

SKRIPSI

PENGARUH PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TERHADAP PENGETAHUAN DAN PENCEGAHAN KECACATAN PASIEN KUSTA

PENELITIAN *PRA EXPERIMENTAL*
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TALIWANG
KABUPATEN SUMBAWA BARAT NTB

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :

INDRA ALAMSYAH

NIM : 010730468 B

FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2009

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 4 Februari 2009

Yang menyatakan



Indra Alamsyah
NIM. 010730468 B

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI


SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 4 Februari 2009

Oleh

Pembimbing I

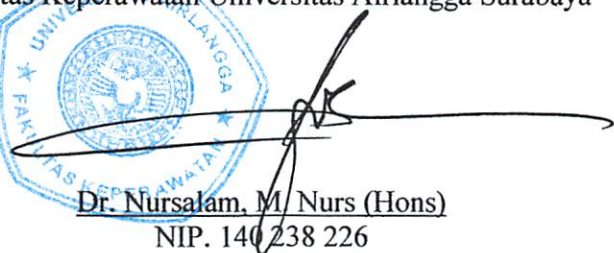
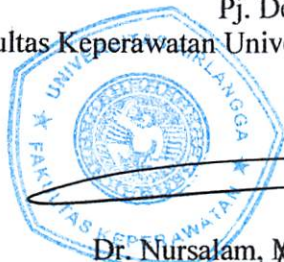
Tintin Sukartini, SKp., M.Kes
NIP.132 255 157

Pembimbing II



Makhfudli, S.Kep., Ns
NIK. 139 040 679

Mengetahui
Pj. Dekan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya



Dr. Nursalam, M/ Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Telah diuji

Pada tanggal, 9 Februari 2009

PANITIA PENGUJI

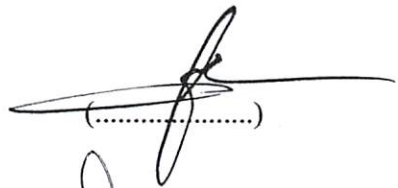
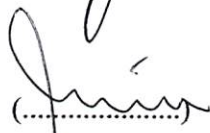

Tanda tangan

Ketua : Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)

Anggota :

1. Makhfudli, S.Kep.Ns

2. Retno Indarwati, S.Kep.Ns.


(.....)

(.....)

(.....)

Mengetahui

Pj. Dekan

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya



Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)

NIP. 140 238 226

MOTTO

**PENGORBANAN DAN PERJUANGAN AKAN BERMAKNA
KETIKA KITA MENJADI INSAN PROFESIONAL YANG
DIRASAKAN MANFAATNYA**

Ya Allah...

berikan hamba-Mu ini sikap syukur agar senantiasa bisa melihat kebaikan, kelembutan, kemuliaan dan kasih sayang -Mu

Tulisan ini saya dedikasikan untuk yang tercinta:

Istriku Diana Helmy

Anakku M. Olfat Pavian Ilmy

*Ayah, Ibu, Mertua dan saudaraku semoga saya bisa menjadi kebanggaan
kalian semua*

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TERHADAP PENGETAHUAN DAN PENCEGAHAN KECACATAN PASIEN KUSTA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TALIWANG KABUPATEN SUMBAWA BARAT “**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Progm Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Prof. Dr. H. Fasich, Apt selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk menempuh perkuliahan di Universitas Airlangga.
2. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons) selaku Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
3. Ibu Tintin Sukartini, SKp., MKes., selaku pembimbing satu yang telah mengembangkan ide, petunjuk, koreksi, serta saran dalam penyusunan skripsi ini.
4. Bapak Makhfudli S.Kep. Ns., selaku pembimbing dua yang telah mengembangkan ide, petunjuk, koreksi, serta saran dalam penyusunan skripsi ini.

5. Seluruh dosen, staf dan karyawan di lingkungan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
6. Kepala Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat beserta seluruh staf yang telah memberikan ijin dan membantu pengambilan data di wilayah kerja Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat.
7. Responden penelitian atas kerjasama dan penerimaan yang baik selama peneliti mengumpulkan data.
8. Istriku tercinta Diana Helmy dan Anakku M. Olfat Pavian Ilmy atas kesabaran dan kepercayaan serta doa untuk motivasi dan kekuatan demi menempuh studi di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
9. Ayah dan Ibu serta keluarga tercinta di Taliwang dan Lombok Timur atas doa restu dan motivasi untuk tekun menjalankan proses perkuliahan di Universitas Airlangga Surabaya.
10. Semua rekan-rekan mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga khususnya angkatan B10 yang telah memberikan dukungan dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan, bimbingan serta arahan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini jauh dari kesempurnaan. Tetapi penulis berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Surabaya, Februari 2009

Penulis

ABSTRACT

THE EFFECT OF APPLIED FAMILY NURSING CARE TO KNOWLEDGE AND PREVENT DISABILITY PATIENT OF LEPROSY

Pre-Eksperimental study in Puskesmas Taliwang
West Sumbawa, West Nusa Tenggara

By
Indra Alamsyah

Leprosy is one of contagious illness which generates complex situation. Main problem of this research was faced by family in taking care of leprosy. Purpose of this research is analyse effect of applied family nursing care to knowledge and prevent disability patient of leprosy.

Design used in this reseach was pre experiment " One Group Pre Test-Post Test Design". The population was all family and patient of leprosy in Puskesmas Taliwang, whom deal directly with the client. Total sampel was 12 respondent taken according to the inclusion criterias. The independent variables were family nursing care. The dependent variables was family knowledge and preventive efforts of disability leprosy patients. Data were collected using sructured questionnaire and observation to the respondent. Data were then analyzed using wilcoxon signed rank test and fisher exact probability test with level of significance of $\leq 0,05$.

Results showed that applied family nursing care in providing nursing intervention to those clients was effective to increase family's knowledge ($p = 0,002$). Family's knowledge in providing nursing intervention did have significant effect in prevent the disability of leprosy patients ($p = 0,027$).

It can be concluded that applied family nursing care is an early preventing and continued care is one of the increase family knowledge and prevent the disability of leprosy reaction to the patient. It recomended to prevent and decrease the disability leprosy patients needs a good cooperation between patient, family and nurse. Further studies should involve larger respondent and better measurement tools to obtain more accurate results.

Keyword : Family nursing care, family knowledge, leprosy patient's disability.

ABSTRAK

PENGARUH PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TERHADAP PENGETAHUAN DAN PENCEGAHAN KECACATAN PASIEN KUSTA

Penelitian *Pra-Eksperimental*
Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat NTB

Oleh
Indra Alamsyah

Kusta adalah salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah utama penelitian ini adalah adanya kesulitan, kebingungan, ketidakmampuan yang dihadapi keluarga dalam merawat penderita kusta. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan dan pencegahan kecacatan pasien kusta.

Desain penelitian ini adalah pra eksperimen "*One Group Pra Test-Post Test Design*". Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga dan pasien kusta di Puskesmas Taliwang. Total sampel 12 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Variabel independen adalah pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga. Variabel dependen adalah pengetahuan dan pencegahan kecacatan pasien kusta. Pengumpulan data menggunakan kuesioner terstruktur dan observasi hasil kegiatan responden. Data dianalisis menggunakan uji *wilcoxon signed rank test* dan *fisher exact probability* dengan level signifikan ($p \leq 0,05$).

Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga efektif untuk meningkatkan pengetahuan keluarga ($P = 0,002$). Pengetahuan keluarga mendukung pelaksanaan intervensi keperawatan efektif untuk mencegah kecacatan pasien kusta ($p = 0,027$).

Kesimpulannya, pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dengan pencegahan cacat dini dan perawatan cacat lanjut berdampak terhadap peningkatan pengetahuan, pencegahan kecacatan dan reaksi pada pasien kusta. Rekomendasinya, untuk mencegah kecacatan dibutuhkan kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan perawat. Penelitian selanjutnya harus lebih banyak melibatkan responden dan pengukuran instrumen lebih baik agar hasilnya lebih akurat.

Kata kunci : Asuhan keperawatan keluarga, pengetahuan keluarga, kecacatan pasien kusta

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar Penetapan Panitia Penguji	v
Motto	vi
Ucapan Terima Kasih	vii
<i>Abstract</i>	ix
Daftar Isi	x
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan dan Istilah.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Dasar Kusta	7
2.1.1 Definisi Kusta.....	7
2.1.2 Penyebab Kusta	7
2.1.3 Masa Tunas Penyakit Kusta	8
2.1.4 Cara Penularan	8
2.1.5 Gejala Klinik	8
2.1.6 Tempat Predileksi.....	10
2.1.7 Kriteria Penentuan Tipe Menurut Depkes. R.I	12
2.1.8 Pengobatan Kusta	13
2.1.9 Reaksi Kusta.....	16
2.1.10 Kecacatan Pada Kusta	21
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Keluarga	25
2.2.1 Pengertian Keluarga	25
2.2.2 Tanggung Jawab Perawat Dalam Asuhan Keperawatan Keluarga	26
2.2.3 Hubungan Perawat-Klien dan Keluarga	27
2.2.4 Tingkat Pencegahan Dalam Keperawatan Komunitas ...	28
2.2.5 Pelaksanaan Perawatan Keluarga	30
2.3 Pelaksanaan Perawatan Keluarga Pada Penderita Kusta	31
2.3.1 Penyuluhan Kesehatan	31
2.3.2 Hubungan Penyuluhan Kesehatan Dengan Perilaku	32

2.3.3	Pelaksanaan Perawatan Keluarga Dengan Memberikan Kepercayaan Diri Dalam Merawat Anggota Keluarga Yang Sakit.....	34
2.3.4	Penilaian dengan Form POD.....	45
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS.....	51
3.1	Kerangka Konseptual Penelitian	51
3.2	Hipotesis Penelitian	52
BAB 4	METODE PENELITIAN	53
4.1	Desain Penelitian	53
4.2	Kerangka Kerja.....	55
4.3	Populasi, sampel dan sampling	56
4.4	Variabel Penelitian	58
4.5	Definisi Operasional Variabel	59
4.6	Prosedur Pengumpulan Data	62
4.7	Etik Penelitian	68
4.8	Keterbatasan	69
BAB 5	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	70
5.1	Hasil Penelitian	70
5.1.1	Gambaran Lokasi Penelitian	70
5.1.2	Karakteristik Responden	71
5.1.3	Data Khusus	76
5.2	Pembahasan.....	80
BAB 5	KESIMPULAN DAN SARAN	86
6.1	Hasil Penelitian	86
6.2	Pembahasan.....	86
	Daftar Pustaka	88
	Lampiran	91

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Saraf Tepi Yang Umum Terlibat Pada Penyakit Kusta	11
Gambar 2.2	Proses Terjadinya Cacat Pada Kusta.....	22
Gambar 2.3	Perawatan Mata	37
Gambar 2.4	Perawatan Tangan Yang Mati Rasa	38
Gambar 2.5	Perawatan Tangan Yang Kering	38
Gambar 2.6	Perawatan Tangan Yang Bengkok	39
Gambar 2.7	Perawatan Kaki Semper Yang Luka	40
Gambar 2.8	Perawatan Kaki Semper Yang Tidak Luka	41
Gambar 2.9	Perawatan Kulit Kaki Yang Tebal	42
Gambar 2.10	Perawatan Kaki Yang Mati Rasa	44
Gambar 2.11	Perawatan Kaki Yang Borok	44
Gambar 2.12	Form POD.....	44
Gambar 3.1	Kerangka konseptual pengaruh pelaksanaan perawatan keluarga; pencegahan cacat dini dan perawatan cacat lanjut terhadap pengetahuan, reaksi kusta dan kecacatan akibat kusta di Kabupaten Sumbawa Barat.....	52
Gambar 4.1	Kerangka kerja pengaruh pelaksanaan perawatan keluarga: Perawatan cacat dini dan pencegahan cacat lanjut terhadap Pengetahuan, reaksi dan kecacatan akibat kusta.....	56
Gambar 5.1	Diagram silinder distribusi responden berdasarkan umur di Puskesmas Taliwang pada bulan Desember 2008 – Januari 2009	70
Gambar 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Taliwang pada bulan Desember 2008 – Januari 2009	70
Gambar 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir di Puskesmas Taliwang pada bulan Desember 2008 – Januari 2009	71
Gambar 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Puskesmas Taliwang pada bulan Desember 2008 – Januari 2009	71
Gambar 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Status Dalam Keluarga di Puskesmas Taliwang pada bulan Desember 2008 – Januari 2009	72
Gambar 5.6	Distribusi Responden Berdasarkan Agama/Kepercayaan di Puskesmas Taliwang pada bulan Desember 2008 – Januari 2009	72
Gambar 5.7	Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan di Puskesmas Taliwang pada bulan Desember 2008 – Januari 2009	73
Gambar 5.8	rerata tingkat pengetahuan keluarga tentang pencegahan cacat dini dan perawatan cacat lanjut	76
Gambar 5.9	Hasil pengukuran pencegahan kecacatan kusta	78

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Kriteria PB dan MB.....	12
Tabel 2.2	Efek Samping Dan Tindak Lanjut Pengobatan Kusta	16
Tabel 2.3	Perbedaan Reaksi Tipe I dan II	18
Tabel 2.4	Perbedaan Reaksi Ringan Dan Berat Pada Reaksi Tipe 1 Dan Reaksi Tipe 2 Dan Prinsip Dasar Pengobatannya	19
Tabel 2.5	Skema Pemberian Prednison Pada Reaksi Tipe I Dan Tipe II Berat	20
Tabel 2.6	Klasifikasi cacat pada penyakit kusta menurut WHO	23
Tabel 4.1	Definisi operasional variabel pengaruh pelaksanaan perawatan keluarga: pencegahan cacat dini dan perawatan cacat lanjut terhadap pengetahuan, reaksi kusta dan kecacatan akibat kusta di wilayah kerja Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat	59
Tabel 5.1	Tabel Uji pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat tanggal 8 Desember 2008 – 8 Januari 2009	77
Tabel 5.2	Tabel Uji pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pencegahan kecacatan pasien kusta di wilayah kerja Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat tanggal 8 Desember 2008 – 8 Januari 2009	79

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian.....	91
Lampiran 2	Pengumpulan Data Penelitian/Ijin Penelitian.....	92
Lampiran 3	Surat Permohonan Menjadi Responden.....	93
Lampiran 4	Lembar Pernyataan Sebagai Responden.....	94
Lampiran 5	Lembar Pengumpulan Data.....	95
Lampiran 6	Satuan Acara Penyuluhan	102
Lampiran 7	Standar Operasional Prosedur	106
Lampiran 8	Leaflet dan Booklet Penyuluhan Kusta	111
Lampiran 9	Data Hasil Penelitian	119
Lampiran 10	Print Out Analisis Data	120

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

BTA	: Basil Tahan Asam
Clawing	: Kontraktur, bengkok
Droop Foot	: Kaki semper
Lagophthalmus	: Mata tidak dapat menutup
MDT	: Multy Drug Terapy/Treatment
Mutilasi	: Hilang, lepas
POD	: Prevention of Disability
ST	: Sensory Test (tes rasa raba)
Visus	: Ukuran ketajaman penglihatan
VMT	: Voluntary Muscle Test (tes kekuatan motorik)
Borderline	: Perbatasan
CMI	: Cell Mediated Immunity (kekebalan yang diperantarai oleh sel)
Cushing Syndrome	: Sekumpulan gejala karena pemakaian steroid yang lama
Desquamasi	: Sisik mengelupas
ENL	: Erythema Nodusum Leprosum
Hipersensitivitas	: Kepekaan berlebihan
Humoral	: Berkaitan dengan antigen-antibodi
Iridosiklitis	: Peradangan pada iris dan choroid
Antigen	: Substansi/benda asing yang dapat menginduksi espon imun spesifik dan bereaksi dengan respon imun tersebut
Komplemen	: Glikoprotein dalam serum berinteraksi untuk membentuk fungsi efektor imunitas humoral dan peradangan, mempermudah aktivasi fagosit dan lisis sel-sel asing tertentu
MB	: Multi Basiler
PB	: Pauci Basiler
RFT	: Release From Treatment
Upgrading	: Naik
Relaps	: Kambuh



BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Lovey dan Loomba (1973) yang dikutip oleh Mubarak (2005) pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. Kusta adalah salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks (Depkes. R.I, 2002). Keberhasilan dari suatu program dapat diketahui dari hasil pencatatan dan pelaporan yang benar dari program tersebut. Pegisian formulir pencegahan cacat/*Prevention Of Disability* (POD) diulangi setiap bulan dan atau untuk mendeteksi reaksi kusta secara dini, pemeriksaan dan pencatatan dilakukan satu/dua minggu jika pasien mengalami reaksi (Depkes. R.I, 2004). Pencatatan dan pelaporan program kusta di Indonesia belum maksimum, sebagaimana diharapkan (Depkes. R.I, 2004). Prevalensi kusta di Kabupaten Sumbawa Barat 1,2 kasus/10.000 penduduk) sedangkan di tingkat Puskesmas Taliwang prevalensi lebih tinggi yaitu 2,3 kasus/10.000 penduduk (Dinkes. KSB, 2008). Seharusnya untuk mencapai eliminasi kusta menurut WHO prevalensinya harus < 1 kasus/10.000 penduduk (Depkes. R.I, 2007). Data 2007-2008 menunjukkan bahwa 20 penderita (100 %) penderita kusta tinggal dalam satu keluarga (Dinkes. KSB, 2008). Kesulitan, kebingungan, ketidakmampuan keluarga dijadikan perhatian, sehingga perawat dapat memberikan kekuatan dan membantu mengembangkan potensi yang ada sehingga keluarga mempunyai kepercayaan

diri dan mandiri dalam menyelesaikan masalah (Mubarak, 2006). Pelaksanaan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan, reaksi kusta dan kecacatan akibat kusta belum dapat dijelaskan.

Masih terdapat 9 (sembilan) provinsi yang angka prevalensinya $>1/10000$ penduduk, sehingga masalah kusta belum sepenuhnya terselesaikan. Prevalensi berkisar 0,17 (Sumatera Utara) sampai dengan 13,51 (Maluku Utara) (Depkes. R.I, 2005). Data dari Wasor Kusta Dinas Kesehatan Kabupaten Sumbawa Barat, penderita kusta yang ditangani oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sumbawa Barat belum mengalami penurunan yang signifikan. Periode 2007-Oktober 2008 tercatat sebanyak 20 kasus yang telah dan sedang ditangani. Perawat Pemegang Program (P2) Kusta Puskesmas Taliwang mengungkapkan bahwa sampai dengan Oktober 2008 jumlah penderita yang sudah *Release From Treatment* (RFT) sebanyak 3 penderita dan yang sedang dirawat berjumlah 12 kasus dengan rincian 1 (8,3 %) orang tidak cacat, 3 (25 %) orang cacat tingkat I dan 8 (66,6 %) orang cacat tingkat 2.

