *unfavourable* adalah pernyataan negatif yaitu pada pernyataan nomor 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 13, dan 14.

Skor 0 pada pernyataan *favourable* menunjukkan bahwa pernyataan tersebut sesuai dengan kondisi responden dan skor 3 menunjukkan bahwa pernyataan tersebut tidak sesuai dengan kondisi responden. Skor 0 pada pernyataan *unfavourable* menunjukkan bahwa pernyataan tersebut tidak sesuai dengan kondisi responden dan skor 3 menunjukkan bahwa pernyataan tersebut sesuai dengan kondisi responden. Berdasarkan jumlah skor yang ada dapat diklasifikasikan dalam 5 kategori:

- 1) tidak stres, apabila skor yang diperoleh responden berkisar antara 0-14
- 2) stres ringan, apabila skor yang diperoleh responden berkisar antara 15-18

- 3) stres sedang, apabila skor yang diperoleh responden berkisar antara 19-25
- 4) stres berat, apabila skor yang diperoleh responden berkisar antara 26-33
- 5) stres sangat berat, apabila skor yang diperoleh responden >34

Pengukuran kadar kortisol dilakukan dengan menggunakan serum darah yang diambil pada pagi hari antara pukul 7 sampai pukul 9 pagi. Kadar kortisol normal dalam darah yaitu 50-250 ng/ml.

#### 4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian dilakukan di ruang Melati dan poli kusta RSK Sumberglagah Mojokerto. Waktu penelitian dilakukan pada tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013.

#### 4.6.3 Prosedur pengumpulan data

Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan ijin kepada Direktur RSK Sumberglagah melalui koordinator fungsional RSK Sumberglagah. Setelah mendapatkan persetujuan dari semua pihak tersebut, peneliti memulai penelitian.

Peneliti melakukan pendekatan interpersonal dengan pasien kusta yang memenuhi kriteria inklusi agar bersedia menjadi responden penelitian. Calon responden diminta untuk mengisi 3 jenis kuesioner agar peneliti dapat mengukur pengetahuan, *self efficacy*, dan stres. Jika responden mampu memahami pertanyaan pada kuesioner dan bersedia untuk berpartisipasi maka dilibatkan dalam penelitian. Peneliti memberikan penjelasan tentang kegiatan *support group* dan pasien yang bersedia untuk mengikuti kegiatan *support group* menandatangani lembar persetujuan menjadi responden penelitian. Responden kemudian diukur kadar kortisol melalui sampel darah yang diambil oleh petugas laboratorium. Responden dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok perlakuan

dan kelompok pembanding. Kelompok perlakuan adalah pasien kusta di ruang ruang Melati yang mendapat intervensi berupa *support group* dan tetap mendapatkan terapi dari ruangan, sedangkan kelompok pembanding adalah pasien kusta di poli kusta yang mendapatkan pelayanan dan terapi dari poli kusta. Pemilihan responden untuk kedua kelompok dilakukan dengan cara mempertimbangkan kriteria responden, misalnya: jenis kelamin, usia, dan pendidikan.

Kelompok perlakuan dibagi menjadi 2 periode karena peneliti kesulitan mendapatkan 14 responden sekaligus. Periode pertama terdiri dari 7 responden dan kegiatan *support group* dilakukan pada tanggal 8, 11, dan 14 Mei 2013. Periode kedua terdiri dari 7 responden dan kegiatan *support group* dilakukan pada tanggal 18, 21, dan 24 Mei 2013. *Pre test* untuk masing-masing periode dilakukan sehari sebelum pertemuan pertama sedangkan *post test* dilakukan setelah pertemuan terakhir.

Kegiatan *support group* dilakukan di koridor ruang Melati dan terdiri dari peneliti sebagai fasilitator dan responden. Dalam setiap kelompok terdapat responden dengan kondisi kesehatan yang baik, dapat beraktivitas secara mandiri dan diharapkan dapat memotivasi responden yang lain. Responden berkumpul 3 kali dalam seminggu dengan jarak untuk tiap pertemuan yaitu 2 hari dan lama pertemuan 60 menit pada jam yang telah disepakati oleh peneliti dan responden yaitu pagi hari. Topik untuk setiap pertemuan diambil berdasarkan masalah dan pengalaman yang sering dialami oleh pasien kusta pada umumnya. Terdapat 3 topik yang akan dibahas dalam kegiatan *support group*, yaitu mengenai penyakit kusta, reaksi kusta, dan kecacatan pada pasien kusta. Kegiatan yang dilakukan

setiap pertemuan adalah peneliti membagikan leaflet sesuai topik pertemuan dan menjelaskan kepada responden lalu peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk berdiskusi tentang penjelasan yang belum dimengerti yang belum jelas, masing-masing responden mengungkapkan perasaan dan masalah yang berhubungan dengan topik pertemuan, menyelesaikan masalah secara bersama-sama, berbagi pengalaman dan memberi dukungan, dan merencanakan kegiatan pada pertemuan berikutnya. Saat *post test*, responden mengisi 3 kuesioner yang sama seperti saat *pre* untuk mengukur pengetahuan, *self efficacy*, dan stres serta dilakukan pengukuran kadar kortisol.

Responden pada kelompok pembandingan didapatkan secara bertahap sampai memenuhi besar sampel yang telah ditetapkan yaitu 14 responden. *Pre test* pada kelompok pembandingan dilakukan saat responden menyatakan bersedia untuk terlibat dalam penelitian. Satu minggu kemudian responden menjalani *post test* dengan cara mengisi 3 kuesioner yang sama seperti saat *pre* untuk mengukur pengetahuan, *self efficacy*, dan stres serta dilakukan pengukuran kadar kortisol. Data yang telah didapat kemudian ditabulasikan dan dianalisis untuk kemudian disajikan dalam bentuk tabel.

#### 4.6.4 Analisis data

##### 1) Analisis deskriptif

Analisis deskriptif digunakan untuk memberikan deskripsi data yang terkumpul dan disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan tabulasi silang. Sehingga didapatkan gambaran berbentuk tabel berdasarkan umur, pendidikan, , pengetahuan, *self efficacy*, stres pada pasien kusta, dan kadar kortisol.

## 2) Analisis statistik

Analisis statistik untuk mengukur pengetahuan, *self efficacy*, dan stres sebelum dan sesudah dilakukan *support group* pada satu kelompok, peneliti menggunakan uji *Wilcoxon*. Peneliti menggunakan uji *Mann Whitney* untuk melihat beda tingkat pengetahuan, *self efficacy*, dan stres antara kedua kelompok. Peneliti melakukan uji normalitas untuk data kadar kortisol menggunakan *kolomogorov – smirnov* untuk mengetahui apakah data berdistribusi normal atau tidak. Data berdistribusi normal jika nilai  $p > \alpha$  dan  $\alpha$  yang digunakan adalah 0,05. Jika data berdistribusi normal uji hipotesis yang digunakan adalah *paired t test* dan *independent t test*. Hipotesis penelitian diterima jika dari hasil uji didapatkan nilai  $p < \alpha$  (0,05).

## 4.7 Etika Penelitian

Persetujuan dan kerahasiaan responden adalah hal utama yang perlu diperhatikan. Oleh karena itu peneliti sebelum melakukan penelitian terlebih dahulu mengajukan *ethical clearance* kepada pihak yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam penelitian, agar tidak terjadi pelanggaran terhadap hak-hak otonomi manusia yang menjadi subyek penelitian.

Peneliti melakukan penelitian dengan menekankan prinsip-prinsip dalam etika yang berlaku, yang meliputi:

### 1) Lembar persetujuan menjadi responden

Lembar persetujuan diberikan pasien kusta di ruang Melati dan poli kusta RSK Sumberglagah yang memenuhi kriteria inklusi. Pasien yang bersedia

menjadi responden harus menandatangani surat persetujuan. Jika tidak, maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak pasien.

2) Tanpa nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data.

3) Kerahasiaan

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti.

**BAB 5**  
**HASIL DAN ANALISIS**

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

Pada bab ini diuraikan hasil penelitian peningkatan pengetahuan, *self efficacy*, dan penurunan stres pada pasien kusta melalui penerapan *support group* di RSK Sumberglagah. Penelitian ini melibatkan 28 responden yang terdiri dari 14 orang pada kelompok pembandingan dan 14 orang pada kelompok perlakuan. Hasil penelitian meliputi: 1) gambaran umum lokasi penelitian, 2) karakteristik responden, 3) data variabel penelitian, dan 4) hasil analisis data.

#### 5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Melati Rumah Sakit Kusta Sumberglagah. Waktu penelitian dilaksanakan selama 4 minggu, yaitu mulai tanggal 6 Mei 2013 sampai dengan 6 Juni 2013. Rumah Sakit Kusta (RSK) Sumberglagah merupakan UPT Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur yang mempunyai tugas menjalankan sebagian tugas Dinkes Propinsi Jawa Timur di bidang promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi pasien kusta di Jawa Timur, merupakan rumah sakit milik Pemerintahan Propinsi Jawa Timur.

Responden pada kelompok perlakuan adalah pasien kusta yang dirawat di ruang Melati. Tenaga kesehatan di ruang Melati terdiri dari seorang kepala ruangan dengan pendidikan S1 dan 9 orang perawat. Tenaga perawat di ruang Melati terdiri dari 4 orang berpendidikan S1 dan 5 orang berpendidikan DIII. Ruang Melati memiliki kapasitas sebesar 50 pasien. Ruang Melati terdiri dari beberapa ruangan yaitu Melati A, Melati B, Melati C, dan Melati D. Masing-

masing ruangan memiliki 2 tempat tidur kecuali Melati D yang merupakan bangsal. Ruang Melati A digunakan untuk pasien yang memerlukan observasi lebih ketat dibandingkan dengan pasien lainnya seperti pasien dengan reaksi dan pasca operasi. Pasien yang dirawat di ruang Melati umumnya masuk dengan diagnosa reaksi, ulkus, *pre* septik, atau pembuatan protesa. Responden pada kelompok pembanding adalah pasien kusta di poli kusta RSK Sumberglagah. Tenaga kesehatan di poli kusta terdiri dari seorang dokter spesialis, 2 orang dokter umum, dan 2 orang perawat berpendidikan DIII. Poli kusta melakukan pelayanan pada hari Senin – Sabtu mulai pukul 07.30 sampai pukul 14.00. Jumlah kunjungan rata-rata setiap bulan di poli kusta sepanjang tahun 2012 adalah 587 kunjungan.

## 5.2 Karakteristik Responden

### 5.2.1 Usia

Tabel 5.1 Distribusi karakteristik responden berdasarkan usia di RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013

Kelompok	n	Rerata	SB	Nilai <i>p</i>
Pembanding	14	42,57	10,67	<i>p</i> = 0,756
Perlakuan	14	40,92	16,45	

Berdasarkan Tabel 5.1 menunjukkan bahwa rerata umur responden kelompok pembanding adalah 42,57 sedangkan rerata umur kelompok perlakuan adalah 40,92.

Dari hasil uji normalitas distribusi usia responden menggunakan *Kolmogorov-smirnov* didapatkan *p* 0,795 (*p* > 0,05) yang berarti data berdistribusi normal. Uji homogenitas antara kelompok pembanding dan kelompok perlakuan

menggunakan *independent t test* didapatkan nilai  $p = 0,756$  ( $p > 0,05$ ) yang berarti bahwa tidak ada perbedaan karakteristik usia pada kedua kelompok.

### 5.2.2 Jenis kelamin

Tabel 5.2 Distribusi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013

Kelompok	Laki-laki	Perempuan	Nilai $p$
Pembanding			
n	9	5	
%	64,29	35,71	$p = 1,000$
Perlakuan			
n	10	4	
%	71,43	28,57	

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin didapatkan sebagian besar responden adalah laki-laki, yaitu 64,29% pada kelompok pembanding dan 71,43% pada kelompok perlakuan.

Berdasarkan uji homogenitas antara kelompok pembanding dan perlakuan menggunakan *chi-square test* didapatkan nilai  $p = 1,000$  yang berarti bahwa tidak ada perbedaan karakteristik jenis kelamin responden.

### 5.2.3 Pendidikan

Tabel 5.3 Distribusi karakteristik responden berdasarkan pendidikan di RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013

Kelompok	SD	SMP	SMA	Nilai $p$
Pembanding				
n	10	0	4	
%	71,43	0	28,57	$p = 0,816$
Perlakuan				
n	10	2	2	
%	71,43	14,29	14,29	

Berdasarkan karakteristik pendidikan didapatkan data sebagian besar responden berpendidikan SD (71,43%) pada kelompok pembanding dan kelompok perlakuan.

Berdasarkan hasil uji homogenitas antara kelompok pembanding dan perlakuan menggunakan *Mann Whitney* didapatkan nilai  $p = 0,816$  ( $p > 0,05$ ) berarti bahwa tidak ada perbedaan karakteristik pendidikan pada kedua kelompok.

### 5.3 Hasil Analisis Data

#### 5.3.1 Pengetahuan

Tabel 5.4 Pengetahuan *pre* dan *post* kegiatan *support group* pada kelompok pembanding di poli kusta RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013

No	Nilai	Kategori	Jumlah	Persentase (%)	Nilai p
1	<i>Pre test</i>	Baik	5	35,71	$p = 0,267$
		Cukup	8	57,14	
		Kurang	1	7,14	
2	<i>Post test</i>	Baik	6	42,86	
		Cukup	7	50	
		Kurang	1	7,14	

Data pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa pada saat *pre test* dan *post test* didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden mempunyai kategori pengetahuan yang cukup yaitu 57,14% pada saat *pre test* dan 50% pada saat *post test*. Berdasarkan uji *Wilcoxon* didapatkan nilai  $p = 0,267$  ( $p > 0,05$ ), artinya tidak terdapat peningkatan pengetahuan pada kelompok pembanding.

Tabel 5.5 Pengetahuan *pre* dan *post* kegiatan *support group* pada kelompok perlakuan di Ruang Melati RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013

No	Nilai	Kategori	Jumlah	Persentase (%)	Nilai p
1	<i>Pre test</i>	Baik	8	57,14	$p = 0,041$
		Cukup	6	42,86	
		Kurang	0	0	
2	<i>Post test</i>	Baik	14	100	
		Cukup	0	0	
		Kurang	0	0	

Data pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa pada saat *pre test* pada kelompok perlakuan didapatkan sebanyak 57,14% responden mempunyai pengetahuan baik dan sisanya yaitu 42,86% mempunyai pengetahuan cukup, sedangkan saat *post test* didapatkan data semua responden (100%) mempunyai pengetahuan baik. Pada kelompok perlakuan setelah diuji dengan *Wilcoxon* didapatkan nilai  $p$  0,041 ( $p < 0,05$ ), artinya terdapat peningkatan pengetahuan pada kelompok perlakuan yang mengikuti kegiatan *support group*.

### 5.3.2 *Self efficacy*

Tabel 5.6 *Self efficacy pre* dan *post* kegiatan *support group* pada kelompok pembandingan di poli kusta RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013

No	Nilai	Kategori	Jumlah	Persentase (%)	Nilai p
1	<i>Pre test</i>	Tinggi	4	28,57	p = 0,598
		Sedang	10	71,43	
		Rendah	0	0	
2	<i>Post test</i>	Tinggi	5	35,71	
		Sedang	9	64,23	
		Rendah	0	0	

Data pada tabel 5.6 menunjukkan bahwa pada saat *pre test* dan *post test* didapatkan sebagian besar memiliki *self efficacy* sedang yaitu sebesar 71,43% pada saat *pre test* dan sebesar 64,23% pada saat *post test*. Hasil analisis data pada kelompok pembandingan dengan uji *Wilcoxon* didapatkan nilai  $p$  0,598 ( $p > 0,05$ ), artinya tidak terdapat peningkatan *self efficacy* yang bermakna pada kelompok pembandingan.

Tabel 5.7 *Self efficacy pre dan post* kegiatan *support group* pada kelompok perlakuan di Ruang Melati RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013

No	Nilai	Kategori	Jumlah	Persentase (%)	Nilai p
1	<i>Pre test</i>	Tinggi	6	42,86	p = 0,307
		Sedang	8	57,14	
		Rendah	0	0	
2	<i>Post test</i>	Tinggi	4	28,57	
		Sedang	9	64,29	
		Rendah	1	7,14	

Data pada tabel 5.7 menunjukkan bahwa pada saat *pre test* dan *post test* pada didapatkan bahwa sebagian besar responden memiliki *self efficacy* sedang yaitu sebesar 57,14% pada saat *pre test* dan sebesar 64,29% pada saat *post test*. Hasil analisis data pada kelompok perlakuan dengan uji *wilcoxon* didapatkan nilai p 0,307 ( $p > 0,05$ ), artinya tidak terdapat peningkatan *self efficacy* yang bermakna pada kelompok perlakuan yang mengikuti kegiatan *support group*.

### 5.3.3 Stres

Tabel 5.8 Stres *pre dan post* kegiatan *support group* pada kelompok pembanding di poli kusta RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013

No	Nilai	Kategori	Jumlah	Persentase (%)	Nilai p
1	<i>Pre test</i>	Tidak stres	5	35,71	p = 0,479
		Stres ringan	5	35,71	
		Stres sedang	3	21,43	
		Stres berat	1	7,14	
		Stres sangat berat	0	0	
2	<i>Post test</i>	Tidak stres	4	28,57	
		Stres ringan	4	28,57	
		Stres sedang	5	35,71	
		Stres berat	1	7,14	
		Stres sangat berat	0	0	

Data pada tabel 5.8 menunjukkan bahwa pada saat *pre test* dan *post test* didapatkan bahwa tingkat stres responden sebagian besar berada berada dalam kategori tidak stres dan stres ringan yaitu sebesar 35,71% pada saat *pre test* dan sebesar 28,57% pada saat *post test*. Hasil uji statistik pada kelompok pembanding

dengan uji *Wilcoxon* didapatkan nilai  $p$  0,479 ( $p > 0,05$ ), artinya tidak terdapat penurunan stres pada kelompok pembandingan.

Tabel 5.9 Stres *pre* dan *post* kegiatan *support group* pada kelompok perlakuan di Ruang Melati RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013

No	Nilai	Kategori	Jumlah	Persentase (%)	Nilai p
1	<i>Pre test</i>	Tidak stres	8	57,14	p = 0,046
		Stres ringan	4	28,57	
		Stres sedang	0	0	
		Stres berat	2	14,29	
		Stres sangat berat	0	0	
2	<i>Post test</i>	Tidak stres	7	50	
		Stres ringan	4	28,57	
		Stres sedang	0	0	
		Stres berat	3	21,43	
		Stres sangat berat	0	0	

Data pada tabel 5.9 menunjukkan bahwa pada saat *pre test* dan *post test* pada kelompok perlakuan didapatkan bahwa sebagian besar tingkat stres responden berada pada kategori tidak stres yaitu sebesar 57,14% pada saat *pre test* dan sebesar 50% pada saat *post test*. Pada kelompok perlakuan setelah diuji dengan *Wilcoxon* didapatkan nilai  $p$  0,046 ( $p < 0,05$ ), artinya terdapat penurunan stres yang bermakna pada kelompok perlakuan yang mengikuti kegiatan *support group*.

Tabel 5.10 Hasil Uji Normalitas Kadar Kortisol Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Pembandingan Sebelum dan sesudah Perlakuan

Variabel	Kelompok Perlakuan			Kelompok Pembandingan		
	n	Nilai p		n	Nilai p	
		Pre test	Post test		Pre test	Post test
Kadar Kortisol	14	0,630	0,517	14	0,959	0,846

Berdasarkan uji normalitas data kadar kortisol pada kelompok perlakuan saat *pre* didapatkan nilai  $p$  0,630 dan saat *post* didapatkan nilai  $p$  0,517. Uji normalitas kadar kortisol pada kelompok pembandingan saat *pre* didapatkan nilai  $p$

0,959 dan saat *post* didapatkan nilai  $p$  0,846. Berdasarkan uji normalitas tersebut dapat dilihat bahwa nilai  $p > 0,05$  artinya data berdistribusi normal sehingga uji hipotesis yang digunakan adalah *paired t test* dan *independent t test*.

Tabel 5.11 Kadar kortisol *pre* dan *post* pada kelompok pembandingan di poli kusta RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013

Variabel	n	Pre test	Post test	Delta	Nilai $p$
Kadar kortisol	14	85,43 ± 25,09	86,43 ± 31,79	1,01	0,867

Rerata kadar kortisol saat *pre* adalah 85,43 ± 25,09 sedangkan saat *post* 86,43 ± 31,79. Kadar kortisol responden pada kelompok pembandingan mengalami peningkatan ditunjukkan dengan nilai  $\Delta = 1,01$ . Berdasarkan hasil uji statistik *paired t test* pada kelompok perlakuan didapatkan  $p$  0,867 ( $p > 0,05$ ) yang berarti tidak terdapat penurunan kadar kortisol pada kelompok pembandingan.

Tabel 5.12 Kadar kortisol *pre* dan *post* pada kelompok perlakuan di Ruang Melati RSK Sumberglagah tanggal 6 Mei – 6 Juni 2013

Variabel	n	Pre test	Post test	Delta	Nilai $p$
Kadar kortisol	14	66,35 ± 28,72	71,80 ± 23,84	5,45	0,598

Rerata kadar kortisol saat *pre* adalah 66,35 ± 28,72 sedangkan saat *post* 71,80 ± 23,84. Kadar kortisol responden pada kelompok pembandingan mengalami peningkatan ditunjukkan dengan nilai  $\Delta = 5,45$ . Berdasarkan hasil uji statistik *paired t test* pada kelompok perlakuan didapatkan  $p$  0,598 ( $p > 0,05$ ) yang berarti tidak terdapat penurunan kadar kortisol setelah kegiatan *support group*.

#### 5.4 Pengaruh *Support Group* Terhadap Pengetahuan, *Self Efficacy*, Stres, dan Kadar Kortisol Pada Pasien Kusta

Tabel 5.13 Pengaruh *Support Group* Terhadap Pengetahuan, *Self Efficacy*, dan Stres di RSK Sumberglagah 6 Mei – 6 Juni 2013

Variabel		n	Uji <i>Mann-Whitney</i>
Pengetahuan	Pembanding	14	p = 0,025
	Perlakuan	14	
<i>Self Efficacy</i>	Pembanding	14	p = 0,854
	Perlakuan	14	
Stres	Pembanding	14	p = 0,549
	Perlakuan	14	

Hasil uji statistik pengetahuan *pre* antara kelompok pembanding dan perlakuan dengan uji *Mann-Whitney* didapatkan nilai p 0,289 ( $p > 0,05$ ), artinya tidak terdapat perbedaan pengetahuan antara kelompok pembanding dan kelompok perlakuan. Berdasarkan uji statistik pengetahuan *post* antara kelompok pembanding dan perlakuan dengan uji *Mann-Whitney* didapatkan nilai p 0,025 ( $p < 0,05$ ), artinya terdapat perbedaan pengetahuan antara kedua kelompok.

Hasil uji statistik *self efficacy pre* antara kelompok pembanding dan perlakuan dengan uji *Mann-Whitney* didapatkan nilai p 0,765 ( $p > 0,05$ ), artinya tidak terdapat perbedaan *self efficacy* antara kelompok pembanding dan kelompok perlakuan. Berdasarkan uji statistik *self efficacy post* antara kelompok pembanding dan perlakuan dengan uji *Mann-Whitney* didapatkan nilai p 0,854 ( $p > 0,05$ ), artinya tidak terdapat perbedaan *self efficacy* antara kedua kelompok.

Hasil uji statistik stres *pre* antara kelompok pembanding dan perlakuan dengan uji *Mann-Whitney* didapatkan nilai p 0,241 ( $p > 0,05$ ), artinya tidak

terdapat perbedaan tingkat stres antara kelompok pembanding dan kelompok perlakuan. Berdasarkan uji statistik stres *post* antara kelompok pembanding dan perlakuan dengan uji *Mann-Whitney* didapatkan nilai  $p$  0,549 ( $p < 0,05$ ), artinya tidak terdapat perbedaan tingkat stres antara kedua kelompok.

Tabel 5.14 Pengaruh *support group* terhadap kadar kortisol responden di RSK Sumberglagah 6 Mei – 6 Juni 2013

Variabel	n	Rerata	SB	<i>Independent t test</i>
Kadar Kortisol				
Pembanding	14	1,01	22,10	$p = 0,709$
Perlakuan	14	5,45	10,07	

Hasil analisis tabel 5.14 menunjukkan bahwa responden pada kelompok pembanding dan kelompok perlakuan tidak terdapat penurunan kadar kortisol. Hal ini ditunjukkan dengan rerata kadar kortisol pada kelompok pembanding adalah  $1,01 \pm 22,10$  dan pada kelompok perlakuan  $5,45 \pm 10,07$ . Hasil analisis statistik menggunakan uji *independent t test* didapatkan  $p$  0,709 ( $p > 0,05$ ) artinya bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kadar kortisol antara kelompok pembanding dan kelompok perlakuan yang mengikuti kegiatan *support group*.

# **BAB 6**

# **PEMBAHASAN**

## BAB 6

### PEMBAHASAN

Pada bab ini dijelaskan tentang pembahasan berupa ulasan dan telaah yang meliputi interpretasi terhadap hasil penelitian, kemudian keterikatan dengan teori dan hasil penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya. Selain itu bab ini menggambarkan keterbatasan penelitian yang telah dilakukan dan hasil penelitian untuk meningkatkan pengetahuan, *self efficacy*, dan menurunkan stres pada pasien kusta melalui kegiatan *support group*.

#### **6.1 Pengaruh Support Group Terhadap Pengetahuan, *Self Efficacy*, dan Stres**

Penyakit kusta masih ditakuti oleh masyarakat, keluarga pasien, dan pasien kusta sendiri disebabkan karena masih kurangnya pengetahuan dan kepercayaan yang keliru terhadap kusta dan cacat yang ditimbulkannya. Pandangan tersebut mendasari konsep perilaku penerimaan penderita terhadap penyakitnya, dimana untuk kondisi ini penderita masih saja menganggap bahwa penyakit kusta merupakan penyakit tidak dapat diobati, penyakit keturunan, kutukan Tuhan, najis dan menyebabkan kecacatan, sehingga penderita akan merasa sangat marah, kecewa atau bahkan cenderung menutup diri yang pada akhirnya mereka tidak tekun untuk berobat (Depkes RI, 2002). Tabel 5.4 menunjukkan bahwa pengetahuan sebagian besar responden berada pada kategori cukup, sedangkan pada tabel 5.5 meskipun sebagian besar pengetahuan responden berada pada kategori baik namun masih ada responden yang memiliki pengetahuan cukup.

Pengetahuan yang adekuat tentang penyakit kusta dapat membantu seseorang melakukan deteksi dini sehingga kecacatan dapat dicegah. Deteksi dini dan penanganan yang cepat merupakan kunci dari keberhasilan pengobatan penyakit kusta (McDougall, 1996). Keterlambatan penanganan pada pasien kusta dapat menyebabkan kecacatan. Deteksi dini dapat dilakukan dengan cara waspada terhadap tanda atau ciri khas dari kusta yaitu bercak putih seperti panu, tidak gatal, semakin lebar, dan mati rasa.

Kegiatan *support group* merupakan salah satu bentuk individu mendapatkan pengetahuan, yaitu dari pengalaman baik dari diri sendiri maupun orang lain serta dari otoritas/kekuasaan dalam hal ini peneliti (Notoadmodjo, 2010). Pengetahuan individu dipengaruhi oleh usia, pendidikan, dan pengalaman (Notoadmodjo, 2003). Selain mendapatkan pengetahuan secara formal, seseorang dapat memperoleh pengetahuan secara informal yaitu dari pengalaman diri sendiri dan orang lain.

Berdasarkan hasil *pre test* pengetahuan pada responden didapatkan bahwa sebagian responden tidak tahu tentang penyakit kusta dan masih ada yang beranggapan bahwa kusta adalah penyakit keturunan dan kutukan. Saat mengikuti kegiatan *support group* beberapa responden menyatakan bahwa saat pertama kali divonis kusta responden tidak memiliki pengetahuan tentang penyakit kusta. Responden menunjukkan reaksi yang berbeda saat mengetahui bahwa dirinya menderita kusta. Beberapa responden mendapatkan informasi dari lingkungan di sekitarnya bahwa penyakit yang diderita adalah penyakit kutukan sehingga responden merasa takut dan untuk mengatasi ketakutan tersebut responden mencari informasi dari tempat pelayanan kesehatan terdekat yaitu puskesmas.

Pengalaman yang didapat oleh responden antara lain tentang reaksi kusta dan perawatan diri untuk mencegah kecacatan.

Teori adaptasi Roy (1984) yang memiliki domain input, pembanding, efektor, dan output dapat dilihat dalam kegiatan *support group*. Peneliti dan responden saling memberikan input atau stimulus berupa informasi tentang penyakit kusta. Dengan adanya input informasi, peserta akan memproses informasi tersebut dan output yang dihasilkan adalah peserta dengan pengetahuan kurang akan mendapatkan informasi baru dan peserta dengan pemahaman yang salah akan mendapatkan pemahaman yang tepat. Terdapat responden yang mengingkari bahwa dirinya menderita kusta sehingga memutuskan untuk pergi dari rumah dan hidup di jalan, kemudian ditemukan oleh petugas kesehatan dan dinas sosial lalu dibawa ke panti untuk menerima perawatan. Namun ada juga responden yang tidak peduli dengan penyakitnya dan menolak untuk memeriksakan diri karena menganggap bahwa kusta adalah penyakit biasa dan dapat sembuh sendiri, namun setelah kondisinya semakin parah responden memeriksakan diri ke puskesmas. Menurut beberapa responden, informasi yang diperoleh dari petugas kesehatan yang ada di daerah terkait penyakit kusta kurang menyeluruh. Responden hanya mendapatkan obat dan kurang mendapatkan informasi tentang cara perawatan diri untuk mencegah kecacatan sehingga saat dirujuk ke tempat pelayanan kesehatan yang lebih besar kondisi pasien sudah parah dan telah mengalami kecacatan.

Dalam kegiatan *support group* responden saling berdiskusi tentang pemahaman penyakit kusta dan keterampilan atau upaya menjaga dan merawat diri sendiri misalnya cara mencegah reaksi kusta dan kecacatan. Setiap responden

menyampaikan informasi dan pengalaman yang didapat selama menderita kusta. Fasilitator dalam kelompok bertugas meluruskan pemahaman atau informasi yang kurang tepat terkait penyakit kusta. Informasi yang diperoleh dari fasilitator dan sesama responden dalam kegiatan *support group* dapat meningkatkan pengetahuan responden yang memiliki tingkat pengetahuan sedang. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Underwood dan Gottlieb pada tahun 2000 yang menyatakan bahwa di dalam *support group* setiap anggota mendapat dukungan penuh dari sesama anggota, dapat mengekspresikan semua perasaan negatifnya, dan merupakan tempat bagi para anggota untuk mencari informasi. Penelitian Ussher tahun 2005 tentang *support group* menyebutkan bahwa *support group* menawarkan dukungan emosional, rasa saling memiliki juga sebagai fasilitas coping penderita dan pemahaman informasi tentang penyakit.

Meskipun mayoritas responden berpendidikan dasar, namun kegiatan yang dilakukan dengan cara saling bercerita dan berbagi pengalaman dengan sesama penderita kusta membuat responden lebih mudah untuk dapat menerima dan memahami informasi baru.

*Self efficacy* merupakan keyakinan akan kemampuan individu untuk dapat mengorganisasi dan melaksanakan serangkaian tindakan yang dianggap perlu sehingga mencapai suatu hasil sesuai harapan (Bandura, 1977). Penderita kusta memerlukan *self efficacy* untuk dapat melakukan perawatan terhadap dirinya sendiri terkait penyakit yang diderita. Tabel 5.7 menunjukkan *self efficacy* pada sebagian besar responden masih dalam kategori sedang. Fajar (2010) menyatakan bahwa adanya stigma oleh masyarakat sekitar maupun diri sendiri menimbulkan beban bagi responden dan menyebabkan responden kehilangan rasa percaya diri.

Hal ini menjadi salah satu penyebab responden menghentikan atau tidak melakukan pengobatan sama sekali. Keadaan tersebut selain meningkatkan jumlah kasus penularan penyakit kusta di masyarakat, juga cenderung menyebabkan terjadinya berbagai bentuk kecacatan yang semakin memperluas pemahaman tentang penyakit kusta di masyarakat. Menurut Bandura (1977), *enactive mastery experience* merupakan salah satu sumber yang memberikan kontribusi paling besar dalam pembentukan *self efficacy* karena aspek ini didasarkan pada pengalaman-pengalaman keberhasilan pribadi. Pada saat individu memperoleh suatu harapan untuk menguasai suatu hal maka *self efficacy* akan meningkat. Sebaliknya, kegagalan yang berulang akan menurunkan harapan untuk menguasai suatu hal, apalagi jika kegagalan tersebut dialami pada saat mengawali sesuatu yang baru.

Dalam kegiatan *support group* responden menceritakan perasaan dan hambatan selama menjalani pengobatan kusta. Beberapa responden menyatakan kesulitan untuk mencegah timbulnya reaksi kusta. Mereka telah berusaha untuk meminum obat dan menjaga kondisi tubuh agar tidak terlalu lelah namun masih tetap saja mengalami reaksi dan terdapat responden lain yang menyatakan pasrah bila memang harus mengalami penyakit kusta dan menjadi cacat. Hanya sedikit responden yang merasa yakin dan optimis dapat menjaga kondisi kesehatan selain bergantung pada obat salah satunya dengan melakukan perawatan mata, tangan, dan kaki secara teratur. Pada periode kegiatan pertama saat hari terakhir terdapat 2 responden yang mengalami penurunan kondisi sehari sebelum pertemuan. Penurunan kondisi ini menyebabkan responden menjadi semakin pesimis dan

merasa gagal untuk dapat menjaga kondisi kesehatannya serta mencegah terjadinya reaksi.