Penyakit kusta dapat memburuk secara perlahan bila klien tidak menjalani pengobatan dan kontrol ke petugas kesehatan secara rutin. Kecacatan atau kerusakan pada penderita kusta disebabkan karena kerusakan fungsi saraf tepi pada tubuh manusia, baik karena kuman kusta maupun karena terjadinya peradangan sewaktu reaksi lepra. Kerusakan saraf tepi ini, akan terjadi gangguan fungsi saraf tepi meliputi sensorik, motorik dan otonom. Kelainan fungsi sensorik ini menyebabkan terjadinya kurang/mati rasa (*anestesi*). Akibatnya pada telapak tangan dan kaki sering terjadi luka. Pada kornea mata akan mengakibatkan kurang/hilangnya refleks kedip sehingga mata sering terkena kotoran, benda asing

yang dapat menimbulkan infeksi mata dan akhirnya kebutaan. Kelainan fungsi motorik ini menyebabkan kekuatan otot tangan dan kaki dapat menjadi lemah dan lumpuh serta lama-lama ototnya mengecil (*atropi*) oleh karena tidak digunakan. Jari-jari tangan dan kaki menjadi bengkok (*claw hand/claw toes*) dan akhirnya dapat terjadi kekakuan pada sendinya (kontraktur). Bila terjadi kelemahan/kelumpuhan pada otot kelopak mata maka kelopak mata tidak dapat dirapatkan (*lagophthalmus*). Kelainan fungsi otonom ini menyebabkan terjadinya gangguan pada kelenjar keringat, kelenjar minyak dan gangguan sirkulasi darah sehingga kulit menjadi kering, menebal, mengeras dan akhirnya dapat pecah-pecah. Umumnya bila fungsi saraf tidak ditangani secara tepat dan cepat maka akan terjadi cacat kedingkat yang lebih berat (Depkes, R.I, 2007). Pada umumnya, masyarakat mengenal penyakit kusta karena adanya cacat. Kusta merupakan masalah kesehatan masyarakat tidak lain karena cacatnya, sedangkan hampir semua cacat dan kerusakan yang menetap dapat dicegah (Depkes. R.I, 2006).

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerjasama dengan keluarga dan individu sebagai anggota keluarga. Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga membangkitkan minat dan kepercayaan diri keluarga untuk mengadakan perbaikan kearah perilaku hidup sehat (Mubarak, 2006 : 297). Pengetahuan keluarga tentang pencegahan cacat dini dan perawatan cacat lanjut membantu perawat dalam menyelesaikan masalah cacat akibat kusta. Alasan keluarga sebagai unit pelayanan menurut Freeman (1981) yang dikutip oleh Mubarak (2005) adalah keluarga sebagai unit utama dari masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat, keluarga sebagai kelompok

dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan, atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan dalam kelompoknya sendiri, masalah kesehatan keluarga saling berkaitan, penyakit pada salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi seluruh keluarga tersebut, keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagai usaha-usaha kesehatan masyarakat, perawat dapat menjangkau masyarakat hanya melalui keluarga, dalam memelihara pasien sebagai individu keluarga tetap berperan dalam mengambil keputusan dalam pemeliharaannya, keluarga merupakan lingkungan yang serasi untuk mengembangkan potensi tiap individu dalam keluarga. Akan tetapi pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan dan pencegahan kecacatan akibat kusta di wilayah kerja Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat sampai saat ini belum dapat dijelaskan.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan dan pencegahan kecacatan pasien kusta di wilayah kerja Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat ?.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan dan pencegahan kecacatan pasien kusta di wilayah kerja Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan keluarga tentang pencegahan cacat dini dan perawatan cacat lanjut penderita kusta.
2. Mengidentifikasi pencegahan kecacatan pasien kusta.
3. Menganalisis pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap tingkat pengetahuan keluarga.
4. Menganalisis pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pencegahan kecacatan pasien kusta.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dapat memberikan masukan terhadap pengembangan Ilmu Keperawatan Keluarga terutama dalam pencegahan dan perawatan kecacatan pada penderita kusta.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Hasil penelitian ini dapat dipergunakan oleh perawat pengelola program kusta sebagai referensi dalam rangka menurunkan angka kejadian kecacatan pasien kusta yang tidak hanya difokuskan pada penderita tetapi juga pada pentingnya peran keluarga terutama di Kabupaten Sumbawa Barat.
2. Hasil penelitian ini dapat dipergunakan oleh penderita dan keluarga sebagai masukan untuk lebih bisa mandiri dalam memberikan perawatan diri terutama untuk perawatan dini dan perawatan kecacatan lanjut penderita kusta.

3. Hasil penelitian ini dapat dipergunakan oleh peneliti yang lain sebagai referensi atau sumber data penelitian berikutnya dan mendorong bagi pihak yang terkait untuk melakukan penelitian lebih lanjut.



BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kusta

2.1.1 Definisi Kusta

Penyakit kusta adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Leprae* yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit dan organ tubuh lain kecuali susunan saraf pusat (Depkes. R.I., 2007).

2.1.2 Penyebab Kusta

Penyebab penyakit ini adalah *Mycobacterium Leprae* (*M. leprae*). Secara morfologik, *M. leprae* berbentuk pleomorf lurus, batang panjang sisi paralel dengan kedua ujung bulat, ukuran 0,3-0,5 x 1-8 mikron, basil ini berbentuk batang gram positif, tidak bergerak dan tidak berspora, dapat tersebar atau dalam berbagai ukuran bentuk kelompok, termasuk *massa ireguler* besar yang disebut sebagai *gloi*. Dengan mikroskop elektron, tampak *M. leprae* mempunyai dinding yang terdiri dari dua lapisan, yakni lapisan peptidoglikan padat pada bagian dalam dan lapisan transparan lipopolisakarida pada bagian luar. Dinding polisakarida ini adalah suatu arabinogalaktan yang diesterifikasi oleh asam mikolik dengan ketebalan 20 nm. Tampaknya peptidoglikan ini mempunyai sifat spesifik pada *M. leprae*, yaitu adanya asam aminoglisin, sedangkan pada bakteri lain mengandung alanin (Harahap, 2000) dikutip Atok (2007).

2.1.3 Masa Tunas Penyakit Kusta

Masa belah diri kuman kusta adalah memerlukan waktu yang sangat lama dibandingkan dengan kuman lain, yaitu 12-21 hari. Hal ini merupakan salah satu penyebab masa tunas yang lama yaitu rata-rata 2-5 tahun (Depkes. R.I, 2007).

2.1.4 Cara Penularan

Manusia merupakan salah satu sumber penularan *M. Leprae*, selain armadillo, magabey monkey, chimpanzee dan lain-lain. Penularan terjadi dari penderita kusta yang tidak diobati ke orang lainnya melalui pernafasan atau kontak kulit yang lama (Depkes. R.I, 2007).

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

1. Faktor Sumber Penularan
2. Faktor Kuman Kusta
3. Faktor Daya Tahan Tubuh

Sebagian besar manusia kebal terhadap penyakit kusta (95%). Dari hasil penelitian menunjukkan gambaran sebagai berikut: dari 100 orang yang terpapar 95 orang yang tidak menjadi sakit, tiga orang sembuh sendiri tanpa obat, dua orang menjadi sakit, hal ini belum lagi memperhitungkan pengaruh pengobatan Harahap (2000) dikutip Atok (2007).

2.1.5 Gejala Klinik

Gejala klinik penyakit kusta biasanya menunjukkan gambaran yang jelas pada stadium yang lanjut dan diagnosis cukup ditegakkan dengan pemeriksaan fisik saja.

Menurut Depkes. R.I (2007) untuk mengenal bahwa seseorang itu menderita penyakit kusta atau tidak maka perlu dicari tanda-tanda pokok (*cardinal sign*) yang mungkin terdapat pada anggota badan, seperti :

1. Bercak kulit yang mati rasa (*anaesthetic patch*). Bercak ini berupa *hypopigmentasi* atau *erithematous* mendatar (*makula*) atau meninggi (*plague*). Mati rasa pada bercak bersifat total atau sebagian saja terhadap rasa sentuh, rasa suhu, (panas atau dingin) dan rasa nyeri.
2. Penebalan saraf perifer (*neuritis ferifer*) ditandai dengan adanya penebalan saraf dan disertai dengan nyeri. *Neuritis* ini dapat disertai atau tanpa disertai adanya gangguan fungsi saraf, seperti gangguan fungsi sensoris (mati rasa), gangguan fungsi motoris (kelemahan dan kelumpuhan) dan gangguan fungsi otonom (kulit kering, retak dan terjadi oedema).
3. Bakteri Tahan Asam (BTA) positif. Bahan pemeriksaan dalam hal ini adalah *skin smear* dari cuping telinga dan bahan lesi kulit, atau kadang-kadang juga bahan diperoleh dari biopsi kulit dan saraf. Pada pemeriksaan laboratorium ini, bila ditemukan dengan hasil pemeriksaan BTA positif maka dapat dipastikan bahwa seorang menderita kusta, tetapi jika hasil pemeriksaan BTA negatif maka perlu dilihat tanda-tanda lain yang mendukung untuk disebut penyakit kusta.

Untuk mendiagnosis penyakit kusta pada seseorang, sedikitnya harus ditemukan 2 (dua) dari *cardinal sign*. Bila tidak atau belum ditemukan salah satu dari tanda-tanda tersebut, maka seseorang dapat dikatakan sebagai tersangka (*suspect*) kusta dan perlu diamati kemudian diperiksa ulang setelah 3 – 6 bulan sampai diagnosis tersebut dapat ditegakkan atau dibatalkan.

Dalam program pemberantasan kusta yang dilakukan dilapangan, diagnosa penyakit tersebut harus diutamakan dengan melihat gejala klinis yang tampak walaupun pemeriksaan laboratorium juga dilakukan tetapi tidak mutlak (Depkes R.I., 2007).

Menurut Direktorat Jenderal P2M dan PLP Depkes R.I (1996) seperti dikutip oleh Fajar (2002) ada berbagai faktor yang dapat menyebabkan penderita datang terlambat berobat ke Puskesmas, antara lain :

1. Malu datang ke Puskesmas
2. Sibuk dalam urusan pekerjaan
3. Tidak mengerti tanda dini kusta
4. Kemampuan ekonomi keluarga yang rendah
5. Jarak tempat tinggal penderita ke Puskesmas cukup jauh
6. Tidak tahu ada obat gratis yang dapat diperoleh dari Puskesmas

2.1.6 Tempat Predileksi

1. Predileksi Lesi Kulit

Bagian tubuh yang relative lebih dingin misalnya muka, hidung (mukosa), telinga, anggota tubuh dan bagian tubuh yang terbuka.

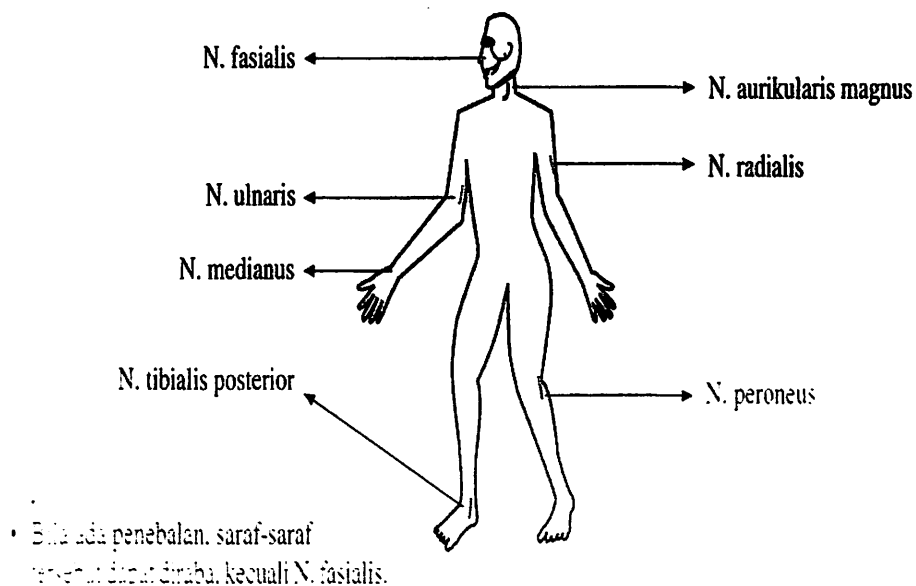
2. Predileksi Kerusakan Saraf Tepi

Mycobacterium leprae lebih sering menyerang saraf tepi yang terletak superfisial yang suhunya relatif lebih dingin. Menurut Amiruddin (2000) yang dikutip oleh Atok (2007) Saraf tepi yang diserang dengan berbagai kelainannya yaitu:

- 1) *Nervus auricularis magnus*

- 2) *Nervus ulnaris*: anestesi dan paresis atau paralisis otot tangan jari V dan sebagian jari IV
- 3) *Nervus peroneus komunis*: kaki semper (*drop foot*)
- 4) *Nervus medianus*: anestesi dan paresis atau paralisis otot tangan jari I, II, III, dan sebagian jari IV. Kerusakan *nervus ulnaris* dan *nervus medianus* menyebabkan jari tangan kiting (*claw finger*), tangan cakar (*claw hand*)
- 5) *Nervus radialis*: tangan lunglai (*drop wrist*)
- 6) *Nervus tibialis posterior*: mati rasa telapak kaki, jari kiting (*claw toes*)
- 7) *Nervus facialis*: lagofthalmus mulut moncong
- 8) *Nervus trigeminus*: anestesi kornea

Saraf tepi yang umum terlibat pada penyakit kusta



Gambar 2.1 Saraf tepi yang umum terlibat pada penyakit kusta (dikutip dari Depkes R.I, 2002)

2.1.7 Kriteria Penentuan Tipe Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Tabel 2.1 Kriteria untuk tipe PB dan MB menurut Depkes. R.I (1995) yang dikutip oleh Atok (2007)

Kelainan Kulit dan Hasil Pemeriksaan Bakteriologis	PB	MB
1. Bercak (macula) <ul style="list-style-type: none"> a. Jumlah b. Ukuran c. Distribusi d. Konsistensi e. Batas f. Kehilangan rasa pada bercak g. Kehilangan kemampuan berkeringat, bulu rontok pada bercak 	1-5 Kecil dan besar Unilateral atau Bilateral asimetris Kering dan kasar Tegas Selalu ada dan Jelas Bercak tidak berkeringat, ada bulu rontok pada bercak	>5 Kecil-kecil Bilateral atau simetris Halus, mengkilat Kurang tegas Biasanya tidak jelas, jika ada, terjadi pada yang sudah lanjut Bercak masih berkeringat, bulu tidak rontok
2. Infiltrat <ul style="list-style-type: none"> a. Kulit b. Membrana mukosa (hidung tersumbat perdarahan di hidung) 	Tidak Ada Tidak Pernah Ada	Ada, kadang-kadang tidak ada Ada, kadang-kadang tidak ada
3. Ciri-ciri khusus	<i>"Central Healing"</i> Penyembuhan di tengah	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Punched out lession</i> b. Madarosis c. Ginekomastia d. Hidung pelana
4. Modulus	Tidak ada	Kadang-kadang ada
5. Penebalan syaraf tepi	Lebih sering terjadi dini, asimetris	Terjadi pada yang lanjut biasanya lebih
6. Deformitas (cacat)	Biasanya asimetris terjadi dini	Terjadi pada stadium lanjut
7. Apusan	BTA negatif	BTA positif

2.1.8 Pengobatan Kusta

1. Tujuan Pengobatan

Melalui pengobatan, penderita diberikan obat-obat yang membunuh kuman kusta. Pengobatan akan

- 1) Memutus mata rantai penularan
- 2) Menyembuhkan penyakit penderita
- 3) Mencegah terjadinya cacat atau mencegah bertambahnya cacat yang sudah ada sebelum pengobatan

2. Obat-obat yang digunakan dalam pengobatan penderita kusta

1) DDS (Dapsone)

- (1). Singkatan dari *Diamino Diphenyl Sulfone*.
- (2). Bentuk obat berupa tablet warna putih dengan takaran 50 mg/tablet dan 100 mg/tablet.
- (3). Sifat bakteriostatik yaitu menghalangi/menghambat pertumbuhan kuman kusta
- (4). Dosis dewasa 100 mg/hari, anak-anak 1-2 mg/hari

2) Lamprene (B663) juga disebut Clofazimine

- (1). Bentuk kapsul, warna coklat, dengan takaran 50 mg/kapsul dan 100 mg/kapsul
- (2). Sifat:
 - i. Bakteriostatik yaitu menghambat pertumbuhan kuman kusta, bakterisid lemah
 - ii. Anti reaksi (menekan reaksi sebagai anti inflamasi)

(3). Dosis

Untuk dipergunakan dalam pengobatan kombinasi, lihat pada regimen pengobatan MDT.

(4). Cara pemberian

Secara oral, diminum sesudah makan untuk menghindari gangguan gastrointestinal.

3) Rifampicin

(1) Bentuk: kapsul atau tablet takaran 150 mg, 300 mg, 450 mg dan 600 mg.

(2) Sifat: mematikan kuman kusta secara cepat (bacteriosid), 99 % kuman kusta mati dalam satu kali pemberian.

(3) Dosis: untuk digunakan dalam pengobatan kombinasi, lihat pada regimen pengobatan MDT. Untuk anak-anak dosisnya adalah 10-15 mg/kg BB

(4) Cara pemberian obat: cara oral bila diminum setengah jam sebelum makan, penyerapan lebih baik.

3. Pengobatan dengan regimen *Multy Drug Terapy* (MDT).

Pengobatan penyakit kusta dengan menggunakan Pengobatan MDT meliputi :

1) Pengobatan PB dewasa

Sebulan sekali : hari pertama

(1) 2 kapsul rifampisin (2 x 300 mg)

(2) 1 tablet Dapson (DDS) (100 mg)

Setiap hari : hari ke 2 – 28

(3) 1 tablet Dapson (DDS) (100 mg)

Dosis lengkap : 6 kemasan blister

2) Pengobatan PB anak (10-14 tahun)

Sebulan sekali : hari pertama

(1) 2 kapsul rifampisin (300 mg + 150 mg)

(2) 1 tablet Dapson (DDS) (100 mg)

Setiap hari : hari ke 2 – 28

(3) 1 tablet Dapson (DDS) (100 mg)

Dosis lengkap : 6 kemasan blister

Untuk penderita berumur kurang dari 10 tahun dosis harus disesuaikan dengan berat badan.

3) Pengobatan MB dewasa

Sebulan sekali : hari pertama

(1) 2 kapsul rifampisin (2 x 300 mg)

(2) 3 kapsul lamprene (3 x 100 mg)

(3) 1 tablet Dapson (DDS) (100 mg)

Setiap hari : hari ke 2 – 28

(4) 1 kapsul lamprene (100 mg)

(5) 1 tablet Dapson (DDS) (100 mg)

Dosis lengkap : 12 kemasan blister

4) Pengobatan MB anak (10-14 tahun)

Sebulan sekali : hari pertama

(1) 2 kapsul rifampisin (300 mg + 150 mg)

(2) 3 kapsul lamprene (3 x 50 mg)

(3) 1 tablet Dapson (DDS) (50 mg)

Setiap hari : hari ke 2 – 28

(4) 1 tablet Dapson (DDS) (50 mg)

Dosis lengkap : 12 kemasan blister

Untuk penderita berumur kurang dari 10 tahun dosis harus disesuaikan dengan berat badan.

4. Efek samping dan tindak lanjut

Tabel 2.2 Efek samping dan tindak lanjut pengobatan kusta (Depkes. R.I, 2007)

	Efek samping yang mungkin terjadi	Tindak lanjut
Rifampisin	Urine, tinja, keringat merah	Obat tetap diteruskan
Lamprene	Warna kulit menjadi hitam	Obat tetap diteruskan
DDS	Gatal, merah pada kulit. Bila berat kulit kepala dan seluruh tubuh dapat terkelupas	Stop DDS, rujuk penderita ke RS

5. Kartu Pengobatan

Kartu ini dipegang oleh penderita dan digunakan sebagai tanda pengenal pada saat datang mengambil obat. Kartu ini dapat juga digunakan sewaktu-waktu jika penderita ingin pindah pengobatan ke pusat pelayanan kesehatan lain baik dalam lingkungan wilayah yang sama maupun ke wilayah lain sehingga penderita tidak akan putus berobat karena kesulitan administrasi.

2.1.9 Reaksi Kusta

Reaksi menimbulkan gejala yang seringkali memaksa penderita mencari pengobatan untuk pertama kalinya. Reaksi kusta adalah episode akut pada perjalanan kronis penyakit kusta sebagai akibat dari perubahan sistem kekebalan tubuh yang mendadak baik kekebalan sel (*selular respons*) maupun *humoral respons* dengan akibat yang merugikan penderita. Reaksi kusta dapat timbul sebelum, selama, dan sesudah pengobatan. Penting untuk dapat mengenali reaksi

yang terjadi dan mengobatinya secara menyeluruh. Karena jika tidak, kerusakan yang ditimbulkan bisa lebih berat dan *irreversibel*. Umumnya penderita yang mengalami reaksi ditandai dengan bercak bertambah merah disertai dengan peradangan akut pada kulit, saraf, organ lain dan gangguan keadaan umumnya.

1. Tipe reaksi kusta

Ada 2 macam tipe reaksi kusta yaitu tipe I atau *reversal reaction* dan reaksi tipe II atau *erytema nodosum leprosum*.

1) Reaksi tipe I

Reaksi ini lebih banyak terjadi pada pasien-pasien yang berada di spektrum Borderline (*borderline lepromatosus, mid borderline dan borderline tuberculoid*). Disebut demikian karena posisi borderline ini merupakan tipe yang tidak stabil. Reaksi ini terutama terjadi selama pengobatan reaksi reversal terjadi karena peningkatan respon imun seluler yang hebat secara tiba-tiba, mengakibatkan terjadinya respon radang pada daerah kulit dan saraf yang terkena penyakit ini. Perkiraan prevalensi terjadinya reaksi reversal ini bervariasi antara 8-30 %.

Dari sudut pembasmian bakteri, respon *upgrading* mungkin bisa dipertimbangkan menguntungkan. Tetapi, inflamasi pada jaringan saraf kadangkala mengakibatkan kerusakan dan kecacatan yang timbulnya dalam hitungan hari, jika tidak ditangani dengan adekuat.

2) Reaksi tipe 2

Terjadi pada penderita tipe MB dan merupakan reaksi humoral karena tingginya respons imun humoral pada penderita borderline lepromatosus dan lepromatosus lepromatous, dimana tubuh membentuk antibodi karena

salah satu protein *M. Leprae* tersebut bersifat antigenik. Banyak antibodi yang terbentuk disebabkan oleh banyaknya antigen (protein kuman). Antigen yang ada akan bereaksi dengan antibodi dan akan mengaktifkan sistem komplemen membentuk kompleks imun : Antigen + Antibodi + Komplemen. Kompleks imun tersebut akan menyebabkan terjadinya respon inflamasi dan akan terdegradasi dalam beberapa hari. Oleh karena reaksi yang terjadi pada kulit nampak sebagai kumpulan nodul merah, maka disebut ENL (*Erythema Nodusum Leprosum*) dengan konsistensi lunak dan nyeri. Kompleks imu tersebut umumnya terjadi ekstrasvaskuler, juga beredar dalam sirkulasi darah sehingga dapat mengendap ke berbagai organ, terutama pada lokasi dimana *M. Leprae* berada dalam konsentrasi tinggi : yaitu pada kulit, saraf, limfonodus dan testis. Umumnya menghilang dalam 10 hari atau lebih, dan bekasnya kadang menimbulkan hiperpigmentasi.

Tabel 2.3 Perbedaan antara reaksi tipe I dan II (Depkes. R.I, 2006)

No	Gejala/Tanda	Reaksi Tipe I	Reaksi Tipe II
1.	Keadaan umum	Umumnya baik, demam ringan atau sub febris atau tanpa demam.	Ringan sampai dengan berat disertai kelemahan umum dan demam tinggi.
2.	Peradangan kulit	Bercak kulit lama menjadi lebih meradang atau merah dapat timbul bercak lama	Timbul nodul baru, kemerahan, lunak, dan nyeri tekan, nodul dapat pecah atau ulseratif.
3.	Saraf	Sering terjadi, umumnya berupa nyeri tekan syaraf dan atau gangguan fungsi syaraf.	Jarang terjadi.
4.	Peradangan pada organ lain	Hampir tidak pernah ada	Terjadi pada mata, kelenjar getah bening, sendi, ginjal, testis dan lain-lain.

No	Gejala/Tanda	Reaksi Tipe I	Reaksi Tipe II
5.	Waktu timbulnya	Biasanya timbul setelah pengobatan	Mendapatkan pengobatan yang lama umumnya lebih dari 6 bulan.
6.	Tipe kusta	Terjadi pada tipe PB maupun MB	Hanya terjadi pada tipe MB
7.	Faktor pencetus	Melahirkan, dan obat-obatan yang meningkatkan kekebalan tubuh	Emosi, kelelahan dan stres fisik kehamilan, penyakit infeksi lain.

2. Perjalanan Reaksi

Reaksi yang berlangsung beberapa minggu sampai beberapa bulan dapat berakhir dengan perubahan klasifikasi (menuju ke tipe PB), dapat disertai kelumpuhan permanen (*claw hand, drop foot* dan lain-lain). Bila reaksi tidak ditangani dengan cepat dan tepat karena keterlibatan saraf. Keterlibatan saraf secara klinik akibat reaksi (baik tipe 1 maupun tipe 2) terjadi kira-kira 10 % pada penderita PB dan 40 % pada penderita MB. Persentase lebih besar pada pasien dengan reaksi reversal.

Perjalanan reaksi timbul berulang-ulang dan berlangsung lama. Menurut keadaan reaksi, maka reaksi dapat dibedakan atas reaksi ringan dan reaksi berat.

Tabel 2.4 Perbedaan reaksi ringan dan berat pada reaksi tipe 1 dan reaksi tipe 2 dan prinsip dasar pengobatannya (Depkes. R.I, 2007)

Tipe/reaksi	Gejala	Pengobatan
Tipe I ringan	Bercak bertambah merah, kadang-kadang disertai nyeri saraf.	Pengobatan secara simtomatis antara lain: paracetamol, acetosal 3x1 tablet per hari selama 2 minggu
Tipe I berat	Seperti tipe I ringan disertai kelainan saraf tepi (pembesaran dan nyeri)	Prednisone sesuai dengan skema dan umur penderita.
Tipe II ringan	Hanya beberapa nodul kemerahan, disertai demam ringan	Sesuai tipe I ringan, ditambah dengan istirahat
Tipe II berat	Banyak nodul kemerahan, ada nodul yang berulserasi,	Prednisone dengan atau tanpa lamprene sesuai

Tipe/reaksi	Gejala	Pengobatan
	terdapat kelainan sistem syaraf tepi dan organ lain, biasanya disertai dengan demam tinggi	dengan skema pengobatan, bila tidak ada perbaikan segera rujuk

3. Prinsip penanganan reaksi

- 1) Istirahat/imobilisasi
- 2) Terapi simptomatis : analgesik, anti anxietas
- 3) Cari dan atasi faktor pencetus
- 4) Penderita yang masih mendapat MDT, MDT diteruskan
- 5) Reaksi tipe 1 dan tipe 2 berat diobati dengan prednison
- 6) Reaksi tipe 2 berat berulang diobati dengan prednison dan lampren

Tabel 2.5 Skema pemberian prednison pada reaksi tipe I dan tipe II berat (Depkes. R.I, 2007)

Minggu Pemberian	Dosis Harian Yang Dianjurkan
Minggu 1-2	40 mg
Minggu 3-4	30 mg
Minggu 5-6	20 mg
Minggu 7-8	15 mg
Minggu 9-10	10 mg
Minggu 11-12	5 mg

Catatan :

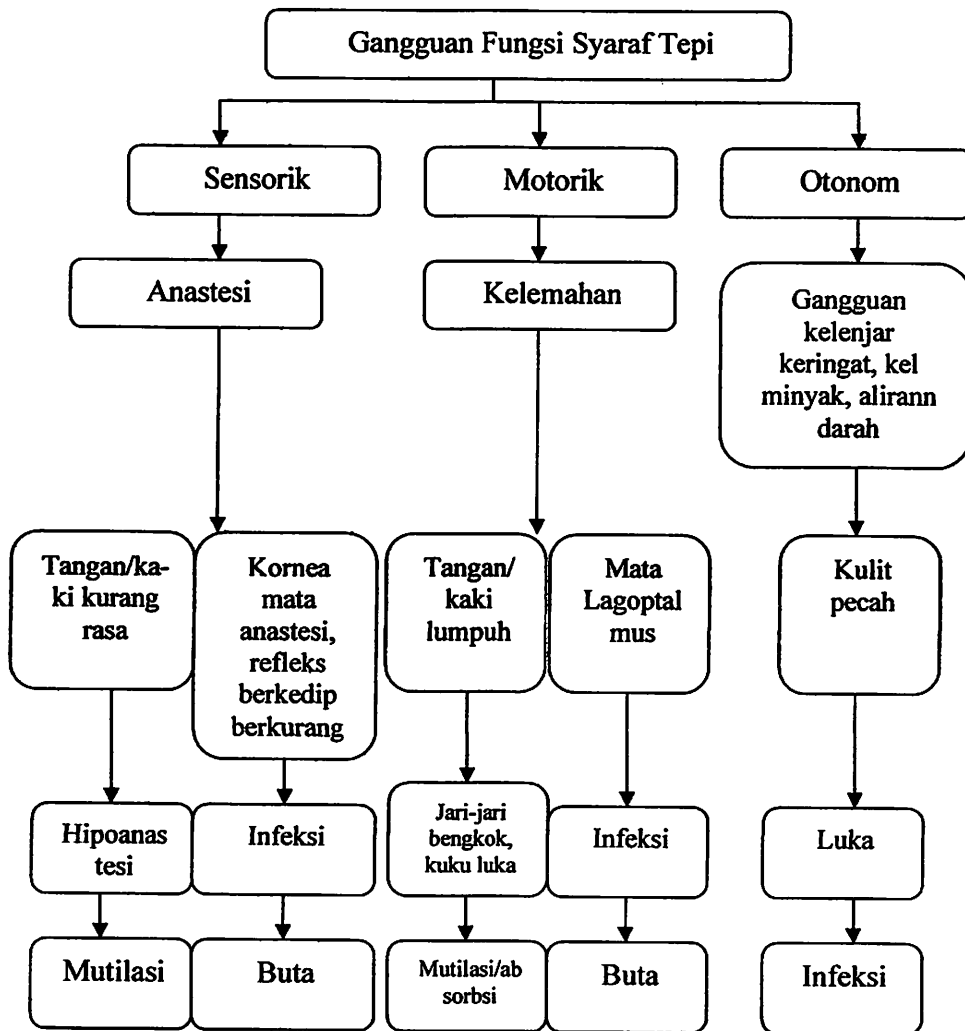
1. Pemberian prednison dikonsultasikan ke dokter kusta/dokter puskesmas.
2. Sebaiknya diberikan dalam dosis tunggal pagi hari sesudah makan karena kadar kortisol alamiah dalam tubuh paling tinggi pada pagi hari.
3. Evaluasi dulu kondisi pasien sebelum menurunkan dosis prednison. Setiap minggu penderita harus diperiksa ulang untuk melihat keadaan klinis.

2.1.10 Kecacatan Pada Kusta

Angka kematian pada penyakit kusta sangat minimal sekali, bahkan angka kejadian belum pernah ditemukan. Namun angka kecacatan yang makin bertambah parah tidak hanya memberikan dampak bagi kesejahteraan fisik, tapi juga berpengaruh terhadap kehidupan sosial.

1. Proses terjadinya cacat

Mycobacterium lepre menyerang saraf tepi tubuh manusia. Tergantung dari kerusakan urat saraf tepi, maka akan terjadi gangguan fungsi saraf tepi : Sensorik, motorik, dan otonom. Terjadinya cacat pada kusta disebabkan oleh kerusakan fungsi saraf tepi, baik karena kuman kusta maupun karena terjadinya peradangan (neuritis) sewaktu keadaan reaksi lepra, seperti digambarkan pada proses terjadinya cacat pada penderita kusta dibawah ini :



Gambar 2.2 Proses terjadinya cacat pada kusta menurut Depkes. R.I, 2007

Keterangan :

1) Kerusakan Fungsi Sensorik.

Kelainan fungsi sensorik ini menyebabkan terjadinya kurang/mati rasa (anestesi). Akibat kurang/mati rasa pada telapak tangan dan kaki dapat terjadi luka. Sedangkan pada kornea mata akan mengakibatkan kurang/hilangnya reflek kedip sehingga mata mudah kemasukan kotoran, benda-benda asing yang dapat menimbulkan infeksi mata dan akhirnya kebutaan.

2) Kerusakan Fungsi Motorik

Kekuatan otot tangan dan kaki dapat menjadi lemah/lumpuh dan lama-lama ototnya mengecil (atrofi) oleh karena tidak dipergunakan. Jari-jari tangan dan kaki menjadi bengkok (“*claw hand/claw toes*”) dan akhirnya dapat terjadi kekakuan pada sendinya (kontraktur). Bila terjadi kelemahan/kelumpuhan pada otot kelopak mata maka kelopak mata tidak dapat dirapatkan (*lagophthalmos*).

3) Kerusakan Fungsi Otonom.

Terjadi gangguan pada kelenjar keringat, kelenjar minyak dan gangguan sirkulasi darah sehingga kulit menjadi kering, menebal, mengeras dan akhirnya dapat pecah-pecah. Pada umumnya apabila akibat kerusakan fungsi syaraf tidak ditangani secara cepat dan tepat maka akan terjadi cacat ketinggian yang lebih berat.

Kecacatan dalam penyakit kusta dapat digolongkan menjadi tiga, yaitu tingkat 0, I, dan II. Menurut WHO *Expert Commite on Leprosy*, dalam WHO *Technical Report Series* no. 607-1977, klasifikasi cacat di bagi menjadi:

Tabel 2.6 Klasifikasi cacat pada penyakit kusta menurut WHO, yang dikutip oleh Depkes. R.I (2005)

Tingkat kecacatan	Cacat tangan dan kaki	Cacat mata
Tingkat 0	Tidak ada kerusakan sensibilitas, tidak ada kerusakan atau deformitas yang terlihat	Tidak ada gangguan mata akibat kusta, tidak ada gangguan penglihatan.
Tingkat I	Ada gangguan sensibilitas, tanpa kerusakan atau deformitas yang terlihat	Ada gangguan pada mata akibat kusta. Tidak ada gangguan yang berat pada penglihatan. Visus 6/60 atau lebih baik atau dapat menghitung jari pada jarak 6 m
Tingkat II	Terdapat kerusakan atau deformitas	Gangguan penglihatan berat akibat kusta. Visus kurang

Tingkat kecacatan	Cacat tangan dan kaki	Cacat mata
		dari 6/60, tidak dapat menghitung jari pada jarak 6 m

2. Tanda-tanda adanya kerusakan saraf

Tanda adanya kerusakan saraf bisa berupa :

- 1) Nyeri tekan pada saraf disertai hilangnya rasa raba atau kelemahan otot
- 2) Keluhan nyeri pada daerah siku atau lutut atau perasaan berat atau kesemutan pada tangan dan kaki
- 3) Adanya keluhan kesulitan menggunakan jari-jari tangan untuk bekerja
- 4) Kedipan mata yang berkurang
- 5) Kelainan pada cara berjalan

3. Faktor-faktor yang dapat menimbulkan kecacatan pada penderita kusta

Adapun faktor-faktor yang dapat menimbulkan kecacatan pada penderita kusta meliputi:

- 1) Terlambat di diagnosa
- 2) Tidak mendapat MDT (*Multi Drug Therapy*)
- 3) Mengalami reaksi reversal
- 4) Penderita dengan reaksi kulit multiple
- 5) Terjadi penebalan syaraf
- 6) *Personal hygiene* yang buruk

4. Program pencegahan cacat

Program pencegahan cacat sebenarnya sudah dimulai sejak dari penemuan penderita. Komponen kegiatan pencegahan cacat menurut Depkes. R.I (2007):

- 1) Penemuan dini penderita sebelum cacat

- 2) Mengobati penderita dengan MDT sampai RFT
- 3) Deteksi dini adanya reaksi kusta dengan pemeriksaan fungsi saraf secara rutin
- 4) Menangani reaksi
- 5) Penyuluhan
- 6) Perawatan diri
- 7) Menggunakan alat bantu untuk mencegah bertambahnya kecacatan yang terlajur diderita
- 8) Rehabilitasi medis (operasi rekonstruksi)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerjasama dengan keluarga dan individu sebagai anggota keluarga. Keluarga didefinisikan oleh beberapa ahli sebagai berikut: Keluarga menurut Depkes R.I (1998) adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Mubarak, 2006). Sedangkan menurut Friedman (1998) mendefinisikan bahwa keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Menurut Sayekti (1994) yang dikutip oleh Suprajitno (2004) menuliskan bahwa keluarga adalah suatu ikatan/persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang

berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi dan tinggal dalam sebuah rumah tangga.

Menurut Salvician G. Bailon dan Aracelis Maglaya (1989) yang dikutip oleh Mubarak (2006) keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang bergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan.