Sebagian besar responden menyatakan bahwa penyakit kusta yang diderita menjadi beban pikiran yang mengganggu kondisi psikologis mereka. Hanya sedikit responden yang optimis bahwa penyakit kusta yang diderita tidak akan mengganggu kondisi psikologis mereka. Responden yang lain menyatakan bahwa mereka masih merasa khawatir bila dikucilkan oleh masyarakat di lingkungan sekitar mereka sehingga harus merahasiakan penyakit yang mereka derita. Responden yang masih bersekolah merahasiakan penyakitnya dari teman-teman sekolahnya. Seorang responden bahkan merahasiakan penyakitnya dari keluarga. Responden yang lain menyatakan bahwa selama dirawat di rumah sakit mereka merasa lebih diterima daripada saat berada di rumah.

Dalam kegiatan *support group* peneliti sebagai fasilitator dan sesama responden memberikan dukungan dan motivasi bagi responden yang merasa pesimis. Dukungan diberikan agar responden menjadi optimis dapat menjaga kondisi kesehatan, mencegah timbulnya reaksi atau kecacatan kusta, dan siap untuk menghadapi stigma yang ada di masyarakat. Adanya stigma yang muncul di masyarakat menyebabkan penderita kusta mengalami kehilangan kemampuan fisik, kehilangan rasa percaya diri dan kualitas hidup yang rendah serta rapuhnya ikatan sosial. Hal ini yang menyebabkan responden lebih memilih untuk merahasiakan penyakitnya dari orang lain bahkan keluarga.

Responden yang mengalami penurunan *self efficacy* dapat disebabkan karena pengalaman kegagalan sebelumnya. Hal ini terjadi pada 2 responden yang mengalami penurunan kondisi sehingga kegagalan dalam menjaga kondisi

kesehatan mempengaruhi *self efficacy* dan menyebabkan responden tidak yakin pada kemampuan mereka dalam menjaga kondisi kesehatan. Responden yang pernah dikucilkan oleh masyarakat merasa pesimis dapat menerima hal yang sama setelah keluar dari rumah sakit.

Seorang responden mengalami peningkatan *self efficacy* dari sedang menjadi tinggi. Peningkatan *self efficacy* ini disebabkan oleh *verbal persuasion* yaitu keyakinan akan kemampuan diri yang diperoleh dari orang lain yang disampaikan secara lisan dan *vicarious experience* yaitu penilaian mengenai keyakinan diri yang sebagian diperoleh melalui hasil yang dicapai oleh orang lain yang dijadikan sebagai model. Pendidikan responden yang lebih tinggi dengan usia yang masih muda dan kondisi fisik yang masih baik menyebabkan individu memiliki kemampuan dan kemauan yang besar untuk belajar dari pengalaman responden yang lain dalam menjaga kondisi kesehatan, mencegah reaksi dan kecacatan kusta, berani menghadapi stigma yang ada di masyarakat dan belajar untuk optimis bahwa penyakit kusta yang diderita tidak akan mengganggu kondisi psikologis.

*Stresor* merupakan variasi stimulus baik eksternal maupun internal yang menimbulkan stres (Atwater & Duffy dalam Mulyani, 2011). Lahey (2007) dalam Mulyani (2011) mengatakan sumber-sumber stres antara lain *life events*, *frustration*, *conflict*, *pressure*, dan *environmental conditions*. Salah satu faktor dari lingkungan yang menjadi stresor bagi penderita kusta adalah stigma.

Stigma menjadi masalah yang umum dialami oleh penderita kusta di semua negara. Penerimaan oleh masyarakat non kusta tergantung dari *mind set* masyarakat di lingkungan sekitar penderita kusta. Reaksi negatif dari keluarga,

teman, dan masyarakat membuat penderita kusta mengalami gangguan psikologis bahkan menjadi depresi. Penderita kusta membutuhkan dukungan psikologis dan konseling segera setelah didiagnosis kusta (Gopal, 2010). Fajar (2010) menyatakan bahwa stigma membuat penderita kusta mengalami kesulitan mencari pekerjaan, mencari jodoh, dan bahkan sulit mendapatkan pelayanan kesehatan. Dalam kondisi semacam ini penderita kusta biasanya menyadari bahwa dirinya telah kehilangan masa depan dan mereka merasa aman jika bergabung dengan penderita kusta lainnya.

Beberapa responden menyatakan bahwa jika sedang banyak pikiran atau stres maka timbul reaksi. Penyebab timbulnya stres pada setiap responden berbeda satu dengan yang lain. Tabel 5.9 menunjukkan bahwa terdapat responden yang mengalami stres berat. Faktor pencetus stres pada salah satu responden tersebut disebabkan karena penyakit kusta yang diderita pada usia yang masih muda yaitu 17 tahun, sehingga responden merahasiakan penyakitnya dari lingkungan sekitar tempat tinggalnya dan teman-temannya. Rasa sakit yang ditimbulkan oleh kusta juga menimbulkan stres pada responden tersebut sehingga setiap akan dilakukan perawatan luka pada pagi hari responden selalu merasa ketakutan dan menangis bahkan responden mengalami kesulitan tidur dan gelisah. Sedangkan responden yang lain mengalami stres berat karena harus merahasiakan penyakit yang diderita dari keluarganya dan hal ini menjadi beban pikiran tersendiri karena tidak dapat jujur terhadap keluarga dan harus menghadapi penyakit kusta tanpa dukungan dari keluarga.

Beberapa responden menyatakan bahwa stres yang dialami disebabkan karena adanya masalah pribadi, sedangkan responden yang lain mengungkapkan

penyebab stres yang dialami karena penyakit kusta yang tidak kunjung sembuh dan harus sering dirawat di rumah sakit. Setiap responden memiliki upaya yang berbeda-beda untuk mengatasi stres yang dialami. Beberapa responden mengatasi stres dengan cara menonton tv, bercengkerama dengan pasien kusta yang lain, bermain catur, dan bahkan ada responden yang menulis lirik lagu untuk mencurahkan perasaannya.

Salah satu penyebab stres yang dirasakan oleh hampir semua responden yaitu adanya stigma dari masyarakat sekitar. Stigma tidak terlalu dirasakan oleh responden yang tinggal di panti karena penghuni panti juga merupakan penderita kusta. Bagi responden yang tinggal di lingkungan normal dengan masyarakat non kusta, stigma sangat dirasakan dan menjadi stresor bagi responden. Beberapa responden yang mengikuti kegiatan *support group* mengungkapkan bahwa selama di rumah sakit mereka sering merasa gelisah dan tidak tenang karena ingin segera pulang dan bertemu dengan keluarga. Hal ini menjadi stresor bagi responden yang dirawat di rumah sakit. Responden yang lain menyatakan bahwa mereka merasa lebih nyaman bila dirawat di rumah sakit daripada di rumah sendiri karena menurut mereka keadaan di lingkungan sekitar rumah dan masalah dalam keluarga menjadi stresor bagi mereka, sedangkan di rumah sakit mereka menjadi lebih tenang karena dapat melupakan permasalahan yang dialami selama di rumah.

Faktor pencetus stres yang dialami oleh sebagian besar responden pada kelompok pembanding adalah masalah hidup pada umumnya antara lain masalah ekonomi dan masalah dalam keluarga, hanya beberapa responden yang

mengalami stres karena proses penyakit kusta dan penerimaan lingkungan sekitar terhadap penyakit yang dialami responden.

Karakter kepribadian dan motivasi individu mempengaruhi persepsi terhadap stresor. Responden dengan kepribadian yang pemikir dan tertutup cenderung memiliki persepsi negatif terhadap stresor yang menyebabkan responden menganggap informasi yang didapat tentang penyakit merupakan suatu stresor negatif sehingga menjadi beban pikiran bagi individu tersebut. Responden dengan kepribadian terbuka cenderung memiliki persepsi positif terhadap stresor yang menyebabkan responden menganggap informasi yang didapat tentang penyakit merupakan stresor positif sehingga responden tersebut berusaha untuk merawat dan menjaga kondisi kesehatan serta mencegah agar penyakit yang diderita tidak semakin parah.

Menurut Underwood dan Gottlieb (2000) kegiatan *support group* memberikan kesempatan seseorang untuk perbandingan sosial. Individu membandingkan dirinya dengan orang lain ketika sedang mengalami stres. Hal ini dilakukan untuk mengevaluasi perasaan dan kemampuan mereka. Dalam kegiatan *support group* responden belajar bahwa tidak hanya dirinya yang menderita, ada responden lain yang juga mengalami masalah yang sama dan mereka dapat berbagi dukungan, motivasi, harapan, ketakutan, serta kekhawatiran yang sama. Responden dapat mengungkapkan perasaan negatif yang dialami sehingga dapat berbagi beban dengan responden yang lain.

Dalam teori adaptasi Roy terkait dengan stres, input berupa stresor akan diproses oleh individu melalui respon biologis dan respon emosional kemudian dengan adanya kegiatan *support group* diharapkan output yang dihasilkan adalah

penurunan tingkat stres. Namun stres masing-masing individu berbeda dan dipengaruhi oleh banyak faktor. Lazarus dan Folkman dalam Sarafino (2006) mengungkapkan bahwa penilaian individu terhadap sesuatu yang dianggap sebagai sumber stres dipengaruhi oleh faktor individu, meliputi intelektual, motivasi, karakter kepribadian dan faktor situasi, meliputi besar kecilnya tuntutan keadaan yang dilihat sebagai stres. Reaksi masing-masing individu terhadap stres berbeda-beda dipengaruhi oleh pengalaman stres (*prior experience with the stres*), faktor perkembangan, *predictability and control* (peristiwa yang dapat diprediksi dan dipembanding), dan dukungan sosial.

Dukungan sosial dapat diperoleh salah satunya dari kegiatan *support group*. *Support group* memanfaatkan kesamaan pengalaman peserta untuk membantu satu sama lain. Di dalam *support group* setiap anggota mendapat dukungan penuh dari sesama anggota, selain itu *support group* menawarkan dukungan emosional, rasa saling memiliki juga sebagai fasilitas coping penderita dan pemahaman informasi tentang penyakit (Ussher, Kirsten, Butow & Sandoval, 2005).

Menurut Kubler Ross, terdapat 5 tahap respon psikologis yaitu pengingkaran, marah, tawar-menawar, depresi, dan penerimaan. Seseorang yang sudah berada pada tahap penerimaan dapat kembali lagi pada tahap-tahap sebelumnya sehingga memungkinkan seseorang dengan kondisi sudah tidak stres kemudian mengalami stres setelah mendapatkan stresor. Responden dapat mengalami penurunan tingkat stres karena pencetus stres atau stresor sudah diatasi dan responden telah mengetahui dampak stres terhadap penyakit yang diderita

sehingga responden berusaha mengelola stres dengan baik seperti yang telah didiskusikan bersama dengan responden yang lain dalam *support group*.

Kadar kortisol semua responden dalam penelitian ini berada dalam batas normal yaitu 50-250  $\mu\text{g/ml}$ . Meskipun responden menyatakan bahwa dirinya sedang dalam keadaan stres namun belum tentu kadar kortisol dalam darah sangat tinggi atau di atas normal. Dalam penelitian ini terdapat responden yang saat *pre* termasuk kategori tidak stres dan saat *post* termasuk kategori stres ringan. Peningkatan stres ini tidak didukung dengan adanya peningkatan kadar kortisol. Demikian juga pada responden yang mengalami penurunan tingkat stres namun tidak didukung dengan adanya penurunan kadar kortisol.

Ketidaksesuaian antara peningkatan atau penurunan tingkat stres dengan kadar kortisol dalam darah disebabkan karena ada banyak faktor yang turut mempengaruhi kadar kortisol salah satunya adalah obat-obatan kortikosteroid. Obat kortikosteroid yang umum dikonsumsi oleh penderita kusta adalah prednison. Responden dalam penelitian ini tidak ada yang mendapatkan terapi prednison, namun terdapat faktor lain yang juga turut mempengaruhi kadar kortisol responden antara lain kelelahan fisik, kurang tidur, dan kadar kafein yang tinggi dalam darah. Kadar kafein yang tinggi menyebabkan seseorang mengalami kesulitan tidur dan hal ini dapat meningkatkan kadar kortisol. Kondisi seseorang yang sering gelisah atau cemas tentang sesuatu menyebabkan seseorang tersebut sulit untuk istirahat atau tidur dan hal ini juga dapat meningkatkan kadar kortisol. Beberapa responden menyatakan seringkali tidur larut malam karena bermain catur dengan pasien kusta yang lain. Kondisi kurang tidur juga dapat menyebabkan peningkatan kadar kortisol pada responden.

## 6.2 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah

1. Tingkat pemahaman responden yang berbeda satu sama lain menyebabkan masing-masing responden membutuhkan waktu yang berbeda untuk memahami topik pertemuan dan memahami kuesioner meskipun sebelum penelitian telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas.
2. Kurangnya kesetaraan karakteristik responden berdasarkan ada atau tidaknya kecacatan, reaksi kusta, perawatan yang diterima, kondisi lingkungan, dan status pengobatan (MDT/RFT/RFC) turut mempengaruhi variabel dalam penelitian ini.

**BAB 7**  
**SIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat diambil kesimpulan bahwa kegiatan *support group* yang dilakukan pada pasien kusta di ruang Melati RSK Sumberglagah dapat meningkatkan pengetahuan dan menurunkan stres namun tidak terbukti dapat meningkatkan *self efficacy* dan menurunkan kadar kortisol.

#### 7.2 Saran

1. Metode *support group* dapat digunakan oleh perawat sebagai upaya pemenuhan kebutuhan informasi dan psikologis pasien kusta.
2. Perawat dapat menerapkan konsep *support group* untuk berdiskusi tentang masalah yang dialami pasien kusta, memberikan dukungan serta meningkatkan hubungan interpersonal antara perawat dengan pasien dan antar sesama pasien kusta.
3. Kegiatan *support group* dapat menjadi sistem dalam standar pemberian edukasi pada pasien rawat jalan dan rawat inap.

# DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR PUSTAKA

- Amirudin, MD 2000, *Kusta dalam Harahap M (ed.), Ilmu Penyakit Kulit*, cetakan I, hal. 260-264.
- Amirudin, MD 2005, *Penyakit Kusta Di Indonesia, Masalah Penanggulangannya*, Suplement vol. 26, no. 3, hal. 1-4.
- Amirudin, Zainal, H & Emil, D 2003, “Diagnosis Penyakit Kusta”, dalam Emmy SD (ed.), *Kusta*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, hal. 12-32.
- Alligood, MR 2006, *Nursing Theorists and Their Work Seventh Edition*, Mosby Inc, Missouri.
- Bakker MI, Hatta, M, Kwenang, A & Mosseveld, PV 2006, *Risk Factors For Developing Leprosy - a populations based cohort study in Indonesia*, Leprosy Review vol. 77, hal. 48 - 52.
- Bandura, A 1977, *Self Efficacy a Unifying Theory of Behavioral Change* Stanford University, California.
- Bandura, A 1978, *Self-Efficacy : Toward A Unifying Theory Of Behavioral Change*, *Psychological Review*, vol. 84, hal. 191-215.
- Darmala, GK 1999, *Multi Drug Therapi Regimen WHO Pada Kusta Multi Basiler Selama 1 Tahun*, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar.
- Dave, S, Thappa, DM, Nori, AV & Jayanthi, S 2003. *A Rare Variant Of Erythema Nodosum Leprosum : A Case Report*, hal. 4-5.
- Depkes RI 2000, *Materi Pelatihan P2 Kusta Bagi Medis dan Paramedis Puskesmas*, Jakarta.
- Depkes RI 2002, *Penyakit Kusta di Indonesia*, Jakarta.
- Depkes RI 2005, *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta Cet XVII*, Jakarta.
- Depkes RI 2006, *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan penyakit Kusta Cetakan XVIII*, Jakarta.

Depkes RI 2007, *Pengembangan dan Penyelenggaraan POSKESDES*, Jakarta.

Dharma, KK 2011, *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*, Trans Info Media, Jakarta.

Ditjen PP & PL, 2006, *Pedoman Pelaksanaan Pembentukan Kelompok Perawatan Diri*, Jakarta.

Fajar, NA 2010, *Dampak Psikososial Penderita Kusta Dalam Proses Penyembuhannya*, Jurnal Pembangunan Manusia vol. 10, no.1.

Gopal, PK 2010, "Psychosocial Aspects", dalam Kumar HK (ed.), *IAL Textbook of Leprosy*, Jaypee Brothers Medical Publishers, New Delhi, hal. 559-564.

Guerra, JG 2002, *Erythema Nodosum Leprosum : clinical and therapeutic- up date*, hal. 3-9, diakses tanggal 22 Pebruari 2013, [http://www.anaisdedermatologia.org.br/artigo\\_en.php?artigo\\_id=10451](http://www.anaisdedermatologia.org.br/artigo_en.php?artigo_id=10451)

Hawari, D 2002, *Manajemen Stres, Cemas dan Depresi*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.

Heisler, M 2006, *Building Peer Support Programs to Manage Chronic Disease: Seven Models for Success*, California Healthcare Foundation.

Heisler, M 2007, *Overview of Peer Support Models to Improve Diabetes Self-Management and Clinical Outcomes*, Diabetes Spectrum vol. 20, number 4.

Hidayat, AA 2011, *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.

Kusuma, H 2011. *Hubungan Antara Deperesi dan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta*, Tesis Program Pascasarjana FIK Universitas Indonesia, Depok, Jakarta.