Dari semua pengertian, mempunyai persamaan bahwa keluarga adalah :

1. Unit terkecil masyarakat
2. Terdiri dari dua orang atau lebih
3. Adanya ikatan perkawinan dan pertalian darah
4. Hidup dalam satu rumah tangga
5. Di bawah asuhan seorang kepala rumah tangga
6. Berinteraksi di antara sesama anggota keluarga
7. Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing
8. Menciptakan dan mempertahankan suatu kebudayaan

2.2.2 Tanggung Jawab Perawat Dalam Asuhan Keperawatan Keluarga

Menurut Mubarak (2006) perawat yang melakukan pelayanan keperawatan di rumah mempunyai tanggung jawab yang meliputi :

1. Memberikan pelayanan secara langsung

Pelayanan keperawatan dapat meliputi pegkajian fisik dan psikososial, menunjukkan pemberian tindakan secara terampil dan memberikan intervensi. Kerjasama dari klien dan keluarga serta pemberi perawatan

utama di keluarga dalam perencanaan sangat penting untuk menjaga kesinambungan perawatan selama perawat tidak ada di rumah. Perawat hanya memberikan perawatan dalam waktu yang terbatas. Perawatan yang dilakukan di rumah lebih merupakan tanggung jawab dari keluarga daripada perawat. Oleh karena itu pendidikan kesehatan menjadi intervensi yang utama dalam perawatan rumah.

2. Dokumentasi

Pendokumentasian yang dilakukan selama perawatan di rumah sangat penting untuk melihat kemajuan keluarga dalam mengatasi masalah yang dihadapinya.

3. Koordinasi antara pelayanan dan manajemen kasus

Perawat bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan para profesional lain dalam memberikan pelayanan kepada keluarga. Fokus peran perawat yang menjadi manajer kasus adalah kemampuan untuk mengkaji kebutuhan, menentukan prioritas kebutuhan, mengidentifikasi cara untuk memenuhi kebutuhan tersebut dan mengimplementasikan rencana yang disusun

4. Menentukan frekuensi dan lama perawatan

Frekuensi kunjungan adalah kekerapan kunjungan yang dilakukan selama periode waktu tertentu sedangkan lama perawatan adalah lamanya waktu perawatan yang dilakukan di rumah.

5. Advokasi

Tanggung jawab sebagai penasihat klien yang dimaksud disini adalah peran perawat sebagai penasihat terutama yang berhubungan dengan masalah pembayaran yang terkait dengan pelayanan yang diberikan.

2.2.3 Hubungan Perawat-Klien Dan Keluarga

Menurut Mubarak (2005) perawat yang melakukan kunjungan rumah memiliki perhatian yang menyeluruh terhadap masalah kesehatan yang ditemukan dan diidentifikasi dari keluarga tertentu atau sekelompok keluarga. Perawat kesehatan masyarakat harus memiliki kemampuan klinik yang memadai dan bekerja dengan klien yang ada di komunitas. Prinsip hubungan perawat-klien dan keluarga :

1. Fokus intervensi perawat adalah keluarga
2. Intervensi yang diberikan dapat berfokus pada seluruh kebutuhan kesehatan dan meliputi 3 (tiga) level pencegahan yaitu : Pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier.
3. Keluarga tetap memiliki otonomi untuk mengambil keputusan terhadap kesehatannya.
4. Perawat adalah tamu di rumah keluarga

Hubungan perawat-klien dengan keluarga adalah merupakan hal yang penting bagi perawat komunitas

2.2.4 Tingkat Pencegahan Dalam Keperawatan Komunitas

Berdasarkan pendapat Leavell dan Clark yang dikutip oleh Mubarak (2005) bahwa tingkat pencegahan dalam keperawatan komunitas dapat dilakukan pada tahap sebelum terjadinya penyakit (*Prepathogenesis Phase*) dan pada tahap *Pathogenesis*.

1. Pada tahap ini dapat dilakukan melalui kegiatan *primary prevention* atau pencegahan primer. Pencegahan primer ini dapat dilaksanakan selama fase *prepathogenesis* suatu kejadian penyakit atau masalah kesehatan. Pencegahan

primer merupakan usaha agar masyarakat yang berada dalam *stage of optimum* tidak jatuh dalam stage lain yang lebih buruk. *Primary prevention* dilakukan dengan 2 (dua) kelompok kegiatan yaitu :

- 1) *Health Promotion* atau peningkatan kesehatan.
- 2) *General and spesific protection* (perlindungan umum dan khusus) merupakan usaha kesehatan untuk memberikan perlindungan secara khusus atau umum kepada seseorang atau masyarakat.

2. *Pathogenesis phase* (masa inkubasi)

Pada tahap pathogenesis dapat dilakukan dua kegiatan pencegahan yaitu :

- 1) *Secondary prevention* (pencegahan sekunder)

Yaitu pencegahan terhadap masyarakat yang sedang sakit dengan 2 (dua) kelompok kegiatan yaitu :

- (1) *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosa dini dan pengobatan segera/adekuat).
- (2) *Disability limitation* (pembatasan kecacatan).

Pada pencegahan level ini menekankan pada upaya penemuan kasus secara dini dan pengobatan tepat. Pencegahan sekunder dimulai saat fase *pathogenesis* (masa inkubasi) yang dimulai saat bibit penyakit masuk kedalam tubuh manusia sampai saat timbulnya gejala penyakit atau gangguan kesehatan. Diagnosa dini dan intervensi yang tepat untuk menghambat proses patologik (proses perjalanan penyakit) sehingga dapat memperpendek waktu sakit dan tingkat keparahan atau keseriusan penyakit.

2) *Tertiary prevention* (pencegahan tersier)

Yaitu usaha pencegahan terhadap masyarakat yang telah sembuh dari sakit serta mengalami kecacatan. Upaya pencegahan tertier dimulai pada saat cacat atau ketidak mampuan terjadi sampai stabil/menetap atau tidak dapat diperbaiki. Dalam pencegahan ini dapat dilaksanakan melalui program rehabilitasi untuk mengurangi ketidakmampuan dan meningkatkan efisiensi hidup penderita. Kegiatan rehabilitasi meliputi aspek medis dan sosial.

2.2.5 Pelaksanaan Perawatan Keluarga

Pelaksanaan merupakan salah satu tahap dari proses keperawatan keluarga dimana perawat mendapatkan kesempatan untuk membangkitkan minat keluarga untuk mengadakan perbaikan kearah perilaku hidup sehat (Mubarak, 2006).

Menurut Mubarak (2006) ada beberapa faktor penyulit dari keluarga yang dapat menghambat minat keluarga untuk bekerjasama melakukan tindakan kesehatan antara lain :

1. Keluarga kurang memperoleh informasi yang jelas atau mendapatkan informasi tetapi keliru.
2. Keluarga mendapatkan informasi tidak lengkap, sehingga mereka melihat masalah hanya sebagian.
3. Keliru tidak dapat mengaitkan antara informasi yang diterima dengan situasi yang dihadapi.
4. Keluarga tidak mau menghadapi situasi.
5. Anggota keluarga tidak mau melawan tekanan dari keluarga atau sosial.

6. Keluarga gagal mengaitkan tindakan dengan sasaran atau tujuan upaya keperawatan.
7. Kurang percaya dengan tindakan yang diusulkan perawat.

Dalam kondisi ini untuk membangkitkan minat keluarga dalam berperilaku sehat, maka perawat harus memahami teknik-teknik motivasi. Menurut Mubarak (2006) tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada perawatan keluarga mencakup upaya :

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan.
2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat.
3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
4. Membantu keluarga dalam menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat.
5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

2.3 Pelaksanaan Perawatan Keluarga Pada Penderita Kusta

Seperti telah dijelaskan diatas, pelaksanaan keperawatan keluarga mencakup lima hal. Dalam hal ini peneliti ingin mencoba fokus pada kegiatan memberikan kepercayaan diri merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara mendemonstarikan cara perawatan dengan menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah sekaligus mengawasi keluarga melakukan perawatan.

2.3.1 Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan kesehatan atau pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kepada masyarakat, kelompok,

atau individu. Dengan adanya pesan tersebut maka diharapkan masyarakat, kelompok, individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut akhirnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku. Dengan kata lain adanya pendidikan tersebut diharapkan dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2003). Seseorang yang sedang menjalani proses belajar berarti menggunakan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotorik terhadap lingkungannya (Dimiyati dan Mudjiono, 2002 : 26).

2.3.2 Hubungan Penyuluhan Kesehatan dengan Perilaku

Dalam penyuluhan kusta tujuan yang ingin dicapai adalah perubahan cara berfikir dan berperilaku untuk keberhasilan penanggulangan penyakit kusta. Sepintas lalu perilaku tampak sangat sederhana yaitu berupa tindakan-tindakan yang dilakukan oleh seseorang atau kelompok. Namun sebenarnya perilaku sangatlah kompleks karena merupakan perpaduan dari serangkaian keputusan dan tindakan (Depkes. R.I, 2004). Mengingat hal-hal tersebut diatas maka sebelum membantu mengubah perilaku sasaran, orang yang akan melaksanakan penyuluhan harus mengetahui faktor-faktor yang berkaitan dengan perilaku.

1. Pengertian perilaku

Perilaku adalah respon seorang terhadap stimulasi, baik yang berasal dari dalam maupun dari luar dirinya.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut L. Green yang dikutip oleh Depkes. R.I (2004) ada 3 (tiga) faktor yang mempengaruhi perilaku yaitu :

1) *Predisposing factor* (faktor pendorong/pencetus)

Seperti tingkat pengetahuan, tradisi, keyakinan, nilai dan sikap

2) *Enabling factor (faktor pemungkin)*

Seperti tersedianya sarana, obat, waktu, serta kemudahan pelayanan

3) *Reinforcing factor (faktor penguat)*

Seperti tanggapan atau pendapat teman, keluarga dan sikap petugas serta sektor lain

3. Proses perubahan perilaku

Untuk mengubah perilaku biasanya diperlukan waktu yang lama. Jarang ada orang yang langsung merubah perilakunya setelah mendengar penyuluhan satu kali (Depkes. R.I, 2004). Para ahli mengemukakan ada lima karakteristik dalam proses perubahan perilaku seseorang yaitu :

- 1) Pengetahuan
- 2) Persetujuan
- 3) Niat
- 4) Praktek
- 5) Advokasi

4. Beberapa masalah dalam upaya perubahan perilaku

- 1) Tidak semua orang yang terpapar dengan pesan-pesan penyuluhan mengerti pesan-pesan tersebut.
- 2) Tidak semua yang mengerti dengan pesan tersebut akan menyetujuinya.
- 3) Tidak semua yang menyetujui pesan tersebut akan merubah perilakunya
- 4) Seringkali hanya sejumlah kecil sasaran yang terpapar dengan pesan-

pesan kesehatan pada suatu kurun waktu tertentu yang akan terus memperaktekkan perilaku baru berikutnya.

2.3.3 Pelaksanaan Perawatan Keluarga Dengan Memberikan Kepercayaan Diri Merawat Anggota Keluarga Yang Sakit

Dalam penelitian ini peneliti memberikan tindakan perawatan yang bertujuan agar keluarga memiliki kepercayaan diri untuk anggota merawat keluarga yang sakit sehingga nantinya diharapkan pasien dan keluarga dapat lebih mandiri. Keluarga diberikan penjelasan tentang tujuan dan pencegahan cacat serta cara perawatan kecacatan penderita kusta.

Dalam pencegahan cacat pada penderita kusta dikenal :

1. Pencegahan cacat dini

Tujuan pencegahan cacat dini adalah menyelamatkan fungsi saraf yang mempunyai resiko. Hal ini dapat dicapai dengan :

- 1) Diagnosis dan pengobatan dini dengan MDT
- 2) Segera berikan pengobatan prednison sesuai dengan aturan yang berlaku pada penanganan kasus reaksi berat.
- 3) Temukan dan terus perhatikan penderita yang mempunyai resiko kerusakan saraf dikemudian hari (tipe borderline)

2. Pencegahan cacat lanjut

Cacat yang sudah terjadi dan telah menetap atau yang kejadiannya lebih dari 6 (enam) bulan tidak memerlukan penanganan dengan prednison. Tujuan pencegahan cacat dalam hal ini adalah agar cacat yang sudah terlanjur ada tidak akan bertambah berat. Hal ini dapat dicapai dengan melatih penderita membiasakan diri melakukan perawatan diri (Depkes R.I, 2006).

Adapun pesan-pesan yang perlu disampaikan kepada penderita dan keluarga yang menurut Depkes. R.I (2004) dalam modul PLKN adalah :

1. Pesan-pesan yang berhubungan dengan kusta dan pengobatannya :
 - 1) Penyakit kusta adalah penyakit yang disebabkan oleh kuman kusta, dan bukan disebabkan oleh keturunan, guna-guna serta tidak ditularkan melalui makanan atau minuman.
 - 2) Penyakit kusta dapat disembuhkan dengan pengobatan teratur.
 - 3) Bila kencing berwarna merah setelah minum obat kusta, tidak perlu khawatir karena itu adalah warna obat yang diminum.
 - 4) Bila tanda-tanda penyakit bertambah seperti adanya bercak yang bertambah merah, panas atau timbul nodul seperti bisul (yang sakit bila ditekan), penderita mengalami demam segera melapor ke petugas untuk mencegah timbulnya cacat meskipun persediaan MDT masih ada.
 - 5) Berikan kartu berobat penderita dan jelaskan waktu untuk pengambilan obat berikutnya termasuk kegunaan kartu pengobatan tersebut agar pengobatan teratur dan tidak putus.
2. Pesan-pesan yang berhubungan reaksi kusta apabila penderita mengalami reaksi adalah :
 - 1) Gejala- gejala reaksi pada penderita seperti panas, sakit pada persendian, timbul seperti bisul yang sakit bila ditekan, dsbnya. Bahwa hal tersebut bukan disebabkan oleh pengaruh obat yang diminum akan tetapi disebut reaksi.
 - 2) Reaksi dapat terjadi pada penderita sebelum penderita berobat, sementara dalam pengobatan, bahkan sesudah dinyatakan RFT (selesai pengobatan).

- 3) Penting diingatkan bahwa reaksi harus cepat ditangani untuk mencegah terjadinya cacat. Cacat bisa ditimbulkan oleh reaksi yang tidak ditanggulangi.
- 4) Reaksi ringan dapat dilakukan dengan istirahat, menghindari stress, kelemahan dan penyakit-penyakit infeksi.
- 5) Ingatkan pada penderita untuk kembali ke Puskesmas setiap minggu untuk memantau fungsi saraf dan mengambil obat reaksinya bila terjadi reaksi berat.
- 6) Penanggulangan reaksi memerlukan waktu lama. Oleh karena itu pada penderita sebaiknya ditanamkan rasa kesabaran agar tekun menjalani pengobatan reaksinya.

3. Mendemonstrasikan cara perawatan diri

Setelah memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya perawat perlu mendemonstarikan cara perawatan diri dengan menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah sehingga pasien dibantu keluarga dapat melakukan perawatan diri secara mandiri.

Pertama-tama penderita perlu dijelaskan bahwa cacat yang menetap tidak dapat disembuhkan lagi karena terlambat, tetapi dapat dihindari bertambah berat dengan cara merawat diri. Cara rawat diri untuk mata, tangan dan kaki menggunakan pedoman Depkes. R.I (2006) pada Modul 4 “Kecamatan dan Pencegahan Kecacatan” yang dikeluarkan oleh Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN). Tujuannya adalah : 1) penderita dapat merawat mata, tangan dan kakinya sendiri dengan menggunakan apa yang ada di rumahnya, 2) agar cacat yang sudah terlanjur ada, tidak bertambah berat.

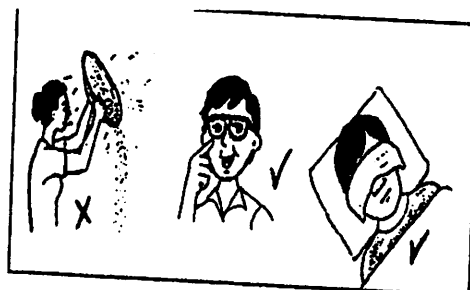
Hal ini dapat dicapai dengan melatih penderita dan keluarga membiasakan diri melakukan perawatan diri. Kegiatan perawatan diri dilakukan sesuai dengan keluhan yang dialami penderita seperti :

(1) Mata yang tidak dapat ditutup rapat

Goresan kain baju, sarung bantal, tangan, daun, debu, rambut, asap, dapat merusak mata, akibatnya mata akan merah, meradang dan dapat terjadi infeksi yang bisa mengakibatkan kebutaan.

Mencegah kerusakan mata dengan :

- a. Hindari tugas-tugas dimana ada debu, misalnya mencangkul tanah kering, menuai padi, menggiling padi, bakar sampah dllnya.
- b. Melindungi mata dari debu dan angin yang dapat menegringkan mata, dengan memakai kacamata.
- c. Sering mencuci/membasahi mata dengan air bersih.
- d. Sering-seringlah bercermin apakah ada kelerahan atau benda yang masuk ke mata.



Gambar 2.3 Perawatan mata (dikutip dari Depkes. R.I, 2006)

(2) Tangan yang mati rasa

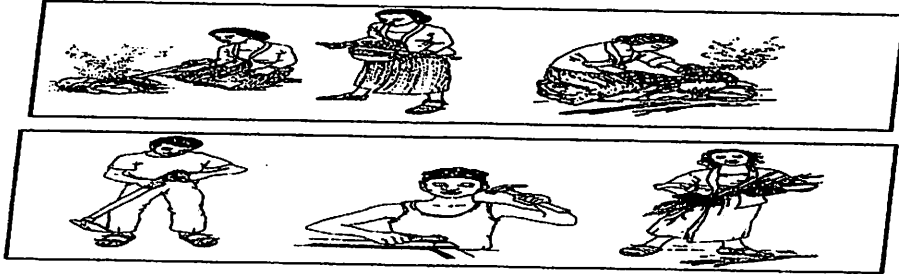
Bisa terluka oleh :

- a. Benda panas, seperti gelas kopi panas, cerek, kualii, rokok, api, bara api, knalpot, dllnya.

- b. Benda-benda tajam seperti kaca, seng, pisau, duri, kawat berduri, paku, gergaji, dllnya.
- c. Gesekan dari alat kerja (tukul, cangkul), tali pengikat sapi atau perahu, batu, dllnya.

Mencegah luka dengan :

- a. Lindungi tangan dari benda yang panas, kasar ataupun tajam, dengan memakai kaos tangan tebal atau alas kaki.
- b. Membagi tugas rumah tangga supaya orang lain mengerjakan bagian yang berbahaya bagi tangan yang mati rasa.
- c. Seringlah berhenti dan periksa tangan dengan teliti apakah ada luka lecet yang sekecil apapun.
- d. Jika ada luka, memar atau lecet sekecil apapun, rawatlah dan istirahatkan bagian tangan itu sampai sembuh.

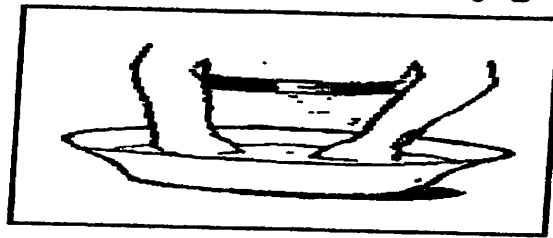


Gambar 2.4 Perawatan tangan yang mati rasa (dikutip dari Depkes. R.I, 2006)

(3) Kulit tangan yang kering

- a. Kekeringan akan mengakibatkan luka-luka kecil yang kemudian infeksi.
- b. Mencegah kekeringan dengan cara :
 - a) Rendam selama 20 menit setiap hari dalam air dingin.

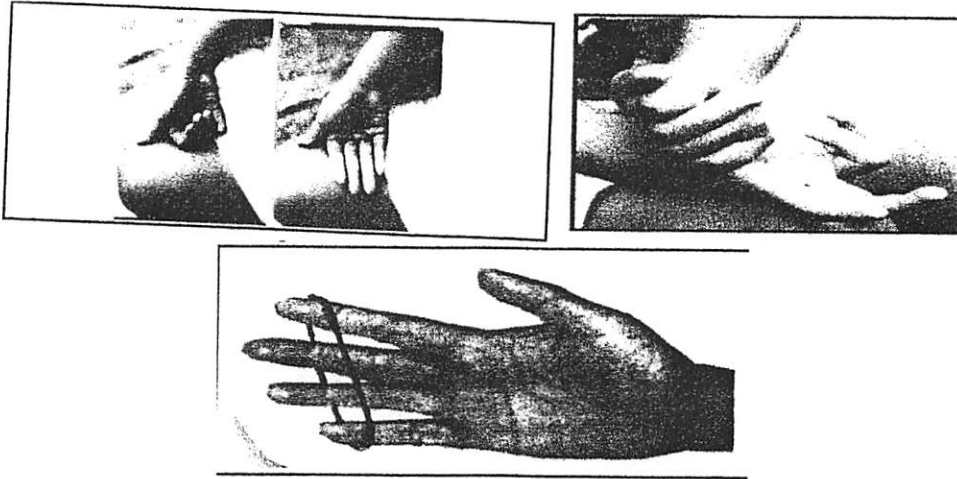
- b) Kemudian langsung mengolesi dengan minyak (kelapa atau minyak lain) untuk menjaga kelembaban kulit.



Gambar 2.5 Perawatan tangan yang kering (dikutip dari Depkes. R.I, 2006)

(4) Jari tangan yang bengkok

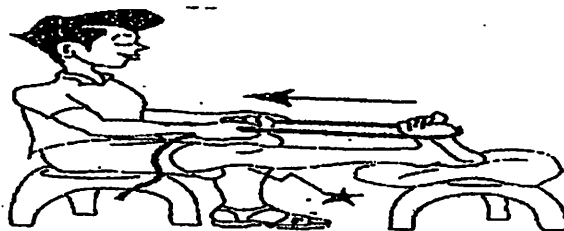
- a Kalau dibiarkan bengkok, sendi akan menjadi kaku dan otot-otot akan memendek sehingga jari akan menjadi lebih kaku dan tidak dapat digunakan, serta dapat menyebabkan luka.
- b Cegah supaya jangan sampai terjadi kekakuan lebih berat dengan cara :
- a) Sesering mungkin setiap hari memakai tangan lain untuk meluruskan sendi-sendinya.
 - b) Taruh tangan diatas paha seperti dalam gambar, luruskan dan bengkokkan jari berulang kali.
 - c) Pegang ibu jari dengan tangan lain dan gerakkan sendi supaya tidak kaku.
- c Kalau hanya lemah, kuatkan dengan cara :
- a) Taruh di meja atau paha dan pisahkan dan rapatkan jari berulang kali, atau
 - b) Ikat jari dengan karet, lalu pisahkan dan rapatkan jari berulang kali.



Gambar 2.6 Perawatan jari tangan yang bengkok (dikutip dari Depkes. R.I, 2006)

(5) Kaki yang semper

- a) Kalau kaki semper dibiarkan tergantung, otot pergelangan kaki bagian belakang (*archilles*) akan memendek sehingga kaki itu tetap tidak bisa diangkat. Jari-jari akan terseret dan luka. Dan oleh karena kaki itu miring waktu melangkah, akan mudah terjadi ulkus dibelakang jari kaki ke 4 dan ke 5.
- b) Untuk mencegah agar kaki yang semper (lumpuh) tidak bertambah cacat maka dianjurkan :
 - a) Selalu pakai sepatu supaya jari-jari tidak terseret dan luka
 - b) Angkat lutut lebih tinggi waktu berjalan.
 - c) Pakailah tali karet diantara lutut atau sepatu guna mengangkat kaki bagian depan waktu berjalan.
 - d) Jaga supaya tidak menjadi kaku dengan tindakan berikut :
 - (a) Duduk dengan kaki lurus kedepan. Pakai kain panjang atau sarung yang disangkutkan pada bagian depan kaki itu dan tarik ke arah tubuh (untuk kaki yang semper luka).

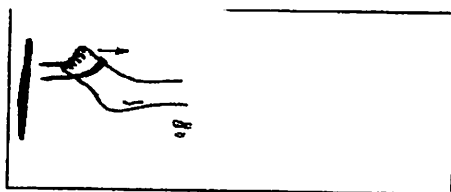


Gambar 2.7 Perawatan kaki yang semper yang luka
(dikutip dari Depkes. R.I, 2006)

- (b) Jika kaki yang semper tidak disertai luka, maka latihlah kaki tersebut dengan cara berdiri menghadap ke tembok dengan jarak 60 cm, lipat siku dan sandarkan pada tembok. Dorong tubuh kedepan dengan tumit tetap menapak kelantai, dan tanhan selama beberapa detik, sehingga terasa ototnya tertarik, kemudian dorong kembali tubuh kebelakang. Lakukan latihan ini berkali-kali.

Jika kelemahan saja yang terjadi, latihan seperti digambar sebelumnya dapat dikerjakan, serta sering-seringlah mencoba mengangkat jari dan bagian depan kaki tersebut. Cara lain ;

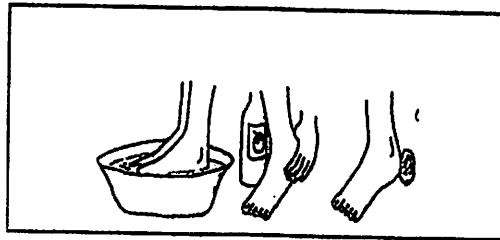
Duduklah dengan kaki lurus. Ikatlah karet (dari ban dalam) pada tiang atau kaki meja, dan dengan bertumpu pada sendi pergelangan kaki, dan tarik tali karet itu dengan punggung kaki, lalu tahan beberapa saat dan kemudian ulang beberapa kali.



Gambar 2.8 Perawatan kaki semper yang tidak luka
(dikutip dari Depkes. R.I, 2006)

(6) Kulit kaki yang tebal dan kering

- a. Kulit yang kering akan mengakibatkan luka-luka kecil yang kemudian terinfeksi.
- b. Mencegah kulit kering dengan :
 - a) Rendam kaki selama 20 menit setiap hari kedalam air dingin.
 - b) Gosok bagian yang menebal dengan batu gosok.
 - c) Kemudian langsung diolesi dengan minyak kelapa untuk menjaga kelembaban kulit.



Gambar 2.9 Perawatan kulit kaki yang tebal (dikutip dari Depkes.R.I, 2006)

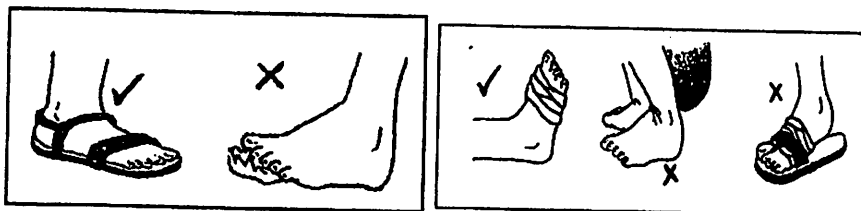
(7) Kaki yang mati rasa

Kaki bisa terluka oleh :

- a Benda panas, seperti gelas kopi panas, cerek, kual, rokok, api, bara api, knalpot, dllnya.
- b Benda-benda tajam seperti kaca, seng, pisau, duri, kawat berduri, paku, gergaji, dllnya.
- c Gesekan dari sepatu/sandal yang terlalu besar ataupun kecil, batu dalam sepatu, dllnya.
- d Tekanan tinggi atau lama-berdiri terlalu lama tanpa gerak, berjalan terlalu jauh atau terlalu cepat, jongkok yang lama, dsbnya.

Cegah terjadinya luka dengan cara :

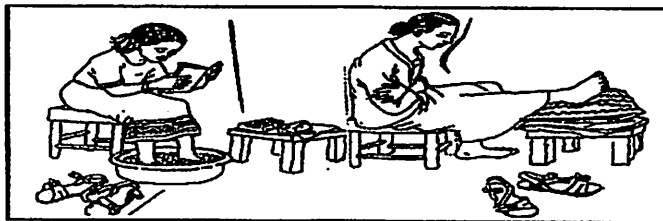
- a Lindungi kaki dengan selalu memakai alas kaki.
- b Membagi tugas rumah tangga supaya orang lain mengerjakan bagian yang berbahaya bagi kaki yang mati rasa.
- c Sering berhenti dan memeriksa kaki dengan teliti apakah ada luka atau memar atau lecet yang kecil sekalipun.
- d Kalau ada luka, memar atau lecet kecil, langsung rawat dan istirahatkan bagian kaki itu sampai sembuh, yaitu istirahatkan kaki (jangan sekali-kali diinjakkan).
- e Bila disekitar luka ada kulit mati yang sangat menebal, yang digosok dengan batu apung hanya membawa sedikit perubahan, maka untuk mencegah terjadinya luka dan mempercepat pertumbuhan kulit baru maka petugas dianjurkan untuk melakukan trimming (eksisi kulit mati) disekitar ulkus plantaris menggunakan skalpel.
- f Alas kaki yang cocok adalah yang :
 - a) Empuk didalam.
 - b) Keras di bagian bawah supaya benda tajam tidak dapat tembus.
 - c) Tidak mudah terlepas (ada tali dibelakang).
 - d) Tidak perlu sepatu khusus kalau memilih sepatu/sandal di pasar dengan hati-hati, atau modifikasi jika perlu.



Gambar 2.10 Perawatan kaki yang mati rasa (dikutip dari Depkes. R.I, 2006)

(8) Luka borok

Luka borok atau ulkus disebabkan karena menginjak benda tajam atau memar yang tidak dihiraukan karena penderita tidak merasa sakit. Luka itu terus terinjak karena berat badan penuh, sampai kulit dan daging hancur. Luka itu sebenarnya akan sembuh sendiri bila diistirahatkan selama beberapa minggu,. Pengobatan yang tepat ialah bersihkan luka dengan air sabun, lalu istirahatkan bagian kaki itu.



Gambar 2.11 Perawatan kaki yang borok (dikutip dari Depkes. R.I, 2006)

2.3.4 Penilaian Dengan Form *Preventif Of Disabilities* (POD)/Form Pencegahan Kecacatan Kusta

1. Pencatatan Pencegahan Cacat

Langkah I :

Melakukan pencatatan data dasar setiap pasien pada waktu registrasi. Untuk itu telah disediakan lembaran Pencatatan Pencegahan Cacat yang perlu diisi dengan cermat.

Cara pemeriksaan cacat dan pencatatannya :

1) Pemeriksaan Mata :

Mata penderita diperhatikan, apakah berkedip secara teratur atau salah satu mata berkedip terlambat : kemudian penderita diminta memejamkan mata perlahan seperti waktu tidur.

(1) Apabila salah satu kedua mata tidak menutup dengan sempurna, berarti ada *lagophthalmos*, lingkarilah jawaban “YA” pada lembaran Pencatatan Pencegahan Cacat.

(2) Bila ada mata merah atau virus berkurang, penderita perlu segera diperiksa oleh dokter Puskesmas.

2) Pemeriksaan Tangan :

(1) Nyeri tekan pada syaraf

(2) Syaraf *ulnaris* dapat diraba diatas siku bagian dalam

(3) Suatu syaraf dinyatakan nyeri tekan bila kesakitan kelihatan dan raut muka penderita, bukan dengan bertanya “Apakah ada rasa sakit”.

3) Kekuatan Otot

Penderita diminta agar kedua jari kelingking (jari ke-V) bertemu dengan masing-masing ibu jari, jari ke-V harus selurus mungkin dan harus ditahan dengan keras.

(1) Pemeriksa memegang punggung tangan kanan dan kiri penderita, dan dengan kedua ibu jarinya, pemeriksa mendorong kedua jari ke-V penderita pada perbatasan antara telapak tangan dan jari ke-V agar memisahkan jari ke-V dari ibu jari.

a Bila jari ke-V tidak dapat lurus dan tidak dapat bertemu dengan ibu jari, pada umumnya berarti jari ke-V sudah lumpuh, maka lingkarilah tanda “L”.

b Bila jari ke-V bisa lurus dan bertemu dengan ibu jari tetapi tidak dapat menahan dorongan ibu jari pemeriksa, berarti kekuatan otot sudah lemah dan nilai “Sedang”, maka lingkarilah tanda “S”.

- c Bila jari ke-V bisa lurus, bertemu dengan ibu jari dan dapat menahan dorongan pemeriksa, berarti otot masih kuat, maka lingkarilah tanda “K”.
- (2) Kemudian kedua ibu jari pemeriksa pindah ke ibu jari penderita, dan mendorong pada bagian telapak tangan yang dibawah kedua ibu jari (dorongan tidak boleh pada ibu jari).
- a Bila ibu jari tidak bisa maju, berarti sudah lumpuh, maka lingkarilah tanda L.
 - b Bila ibu jari bisa maju tetapi tidak dapat menahan dorongan ibu jari pemeriksa, berarti kekuatan otot sudah lemah dan dinilai “Sedang”, maka lingkarilah tanda “S”.
 - c Bila ibu jari bisa maju dan dapat menahan dorongan ibu jari pemeriksa, berarti otot masih kuat, maka lingkarilah tanda “K”.
- Selalu perlu dibandingkan kekuatan otot tangan kanan dan tangan kiri untuk menentukan bahwa ada kelemahan.

(3) Rasa raba.

Tangan penderita dipegang pada punggungnya agar sendi-sendi tidak bergerak selama “test” dilakukan. Kemudian tusukan ringan dilakukan dengan bolpoin pada tangan penderita sesuai dengan titik-titik pada gambar. Tusukan dilaksanakan sampai kulit kelihatan cekung sekitar 1 cm . Dengan penderita melihat, penderita diminta menunjukkan dengan salah satu jarinya tempat yang ditusuk. Bila penderita sudah mengerti, “test” dilakukan dengan penderita menutup matanya.

- a. Bila penderita sudah menunjukkan dalam jarak 1,5 cm dari tempat yang ditusuk, berarti penderita masih merasa, dan perlu diberikan tanda (V) pada titik yang masih merasa.
- b. Bila penderita tidak dapat menunjukkan dalam jarak 1,5 cm dari tempat ditusuk, berarti tangan penderita sudah mati rasa atau kurang merasa dan perlu diberikan tanda (X) pada titik yang tidak/kurang merasa.
- c. Ada mata rasa atau rasa raba dinyatakan berkurang bila ada paling sedikit 2 titik yang berdekatan yang mati rasa/kurang rasa.

(4) Cacat lainnya.

Bila ada luka, luka itu perlu digambar pada gambar tangan sesuai dengan ukuran dan bentuknya. Bila ada jari yang sudah memendek perlu dicatat.

Bila ada jari tangan yang bengkok perlu dicatat :

- a. Dengan “C” bila sendi tidak kaku.
- b. Dengan tanda “S” bila sendi sudah kaku.

3. Pemeriksaan Kaki :

1) Nyeri tekan pada syaraf

Syaraf peroneus dapat diraba dibawah lutut bagian luar dan syaraf tibialis posterior dibelakang – bawah mata kaki dalam. Suatu syaraf dinyatakan nyeri tekan bila kesakitan kelihatan dari raut muka penderita, bukan dengan bertanya “Apakah ada rasa sakit “.

2) Kekuatan otot.

Penderita diminta untuk menaikkan kedua ujung kakinya keatas dengan tumit tetap dilantai. Pemeriksa menekan kedua kaki penderita ke bawah untuk menilai kekuatan otot.

(1) Bila ujung kaki penderita tidak dapat bergerak ke atas, berarti sudah lumpuh, maka lingkarilah tanda "L".

(2) Bila ujung kaki penderita dapat bergerak ke atas tetapi tidak dapat menahan tekanan tangan pemeriksa, berarti otot sudah lemah, dan dinilai "sedang" maka lingkarilah "S".

(3) Bila ujung kaki penderita dapat bergerak ke atas dan dapat menahan tekanan tangan pemeriksa, berarti otot masih kuat, maka lingkarilah tanda "K".

3) Rasa raba.

Kaki penderita ditumpangkan pada lutut kakinya yang sebelah agar lebih mudah diperiksa.

Cara pemeriksaan dan pencatatan sama dengan tangan.

Adanya mati/kurang rasa bila ada paling sedikit 2 titik yang berdekatan yang mati/kurang rasa.

4) Cacat lainnya.

(1) Bila ada jari kaki yang bengkok, perlu dicatat :

Dengan tanda "C" bila sendi tidak kaku.

Dengan tanda "S" bila sendi sudah kaku.

(2) Bila ada luka, luka itu perlu digambar pada gambar kaki sesuai dengan ukuran dan bentuknya.

(3) Bila ada jari yang sudah memendek, perlu dicatat. Bila ada kulit pecah perlu digambar seperti pada contoh.

Langkah II : Kesimpulan dan tindakan.

Mengambil kesimpulan dan tindakan berdasarkan hasil pemeriksaan.

Menentukan apakah penderita sedang dalam keadaan reaksi berat yang perlu diobati dengan prednison.

Menentukan dan mengobati reaksi berat sendi dan setepat mungkin merupakan salah satu aspek pencegahan cacat yang terpenting. Bila penderita dengan reaksi berat tidak ditangani cepat dan tepat, kemungkinan besar akan timbul cacat yang menetap.

Jadi, bila :

- 1) Ada bercak atau nodul yang ulserasi, atau
- 2) Ada nyeri tekan pada salah satu syaraf, atau
- 3) Ada kekuatan otot atau rasa raba yang berkurang dalam 6 bulan terakhir, atau
- 4) Ada lagophthalmos yang baru terjadi dalam 6 bulan terakhir, berarti
- 5) Penderita sedang reaksi berat dan perlu segera diberikan prednison sesuai dengan pedoman.

Pencatatan pemberian prednison perlu dicatat pada lembaran khusus yang ditempel dalam kartu penderita. Penderita juga perlu dianjurkan agar sedapat mungkin mengistirahatkan bagian tubuh yang sedang reaksi.

2. Mengajar cara rawat diri kepada penderita dengan cacat yang sudah menetap.

Penderita perlu dijelaskan bahwa cacat yang menetap tidak dapat disembuhkan lagi karena terlambat, tetapi dapat dihindari bertambah berat dengan cara merawat diri.