Larsen, RJ & Buss, DM 2005, *Personality Psychology*, 2nd ed, McGraw Hill, New York.

Lazarus, RS & Folkman, S 1984. *Stres, Appraisal and Coping*, Springer Publishing Company, New York.

Listiawan, Y 2005, *Morbus Hansen, Pedoman Diagnosis dan Terapi Bag/SMF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*, Rumah Sakit Umum Dokter Soetomo, hal. 41-45.

Lorig, KR, Sobel, DS, Ritter PL, Laurent, D & Hobbs, M 2001, *Effect of a self-management program for patients with chronic disease. Effective Clinical Practice*, hal. 256-262.

Marks, DF, Murray, M, Evans, B & Willig, C 2002, *Health Psychology*. Sage Publications, London.

Martodiharjo, S 2003, “Reaksi Kusta dan Penanganannya”, dalam Emmy SD (ed.), *Kusta*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, hal. 75-82.

McDougall, AC 1996, “Important Facts about Leprosy”, dalam *Leprosy: Basic Information and Management*, Novartis Foundation for Sustainable Development, Switzerland, hal. 35-36.

Mead 2003, *Defining Peer Support*, diakses tanggal 23 Pebruari 2013, <http://www.mentalhealthpeers.com/pdfs/DefiningPeerSupport.pdf>

Mulyani 2011, *Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Stres Dalam Menyelesaikan Skripsi pada Mahasiswa Jurusan Psikologi Binus University*, Skripsi Fakultas Psikologi Universitas Bina Nusantara, Jakarta.

Notoatmodjo 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.

Notoadmodjo 2010, *Promosi Kesehatan: Teori & Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta.

Pagolori 2003, *Analisis Faktor Risiko Reaksi sesudah Pengobatan MDT Pada penderita Kusta di Kabupaten Gowa Tahun 2002*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin, diakses tanggal 24 Pebruari 2013, <http://digilib.litbang.depkes.go.id/go.php?id=jkpkbppk-gdl-res-2003-pagolori>

Pajares, F 2002. *Overview of Social Cognitive Theory and of Self-efficacy*, diakses tanggal 23 Pebruari 2013, <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>.

Pratiwi, D 2011, “Pengaruh Konseling Obat Terhadap Kepatuhan Pasien Hipertensi di Poloklinik Khusus RSUP DR. M. Jamil Padang”, tesis, Padang.

Prawoto 2008, *Faktor - Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Terjadinya Reaksi Kusta*, Tesis Magister Epidemiologi Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Riduwan 2008, *Skala Pengukuran Variabel-Variabel Penelitian*, Alfabeta, Bandung.

Rohmawati & Siti 2012, *Kebutuhan Akan Support Group Pada Penderita Kanker Serviks yang Mengalami Depresi*, Skripsi Fakultas Psikologi Universitas Airlangga, Surabaya.

Rohmah, FA 2006, *Pengaruh Diskusi Kelompok Untuk Menurunkan Stres pada Mahasiswa yang Sedang Skripsi*, *Humanitas: Indonesian Psychological Journal* vol. 3, no. 1, hal. 50-62.

Sarafino, EP 2006, *Health Psychology : Biopsychosocial Interaction*, 5th ed, John Willey & Sons, Inc, New York.

Schollard, DM, Smith, T, Bhoopat, L, Theetranont, C, Rangaeng, S & Morens, DM 1994, *Epidemiologic Characteristics of leprosy Reactions*, *International Journal of Leprosy*, vol.64, number 2, hal. 559-565.

Swarth, J 2000, *Stres dan Nutrisi*, Bumi Aksara, Jakarta.

Underwood, LG, Gotlieb, BH & Cohen, S 2000, *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*, Oxford University Press.

Ussher, J, Kristen, L, Butow, P & Sandoval, M 2005, *What do cancer support group provide which other supportive relationships do not? The Experience of peer support group for people with cancer*, *Journal of Social Science & Medicine* 62, hal. 2565- 2576.

Wisnu, IM 2011, "Pencegahan Cacat Kusta", dalam Emmy SD (ed.), *Kusta*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, hal. 83-93.

Zulkifli 2003, *Penyakit Kusta Dan Masalah Yang Ditimbulkannya*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.

# LAMPIRAN

**Lampiran 3****LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Nama saya Margareta Kewa Lamak, mahasiswi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya semester 4. Saya akan melakukan penelitian dengan judul “Peningkatan Pengetahuan, *Self Efficacy* Dan Penurunan Stres Pada Pasien Kusta Melalui Penerapan *Support Group* Dengan Pendekatan Teori Adaptasi Roy”. Untuk itu saya mohon partisipasi bapak/ibu. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan untuk penelitian dan tidak digunakan untuk maksud yang lain. Bapak/ibu bebas untuk ikut tanpa ada sanksi apapun.

Atas partisipasi bapak/ibu dalam penelitian ini saya hargai dan saya ucapkan terimakasih.

Mojokerto,

Hormat saya,

(Margareta Kewa Lamak)



**Lampiran 5****KUESIONER PENGETAHUAN**

## Petunjuk Pengisian

Beri tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang saudara anggap benar!

1. Menurut saudara apakah penyakit kusta itu?
  - a. Penyakit menular dan menahun (3)
  - b. Penyakit menular (2)
  - c. Penyakit kutukan dan keturunan (1)
  - d. Tidak tahu (0)
  
2. Menurut saudara, apa penyebab penyakit kusta?
  - a. Kuman tahan asam (2)
  - b. Mycobacterium leprae (3)
  - c. Kuman (1)
  - d. Tidak tahu (0)
  
3. Apa tanda-tanda penyakit kusta yang saudara ketahui?
  - a. Bercak putih tipis seperti panu dan semakin lebar (2)
  - b. Bercak putih tipis seperti panu dan mati rasa (3)
  - c. Bercak putih tipis terasa gatal - gatal dan tidak mati rasa (1)
  - d. Tidak tahu (0)
  
4. Apakah penyakit kusta dapat menular?
  - a. Ya (2)
  - b. Tidak (1)
  
5. Jika dapat menular, menurut saudara bagaimana cara penularannya?
  - a. Bercakap-cakap dengan penderita kusta (1)
  - b. Menggunakan bekas peralatan penderita kusta (2)
  - c. Bersentuhan dengan penderita kusta dalam waktu lama (3)
  
6. Apakah saudara tahu akibat yang ditimbulkan oleh penyakit kusta?
  - a. Kecacatan (3)
  - b. Penderita tidak sembuh (2)
  - c. Kematian (1)
  - d. Tidak tahu (0)
  
7. Apakah penyakit kusta dapat disembuhkan?
  - a. Ya (2)
  - b. Tidak (1)

8. Bagaimana cara mengobati kusta?
- a. Dengan obat antibiotik (1)
  - b. Dengan obat MDT (*Multi Drug Therapy*) (2)
  - c. Tidak tahu (0)
9. Apa akibat apabila tidak menyelesaikan pengobatan?
- a. Penyakitnya kambuh lagi dan bertambah parah (3)
  - b. Tidak bisa diobati lagi (2)
  - c. Penyakitnya kambuh lagi tapi tidak bertambah parah (1)
10. Apa penyebab terjadinya reaksi kusta?
- a. Tidak minum obat (2)
  - b. Kecapekan, stres, dan tidak teratur minum obat (3)
  - c. Jarang kontrol ke rumah sakit (1)
  - d. Tidak tahu (0)
11. Bagaimana caranya agar tidak terjadi reaksi kusta?
- a. Melakukan pengobatan sampai tuntas (3)
  - b. Istirahat total di rumah (2)
  - c. Tidak kontak dengan pasien kusta lainnya (1)
12. Apa akibatnya jika terjadi reaksi kusta dan tidak diobati?
- a. Kecacatan (3)
  - b. Terasa nyeri dan panas (2)
  - c. Tidak bisa sembuh (1)
13. Bagaimana cara mencegah agar tidak terjadi kecacatan?
- a. Tidak melakukan aktivitas apapun (1)
  - b. Merawat kaki, tangan, dan mata serta berobat dengan teratur (3)
  - c. Melindungi kaki atau tangan yang mati rasa agar tidak terluka (2)
14. Kecacatan seperti apa yang bisa ditimbulkan oleh kusta?
- a. Jari tangan bengkok (1)
  - b. Jari bisa protol atau lepas dan luka pada kaki atau tangan karena mati rasa (2)
  - c. Tidak tahu (0)
15. Apabila sudah terjadi kecacatan, apakah masih bisa melakukan aktivitas?
- a. Ya (2)
  - b. Tidak (1)
  - c. Tidak tahu (0)

## Lampiran 6

KUESIONER *SELF EFFICACY*

Petunjuk :

1. Daftar pertanyaan di bawah ini adalah perilaku atau tindakan yang akan bapak/ibu lakukan dalam pengelolaan penyakit kusta
2. Baca setiap pertanyaan dengan teliti kemudian **berilah tanda cek (√)** pada salah satu kolom yang menunjukkan keyakinan bapak/ibu pada aktivitas atau kegiatan yang akan bapak/ibu lakukan

Pertanyaan	Tidak Yakin	Kurang Yakin	Cukup Yakin	Yakin	Sangat Yakin
1. Seberapa yakin bapak/ibu dapat tetap melakukan aktivitas atau kegiatan meskipun sedang merasa lelah?					
2. Seberapa yakin bapak/ibu dapat tetap melakukan aktivitas atau kegiatan meskipun sedang merasakan sakit atau nyeri?					
3. Seberapa yakin bapak/ibu dapat tetap melakukan aktivitas atau kegiatan meskipun sedang mengalami tekanan emosional karena penyakit kusta yang diderita?					
4. Seberapa yakin bapak/ibu dapat tetap melakukan aktivitas atau kegiatan meskipun gejala penyakit sedang kambuh?					
5. Seberapa yakin bapak/ibu dapat menjaga kondisi kesehatan sehingga tidak sering sakit dan berobat ke dokter?					
6. Seberapa yakin bapak/ibu dapat mengurangi dampak penyakit kusta terhadap hidup bapak/ibu dengan melakukan hal lain selain minum obat?					
7. Seberapa yakin bapak/ibu dapat menjaga kondisi kesehatan sehingga tidak terjadi kekambuhan atau reaksi kusta atau kecacatan?					
8. Seberapa yakin bapak/ibu dapat melakukan pengobatan penyakit kusta hingga tuntas?					

9. Seberapa yakin bapak/ibu dapat tetap hidup dengan baik seperti sebelum menderita kusta?					
10. Seberapa yakin bapak/ibu dapat sabar bila menerima perlakuan masyarakat yang kurang menyenangkan terkait penyakit bapak/ibu jika nanti kembali ke masyarakat?					
11. Seberapa yakin bapak/ibu bahwa penyakit kusta yang dialami sekarang tidak akan mengganggu kondisi emosi atau psikologis bapak/ibu?					

Penghitungan:

$\frac{\text{Skor yang didapat}}{\text{Skor maksimal}} \times 100\%$

Kategori:

*Self efficacy* tinggi jika skor  $\geq 70\%$

*Self efficacy* sedang jika skor 35% - 69%

*Self efficacy* rendah jika skor  $<35\%$

## Lampiran 7

## KUESIONER STRES

Petunjuk Pengisian

Kuesioner ini terdiri dari berbagai pernyataan yang mungkin sesuai dengan pengalaman Bapak/Ibu dalam menghadapi situasi hidup sehari-hari.

Bapak/Ibu diminta untuk menjawab dengan cara **memberi tanda cek (√)** pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan pengalaman Bapak/Ibu/Saudara selama **satu minggu belakangan** ini. Tidak ada jawaban yang benar ataupun salah, karena itu isilah sesuai dengan keadaan diri Bapak/Ibu/Saudara yang sesungguhnya, yaitu berdasarkan jawaban pertama yang terlintas dalam pikiran Bapak/Ibu/ Saudara.

No	PERNYATAAN	Tidak pernah	Kadang	Sering	Selalu
1	Saya merasa bahwa saya bukan orang yang mudah marah karena hal-hal sepele.				
2	Saya cenderung bereaksi berlebihan terhadap situasi atau masalah yang sedang saya alami.				
3	Saya merasa sulit untuk bersantai.				
4	Saya mudah merasa jengkel.				
5	Saya sering merasa cemas atau khawatir tentang sesuatu hal atau keadaan				
6	Saya bisa sabar saat mengalami penundaan (misalnya: menunggu dokter datang).				
7	Saya merasa bahwa saya mudah tersinggung.				
8	Saya mudah untuk beristirahat atau tidur				
9	Saya merasa bahwa saya sangat mudah marah.				
10	Saya merasa sulit untuk tenang setelah ada suatu kejadian yang membuat saya jengkel.				
11	Saya bisa sabar jika ada hal yang mengganggu saya saat saya sedang melakukan kegiatan.				
12	Saat ini saya sedang merasa tenang dan tidak sedang gelisah				
13	Saya tidak dapat memaklumi apapun yang menghalangi saya untuk melakukan sesuatu.				
14	Saya mudah merasa gelisah.				

Harap diperiksa kembali, jangan sampai ada yang terlewatkan. Terima kasih.

**Lampiran 8****SATUAN ACARA KEGIATAN**

Materi : *Support Group*

Durasi : 60 menit

**A. Analisis Situasional**

1. Fasilitator : Margareta K.L
2. Peserta : Pasien kusta di ruang Melati RSK Sumber Glagah
3. Waktu : Disesuaikan

**B. Tujuan Instruksional****1. Tujuan Instruksional Umum**

Setelah kegiatan *support group* yang meliputi *checking in*, presentasi masalah, klarifikasi masalah, berbagi usulan, perencanaan tindakan, dan *checking out*, pengetahuan dan *self efficacy* pasien kusta untuk mengelola penyakitnya meningkat serta stres pasien kusta menurun.

**2. Tujuan Instruksional Khusus**

Setelah mengikuti kegiatan tersebut, pasien kusta dapat:

- (1) menggali atau mengetahui masalah yang menurut pasien perlu untuk dibahas dan dicari jalan keluarnya bersama-sama dengan peserta yang lain dalam kegiatan *support group*
- (2) menyadari bahwa mereka memiliki kelompok pendukung yang merasakan dan mengalami permasalahan yang sama dengan mereka serta dapat saling memberikan informasi yang mungkin belum mereka ketahui

### C. Metode

Diskusi

### D. Materi Diskusi

Materi diskusi untuk setiap pertemuan tidak sama. Materi yang akan didiskusikan adalah masalah yang sering dialami oleh pasien kusta yaitu tentang penyakit kusta dan dampak yang ditimbulkan, reaksi kusta, dan kecacatan pada kusta.

### E. Alur *Support Group*

#### 1. *Checking in*

Aktivitas ini dilakukan oleh peserta untuk menyatakan bahwa dirinya akan mengikuti kelompok ini.

#### 2. Presentasi masalah

Pada sesi ini peserta berhak mengutarakan masalah yang dialami dan dirasakan terkait dengan materi yang disampaikan

#### 3. Klarifikasi masalah

Masalah yang telah disampaikan oleh peserta pada sesi sebelumnya dibahas bersama-sama untuk dicari jalan keluarnya, pada sesi ini peserta dapat mengemukakan pertanyaan terbuka tentang apa yang dibutuhkan dan bagaimana perasaan atau emosi yang dirasakan saat ini.

#### 4. Berbagi usulan

Peserta lain yang memiliki masalah yang sama dan telah dapat menyelesaikannya berbagi pengalaman serupa dan cara penyelesaian.

#### 5. Perencanaan tindakan

Pada sesi ini peserta merencanakan suatu strategi tindakan yang akan dilakukan untuk membantu peserta lainnya.

#### 6. *Check out*

Pada sesi ini kelompok melakukan *review* atas apa yang telah dibahas dan kelompok menentukan tema yang akan dibahas pada pertemuan berikutnya.

### F. Sarana

- 1) Ruang pertemuan
- 2) Lembar materi

### G. Evaluasi

1. Prosedur : kegiatan berlangsung sesuai dengan rencana
2. Sarana : sarana tersedia dengan baik
3. Waktu : kegiatan dimulai dan diakhiri tepat waktu sesuai dengan jadwal

## LEMBAR MATERI DALAM *SUPPORT GROUP*

### PENYAKIT KUSTA

#### 1. Definisi penyakit kusta

Kusta merupakan penyakit menular menahun yang disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium leprae*) yang menyerang syaraf tepi, kulit dan jaringan tubuh lainnya (Depkes RI, 2006). Kusta adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa, saluran pernapasan bagian atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang dan testis (Amirudin, 2000).

#### 2. Etiologi penyakit kusta

Penyebab kusta adalah *Mycobacterium leprae* (*M. Leprae*), yang ditemukan oleh warganegara Norwegia, G.A Armauer Hansen pada tahun 1873 dan sampai sekarang belum dapat dibiakkan dalam media buatan. Kuman *Mycobacterium leprae* berbentuk basil dengan ukuran 3-8 Um X 0,5 Um, tahan asam dan alkohol serta bersifat Gram positif. Kuman *M. Leprae* hidup intraseluler dan mempunyai afinitas yang besar pada sel saraf (*Schwan cell*) dan sistem retikulo endotelial.

#### 3. Diagnosis penyakit kusta

Diagnosis penyakit kusta didasarkan pada gambaran klinis, bakteriologis dan histopatologis. Dari ketiga diagnosis klinis merupakan yang terpenting dan paling sederhana. Sebelum diagnosis klinis ditegakkan, harus dilakukan anamnesa, pemeriksaan klinik (pemeriksaan kulit, pemeriksaan saraf tepi dan

fungsinya). Untuk menetapkan diagnosis klinis penyakit kusta harus ada minimal satu tanda utama atau *cardinal sign*. Tanda utama tersebut yaitu :

1) Lesi (kelainan) kulit yang mati rasa

Kelainan dapat berbentuk bercak keputihan (hipopigmentasi) atau kemerah-merahan (eritematosa) yang mati rasa (anestesi)

2) Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf akibat peradangan saraf (neuritis perifer) , bisa berupa :

(1) Gangguan fungsi sensoris (mati rasa)

(2) Gangguan fungsi motoris : kelemahan otot, kelumpuhan

(3) Gangguan fungsi otonom : kulit kering dan retak

3) Adanya kuman tahan asam di dalam pemeriksaan kerokan jaringan kulit (BTA positif).

Pemeriksaan serologis juga dilakukan untuk menegakkan diagnosis kusta antara lain:

1) Lepromin test: untuk mengetahui imunitas seluler dan membantu menentukan tipe kusta

2) MLPA (*Mycobacterium Lepra particle Agglutination*): untuk mengetahui imunitas humoral terhadap antigen yang berasal dari *M. Leprae*

3) PCR (*Polimerase Chain Reaction*): sangat sensitif, dapat mendeteksi 1-10 kuman, sediaan diambil biasanya pada jaringan

4. Klasifikasi penyakit kusta

Dikenal beberapa jenis klasifikasi kusta, yang sebagian besar didasarkan pada tingkat kekebalan tubuh (kekebalan seluler) dan jumlah kuman. Beberapa klasifikasi kusta di antaranya adalah :

1) Klasifikasi Madrid (1953)

Pada klasifikasi kusta ini penderita kusta di tempatkan pada dua kutub, satu kutub terdapat kusta tipe *tuberculoid (T)* dan kutub lain tipe *lepromatous (L)*.

Diantara kedua tipe ini ada tipe tengah yaitu tipe *borderline (B)*.

2) Klasifikasi Ridley Jopling (1962)

Berdasarkan gambaran imunologis, Ridley dan Jopling membagi tipe kusta menjadi 6 kelas yaitu : *intermediate (I)*, *tuberculoidtuberculoid (TT)*, *borderline tuberculoid (BT)*, *borderlineborderline (BB)*, *borderline lepromatous (BL)* dan *lepromatous-lepromatous (LL)*.

(a) Tipe tuberkuloid-tuberkuloid (TT)

Lesi ini mengenai kulit dan saraf. Lesi kulit bisa satu atau beberapa, dapat berupa *macula* atau plak, batas jelas dan bagian tengah dapat ditemukan lesi yang mengalami regresi atau penyembuhan ditengah. Permukaan lesi dapat bersisik dengan tepi yang meninggi, bahkan dapat menyerupai gambaran psoriasis. Gejala ini dapat disertai penebalan saraf perifer yang biasanya teraba, kelemahan otot dan sedikit rasa gatal.

(b) Tipe borderline tuberkuloid (BT)

Lesi pada tipe ini menyerupai tipe TT, yakni berupa makula anestesi atau plak yang sering disertai lesi satelit di pinggirnya, jumlah lesi satu atau beberapa, tetapi gambaran hipopigmentasi, kekeringan kulit atau skuama tidak jelas seperti pada tipe tuberkuloid. Gangguan saraf tidak seberat pada tipe tuberkuloid dan biasanya asimetrik. Biasanya ada lesi satelit yang terletak dekat saraf perifer yang menebal.

(c) Tipe borderline-borderline (BB)

Tipe BB merupakan tipe yang paling tidak stabil dari semua spectrum penyakit kusta. Tipe ini disebut juga sebagai bentuk dimorfik dan jarang dijumpai. Lesi dapat berbentuk makula infiltrate. Permukaan lesi dapat mengkilat, batas lesi kurang jelas dengan jumlah lesi yang melebihi tipe borderline tuberkuloid dan cenderung simetrik. Lesi sangat bervariasi baik ukuran, bentuk dan distribusinya. Bisa didapat lesi *punched out*, yaitu hipopigmentasi yang oval pada bagian tengah, batas jelas yang merupakan ciri khas tipe ini.

(d) Tipe borderline lepromatous (BL)

Secara klasik lesi dimulai dengan makula. Awalnya dalam jumlah sedikit kemudian dengan cepat menyebar ke seluruh badan. Makula disini lebih jelas dan lebih bervariasi bentuknya walau masih kecil, papel dan nodus lebih tegas dengan distribusi lesi yang hampir simetrik dan beberapa nodus tampak melekok pada bagian tengah. Lesi bagian tengah sering tampak normal dengan pinggir didalam infiltrat lebih jelas dibanding pinggir luarnya, dan beberapa plak tampak seperti *punched-out*. Tanda-tanda kerusakan saraf berupa hilangnya sensasi, hipopigmentasi, berkurangnya keringat dan rontoknya rambut lebih cepat muncul dibandingkan dengan tipe lepromatous dengan penebalan saraf yang dapat teraba pada tempat predileksi dikulit.

(e) Tipe lepromatous-lepromatous (LL)

Jumlah lesi sangat banyak, simetrik, permukaan halus, lebih eritem, mengkilat berbatas tidak tegas dan tidak ditemukan gangguan anestesi

dan anhidrosis pada stadium dini. Distribusi lesi khas, yakni diwajah mengenai dahi, pelipis dagu, kuping telinga, sedangkan dibadan mengenai belakang yang dingin, lengan, punggung tangan, dan permukaan ekstensor tungkai bawah. Pada stadium lanjut tampak penebalan kulit yang progresif, kuping telinga menebal, garis muka menjadi kasar dan cekung membentuk *facies leonine* yang dapat disertai madarosis, iritis, dan keratitis. Lebih lanjut lagi dapat terjadi deformitas pada hidung. dapat dijumpai pembesaran kelenjar limfe, orkitis yang selanjutnya dapat menjadi atropitestis. Kerusakan saraf dermis menyebabkan gejala *stocking* dan *glove anaesthesia*.

### 3) Klasifikasi WHO ( 1997 )

Pada pertengahan tahun 1997 *WHO Expert Committee* menganjurkan klasifikasi kusta menjadi pausi basiler (PB) lesi tunggal, pausi basiler (PB lesi 2-5) dan multi basiler (MB). Sekarang untuk pengobatan PB lesi tunggal disamakan dengan PB lesi 2-5. Sesuai dengan jenis regimen MDT (*multi drug therapy*) maka penyakit kusta dibagi dalam 2 tipe, yaitu tipe PB dan MB. Klasifikasi WHO (1997) inilah yang diterapkan dalam program pemberantasan penyakit kusta di Indonesia. Penentuan klasifikasi atau tipe kusta selengkapnya seperti tabel di bawah ini:

Tabel 2.1 Klasifikasi kusta menurut WHO

Tanda Utama	PB	MB
Jumlah lesi	1-5	Lebih dari 5
Penebalan saraf yang disertai gangguan fungsi	Hanya 1 saraf	Lebih dari 1 saraf
Sediaan apus	BTA positif	BTA negatif

Sumber: Sasakawa Memorial Health Foundation (2004)

## 5. Penatalaksanaan penyakit kusta

Regimen pengobatan *multi drug therapy (MDT)* digunakan di Indonesia, regimen ini berdasarkan rekomendasi WHO, yaitu:

### 1) Penderita pausi basiler (PB)

#### (1) Penderita PB lesi 1

Diberi dosis tunggal ROM (rifampisin, ofloxacin dan minosiklin).

Dewasa 50-70 kg: rifampisin 600 mg, ofloxacin 400 mg dan minosiklin  
100 mg

Anak 5-14 tahun: rifampisin 300 mg, ofloxacin 200 mg dan minosiklin  
50 mg

Pemberian pengobatan hanya sekali saja dan penderita digolongkan dalam kelompok RFT (*release from tretment*). Dalam program kusta di Indonesia, regimen ROM ini tidak dipergunakan, penderita PB dengan 1 lesi diobati seperti pada PB dengan 2-5 lesi.

#### (2) Penderita PB lesi 2-5

Dewasa: rifampisin 600 mg, dapson 100 mg (diminum hari pertama di depan petugas) dan dapson 100 mg (diminum di rumah hari 2-28).

Lama pengobatan : 6-9 bulan (6 blister).

### 2) Penderita multi basiler (MB)

Dewasa : rifampisin 600 mg, clofazimin 300 mg, dapson 100 mg (diminum hari pertama di depan petugas) dan clofazimin 50 mg, dapson 100 mg (diminum di rumah hari 2-28).

Lama pengobatan : 12-18 bulan (12 blister)

Sedangkan anak dibawah 10 tahun, dosis MDT diberikan berdasarkan berat badan, yaitu : rifampisin 10-15 mg/kg BB, dapson 1-2 mg/kg BB dan clofazimin 1 mg/kg BB.

Penderita yang telah menyelesaikan regimen pengobatan disebut RFT (*release from treatment*). Setelah RFT penderita tetap dilakukan pengamatan secara pasif yaitu tipe kusta PB selama 2 tahun dan tipe kusta MB selama 5 tahun. Penderita kusta yang telah melewati masa pengamatan setelah RFT disebut RFC (*release from control*) atau bebas dari pengamatan.

#### 6. Dampak psikososial penyakit kusta

Seseorang yang merasakan dirinya menderita penyakit kusta akan mengalami trauma psikis. Sebagai akibat dari trauma psikis ini, si penderita antara lain sebagai berikut :

- 1) Dengan segera mencari pertolongan pengobatan
- 2) Mengulur-ulur waktu karena ketidaktahuan atau malu bahwa ia atau keluarganya menderita penyakit kusta.
- 3) Menyembunyikan (mengasingkan) diri dari masyarakat sekelilingnya, termasuk keluarganya.
- 4) Oleh karena berbagai masalah, pada akhirnya si penderita bersifat masa bodoh terhadap penyakitnya.

Sebagai akibat dari hal-hal tersebut diatas timbul berbagai masalah antara lain:

#### 1) Masalah terhadap diri penderita kusta

Pada umumnya penderita kusta merasa rendah diri, merasa tekan batin, takut terhadap penyakitnya dan terjadinya kecacatan, takut menghadapi keluarga dan masyarakat karena sikap penerimaan mereka yang kurang wajar. Segan

berobat karena malu, apatis, karena kecacatan tidak dapat mandiri sehingga beban bagi orang lain (jadi pengemis, gelandangan dsb).

## 2) Masalah terhadap Keluarga

Keluarga menjadi panik, berubah mencari pertolongan termasuk dukun dan pengobatan tradisional, keluarga merasa takut diasingkan oleh masyarakat disekitarnya, berusaha menyembunyikan penderita agar tidak diketahui masyarakat disekitarnya, dan mengasingkan penderita dari keluarga karena takut ketularan.

## 3) Masalah Terhadap Masyarakat

Pada umumnya masyarakat mengenal penyakit kusta dari tradisi kebudayaan dan agama, sehingga pendapat tentang kusta merupakan penyakit yang sangat menular, tidak dapat diobati, penyakit keturunan, kutukan Tuhan, najis dan menyebabkan kecacatan. Sebagai akibat kurangnya pengetahuan/informasi tentang penyakit kusta, maka penderita sulit untuk diterima di tengah-tengah masyarakat, masyarakat menjauhi keluarga dari perideita, merasa takut dan menyingkirkannya. Masyarakat mendorong agar penderita dan keluarganya diasingkan (Zulkifli, 2003).

# PENULARAN

1. Ditularkan dari penderita kusta tipe MB dengan cara penularan langsung (kontak yg lama dan erat).
2. Cara masuk *M. Leprae* ke dlm tubuh manusia belum diketahui dengan pasti, namun paling sering melalui kulit yg lecet atau luka di kulit; dan melalui saluran pernapasan

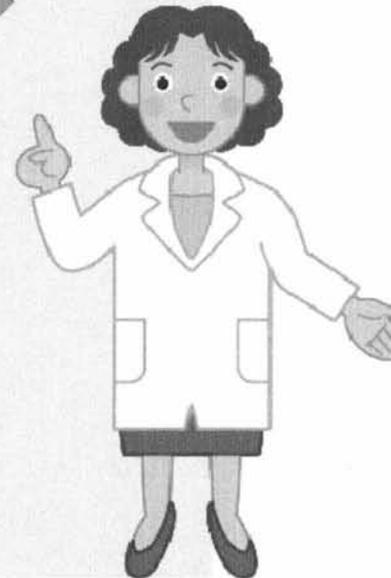
Kekebalan tubuh manusia dan jumlah kuman kusta menentukan seseorang dapat tertular kusta atau tidak



TESIS

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
PENYAKIT KUSTA DAPAT  
DISEMBUHKAN ASALKAN  
BEROBAT SAMPAI TUNTAS

TERIMA KASIH



Peningkatan Pengetahuan, Self ...

# PENYAKIT KUSTA



MARGARETA K.L  
MAGISTER KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2013

Margareta Kewa Lamak

# DEFINISI

Kusta merupakan penyakit menular menahun yang disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium leprae*) yang menyerang syaraf tepi, kulit dan jaringan tubuh lainnya

# PENYEBAB

Penyebab kusta adalah *Mycobacterium leprae* (*M. Leprae*), yang ditemukan oleh warganegara Norwegia, G.A Armauer Hansen pada tahun 1873

# GEJALA

1. Terdapat lesi (kelainan) kulit yang mati rasa berupa bercak warna keputihan atau kemerahan
2. Penebalan saraf tepi disertai gangguan fungsi (kelemahan otot, kulit kering dan retak)
3. Ditemukan kuman tahan asam *Mycobacterium leprae* dalam pemeriksaan (BTA +)



TESIS

# TIPE KUSTA

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

## 1. Penyakit Kusta Pausibasilar (PB)

Tanda-tandanya:

- Jumlah lesi 1-5
- Penebalan saraf yang disertai gangguan fungsi hanya 1
- Pemeriksaan BTA negatif



Kusta Pausibasilar (PB) merupakan jenis kusta kering yang ditandai dengan bercak kering kasar dan pada pinggir bercak terlihat jelas.

## 2. Penyakit Kusta Multibasilar (MB)

Tanda-tandanya:

- Jumlah lesi >5
- Penebalan saraf yang disertai gangguan fungsi >1
- Pemeriksaan BTA dapat negatif atau positif



Kusta Multibasilar (MB) ditandai dengan munculnya

Peningkatan Pengetahuan, Self ...

# PENGOBATAN

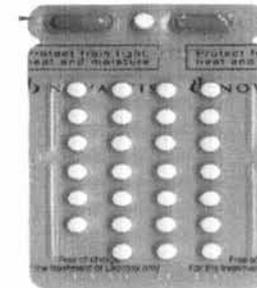
## Pengobatan dengan MDT (*Multi Drug Therapy*)

Tujuan :

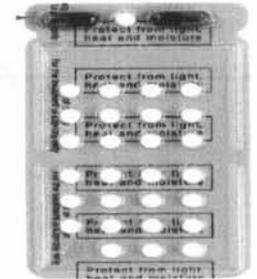
memutus terjadinya penularan, menurunkan angka kejadian penyakit, mengobati dan menyembuhkan penderita, mencegah timbulnya cacat

Pengobatan :

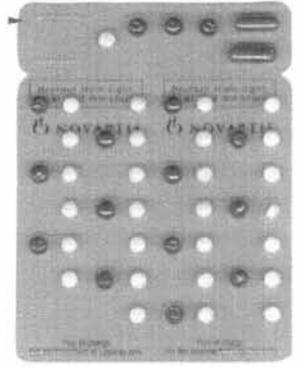
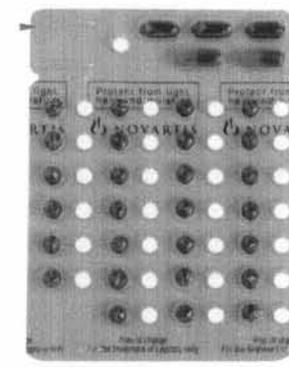
Penyakit Kusta Pausibasilar (PB) lama pengobatan : rifampicin dan dapson (6 blister)



Dewasa



Anak



Margareta Kewa Lamak

## LEMBAR MATERI DALAM *SUPPORT GROUP*

### REAKSI KUSTA

#### 1. Definisi reaksi kusta

Reaksi kusta adalah gambaran dari episode akut hipersensitifitas terhadap *M. leprae* yang menyebabkan gangguan dalam keseimbangan sistem imunologi.