PENCATATAN PENCEGAHAN CACAT

Nama : L/P Umur :th. Alamat.....

Kunci :

- Lingkari yang benar, misalnya : tidak / (⊗) atau K (⊙) L
- Kekuatan Otot : K = Kuat, S = Sedang / Lemah, L = Lumpuh
- Merawat Diri : bila telah diajar/ melakukan RAWAT DIRI

Tanggal :

MATA Lagophthalmos :	Kanan tidak/ya	Kiri Tidak/ya
TANGAN	Kanan	Kiri
a. Nyeri Tekan Saraf Ulnaris	tidak/ya	tidak/ya
b. Kekuatan Otot Jari Ke V Ibu Jari	K/S/L	K/S/L
c. Rasa Raba	K/S/L	K/S/L
d. Tangan Lunglai	K/S/L	K/S/L
KAKI	Kanan	Kiri
a. Nyeri Tekan Saraf Peroneus Saraf tibialis post.	tidak / ya	tidak / ya
b. Kekuatan Otot Kaki ke atas	K/S/L	K/S/L
c. Rasa Raba		
KULIT Bercak/nodul ulserasi	tidak / ya	
KESIMPULAN PEMERIKSAAN		
1. Apakah lagophthalmus baru terjadi dalam 6 bulan terakhir ?		tidak / ya
2. Adakah nyeri tekan syaraf ?		tidak / ya
3. Apakah kekuatan otot berkurang dalam 6 bulan terakhir ?		tidak / ya
4. Apakah rasa raba berkurang dalam 6 bulan terakhir ?		tidak / ya
5. Adakah bercak/nodul ulserasi ?		tidak / ya
Kalau ada jawaban "ya" berarti ada REAKSI BERAT dan perlu segera diberikan PREDNISON sesuai pedoman dan anjurkan sedapat mungkin ISTIRAHAT		
Apakah penderita telah diajarkan cara MERAWAT DIRI ?		
<input type="checkbox"/> mata	<input type="checkbox"/> tangan	<input type="checkbox"/> kaki
Apakah penderita telah melakukan RAWAT DIRI ?		
<input type="checkbox"/> mata	<input type="checkbox"/> tangan	<input type="checkbox"/> kaki
Nama Pemeriksa :		

Tanggal :

MATA Lagophthalmos :	Kanan tidak / ya	Kiri Tidak / ya
TANGAN	Kanan	Kiri
a. Nyeri Tekan Saraf Ulnaris	tidak/ya	tidak/ya
b. Kekuatan Otot Jari Ke V Ibu Jari	K/S/L	K/S/L
c. Rasa Raba	K/S/L	K/S/L
d. Tangan Lunglai	tidak / ya	tidak / ya
KAKI	Kanan	Kiri
a. Nyeri Tekan Saraf Peroneus Saraf tibialis post.	tidak / ya	tidak / ya
b. Kekuatan Otot Kaki ke atas	K/S/L	K/S/L
c. Rasa Raba		
KULIT Bercak/nodul ulserasi	tidak / ya	
KESIMPULAN PEMERIKSAAN		
1. Apakah lagophthalmus baru terjadi dalam 6 bulan terakhir ?		tidak / ya
2. Adakah nyeri tekan syaraf ?		tidak / ya
3. Apakah kekuatan otot berkurang dalam 6 bulan terakhir ?		tidak/ya
4. Apakah rasa raba berkurang dalam 6 bulan terakhir ?		tidak / ya
5. Adakah bercak/nodul ulserasi ?		tidak / ya
Kalau ada jawaban "ya" berarti ada REAKSI BERAT dan perlu segera diberikan PREDNISON sesuai pedoman dan anjurkan sedapat mungkin ISTIRAHAT		
Apakah penderita telah diajarkan cara MERAWAT DIRI ?		
<input type="checkbox"/> mata	<input type="checkbox"/> tangan	<input type="checkbox"/> kaki
Apakah penderita telah melakukan RAWAT DIRI ?		
<input type="checkbox"/> mata	<input type="checkbox"/> tangan	<input type="checkbox"/> kaki
Nama Pemeriksa :		

Gambar 2.12 Form Preventif Of Disabilities (POD)/Form Pencatatan pencegahan Cacat (dikutip dari Depkes. R.I, 2006)



BAB 3

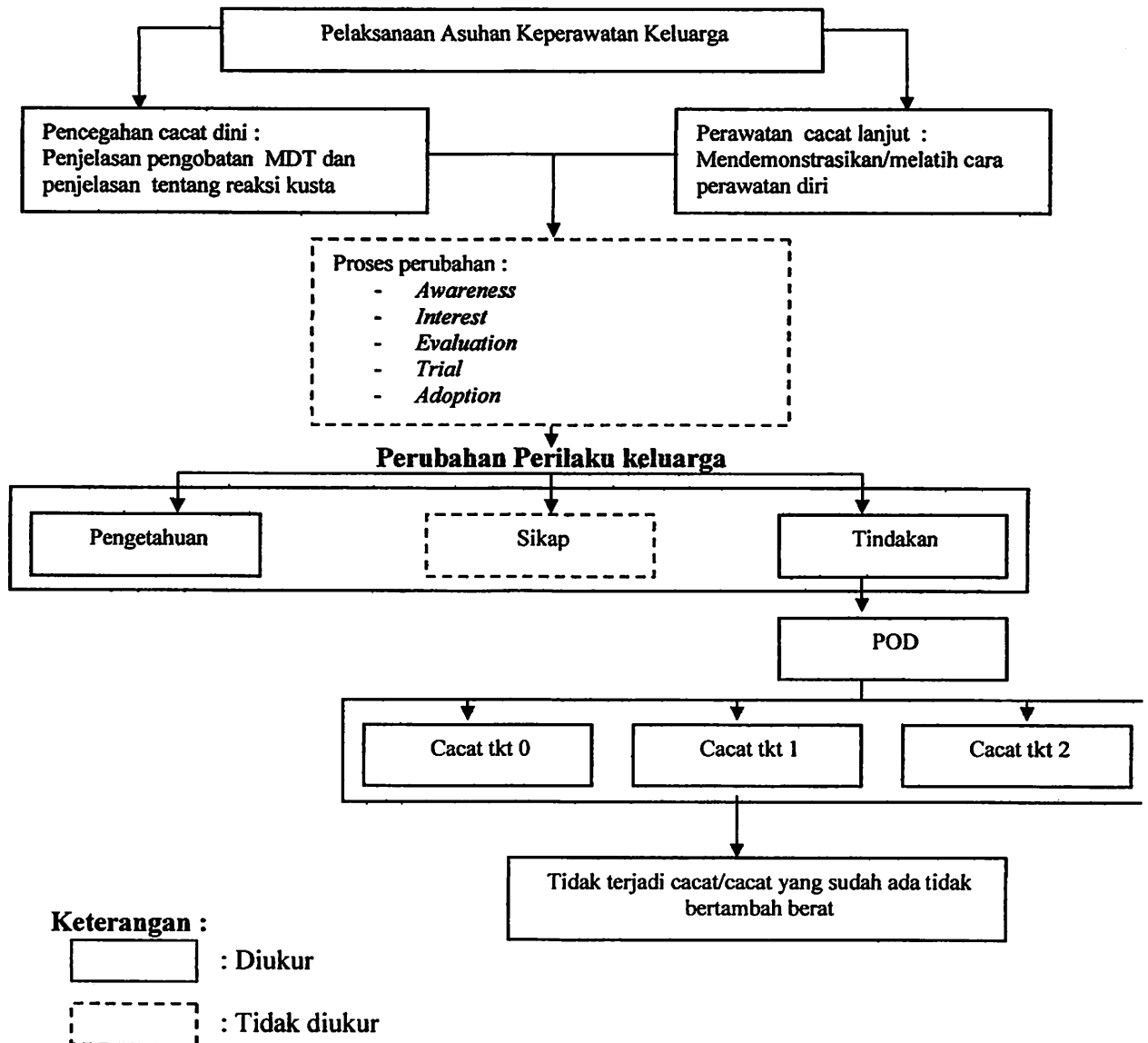
**KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS**



BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan dan pencegahan kecacatan pasien kusta di Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat.

Gambar 3.1 menjelaskan bahwa pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga adalah salah satu tahap dari proses keperawatan. Input penelitian ini adalah tindakan keperawatan keluarga meliputi pencegahan cacat dini (penjelasan tentang pengobatan MDT dan reaksi kusta) dan perawatan cacat lanjut (mendemonstrasikan/melatih cara perawatan cacat pasien kusta).

Didalam proses perubahan perilaku terdapat tahapan-tahapan yaitu *awareness, interest, evaluation, trial, adoption*. Pada prinsipnya perubahan perilaku merupakan *output indikator* meliputi: pengetahuan, sikap dan tindakan untuk mendapatkan *outcome indikator* upaya pencegahan kecacatan pasien kusta.

3.2 Hipotesis Penelitian

$H_1 = 1.$ Ada pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan keluarga.

$H_1 = 2.$ Ada pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pencegahan kecacatan pasien kusta.



BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2008 : 77). Pada metode penelitian akan dibahas tentang desain penelitian, kerangka kerja penelitian, populasi, sampel, besar sampel, dan sampling, identifikasi variabel, definisi operasional, instrumen penelitian, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan dan pengumpulan data, analisa data, etika penelitian dan keterbatasan penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian, desain penelitian yang digunakan Pra-eksperimental dengan rancangan penelitian *Pra-Pasca Test* dalam satu kelompok (*One-Group Pre-Post Test Design*). Ciri tipe penelitian ini adalah mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subyek (Nursalam, 2008 : 85). Pengujian sebab akibat dengan cara membandingkan hasil pra-tes dengan pasca-tes. Namun tetap tanpa melakukan perbandingan dengan pengaruh perlakuan yang dikenakan pada kelompok lain (Nursalam, 2008).

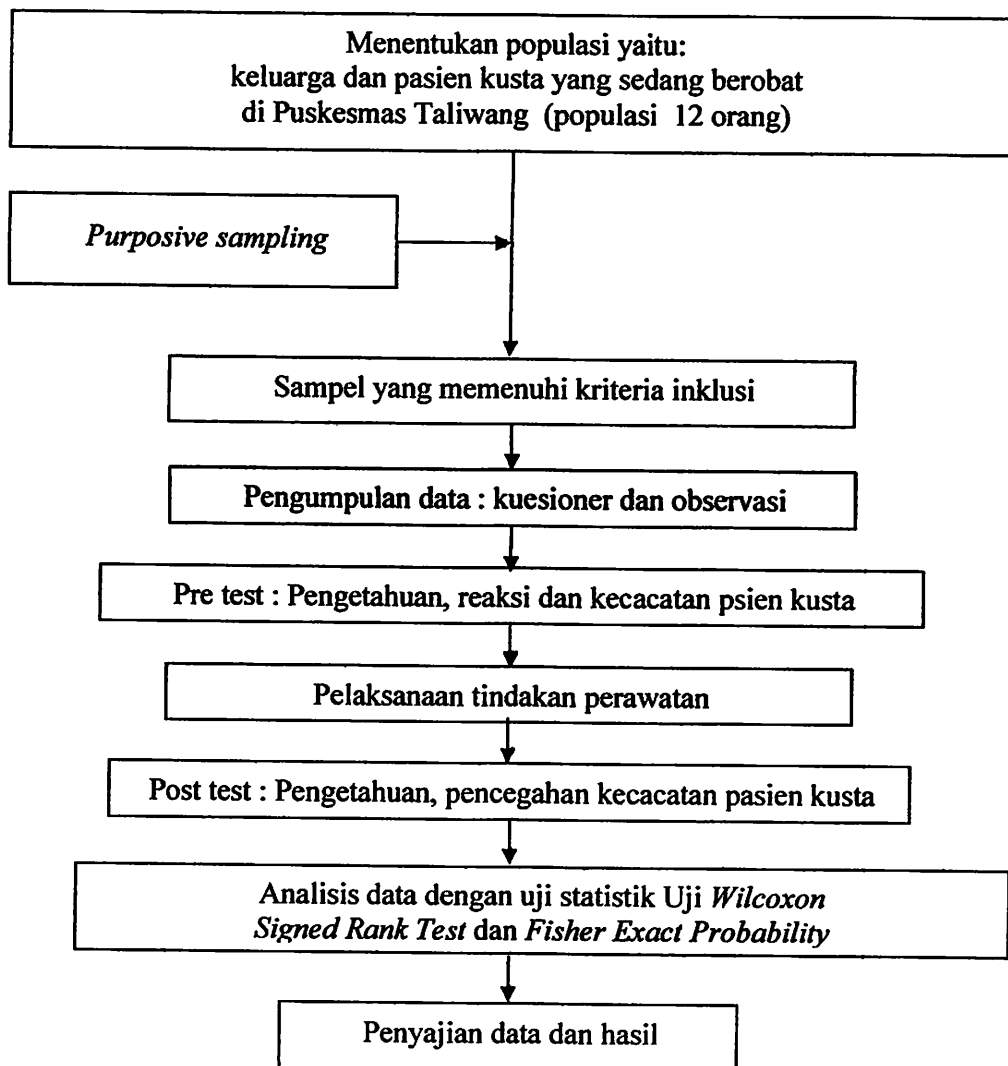
Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca-tes
K	0 Time 1	I Time 2	01 Time 3

Keterangan :

K : Subyek (keluarga dan pasien kusta).

- O** : Pengukuran tingkat pengetahuan dan observasi hasil pencegahan kecacatan pasien kusta sebelum diberikan tindakan keperawatan.
- I** : Tindakan keperawatan (pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga (pencegahan cacat dini dan perawatan cacat lanjut)).
- O1** : Pengukuran tingkat pengetahuan dan hasil pencegahan kecacatan kusta setelah tindakan keperawatan.

4.2 Kerangka Kerja (*framework*)



Gambar 4.1: Kerangka kerja pengaruh pendidikan kesehatan tentang pencegahan cacat dini dan perawatan cacat lanjut terhadap pengetahuan dan pencegahan kecacatan pasien kusta.

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subyek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008 : 89). Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga dan pasien kusta yang sedang mengikuti program pengobatan di Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat.

4.3.2 Sampel

Sampel terdiri dari bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008 : 91) sedangkan sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2008).

4.3.3 Besar Sampel

Pada penelitian ini besar sampel sesuai rumus:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan:

n = Perkiraan jumlah sampel

N = Perkiraan besar populasi

z = Nilai standart normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

p = Perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

q = 1 - p (100% - p)

d = Tingkat kesalahan yang dipilih (d = 0,05)

(Nursalam, 2008)

Sesuai rumus, maka besar sampel pada penelitian ini adalah:

$$n = \frac{12.(1,96)^2.0,5.0,5}{(0,05)^2 (12-1) + (1,96)^2.0,5.0,5}$$

$$n = 11,607$$

$$= 12 \text{ responden}$$

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- (1). Keluarga dan penderita kusta yang sedang mengikuti program pengobatan di Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat.
- (2). Dapat berbahasa Indonesia, membaca dan menulis.
- (3). Keluarga dan penderita kusta berumur antara 17 sampai 55 tahun.
- (4). Keluarga dalam keadaan sehat fisik dan psikologis
- (5). Bersedia menjadi responden dengan menanda tangani lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*).

2) Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- (1). Pasien kusta yang tidak berobat dengan MDT.
- (2). Keluarga yang tidak kooperatif.
- (3). Keluarga dengan klien kusta yang telah menyelesaikan program pengobatan.

4.3.3 Sampling

Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. *Purposive sampling* disebut juga *judgement sampling* adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian) sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal

sebelumnya (Nursalam, 2008). Besar sampel didapatkan 12 responden yang masuk dalam kriteria inklusi.

4.4 Variabel Penelitian

4.4.1 Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas atau *independent variable* adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel bebas biasanya merupakan stimulus atau intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien untuk mempengaruhi tingkah laku atau keadaan klien. Variabel bebas dalam penelitian adalah pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga

4.4.2 Variabel Terikat (*Dependent Variable*)

Variabel terikat atau *dependent variable* adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel yang lain (Nursalam, 2008). Dengan kata lain, variabel terikat adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan pencegahan kecacatan pasien kusta.