#### 2. Jenis reaksi kusta

Reaksi menggambarkan adanya suatu hipersensitivitas terhadap antigen *M. Leprae* karena adanya ketidakseimbangan imunologis. Ada 2 tipe reaksi:

##### 1) Reaksi tipe 1

Disebabkan karena hipersensitivitas tipe IV (Coombs dan Gell). Antigen dari *M. Leprae* bereaksi dengan limfosit T karena adanya perubahan yang cepat dari imunitas seluler (CMI = *Cellular Mediated Immunity*). Reaksi kusta tipe I terjadi pada penderita kusta tipe PB dan MB, terutama pada fase 6 bulan pertama pengobatan. Pada penderita kusta tipe MB, reaksi kusta tipe I sering terjadi salah diagnosis sebagai kasus kambuh. Reaksi tipe I yang terjadi selama pengobatan diduga disebabkan oleh meningkatnya respon imun seluler secara cepat terhadap kuman kusta di kulit dan saraf penderita. Apabila dilihat dari segi pembasmian kuman kusta reaksi tipe I ini dapat menguntungkan, namun inflamasi yang timbul berlebihan pada saraf dapat mengakibatkan kecacatan, terutama bila tidak atau terlambat ditangani. Penderita dengan jumlah lesi yang banyak dan hasil kerokan kulit positif akan menaikkan risiko terjadinya reaksi tipe I. Reaksi tipe I

merupakan masalah besar pada penyakit kusta karena dapat berpotensi potensi untuk menyebabkan kerusakan saraf dan hilangnya fungsi saraf.

(1) Gejala yang terjadi pada reaksi tipe I berupa adanya perubahan lesi kulit maupun saraf akibat peradangan yang terjadi. Manifestasi lesi pada kulit dapat berupa warna kemerahan, bengkak, nyeri dan panas. Pada saraf dapat terjadi neuritis dan gangguan fungsi saraf. Kadang dapat terjadi gangguan keadaan umum penderita (demam).

(2) Menurut beratnya reaksi

Beratnya reaksi tipe I dapat dibedakan menjadi reaksi ringan dan berat. Adapun perbedaan antara reaksi kusta tipe I ringan dan berat dapat dilihat pada pada tabel berikut :

Tabel 2.2 Perbedaan reaksi kusta tipe I ringan dan berat

Gejala	Reaksi Ringan	Reaksi Berat
Lesi kulit	Semakin aktif, menebal, merah, panas, nyeri, makula membentuk plaque	Lesi bengkak sampai pecah, merah, panas, nyeri, kaki dan tangan bengkak, ada kelainan kulit baru, sendi sakit
Saraf tepi	Tidak ada nyeri tekan dan gangguan fungsi	Nyeri tekan dan atau gangguan fungsi

Sumber: PLKN (2002) dan W.H Van Brakel, et.al (1994)

(3) Menurut lama terjadinya reaksi

Reaksi kusta tipe I dapat berlangsung 6-12 minggu atau lebih.

2) Reaksi tipe 2

Disebabkan karena reaksi hipersensitivitas tipe III, terjadi karena kompleks imun (reaksi antigen-antibodi yang melibatkan komplemen). Istilah *Eritema Nodusum Leprosum* (ENL) digunakan bila terdapat adanya lesi kulit berupa nodul-nodul eritematus. Antigen berasal dari produk kuman yang telah mati dan

bereaksi dengan antibodi membentuk kompleks Ag-Ab. Kompleks Ag-Ab ini akan mengaktifasi komplemen sehingga terjadi ENL. Kompleks imun ini dapat menimbulkan respon inflamasi yang akan terdegradasi dalam beberapa hari. Kompleks imun dapat beredar dalam sirkulasi darah dan mengendap pada organ kulit, saraf, limfonodus dan testis. Diagnosis ENL diperoleh dengan pemeriksaan klinik maupun histologi. Secara mikroskopis spesimen ENL digolongkan menjadi 3 bagian mengikuti lokasi peradangan utama yaitu : klasikal (subkutis), kulit dalam, dan permukaan.

(1) Gejala ENL

Gejala ENL bisa dilihat pada perubahan lesi kulit berupa nodul kemerahan, neuritis, gangguan fungsi saraf, gangguan konstitusi dan komplikasi pada organ tubuh lainnya.

(2) Lama terjadinya reaksi

Lama perjalanan ENL dapat berlangsung 3 minggu atau lebih, kadang lebih lama.

(3) Menurut beratnya reaksi

Beratnya reaksi tipe II dapat dibedakan menjadi reaksi ringan dan berat. Perbedaan reaksi tipe II ringan dan berat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.3 Perbedaan reaksi kusta tipe II ringan dan berat

Gejala	Reaksi Ringan	Reaksi Berat
Lesi kulit	Nodul nyeri tekan, jumlah sedikit, hilang sendiri 2-3 hari	Nodul nyeri tekan, pecah, jumlah banyak, berlangsung lama
Keadaan umum	Tidak demam atau demam ringan	Demam ringan sampai berat
Saraf tepi	Tidak ada nyeri saraf dan gangguan fungsi	Ada nyeri saraf dan gangguan fungsi
Organ tubuh	Tidak ada gangguan	Peradangan pada mata, testis, gangguan pada tulang hidung dan tenggorok

Sumber: Depkes RI (2006)

### 3. Diagnosis reaksi kusta

Diagnosis reaksi kusta dapat ditegakkan dengan pemeriksaan klinis, meliputi pemeriksaan pada lesi kulit, saraf tepi dan keadaan umum penderita. Pemeriksaan untuk mendiagnosis reaksi kusta menggunakan formulir pencegahan cacat atau *preventions of disabillity (POD)*, yang dilakukan setiap pasien mengambil obat atau tiga minggu sekali. Formulir POD digunakan untuk mencatat dan memonitor fungsi saraf serta alat untuk mendeteksi dini adanya reaksi kusta. Fungsi saraf utama yang diperiksa adalah saraf di muka (*nervus facialis*), tangan (*nervus medianus*, *nervus ulnaris* dan *nervus radialis*) dan di kaki (*nervus peroneus*, *nervus tibialis posterior*). Bila didapatkan tanda klinis seperti adanya nodul, nodul ulserasi, bercak aktif atau bengkak di daerah saraf tepi, nyeri tekan saraf, berkurangnya rasa raba dan kelemahan otot serta adanya *lagophthalmus* dalam 6 bulan terakhir, berarti penderita sedang mengalami reaksi kusta. Cara memeriksa gangguan fungsi saraf dan kelemahan otot adalah dengan teknik *voluntary muscle test (VMT)* atau tes kekuatan otot dan untuk memeriksa berkurangnya rasa raba dilakukan *sensitivity test (ST)* atau tes rasa raba.

#### 4. Pengobatan reaksi kusta

Prinsip pengobatan reaksi adalah:

- 1) Istirahat / imobilisasi
- 2) Pemberian analgesik / sedatif
- 3) Pemberian obat anti reaksi pada reaksi berat
- 4) MDT diteruskan dengan dosis tidak berubah

Pengobatan reaksi ringan dapat dilakukan dengan cara:

- 1) Berobat jalan dan istirahat di rumah
- 2) Pemberian analgetik dan sedatif bila perlu
- 3) Reaksi kusta ringan yang tidak membaik setelah pengobatan 6 minggu harus diobati sebagai reaksi kusta berat

Pengobatan reaksi berat dilakukan dengan cara:

- 1) Pemberian prednison

Pemberian prednison dengan cara bertahap atau "*taffering off*" selama 12 minggu. Setiap 2 minggu pemberian prednison harus dilakukan pemeriksaan untuk pencegahan cacat.

- 2) Pemberian analgetik, bila perlu sedatif
- 3) Reaksi tipe II berulang diberikan prednison dan clofazimin
- 4) Imobilisasi lokal dan bila perlu penderita dirawat di rumah sakit

#### 5. Faktor risiko reaksi kusta

Faktor risiko yang diduga berperan terhadap terjadinya reaksi kusta adalah sebagai berikut :

Karakteristik individu :

- 1) Umur saat didiagnosis kusta lebih dari 15 tahun

Kejadian reaksi kusta jarang terjadi pada bayi, mungkin ini terjadi karena respon imun yang diperoleh dari ibunya saat masih dalam kandungan. Pada usia produktif reaksi kusta lebih sering terjadi, hal ini dimungkinkan karena pada usia ini respon imun lebih aktif dan lebih sering terpapar faktor eksternal. Penelitian Brigitte Ranque, et.al (1997), menyimpulkan bahwa umur saat didiagnosis kusta lebih dari 15 tahun merupakan faktor risiko terjadinya reaksi kusta.

## 2) Jenis kelamin wanita

Jenis kelamin belum diketahui sebagai pencetus langsung terjadinya reaksi kusta. Reaksi kusta tipe I lebih dominan terjadi pada wanita di semua tingkat usia, sedangkan reaksi kusta tipe II umumnya terjadi pada wanita dan pria usia muda. Penelitian Scollard D.M, et.al (1994) menyatakan bahwa kejadian reaksi kusta lebih dominan pada wanita yaitu sebesar 47% dan pria sebesar 26% .

## 3) Pekerja kasar

Kejadian reaksi diduga lebih banyak terjadi pada pekerja kasar yang banyak mengeluarkan tenaga. Pengeluaran tenaga berlebihan akan berdampak pada penurunan stamina sehingga penderita kusta dapat mengalami stres fisik dan terjadi perubahan respon imun yang dapat memicu terjadinya ENL.

Karakteristik status klinis :

### 1) Tipe kusta MB

Tipe kusta dipengaruhi oleh variasi dalam kesempurnaan sistem respon imun seluler. Pada kusta tipe PB dengan respon imun seluler cukup tinggi lebih sering mendapat reaksi kusta tipe I yang kadang gambaran klinisnya lebih hebat. Hal ini terjadi karena kuman yang mati akan dihabiskan sistem fagosit

tubuh, tetapi pada sebagian penderita akan terjadi reaksi imun sebagai bentuk perlawanan (hipersensitivitas akut). Sedangkan pada tipe MB dengan respon imun rendah, reaksi kusta ini tidak seberat pada tipe PB.3 Pagolori (2002) menyimpulkan kusta tipe MB mempunyai resiko mengalami reaksi 2,45 kali lebih besar dibandingkan tipe PB. Brigitte Ranque (2007) menyimpulkan bahwa tipe MB berisiko 4 kali mengalami reaksi.

## 2) Lama sakit lebih dari 1 tahun

Lama penderita menderita sakit kusta mulai dari sebelum didiagnosa, sesudah didiagnosa dan diobati sampai RFT , diduga berhubungan dengan terjadinya reaksi kusta. Semakin lama menderita sakit memungkinkan banyak *Mycobacterium leprae* yang mati atau pecah dan menjadi antigen sehingga memicu terjadinya reaksi kusta. Reaksi ENL juga dapat terjadi pada kusta yang tidak diobati dalam waktu yang lama.

## 3) Jumlah lesi lebih dari 10

Jumlah lesi akan berpengaruh terhadap terjadinya reaksi kusta, penderita dengan jumlah lesi yang banyak cenderung berisiko reaksi kusta lebih besar. Penelitian W.H Van Brakel, et.al (1994) menyimpulkan bahwa jumlah lesi merupakan indikator risiko reaksi reversal. Penderita dengan jumlah lesi lebih dari 10 merupakan faktor risiko terjadinya reaksi kusta. Penelitian Brigitte Ranque, et.al (2007) menyatakan bahwa lesi lebih dari 5 merupakan faktor risiko reaksi kusta. Menurut WHO, jumlah lesi lebih dari 5 termasuk dalam klasifikasi kusta tipe MB.

#### 4) Menstruasi

Penderita kusta usia subur akan mengalami menstruasi yang akan berpengaruh pada keseimbangan atau perubahan hormonal. Perubahan hormonal pada proses menstruasi akan menjadi faktor pencetus terjadinya reaksi kusta.

#### 5) Stres

Penderita kusta yang mengalami stres emosional akan cenderung membutuhkan adaptasi yang berat pula. Pada keadaan stres tubuh akan mengalami gangguan umum, yang dapat memicu terjadinya reaksi kusta. Menurut Judith Swarth (2000), stres bisa mengakibatkan penurunan kekebalan tubuh sebanyak 50 %. Penelitian Shriya Dave, et al. (2003) menyatakan bahwa stres mental berhubungan dengan terjadinya reaksi ENL. Hasil studi yang lain, menyatakan bahwa keadaan stres seperti kehamilan, emosional dan menstruasi akan mencetuskan terjadinya ENL.

#### 6) Kelelahan fisik

Kelelahan fisik pada penderita kusta menyebabkan gangguan umum pada tubuh yang dapat memicu meningkatnya respon imun seluler dan dapat terjadi reaksi kusta. Penelitian Pagolori (2002) menyatakan bahwa kelelahan fisik merupakan faktor risiko terjadinya reaksi kusta. Shriya Dave, et.al (2003), menyatakan stres fisik berhubungan dengan terjadinya ENL.

#### 7) Kehamilan

Kehamilan pada penderita kusta akan menyebabkan perubahan hormonal, yang kadang akan memicu terjadinya reaksi kusta. Beberapa penelitian, menyimpulkan bahwa kehamilan merupakan faktor risiko terjadinya reaksi kusta. Hal ini dapat dimengerti karena selama kehamilan terjadi kenaikan kadar

kortikosteroid endogen, alfamakroglobulin dan substansi lain yang dapat mempengaruhi fungsi respon imun limfosit T yang dapat berakibat menurunnya respon imun untuk melawan *Mycobacterium leprae*.

#### 8) Laktasi

Penderita kusta yang sedang menyusui, berisiko mengalami reaksi kusta. Kumar, et.al (2004) menyatakan bahwa laktasi merupakan faktor risiko terjadinya reaksi reversal dan ENL. Shriya Dave, et.al (2003) dan Guerra J.G (2002) menyatakan bahwa laktasi berhubungan dengan terjadinya ENL. Selama laktasi, kadar kortikosteroid endogen, alfamakroglobulin dan substansi lain akan meningkat dan mempengaruhi fungsi respon imun limfosit T yang berakibat menurunnya respon imun untuk melawan *Mycobacterium leprae*.

#### 9) Kontrasepsi hormonal

Penderita kusta yang memakai kontrasepsi hormonal, didalam tubuhnya akan terjadi perubahan hormonal yang diduga dapat memicu terjadinya reaksi kusta. Perubahan hormonal merupakan faktor pencetus terjadinya reaksi kusta.

Karakteristik status pengobatan :

#### 1) Lama pengobatan lebih dari 6 bulan

Lama pengobatan MDT akan berpengaruh terhadap reaksi kusta. Penderita biasanya akan mendapat reaksi kusta setelah 6 bulan atau lebih mendapat pengobatan MDT. Pagolori (2002) menyimpulkan bahwa pengobatan yang sudah berjalan lama mempunyai risiko mengalami reaksi kusta 2,9 kali dibandingkan penderita yang mendapat pengobatan awal. Penelitian W.H Van Brakel (1994) menyimpulkan bahwa reaksi kusta tipe I lebih banyak terjadi pada 6 bulan pertama pengobatan dan reaksi kusta tipe II terjadi setelah

pengobatan berjalan 1 tahun.<sup>14</sup> Penelitian Gusti K. Darmada (1999) menyimpulkan bahwa lamanya pengobatan MDT akan meningkatkan reaksi kusta secara bermakna.

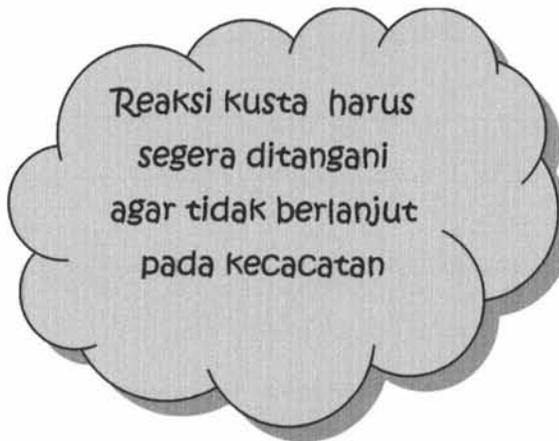
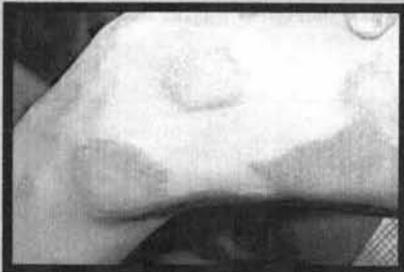
## 2) Riwayat pengobatan reaksi tidak adekuat

Riwayat pengobatan reaksi kusta sebelumnya terutama jika tidak diobati dengan adekuat diduga dapat memicu terjadinya reaksi kusta berulang. Pengobatan dengan obat reaksi kusta bersifat immunosupresan dan bila diberikan tidak adekuat menyebabkan berbagai reaksi respons imun yang akan memicu terjadinya reaksi kusta.

Reaksi kusta dapat dicegah dengan cara mengurangi faktor risiko bila memungkinkan.

Antara lain:

1. Mengelola stres dengan baik
2. Mengurangi aktivitas fisik atau kegiatan yang terlalu berat dan dapat menimbulkan kelelahan
3. Patuh dan teratur dalam melakukan pengobatan sesuai dengan program MDT



Oleh:  
Margareta K.L.

Magister Keperawatan  
Universitas Airlangga  
Surabaya  
2013

# Reaksi kusta adalah

gambaran dari gejala yang mendadak dari penyakit kusta yang menyebabkan gangguan dalam keseimbangan sistem kekebalan tubuh.

## Penyebab

Penyebabnya blm diketahui secara pasti, namun beberapa hal diketahui sebagai faktor risiko atau pencetus, diantaranya:

1. stres
2. kehamilan
3. saat saat setelah melahirkan
4. kelelahan fisik
5. riwayat pengobatan yang tidak tidak benar
6. lama sakit lebih dari 1 tahun dan tidak diobati

## Tipe reaksi

### Reaksi tipe 1

Gejala: bercak pada kulit dapat berupa warna kemerahan, bengkak (menebal), nyeri dan panas. Pada saraf dapat terjadi peradangan dan gangguan fungsi saraf., kadang dapat terjadi gangguan keadaan umum penderita (demam).

### 2. Reaksi tipe 2

Disebut juga dengan ENL (*Eritema Nodosum Leprosum*). Gejala: perubahan bercak pada kulit, kemerahan dan dapat pecah, terasa sakit bila ditekan, gangguan fungsi saraf, jika berat dapat terjadi komplikasi pada organ tubuh lainnya seperti mata dan testis.

## Pengobatan

Bila reaksi tak ditangani dengan cepat dan tepat maka dapat timbul kecacatan berupa kelumpuhan yang permanen.



Complete Claw Hand merupakan salah satu akibat yang dapat terjadi karena penyakit kusta



Pada reaksi yang ringan dapat dilakukan:

1. Berobat jalan dan istirahat di rumah
2. Pemberian analgetik (penghilang sakit)

Pada reaksi yang berat dilakukan:

1. Rawat inap di RS
2. Pemberian analgetik (penghilang sakit)
3. Pemberian obat anti reaksi dan anti radang



## LEMBAR MATERI DALAM *SUPPORT GROUP*

### KECACATAN KUSTA

#### 1. Definisi

Batasan istilah dalam cacat kusta menurut WHO (1980) adalah:

- 1) *Impairment*: segala kehilangan atau abnormalitas struktur atau fungsi yang bersifat psikologik, fisiologik, atau anatomik, misalnya leproma, ginekomastia, madarosis, claw hand, ulkus, dan absorpsi jari.
- 2) *Disability*: segala keterbatasan atau kekurangmampuan (akibat *impairment*) untuk melakukan kegiatan dalam batas-batas kehidupan yang normal bagi manusia. *Disability* ini merupakan obyektivitas *impairment*, yaitu gangguan pada tingkat individu termasuk ketidakmampuan dalam aktivitas sehari-hari, misalnya memegang benda atau memakai baju sendiri.
- 3) *Handicap*: kemunduran pada individu (akibat *impairment* atau *disability*) yang membatasi atau menghalangi penyelesaian tugas normal yang bergantung pada umur, seks, dan faktor sosial budaya. *Handicap* merupakan efek penyakit kusta yang berdampak sosial, ekonomi, dan budaya.
- 4) *Deformity*: kelainan struktur anatomis
- 5) *Dehabilitation*: keadaan atau proses pasien kusta (*handicap*) kehilangan status sosial secara progresif, terisolasi dari masyarakat, keluarga dan teman-temannya.

- 6) *Destitution*: dehabilitasi yang berlanjut dengan isolasi yang menyeluruh dari seluruh masyarakat tanpa makanan atau perlindungan (*shelter*).

## 2. Patogenesis Kecacatan

Kecacatan akibat kerusakan saraf tepi dapat dibagi menjadi tiga tahap yaitu:

### 1) Tahap I

Terjadi kelainan pada saraf, berupa penebalan saraf, nyeri, tanpa gangguan fungsi gerak, namun telah terjadi gangguan sensorik.

### 2) Tahap II

Terjadi kerusakan pada saraf, timbul paralisis tidak lengkap atau paralisis awal termasuk pada otot kelopak mata, otot jari tangan dan otot kaki. Pada stadium ini masih dapat terjadi pemulihan kekuatan otot. Bila berlanjut, dapat terjadi luka (pada mata, tangan, dan kaki) dan kekakuan sendi.

### 3) Tahap III

Terjadi penghancuran saraf, kelumpuhan akan menetap. Pada stadium ini dapat terjadi infeksi yang progresif dengan kerusakan tulang dan kehilangan penglihatan.

## 3. Tingkat Kerusakan Saraf

Sebagian besar masalah kecacatan pada kusta ini terjadi akibat penyakit kusta yang terutama menyerang saraf perifer. Saraf tepi yang terkena akan mengalami beberapa tingkat kerusakan, yaitu:

### 1) *Stage of Involvement*

Pada tingkat ini saraf menjadi lebih tebal dari normal (penebalan saraf) dan mungkin disertai nyeri tekan dan nyeri spontan pada saraf perifer tersebut, tetapi belum disertai gangguan fungsi saraf misalnya anestesi atau kelemahan otot.

### 2) *Stage of Damage*

Pada stadium ini saraf telah rusak dan fungsi saraf tersebut telah terganggu. Kerusakan fungsi saraf misalnya kehilangan fungsi saraf otonom, sensoris, dan kelemahan otot menunjukkan bahwa saraf tersebut telah mengalami kerusakan (*damage*) atau telah mengalami paralisis. Diagnosis *stage of damage* ditegakkan bila saraf telah mengalami paralisis lengkap tidak lebih dari 6-9 bulan. Penting sekali untuk mengenali tingkat damage ini karena dengan pengobatan pada tingkat ini kerusakan saraf yang permanen dapat dihindari.

### 3) *Stage of Destruction*

Pada tingkat ini saraf telah rusak secara lengkap. Diagnosis *stage of destruction* ditegakkan bila kerusakan atau paralisis saraf secara lengkap lebih dari satu tahun. Pada tingkat ini walaupun dengan pengobatan, fungsi saraf tidak dapat diperbaiki.

## 4. Jenis Cacat Kusta

Cacat yang timbul pada penyakit kusta dapat dikelompokkan menjadi dua kelompok, yaitu:

1) Kelompok cacat primer, ialah kelompok cacat yang disebabkan langsung oleh aktivitas penyakit, terutama kerusakan akibat respons jaringan terhadap *M. Leprae*. Termasuk cacat primer adalah:

(1) cacat pada fungsi saraf sensorik, misalnya anestesi fungsi saraf motorik, misalnya *claw hand*, *wrist drop*, *foot drop*, *claw toes*, lagofthalmos, dan cacat pada fungsi otonom dapat menyebabkan kulit menjadi kering, elastisitas berkurang, serta gangguan refleks vasodilatasi

(2) infiltrasi kuman pada kulit dan jaringan subkutan menyebabkan kulit berkerut dan berlipat-lipat (misalnya fasies leonina, blefaroptosis, ektropion). Kerusakan folikel rambut menyebabkan alopesia atau madarosis, kerusakan glandula sebacea dan sudorifera menyebabkan kulit kering dan tidak elastis.

(3) cacat pada jaringan lain akibat infiltrasi kuman kusta dapat terjadi pada tendon, ligamen, sendi, tulang rawan, tulang, testis, dan bola mata

2) Kelompok cacat sekunder

Cacat sekunder ini terjadi akibat cacat primer, terutama akibat adanya kerusakan saraf (sensorik, motorik, otonom). Anestesi akan memudahkan terjadinya luka akibat trauma mekanis atau termis yang dapat mengalami infeksi sekunder dengan segala akibatnya. Kelumpuhan motorik menyebabkan kontraktur sehingga dapat menimbulkan gangguan menggenggam atau berjalan, juga memudahkan terjadinya luka. Demikian pula akibat lagofthalmus dapat menyebabkan kornea kering sehingga

mudah timbul keratitis. Kelumpuhan saraf otonom menyebabkan kulit kering dan elastisitas berkurang. Akibatnya kulit mudah retak-retak dan dapat terjadi infeksi sekunder.

## 5. Derajat Cacat Kusta

Organ yang paling berfungsi dalam kegiatan sehari-hari adalah mata, tangan, dan kaki. Maka dari itu WHO membagi cacat kusta menjadi tiga tingkat kecacatan, yaitu:

### 1) cacat pada tangan dan kaki

tingkat 0 : tidak ada anestesi dan kelainan anatomis

tingkat 1 : ada anestesi, tanpa kelainan anatomis

tingkat 2 : terdapat kelainan anatomis

### 2) cacat pada mata

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

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

tingkat 2 : ada lagofthalmos dan visus dan sangat terganggu ( visus 6/60; dapat menghitung jari-jari pada jarak 6 meter)

## 6. Pencegahan cacat pada kusta

Tujuan pencegahan cacat pada kusta:

- 1) mencegah timbulnya cacat (disability atau deformitas) pada saat diagnosis kusta ditegakkan dan diobati. Untuk tujuan ini perlu dilakukan diagnosis dini dan terapi yang cepat dan tepat

2) mencegah agar cacat yang telah terjadi jangan menjadi lebih berat. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan dengan cepat beberapa cara antara lain:

- a. melindungi dan menjaga tangan dan kaki yang anastesi (mungkin pula yang telah cacat)
- b. melindungi mata dari kerusakan dan menjaga penglihatan
- c. menjaga fungsi saraf

3) menjaga agar cacat tidak kambuh lagi

Upaya pencegahan cacat terdiri atas:

1) upaya pencegahan cacat primer yang meliputi:

- (1) diagnosis dini
- (2) pengobatan secara teratur dan adekuat
- (3) diagnosis dini dan penatalaksanaan neuritis, termasuk *silent* neuritis
- (4) diagnosis dini dan penatalaksanaan reaksi

2) upaya pencegahan cacat sekunder yang meliputi:

- (1) perawatan diri sendiri untuk mencegah luka
- (2) latihan fisioterapi pada otot yang mengalami kelumpuhan untuk mencegah terjadinya kontraktur
- (3) bedah rekonstruksi untuk koreksi otot yang mengalami kelumpuhan agar tidak mendapat tekanan yang berlebihan
- (4) bedah septik untuk mengurangi perluasan infeksi, sehingga pada proses penyembuhan tidak terlalu banyak jaringan yang hilang
- (5) perawatan mata, tangan dan atau kaki yang anastesi atau mengalami kelumpuhan otot

## Tindakan untuk perawatan kaki yaitu:

Kelainan	Cara
Kaki kering dan pecah-pecah	Anjurkan setiap hari merendam kaki dalam air selama 20 menit dan olesi minyak/lotion pelembab secara teratur. Anjurkan untuk memakai sepatu atau sandal untuk melindungi kaki terhadap luka.
Telapak kaki atau sela-sela jari kaki melepuh	Balut bagian kaki yang melepuh dengan kain bersih dan kain kasa serta perban.
Kaki dengan luka tidak berair	Bersihkan luka dengan sabun dan air. Balut dengan kain bersih. Anjurkan untuk istirahat
Kaki dengan luka berair	Bersihkan luka dan gunakan pembalut dengan antiseptik. Istirahatkan kaki. Bila tidak ada perbaikan dalam 4 minggu, rujuk ke rumah sakit.

## Tindakan untuk perawatan tangan yaitu:

Kelainan	Cara
Luka pada tangan ketika bekerja	Bersihkan luka dan gunakan kain bersih. Istirahatkan tangan yang luka. Anjurkan agar menggunakan kain untuk melindungi tangan ketika memegang benda panas atau tajam.
Tangan kering dan pecah-pecah	Anjurkan untuk merendam tangan dalam air setiap hari selama 20 menit dan olesi minyak atau lotion pelembab secara teratur.

## Tindakan untuk perawatan mata antara lain:

- latihan mengedip untuk memperkuat otot yang tidak lumpuh, dengan cara menutup mata sekuat tenaga selama 5 detik lalu membukanya. lakukan 20 kali, 2 kali sehari

- 2) mengurangi penguapan air mata dengan menggunakan kacamata hitam atau menutup mata dengan kain untuk melindungi mata dari sinar matahari, angin, dan debu
- 3) jika gatal, jangan menggaruk mata
- 4) menggunakan obat tetes mata atau salep mata sesuai anjuran dokter
- 5) segera memeriksakan diri kepada petugas kesehatan bila mulai merasa terjadi penurunan penglihatan

# KECACATAN PADA KUSTA



Oleh:

**Margareta K.L**

**Magister Keperawatan  
Universitas Airlangga  
Surabaya  
2013**

## Apa itu kecacatan???

Yang dimaksud dengan kecacatan adalah:

1. kelainan bentuk fisik anggota tubuh
2. ketidakmampuan atau keterbatasan dalam melakukan aktivitas atau kegiatan sehari-hari
3. dapat berlanjut pada isolasi atau pengucilan, tanpa perlindungan dari masyarakat

## Tahapan Kecacatan

Tahap I :

1. Kelainan pada saraf berupa penebalan saraf
2. Nyeri pada saraf
3. Tidak ada gangguan fungsi gerak namun telah terjadi gangguan sensoris (mati rasa)

Tahap II:

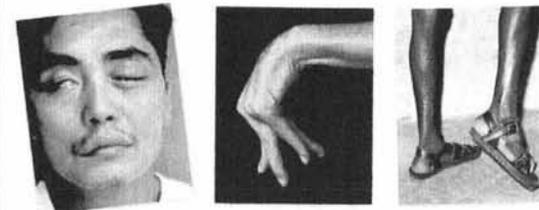
1. Kerusakan pada saraf
2. Kelumpuhan pada otot kelopak mata, otot jari tangan dan otot kaki
3. Kekuatan otot masih dapat pulih
4. Bila berlanjut, dapat terjadi luka pada mata, tangan, dan kaki serta terjadi kekakuan sendi

Tahap III:

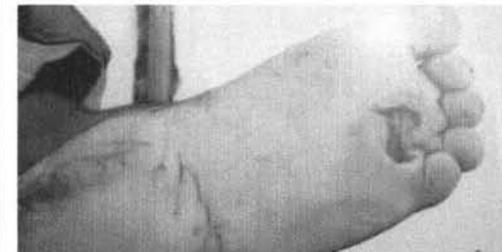
1. Terjadi penghancuran saraf
2. Kelumpuhan yang menetap/ permanen
3. Dapat terjadi infeksi dan kerusakan tulang serta kehilangan penglihatan

## Jenis Cacat Kusta

1. Cacat primer  
Disebabkan langsung oleh aktivitas penyakit



2. Cacat sekunder  
Merupakan akibat dari cacat primer misalnya luka pada kaki atau tangan akibat tidak dapat merasakan sakit.



## Pencegahan Kecacatan

Tujuan pencegahan cacat pada kusta:

1. mencegah timbulnya cacat pada saat diagnosis kusta ditegakkan dan diobati.
2. mencegah agar cacat yang telah terjadi jangan menjadi lebih berat, dengan cara:
  - melindungi dan menjaga tangan dan kaki yang lumpuh atau mati rasa
  - melindungi mata dari kerusakan dan menjaga penglihatan
  - menjaga fungsi saraf
3. menjaga agar cacat tidak kambuh lagi

## Perawatan Diri

Perawatan tangan dan kaki yang mati rasa:

1. Lindungi kaki dan tangan dari benda panas, benda kasar, dan benda tajam
2. Rendam kaki dalam air biasa selama 30 menit dan gosok kulit yang menebal lalu oleskan dengan minyak
3. Gunakan pelindung tangan dan kaki saat beraktivitas (sandal, sarung tangan)

TESIS

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA



Perawatan kaki dengan luka:

1. Rendam kaki 2x sehari dalam air biasa selama 30 menit.
2. Bersihkan luka dengan air
3. Oleskan minyak atau lotion pelembab (untuk kulit kering dan pecah-pecah)
4. Balut dengan kain bersih atau kasa dan perban
5. Istirahatkan kaki atau tangan yang terluka
6. Bila luka berbau, panas, dan bengkak, hubungi petugas kesehatan



Peningkatan Pengetahuan, Self ...

Perawatan mata:

1. Latihan mengedip dengan cara menutup mata dengan kuat selama 5 detik lalu membukanya, lakukan selama 20 kali, 2 kali sehari
2. Gunakan penutup mata seperti kacamata atau kain untuk melindungi mata dari sinar matahari, angin, dan debu
3. Jangan menggaruk mata jika terasa gatal karena akan menimbulkan luka atau goresan
4. Bila terjadi penurunan penglihatan, segera memeriksakan diri ke dokter

Terima kasih...