4.5 Definisi Operasional Variabel

Tabel 4.1 Definisi operasional variabel pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan dan pencegahan kecacatan pasien kusta di wilayah kerja Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1. <i>Variabel Independent</i> Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga	Salah satu tahap dari proses keperawatan keluarga dimana perawat membangkitkan minat keluarga untuk mengadakan perbaikan kearah perilaku hidup sehat	Menjelaskan kepada keluarga dan pasien kusta meliputi : Pencegahan cacat dini : 1. Kusta dan pengobatannya. 2. Reaksi kusta. Perawatan cacat lanjut : 3. Mendemonstrasikan/melatih cara perawatan diri kepada klien dan keluarga.			
2. <i>Variabel Dependent</i> Pengetahuan	Kemampuan ingatan tentang yang telah dipelajari dan tersimpan dalam ingatan, yang berkenaan dengan fakta, peristiwa, pengertian, kaidah, teori, prinsip atau metode.	Kusta dan pengobatannya : 1. Pengertian dan penyebab kusta dan cara penularan kusta. No. 1,2 dan 3. 2. Efek obat kusta. No. 4. 3. Tujuan pemberian kartu berobat dan waktu untuk pengambilan obat berikutnya. No. 5. Reaksi kusta : 4. Gejala-gejala reaksi kusta dan kapan reaksi kusta bisa terjadi. No. 6 dan 7. 5. Tujuan penanganan reaksi dan jadwal pemeriksaan serta pengambilan obat jika terjadi reaksi kusta. No. 8 dan 9. 6. Mengetahui lama pengobatan reaksi. No. 10 Mendemonstrasikan cara perawatan diri kepada klien dan keluarga 7. Perawatan diri. No. 11, 12,13,14 dan 15.	Kuesioner (PLKN)	Ordinal	Jawaban : Betul : 1 (satu) Salah : 0 (nol) Pernyataan : Baik : 3 (tiga) Cukup : 2 (dua) Kurang : 1 (satu) Penilaian akhir dihitung dengan menjumlahkan hasil penilaian item 1, item 2 dan item 3 dan dibagi skor tertinggi kemudian dikali 100 dan diklasifikasikan sebagai berikut : Kategori : 76 – 100 % = Baik 56 – 75 % = Cukup 0 – 55 % = Kurang (Arikunto, 1998)

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
					Penilaian : Baik : 3 (tiga) Cukup : 2 (dua) Kurang : 1 (satu)
Pencegahan kecacatan kusta	Indikator keberhasilan pelaksanaan pemberantasan kusta dengan mencatat dan memonitor keadaan reaksi kusta dan tingkat kecacatan melalui pemeriksaan nyeri tekan saraf, kekuatan otot, rasa raba dan cacat lainnya seperti kontraktur dan bengkok/clawing.	Form pencatatan pencegahan cacat (POD) : Adanya bercak/nodul ulserasi Mata 1. Lagoptalmus Tangan 2. Nyeri tekan saraf ulnaris 3. Kekuatan otot jari ke V – ibu jari 4. Rasa raba Kaki 5. Nyeri tekan saraf peroneus 6. Nyeri tekan saraf tibia posterior 7. Kekuatan otot kaki keatas 8. Rasa raba	Observasi (Depkes. R.I)		
		Kesimpulan Hasil Observasi Klasifikasi Reaksi Kusta meliputi : Reaksi Ringan 1. Bercak bertambah merah, kadang-kadang disertai nyeri syaraf 2. Hanya beberapa nodul kemerahan, disertai demam ringan Reaksi Berat 1. Seperti tipe I ringan disertai kelainan syaraf tepi (pembesaran dan nyeri) 2. Banyak nodul kemerahan, ada nodul yang berulserasi, terdapat kelainan sistem syaraf tepi dan organ lain, biasanya disertai dengan demam tinggi	(Depkes.R.I)	Nominal	Klasifikasi : Cacat tkt 0 Reaksi (-) : 1 Cacat tkt 0 Reaksi Ringan : 2 Cacat tkt 0 Reaksi Berat : 3 Cacat tkt 1 Reaksi (-) : 4 Cacat tkt 1 Reaksi Ringan : 5 Cacat tkt 1 Reaksi Berat : 6

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
					Cacat tkt 2 Reaksi (-) : 7 Cacat tkt 2 Reaksi Ringan : 8 Cacat tkt 2 Reaksi Berat : 9
		Klasifikasi Kecacatan meliputi : Cacat Tingkat 0 <u>Tangan dan Kaki</u> Tidak ada kerusakan sensibilitas, tidak ada kerusakan atau deformitas yang terlihat <u>Mata</u> Tidak ada gangguan mata akibat kusta, tidak ada gangguan penglihatan. Cacat Tingkat I <u>Tangan dan Kaki</u> Ada gangguan sensibilitas, tanpa kerusakan atau deformitas yang terlihat <u>Mata</u> Ada gangguan pada mata akibat kusta. Tidak ada gangguan yang berat pada penglihatan. Visus 6/60 atau lebih baik atau dapat menghitung jari pada jarak 6 m Cacat Tingkat II <u>Tangan dan Kaki</u> Terdapat kerusakan atau deformitas <u>Mata</u> Gangguan penglihatan berat akibat kusta. Visus kurang dari 6/60, tidak dapat menghitung jari pada jarak 6 m	(WHO)		

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

4.6.1 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang akan digunakan dalam pengumpulan data pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga menggunakan lembar kuesioner dan observasi terstruktur dimana peneliti secara cermat mendefinisikan apa yang dijelaskan dan diobservasi melalui suatu perencanaan yang matang. Untuk penilaian pengetahuan, pengukuran menggunakan kuesioner dengan bentuk pertanyaan *multiple choice* mengacu pada Satuan Acara Penyuluhan (SAP) yang telah diajarkan. Pedoman penilaian pencegahan kecacatan kusta menggunakan form pencatatan pencegahan cacat (*prevention of disabilities (POD)*) yang menjadi pedoman Pemegang Program (P2) Kusta untuk monitoring dan penatalaksanaan cacat kusta (Depkes. R.I, 2004). Hasil pemeriksaan yang menunjukkan tanda seperti yang tertera dalam form POD Pertama nomor 1, 2, 3, 10 serta 11 ; Ya / Tidak, kedua nomor 4 dan 8 ; lingkari L (lumpuh), S (lemah), K (kuat); dan ketiga nomor 5 dan 9; bila terasa maka pada titik digambar tangan pada form, beri tanda rumput (√) sementara bila tidak berasa beri tanda silang (X). Hasil pencatatan pencegahan cacat (POD) disesuaikan dan disimpulkan menggunakan standar klasifikasi yang telah ditetapkan. Reaksi kusta (Depkes. R.I) dan tingkat kecacatan (WHO).

4.6.2 Waktu dan Tempat Penelitian

1. Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dari tanggal 8 Desember 2008 sampai dengan 8 Januari 2009.

2. Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat NTB.

4.6.3 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008 : 111). Dalam melakukan penelitian, peneliti mendapat surat pengantar dari Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya sebagai surat ijin dari institusi untuk melakukan penelitian. Selanjutnya surat tersebut disampaikan kepada Kepala Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat, peneliti berkunjung ke rumah klien didampingi oleh Pemegang Program (P2) Kusta Puskesmas Taliwang. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada responden. Setelah responden paham dan setuju menjadi responden dalam penelitian, responden diberikan surat pernyataan bersedia sebagai responden (*informed consent*) untuk ditanda tangani. Penilaian/observasi pelaksanaan pendidikan kesehatan dilakukan oleh peneliti dibantu oleh petugas kesehatan Puskesmas Taliwang selama 1 (satu) bulan. Frekuensi kunjungan rumah dilaksanakan sebanyak 3 (tiga) kali. Pertemuan pertama dan kedua dilaksanakan pada 2 minggu pertama sedangkan pertemuan ketiga dilaksanakan pada minggu terakhir penelitian. Lama kunjungan rumah tiap responden antara 60-90 menit.

1. Pertemuan pertama

Pertemuan pertama dilaksanakan dalam tiga sesi dengan waktu 1 jam 30 menit (90 menit).

1) Sesi pertama

Sesi pertama dilakukan selama 10 menit, kegiatannya meliputi :

(1) Menyampaikan salam pembuka

(2) Memperkenalkan diri pada keluarga

(3) Menyampaikan tujuan penyuluhan

2) Sesi kedua

Sesi kedua dilakukan selama 60 menit, kegiatannya meliputi :

(1) Meminta keluarga untuk mengisi kuisisioner

(2) Menilai cara perawatan cacat kusta

(3) Melakukan pemeriksaan pasien kusta dan mengisi form POD

(4) Menyampaikan materi penyuluhan tentang :

1. Penyebab kusta dan cara penularannya.
2. Penyakit kusta dapat disembuhkan dengan pengobatan teratur.
3. Efek obat kusta.
4. Tujuan pemberian kartu berobat dan waktu untuk pengambilan obat berikutnya.
5. Gejala- gejala reaksi kusta.
6. Kapan reaksi kusta bisa terjadi.
7. Tujuan penanganan reaksi.
8. Pencegahan reaksi berat.
9. Lama pengobatan reaksi berat.
10. Mendemonstarikan cara perawatan diri dengan menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah.

3) Sesi ketiga

Sesi ketiga dilakukan selama 20 menit, kegiatannya meliputi :

(1) Membuka kesempatan untuk diskusi.

(2) Menyimpulkan kegiatan penyuluhan

(3) Membuat kesepakatan kontrak pertemuan lanjutan

2. Pertemuan Kedua

Pertemuan kedua dilaksanakan dalam dua sesi dengan waktu 1 jam (60 menit).

1) Sesi pertama

Sesi pertama dilakukan selama 20 menit, kegiatannya meliputi :

- (1) Meminta klien dan keluarga untuk mengungkapkan perasaannya**
- (2) Menjelaskan kembali materi tentang :**
 - 1. Penyebab kusta dan cara penularannya.**
 - 2. Penyakit kusta dapat disembuhkan dengan pengobatan teratur.**
 - 3. Efek obat kusta.**
 - 4. Tujuan pemberian kartu berobat dan waktu untuk pengambilan obat berikutnya.**
 - 5. Gejala- gejala reaksi kusta.**
 - 6. Kapan reaksi kusta bisa terjadi.**
 - 7. Tujuan penanganan reaksi.**
 - 8. Pencegahan reaksi berat.**
 - 9. Lama pengobatan reaksi berat.**
 - 10. Mendemonstarikan cara perawatan diri dengan menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah.**

2) Sesi kedua

Sesi kedua dilakukan selama 40 menit, kegiatannya meliputi :

- (1) Membuka kesempatan untuk diskusi.**
- (2) Menyimpulkan kegiatan penyuluhan**
- (3) Membuat kesepakatan kontrak pertemuan lanjutan**

2. Pertemuan Ketiga

Pertemuan ketiga dilaksanakan dalam dua sesi dengan waktu 1 jam (60 menit).

1) Sesi pertama

Sesi pertama dilakukan selama 45 menit, kegiatannya meliputi :

- (1) Meminta keluarga untuk mengisi kuesioner pengetahuan keluarga
- (2) Meminta keluarga untuk mendemonstrasikan cara perawatan diri dengan menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
- (3) Melakukan pemeriksaan pasien kusta dan mengisi form POD

2) Sesi kedua

Sesi kedua dilakukan selama 15 menit, kegiatannya meliputi :

- (1) Mengucapkan terima kasih atas penerimaan dan kesediaan keluarga dan pasien kusta menjadi responden dalam penelitian.
- (2) Mengakhiri kunjungan/terminasi.

Pengumpulan data pengetahuan keluarga diisi oleh keluarga, sedangkan observasi hasil perawatan keluarga pada pasien kusta dalam lembar pencatatan pencegahan cacat (POD) kusta dilakukan oleh peneliti dibantu Pemegang Program (P2) Kusta Puskesmas Taliwang.

4.6.4 Analisis data

Analisis data merupakan suatu proses analisa data yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan.

1. Pengetahuan keluarga

Analisis data pengetahuan keluarga dilakukan dengan cara memberikan nilai kepada setiap jawaban responden. Skoring untuk pertanyaan positif bila

menjawab benar diberi nilai 1 (satu) dan jawaban salah diberi nilai 0 (nol), sedangkan untuk pernyataan Baik diberi nilai/skor 3 (tiga), Cukup diberi nilai/skor 2 (dua) dan kurang diberi nilai/skor 1 (satu) dengan pembobotan 2 (dua) pada tiap item pernyataan. Hasil jawaban yang telah dinilai dijumlahkan dan dibandingkan dengan jumlah skor tertinggi lalu dikalikan 100 %.

Dengan kriteria Arikunto (1998) yang dikutip Farid (2008) :

- 1) Pengetahuan keluarga baik bila nilainya 76% – 100%
- 2) Pengetahuan keluarga cukup bila nilainya 56% – 75%
- 3) Pengetahuan keluarga kurang bila nilainya < 56%

Untuk mengetahui pengetahuan keluarga tentang pencegahan cacat dini dan perawatan cacat lanjut pasien kusta digunakan uji statistik *wilcoxon signed rank test* dengan nilai kemaknaan $\leq 0,05$ ($p \leq 0,05$).

2. Pencegahan kecacatan kusta

Analisis data pencegahan kecacatan dilakukan dengan standar POD. Hasil pemeriksaan penderita kusta disusun berdasarkan gabungan tingkat kecacatan dan tingkat reaksi kusta. Penilaian tingkat keberhasilan pencegahan kecacatan menggunakan skoring sebagai berikut :

Cacat tingkat 0 Reaksi (-)	: 1
Cacat tingkat 0 Reaksi Ringan	: 2
Cacat tingkat 0 Reaksi Berat	: 3
Cacat tingkat 1 Reaksi (-)	: 4
Cacat tingkat 1 Reaksi Ringan	: 5
Cacat tingkat 1 Reaksi Berat	: 6
Cacat tingkat 2 Reaksi (-)	: 7

Cacat tingkat 2 Reaksi Ringan : 8

Cacat tingkat 2 Reaksi Berat : 9

Untuk mengetahui ada atau tidaknya pengaruh antara pelaksanaan pencegahan cacat dini dan perawatan cacat lanjut terhadap pencegahan kecacatan kusta, peneliti melakukan pengujian data dengan menggunakan uji statistik *fisher exact probability* untuk menguji dua sampel independen dengan nilai kemaknaan $\leq 0,05$ ($p \leq 0,05$). Perhitungan statistik dalam penelitian ini menggunakan perangkat *software SPSS for MS Windows release 13,0*.

4.7 Etik Penelitian

Peneliti menekankan masalah etika yang meliputi:

4.7.1 Lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada subjek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Klien dipersilahkan untuk membaca kemudian menandatangani lembar persetujuan menjadi responden jika bersedia diteliti. Jika subjek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak subjek.

4.7.2 *Anonimity* (tanpa nama)

Peneliti tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data hanya cukup dengan memberi nomer kode atau inisial pada masing-masing lembar tersebut.

4.7.3 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan identitas yang diberikan kepada klien dijamin oleh peneliti untuk pengolahan data hanya kelompok-kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.8 **Keterbatasan**

Dalam penelitian ini keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah :

1. Instrumen pengumpulan data dirancang oleh peneliti sendiri dengan cara memodifikasi dan menambah dari literatur yang ada tanpa melakukan uji coba, oleh karena itu validitas dan reliabilitasnya masih perlu diuji coba.
2. Sampel yang dipergunakan hanya terbatas pada keluarga dan pasien kusta yang menjalani pengobatan MDT di Puskesmas Taliwang, sehingga dimungkinkan kurang dapat mewakili keseluruhan wilayah di Kabupaten Sumbawa Barat maupun Provinsi Nusa Tenggara Barat .
3. Waktu evaluasi dilakukan sesuai perjanjian dengan keluarga sehingga perubahan yang terjadi tidak dapat dinilai apakah disebabkan keluarga sudah menyadari manfaatnya atau karena ada petugas.



BAB 5
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian tentang pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan dan pencegahan kecacatan kusta di wilayah kerja Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat yang dilakukan pada tanggal 8 Desember 2008 sampai dengan 8 Januari 2009.

Pada bagian hasil akan diuraikan tentang gambaran lokasi penelitian, karakteristik responden, dan data khusus yang meliputi : pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan dan pencegahan kecacatan kusta.

Pada bagian pembahasan akan diuraikan mengenai hasil uji *wilcoxon signed rank test* untuk mengetahui pengaruh variabel independen pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap variabel dependen (pengetahuan keluarga). Hasil uji *fisher exact probability* untuk mengetahui pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap variabel dependen (pencegahan kecacatan pasien kusta). Bila hasil $p \leq 0,05$ berarti H_1 diterima yang berarti ada pengaruh yang bermakna variabel independen terhadap variabel dependen.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas Taliwang berada di Jalan Undru No. 6 Kecamatan Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat meliputi 2 kecamatan (Kecamatan Taliwang dan Kecamatan Brang Ene) dengan 18 desa dan luas wilayah 45.599 km² dengan

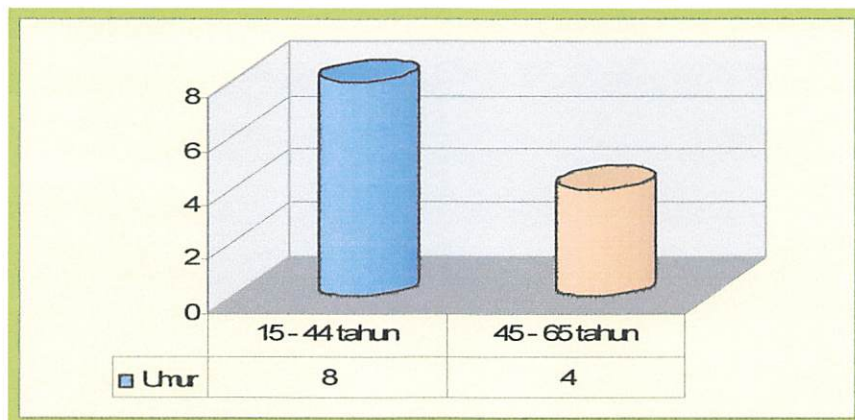
batas-batas wilayah sebelah utara wilayah Kecamatan Seteluk, sebelah timur wilayah Kecamatan Brang Rea, sebelah selatan wilayah Kecamatan Jereweh, sebelah barat Selat Alas (Puskesmas Taliwang, 2007). Jumlah Penduduk di wilayah Puskesmas Taliwang adalah sebanyak 40.571 jiwa, jumlah seluruh Kepala Keluarga : 9.368 KK dan jumlah Keluarga Miskin : 3.119 KK (Puskesmas Taliwang 2007). Puskesmas Taliwang merupakan Puskesmas terbesar di Kabupaten Sumbawa Barat membawahi 8 Puskesmas Pembantu dan 6 Polindes. Jumlah Posyandu 60 dengan jumlah kader aktif 163 orang ditambah 2 Posyandu Lansia dan 2 Poskesdes. Tahun 2008 Puskesmas Taliwang dibagi menjadi Puskesmas Taliwang dengan wilayah kerja kecamatan Taliwang dan Puskesmas Brang Ene dengan wilayah kerja kecamatan Brang Ene.

Upaya kesehatan di Puskesmas Taliwang meliputi 5 (lima) kegiatan Usaha Kesehatan Perorangan (UKP) dan 11 (sebelas) kegiatan Usaha Kesehatan Masyarakat (UKM). Program pemberantasan penyakit kusta merupakan salah satu bentuk kegiatan Usaha Kesehatan Masyarakat melalui kegiatan Pemberantasan Penyakit Menular (P2M). Kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh petugas kusta Puskesmas Taliwang meliputi: menemukan penderita kusta, menegakkan diagnosis dan klasifikasi penyakit kusta, mengobati penderita kusta, melakukan pencegahan cacat, memberikan penyuluhan kepada masyarakat dan membuat pencatatan dan pelaporan.

5.1.2 Karakteristik Responden

Data ini meliputi karakteristik keluarga yang menjadi responden penelitian.

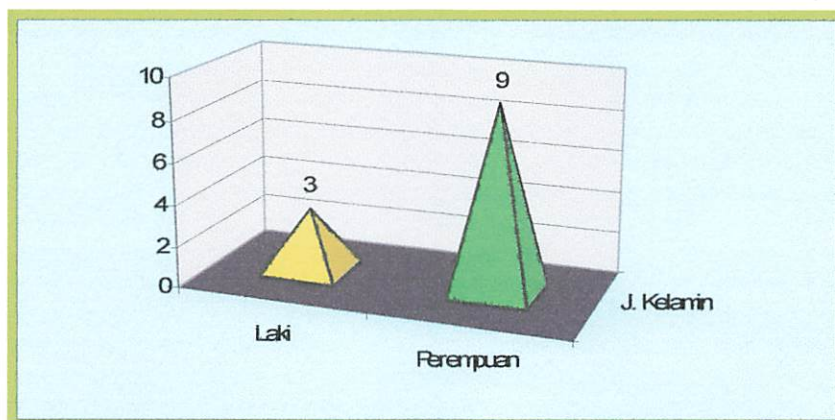
1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur



Gambar 5.1 Diagram silinder distribusi responden berdasarkan umur di Puskesmas Taliwang pada bulan Desember 2008 – Januari 2009

Data menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia 15 – 44 sebanyak 8 orang (66,6 %)

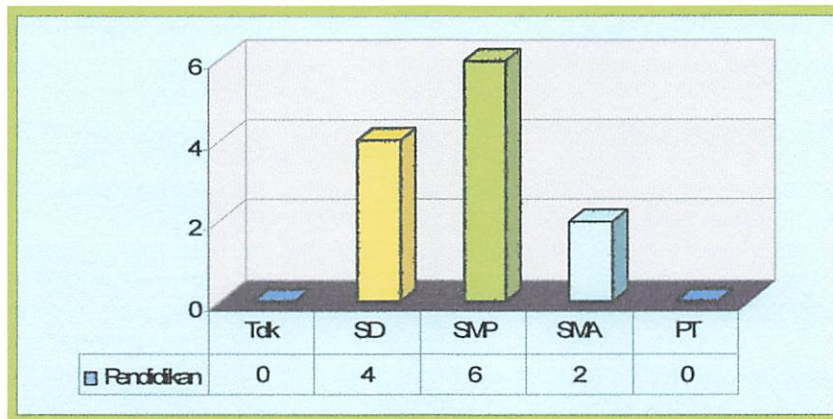
2. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5.2 Diagram piramida distribusi responden berdasarkan umur di Puskesmas Taliwang pada bulan Desember 2008 – Januari 2009

Data pada gambar 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga yang dijadikan responden adalah perempuan 9 orang (75 %).