Jagalah Kesehatan Anda



Margareta Kewa Lamak

## Lampiran 9

## REKAPITULASI DATA PENGETAHUAN RESPONDEN

No.	Responden ke-	Kelompok	Pre			Post		
			Skor	%	Kategori	Skor	%	Kategori
1	1	Perlakuan	27	67,5	Cukup	35	87,5	Baik
2	2	Perlakuan	18	45	Cukup	32	80	Baik
3	3	Perlakuan	37	92,5	Baik	35	87,5	Baik
4	4	Perlakuan	37	92,5	Baik	36	90	Baik
5	5	Perlakuan	40	100	Baik	39	97,5	Baik
6	6	Perlakuan	27	67,5	Cukup	4	85	Baik
7	7	Perlakuan	36	90	Baik	3	90	Baik
8	8	Perlakuan	36	90	Baik	36	92,5	Baik
9	9	Perlakuan	25	62,5	Cukup	37	87,5	Baik
10	10	Perlakuan	34	85	Baik	35	80	Baik
11	11	Perlakuan	34	85	Baik	32	95	Baik
12	12	Perlakuan	33	82,5	Baik	38	82,5	Baik
13	13	Perlakuan	23	57,5	Cukup	40	82,5	Baik
14	14	Perlakuan	30	75	Cukup	33	100	Baik
15	15	Pembandingan	33	82,5	Baik	37	92,5	Baik
16	16	Pembandingan	27	67,5	Cukup	28	70	Cukup
17	17	Pembandingan	24	60	Cukup	28	70	Cukup
18	18	Pembandingan	30	75	Cukup	26	65	Cukup
19	19	Pembandingan	36	90	Baik	36	90	Baik
20	20	Pembandingan	25	62,5	Cukup	30	75	Cukup
21	21	Pembandingan	31	77,5	Cukup	33	82,5	Baik
22	22	Pembandingan	35	87,5	Baik	37	92,5	Baik
23	23	Pembandingan	21	52,5	Cukup	25	62,5	Cukup
24	24	Pembandingan	14	35	Kurang	12	30	Kurang
25	25	Pembandingan	29	72,5	Cukup	29	72,5	Cukup
26	26	Pembandingan	39	97,5	Baik	33	82,5	Baik
27	27	Pembandingan	18	45	Cukup	21	52,5	Cukup
28	28	Pembandingan	36	90	Baik	40	100	Baik

## Lampiran 10

REKAPITULASI DATA *SELF EFFICACY* RESPONDEN

No.	Responden ke-	Kelompok	Pre			Post		
			Skor	%	Kategori	Skor	%	Kategori
1	1	Perlakuan	36	65,5	Sedang	39	70,9	Tinggi
2	2	Perlakuan	40	72,7	Tinggi	43	78,2	Tinggi
3	3	Perlakuan	25	45,5	Sedang	16	29,1	Rendah
4	4	Perlakuan	47	85,5	Tinggi	38	69	Sedang
5	5	Perlakuan	28	50,9	Sedang	34	61,6	Sedang
6	6	Perlakuan	49	89,1	Tinggi	49	89,1	Tinggi
7	7	Perlakuan	48	87,3	Tinggi	46	47,3	Tinggi
8	8	Perlakuan	27	49,1	Sedang	26	83,6	Sedang
9	9	Perlakuan	22	40	Sedang	21	38,2	Sedang
10	10	Perlakuan	38	69	Sedang	27	49,1	Sedang
11	11	Perlakuan	39	70,9	Tinggi	38	69	Sedang
12	12	Perlakuan	29	87,3	Sedang	29	52,7	Sedang
13	13	Perlakuan	29	52,7	Sedang	33	60	Sedang
14	14	Perlakuan	48	52,7	Tinggi	38	69	Sedang
15	15	Pembandingan	36	65,5	Sedang	45	81,8	Tinggi
16	16	Pembandingan	23	41,8	Sedang	25	45,5	Sedang
17	17	Pembandingan	45	81,8	Tinggi	47	85,5	Tinggi
18	18	Pembandingan	39	70,9	Tinggi	25	45,5	Sedang
19	19	Pembandingan	41	74,5	Tinggi	44	80	Tinggi
20	20	Pembandingan	37	67,3	Sedang	37	67,3	Sedang
21	21	Pembandingan	33	60	Sedang	31	56,4	Sedang
22	22	Pembandingan	34	61,8	Sedang	28	50,9	Sedang
23	23	Pembandingan	33	60	Sedang	35	63,6	Sedang
24	24	Pembandingan	36	65	Sedang	35	63,6	Sedang
25	25	Pembandingan	40	72,7	Tinggi	41	74,5	Tinggi
26	26	Pembandingan	34	61,8	Sedang	42	76,4	Tinggi
27	27	Pembandingan	27	49,1	Sedang	29	52,7	Sedang
28	28	Pembandingan	32	58,2	Sedang	29	52,7	Sedang

## Lampiran 11

## REKAPITULASI DATA TINGKAT STRES RESPONDEN

No.	Responden ke-	Kelompok	Pre		Post	
			Skor	Kategori	Skor	Kategori
1	1	Perlakuan	16	Ringan	15	Ringan
2	2	Perlakuan	8	Tidak	12	Tidak
3	3	Perlakuan	18	Ringan	26	Berat
4	4	Perlakuan	11	Tidak	16	Ringan
5	5	Perlakuan	14	Ringan	12	Tidak
6	6	Perlakuan	11	Tidak	13	Tidak
7	7	Perlakuan	15	Ringan	13	Tidak
8	8	Perlakuan	32	Berat	33	Berat
9	9	Perlakuan	5	Tidak	6	Tidak
10	10	Perlakuan	8	Tidak	15	Ringan
11	11	Perlakuan	13	Tidak	15	Ringan
12	12	Perlakuan	7	Tidak	11	Tidak
13	13	Perlakuan	29	Berat	30	Berat
14	14	Perlakuan	5	Tidak	4	Tidak
15	15	Pembanding	6	Tidak	11	Tidak
16	16	Pembanding	17	Ringan	15	Ringan
17	17	Pembanding	26	Berat	19	Sedang
18	18	Pembanding	12	Tidak	14	Ringan
19	19	Pembanding	18	Ringan	18	Ringan
20	20	Pembanding	13	Tidak	18	Ringan
21	21	Pembanding	15	Ringan	9	Tidak
22	22	Pembanding	18	Ringan	19	Sedang
23	23	Pembanding	2	Tidak	1	Tidak
24	24	Pembanding	10	Tidak	11	Tidak
25	25	Pembanding	16	Ringan	20	Sedang
26	26	Pembanding	24	Sedang	26	Berat
27	27	Pembanding	22	Sedang	22	Sedang
28	28	Pembanding	22	Sedang	25	Sedang

## Lampiran 12

## REKAPITULASI DATA KADAR KORTISOL RESPONDEN

No.	Responden ke-	Kelompok	Pre ( $\mu\text{g/dl}$ )	Post ( $\mu\text{g/dl}$ )
1	1	Perlakuan	70,60	130,00
2	2	Perlakuan	37,77	111,50
3	3	Perlakuan	56,35	62,63
4	4	Perlakuan	32,13	70,55
5	5	Perlakuan	52,49	76,05
6	6	Perlakuan	59,63	60,83
7	7	Perlakuan	23,30	59,39
8	8	Perlakuan	122,50	88,37
9	9	Perlakuan	95,32	40,44
10	10	Perlakuan	107,13	62,81
11	11	Perlakuan	92,79	72,70
12	12	Perlakuan	61,70	59,41
13	13	Perlakuan	54,93	54,00
14	14	Perlakuan	62,22	56,43
15	15	Pembanding	92,85	86,10
16	16	Pembanding	86,41	25,94
17	17	Pembanding	56,70	54,31
18	18	Pembanding	72,55	79,52
19	19	Pembanding	106,38	105,17
20	20	Pembanding	99,05	100,90
21	21	Pembanding	66,38	109,36
22	22	Pembanding	76,32	94,70
23	23	Pembanding	90,55	89,34
24	24	Pembanding	64,34	54,37
25	25	Pembanding	50,16	50,52
26	26	Pembanding	84,49	100,10
27	27	Pembanding	149,70	151,70
28	28	Pembanding	100,16	108,12

**NPar Tests****One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		nilai
N		28
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	41.7500
	Std. Deviation	13.63173
	Absolute	.123
Most Extreme Differences	Positive	.123
	Negative	-.088
Kolmogorov-Smirnov Z		.648
Asymp. Sig. (2-tailed)		.795

- a. Test distribution is Normal.  
b. Calculated from data.

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Usia pembanding	14	29.00	63.00	42.5714	10.66781
Usia perlakuan	14	17.00	68.00	40.9286	16.45256
Valid N (listwise)	14				

**T-Test****Group Statistics**

kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
nilai pembanding	14	42.5714	10.66781	2.85109
nilai perlakuan	14	40.9286	16.45256	4.39713

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
nilai	Equal variances assumed	2.420	.132	.313	26
	Equal variances not assumed			.313	22.289

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means			
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
					Lower
nilai	Equal variances assumed	.756	1.64286	5.24056	-9.12927
	Equal variances not assumed	.757	1.64286	5.24056	-9.21724

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means
		95% Confidence Interval of the Difference
		Upper
nilai	Equal variances assumed	12.41499
	Equal variances not assumed	12.50295

## Crosstabs

Jenis kelamin \* kelompok Crosstabulation

Count

		kelompok		Total
		kontrol	perlakuan	
jk	perempuan	5	4	9
	lakilaki	9	10	19
Total		14	14	28

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.164 <sup>a</sup>	1	.686	1.000	.500
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.164	1	.686		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.158	1	.691		
N of Valid Cases	28				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

b. Computed only for a 2x2 table

## Crosstabs

kelompok \* pendidikan Crosstabulation

Count

		pendidikan			Total
		sd	smp	sma	
kelompok	kontrol	10	0	4	14
	perlakuan	10	2	2	14
Total		20	2	6	28

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
pengetahuan post perlakuan - pengetahuan pre perlakuan	Negative Ranks	4 <sup>a</sup>	3.25	13.00
	Positive Ranks	8 <sup>b</sup>	8.13	65.00
	Ties	2 <sup>c</sup>		
	Total	14		

- a. pengetahuan post perlakuan < pengetahuan pre perlakuan
- b. pengetahuan post perlakuan > pengetahuan pre perlakuan
- c. pengetahuan post perlakuan = pengetahuan pre perlakuan

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	pengetahuan post perlakuan - pengetahuan pre perlakuan
Z	-2.047 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.041

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
- b. Based on negative ranks.

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
pengetahuan post kontrol - pengetahuan pre kontrol	Negative Ranks	3 <sup>a</sup>	7.67	23.00
	Positive Ranks	9 <sup>b</sup>	6.11	55.00
	Ties	2 <sup>c</sup>		
	Total	14		

- a. pengetahuan post kontrol < pengetahuan pre kontrol
- b. pengetahuan post kontrol > pengetahuan pre kontrol
- c. pengetahuan post kontrol = pengetahuan pre kontrol

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	pengetahuan post kontrol - pengetahuan pre kontrol
Z	-1.267 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.205

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
- b. Based on negative ranks.

**Mann-Whitney Test****Ranks**

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pengetahuan pre	kontrol	14	12.86	180.00
	perlakuan	14	16.14	226.00
	Total	28		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	pengetahuan pre
Mann-Whitney U	75.000
Wilcoxon W	180.000
Z	-1.060
Asymp. Sig. (2-tailed)	.289
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.306 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: kelompok

b. Not corrected for ties.

**Mann-Whitney Test****Ranks**

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pengetahuan	kontrol	14	11.04	154.50
	perlakuan	14	17.96	251.50
	Total	28		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	pengetahuan
Mann-Whitney U	49.500
Wilcoxon W	154.500
Z	-2.236
Asymp. Sig. (2-tailed)	.025
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.024 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: kelompok

b. Not corrected for ties.

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
self efficacy post pembanding - self efficacy pre pembanding	Negative Ranks	5 <sup>a</sup>	7.60	38.00
	Positive Ranks	8 <sup>b</sup>	6.63	53.00
	Ties	1 <sup>c</sup>		
	Total	14		

- a. self efficacy post pembanding < self efficacy pre pembanding
- b. self efficacy post pembanding > self efficacy pre pembanding
- c. self efficacy post pembanding = self efficacy pre pembanding

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	self efficacy post pembanding - self efficacy pre pembanding
Z	-.528 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.598

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
- b. Based on negative ranks.

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
self efficacy post perlakuan - self efficacy pre perlakuan	Negative Ranks	8 <sup>a</sup>	6.50	52.00
	Positive Ranks	4 <sup>b</sup>	6.50	26.00
	Ties	2 <sup>c</sup>		
	Total	14		

- a. self efficacy post perlakuan < self efficacy pre perlakuan
- b. self efficacy post perlakuan > self efficacy pre perlakuan
- c. self efficacy post perlakuan = self efficacy pre perlakuan

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	self efficacy post perlakuan - self efficacy pre perlakuan
Z	-1.022 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.307

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
- b. Based on positive ranks.

**Mann-Whitney Test**

		Ranks		
	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
self efficacy pre	pembanding	14	14.04	196.50
	perlakuan	14	14.96	209.50
	Total	28		

Test Statistics <sup>a</sup>	
	self efficacy pre
Mann-Whitney U	91.500
Wilcoxon W	196.500
Z	-.299
Asymp. Sig. (2-tailed)	.765
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.769 <sup>b</sup>

- a. Grouping Variable: kelompok  
b. Not corrected for ties.

**Mann-Whitney Test**

		Ranks		
	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
self efficacy	pembanding	14	14.21	199.00
	perlakuan	14	14.79	207.00
	Total	28		

Test Statistics <sup>a</sup>	
	self efficacy
Mann-Whitney U	94.000
Wilcoxon W	199.000
Z	-.184
Asymp. Sig. (2-tailed)	.854
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.874 <sup>b</sup>

- a. Grouping Variable: kelompok  
b. Not corrected for ties.

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
stres post pembanding - stres pre pembanding	Negative Ranks	4 <sup>a</sup>	7.50	30.00
	Positive Ranks	8 <sup>b</sup>	6.00	48.00
	Ties	2 <sup>c</sup>		
	Total	14		

- a. stres post pembanding < stres pre pembanding
- b. stres post pembanding > stres pre pembanding
- c. stres post pembanding = stres pre pembanding

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	stres post pembanding - stres pre pembanding
Z	-.708 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.479

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
- b. Based on negative ranks.

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
stres post perlakuan - stres pre perlakuan	Negative Ranks	4 <sup>a</sup>	5.25	21.00
	Positive Ranks	10 <sup>b</sup>	8.40	84.00
	Ties	0 <sup>c</sup>		
	Total	14		

- a. stres post perlakuan < stres pre perlakuan
- b. stres post perlakuan > stres pre perlakuan
- c. stres post perlakuan = stres pre perlakuan

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	stres post perlakuan - stres pre perlakuan
Z	-1.993 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.046

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
- b. Based on negative ranks.

**Mann-Whitney Test****Ranks**

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
stres pre	pembanding	14	16.32	228.50
	perlakuan	14	12.68	177.50
	Total	28		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	stres pre
Mann-Whitney U	72.500
Wilcoxon W	177.500
Z	-1.173
Asymp. Sig. (2-tailed)	.241
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.246 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: kelompok

b. Not corrected for ties.

**Mann-Whitney Test****Ranks**

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
stres	pembanding	14	13.57	190.00
	perlakuan	14	15.43	216.00
	Total	28		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	stres
Mann-Whitney U	85.000
Wilcoxon W	190.000
Z	-.599
Asymp. Sig. (2-tailed)	.549
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.571 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: kelompok

b. Not corrected for ties.

**NPar Tests**

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		Pre kortisol pembeding	Post kortisol pembeding	Pre kortisol perlakuan	Post kortisol perlakuan
N		14	14	14	14
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	85.4314	86.4393	66.3471	71.7936
	Std. Deviation	25.08614	31.78857	28.71573	23.83860
Most Extreme Differences	Absolute	.136	.164	.200	.218
	Positive	.136	.164	.200	.218
	Negative	-.080	-.139	-.107	-.156
Kolmogorov-Smirnov Z		.508	.614	.748	.817
Asymp. Sig. (2-tailed)		.959	.846	.630	.517

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

**T-Test**

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Post kortisol pembeding	86.4393	14	31.78857	8.49585
	Pre kortisol pembeding	85.4314	14	25.08614	6.70455

**Paired Samples Test**

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference
		Lower			
Pair 1	Post kortisol pembeding – pre kortisol pembeding	1.00786	22.09120	5.90412	-11.74722

**Paired Samples Test**

		Paired Differences	t	df	Sig. (2-tailed)
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper			
Pair 1	Post kortisol pembeding – pre kortisol pembeding	13.76294	.171	13	.867

**T-Test**

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Post kortisol perlakuan	71.7936	14	23.83860	6.37113
	Pre kortisol perlakuan	66.3471	14	28.71573	7.67460

**Paired Samples Test**

		Paired Differences			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference
		Lower			
Pair 1	Post kortisol perlakuan – pre kortisol perlakuan	5.44643	37.73174	10.08423	-16.33923

**Paired Samples Test**

		Paired Differences	t	df	Sig. (2-tailed)
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper			
Pair 1	Post kortisol perlakuan – pre kortisol perlakuan	27.23209	.540	13	.598

**T-Test**

**Group Statistics**

kel		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
delta	pembanding	14	1.0079	22.09120	5.90412
	perlakuan	14	5.4179	37.68787	10.07251

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
delta	Equal variances assumed	4.703	.039	-.378	26
	Equal variances not assumed			-.378	20.990

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means			
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
					Lower
delta	Equal variances assumed	.709	-4.41000	11.67536	-28.40905
	Equal variances not assumed	.709	-4.41000	11.67536	-28.69094

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Upper	
delta	Equal variances assumed	19.58905	
	Equal variances not assumed	19.87094	

**FOTO-FOTO KEGIATAN *SUPPORT GROUP***



**FOTO-FOTO KEGIATAN *SUPPORT GROUP***