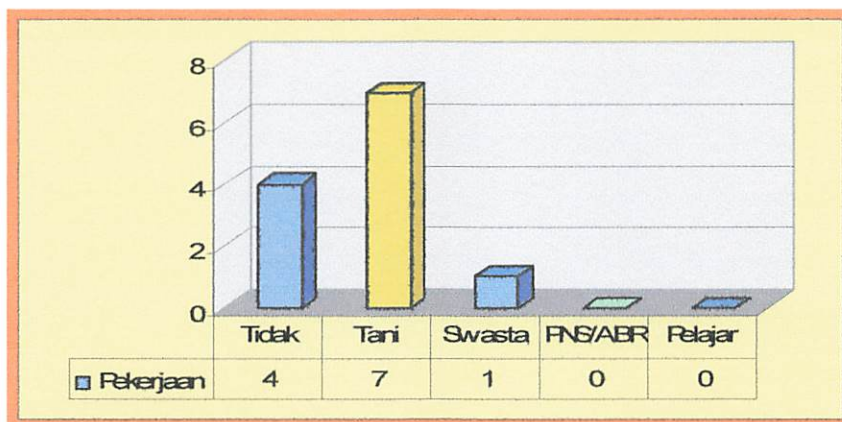
3. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir



Gambar 5.3 Diagram batang distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir di Puskesmas Taliwang pada bulan Desember 2008 – Januari 2009

Berdasarkan gambar 5.3, Data menunjukkan dari 12 responden setengahnya 6 orang (50 %) responden lulusan SMP dan hanya 2 orang (16,6 %) yang berpendidikan SMA.

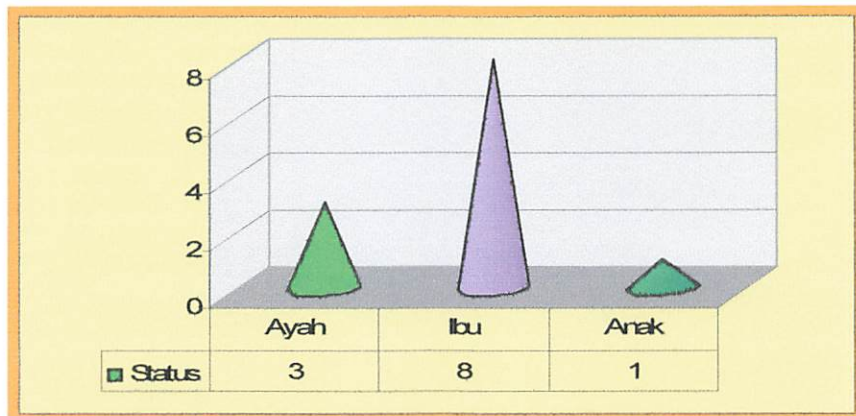
4. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan



Gambar 5.4 Diagram batang distribusi responden berdasarkan pekerjaan di Puskesmas Taliwang pada bulan Desember 2008 – Januari 2009

Data menunjukkan bahwa sebagian besar 7 orang responden (58,3 %) bekerja sebagai petani dan sebagian kecilnya 1 orang (8,3 %) bekerja swasta.

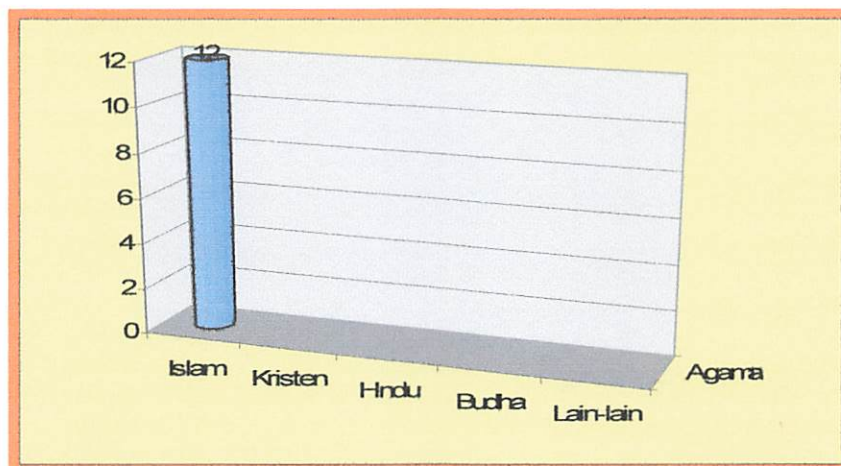
5. Distribusi Responden Berdasarkan Status Dalam Keluarga



Gambar 5.5 Diagram kerucut distribusi responden berdasarkan status dalam keluarga di Puskesmas Taliwang pada bulan Desember 2008 – Januari 2009

Data gambar 5.5 menunjukkan sebagian besar responden berstatus sebagai ibu 8 orang (75 %) dan sebagian kecil 1 orang (8,3 %) berstatus sebagai anak.

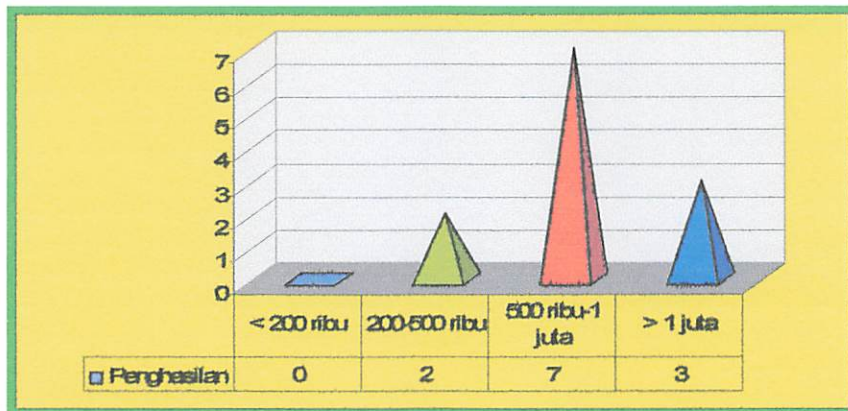
6. Distribusi Responden Berdasarkan Agama/Kepercayaan



Gambar 5.6 Diagram pipa distribusi responden berdasarkan agama/kepercayaan di Puskesmas Taliwang pada bulan Desember 2008 – Januari 2009

Data menunjukkan bahwa semua responden 12 orang (100 %) beragama islam.

7. Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan



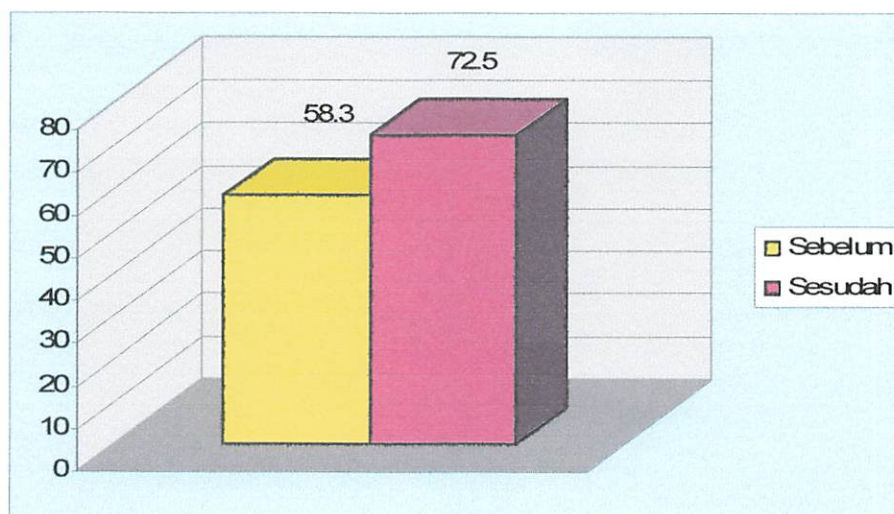
Gambar 5.7 Diagram piramida distribusi responden berdasarkan penghasilan di Puskesmas Taliwang pada bulan Desember 2008 – Januari 2009

Gambar 5.7 menjelaskan sebagian besar responden 7 orang (58,3 %) berpenghasilan antara Rp 500.000 – Rp 1.000.000/bulan dan sebagian kecil 2 orang (16,6 %) berpenghasilan Rp 200.000 – Rp 500.000.

5.1.3 Data Khusus

Pada bagian ini akan disajikan mengenai tingkat pengetahuan keluarga, hasil pencegahan kecacatan, pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan dan pencegahan kecacatan pasien kusta.

1. Rerata Pengetahuan Keluarga Tentang Pencegahan Cacat Dini Dan Perawatan Cacat Lanjut Sebelum Dan Sesudah Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga



Gambar 5.8 rerata tingkat pengetahuan keluarga tentang pencegahan cacat dini dan perawatan cacat lanjut.

Keterangan :

76 – 100 = Baik

56 – 75 = Cukup

0 – 55 = Kurang

Gambar 5.8. Menjelaskan, tingkat pengetahuan responden semuanya cukup.

Terjadi perubahan yang tidak signifikan pada tingkat pengetahuan keluarga.

2. Data Uji Pengaruh Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga Terhadap Pengetahuan Keluarga

Tabel 5.1 Tabel Uji pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat tanggal 8 Desember 2008 – 8 Januari 2009

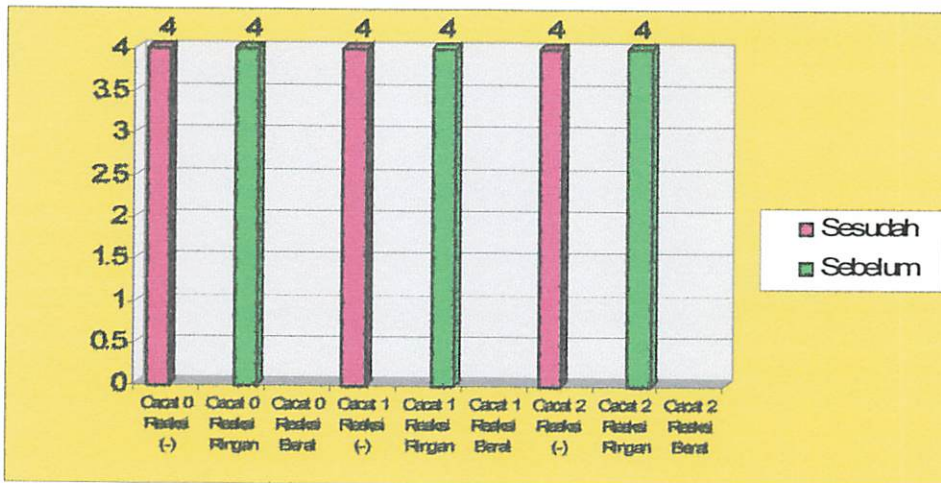
No. Responden	Penilaian Sebelum		Penilaian Sesudah	
	Kategori	Nilai	Kategori	Nilai
1.	2	70	3	80
2.	1	40	2	60
3.	2	70	3	80
4.	3	80	3	85
5.	1	45	2	60
6.	1	40	2	60
7.	1	50	2	65
8.	1	45	2	70
9.	2	60	2	75
10.	1	50	2	70
11.	2	70	3	80
12.	3	80	3	85
Mean		58,33		72,50
SD	0,492	15,125	0,522	9,653
<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>	P = 0,002			

Keterangan :

Nilai :	Kategori :
76 – 100	Baik : 3 (tiga)
56 – 75	Cukup : 2 (dua)
0 – 55	Kurang : 1 (satu)

Berdasarkan uji *wilcoxon signed rank test* pada tabel 5.1, menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna antara pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dengan pengetahuan keluarga ($p = 0,002$).

3. **Frekuensi Hasil Pengukuran Pencegahan Kecacatan Kusta Sebelum Dan Sesudah Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga**



Gambar 5.9. Hasil pengukuran pencegahan kecacatan kusta

Gambar 5.9 menjelaskan, hasil pengukuran pencegahan kecacatan kusta menunjukkan penurunan reaksi kusta, artinya terjadi perubahan yang signifikan pada pencegahan kecacatan kusta.

4. Data Uji Pengaruh Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga Terhadap Pencegahan Kecacatan Kusta

Tabel 5.2 Tabel Uji pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pencegahan kecacatan kusta di wilayah kerja Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat tanggal 8 Desember 2008 – 8 Januari 2009

No. Responden	Penilaian pencegahan kecacatan kusta	
	Sebelum	Sesudah
1.	5	4
2.	5	4
3.	2	1
4.	2	1
5.	8	7
6.	8	7
7.	8	7
8.	5	4
9.	5	4
10.	8	7
11.	2	1
12.	2	1
Mean	5	4
SD	0,515	0,515
<i>Fisher Exact Probability</i>	P = 0,027	

Keterangan :

- Cacat tkt 0 Reaksi (-) : 1
- Cacat tkt 0 Reaksi Ringan : 2
- Cacat tkt 0 Reaksi Berat : 3
- Cacat tkt 1 Reaksi (-) : 4
- Cacat tkt 1 Reaksi Ringan : 5
- Cacat tkt 1 Reaksi Berat : 6
- Cacat tkt 2 Reaksi (-) : 7
- Cacat tkt 2 Reaksi Ringan : 8
- Cacat tkt 2 Reaksi Berat : 9

Berdasarkan uji *fisher exact probability* pada tabel 5.2, menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan antara pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dengan pencegahan kecacatan pasien kusta ($p = 0,027$).

5.2 Pembahasan

Analisis data menggunakan *wicoxon signed rank test* menunjukkan ada perubahan yang bermakna pada pengetahuan keluarga tentang pencegahan cacat dini dan perawatan cacat lanjut, seperti yang ditunjukkan dalam tabel 5.1. Artinya, ada pengaruh ($p = 0,002$) antara pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dengan pengetahuan keluarga.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar keluarga yang berpengetahuan baik berusia antara 15-44 tahun. Hal ini sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Huclock (1998) yang dikutip oleh Ayunita (2007) bahwa semakin tinggi usia seseorang, maka tingkat pengetahuan dan kekuatannya bertambah matang dalam berfikir dan bekerja. Dengan bertambahnya usia seseorang kemampuan berpikir lebih dewasa, lebih mudah dalam menerima informasi sehingga pengetahuan juga akan bertambah. Menurut Davidoff, *et al.*, (1981) yang dikutip oleh Dimiyati dan Mujiono (2002 : 6) pertumbuhan jasmani dan perkembangan mental terjadi pada setiap individu. Pertumbuhan jasmani adalah proses berlangsungnya perubahan jasmani yang sejalan dengan meningkatnya usia seseorang. Pertumbuhan itu memungkinkan perkembangan ranah kognitif, afektif dan psikomotor.

Responden yang berpendidikan SD dan SMP lebih banyak jika dibandingkan dengan yang berpendidikan SMA atau PT, namun bukan berarti

mereka tidak mampu memberikan perawatan yang baik. Hal ini dimungkinkan karena responden yang berpendidikan SD atau SMP telah lama merawat penderita kusta. Keadaan ini didukung dengan teori Notoatmodjo (1993) yang dikutip oleh Indarwati (2004) yaitu belajar merupakan konsekuensi dari pengalaman, untuk belajar yang efektif tidak cukup dengan memberikan informasi saja tetapi perlu diberikan pengalaman.

Ditinjau dari jenis kelamin dan status dalam keluarga, ibu dengan penuh cinta kasih merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga membagi peran secara merata kepada para anggota keluarga seperti cara masyarakat membagi peran-perannya. Peran formal perempuan dewasa/ibu dalam keluarga biasanya sebagai ibu rumah tangga dan pengasuh anak (Mubarak, 2006 : 260). Menurut Friedman (1998) yang dikutip oleh Suprajitno (2004) fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan (*the health care function*) yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga.

Pemberian penyuluhan kesehatan dengan menggunakan berbagai media dan tatacara penyampaian pendidikan kesehatan seperti *leaflet/booklet*, demonstrasi, tanya jawab dan kunjungan rumah membantu keluarga untuk lebih cepat dan mudah memahami pesan yang disampaikan oleh perawat keluarga. Pemakaian alat bantu misalnya *leaflet/booklet* atau alat-alat sederhana yang tersedia disekitar rumah akan memudahkan keluarga dalam memahami informasi yang diberikan. Demonstrasi tindakan keperawatan akan membantu keluarga mengingat kembali materi yang diberikan. Melaksanakan kunjungan rumah peneliti dapat menilai secara langsung tentang perawatan cacat dini dan lanjut

sehingga dapat memberikan masukan pada keluarga. Menurut Biggs dan Telfer yang dikutip oleh Dimiyati dan Mujiono (2002 : 33) dikemukakan bahwa diantara motivasi belajar ada yang dapat diperkuat dengan cara-cara pembelajaran.

Dari segi pembelajaran, bila keluarga memiliki motivasi berprestasi dan motivasi instrinsik kemungkinan keluarga akan berusaha belajar dengan sungguh-sungguh sehingga tingkat kepatuhan kearah perilaku positif akan semakin meningkat. Menurut Dimiyati dan Mujiono (2002 : 32) pada motivasi intrinsik ditemukan sifat perilaku berupa : kualitas keterlibatan keluarga dalam belajar sangat tinggi, hal ini berarti petugas kesehatan hanya memelihara semangat, perasaan dan keterlibatan ranah afektif tinggi, dalam hal ini guna memelihara keterlibatan belajar keluarga, motivasi intrinsik bersifat memelihara diri sendiri, dan dengan ketiga sifat tersebut perawat harus memelihara keterlibatan keluarga dalam belajar.

Dalam kaitannya dengan penanganan reaksi dan kecacatan akibat kusta, pengetahuan keluarga peneliti dijadikan sebagai *output indicator* yang merupakan proses dan aktifitas antara dan hipotesis dari hubungan sebab-akibat strategi (Nursalam, 2007) dari keluarga untuk memperbaiki kemampuan internalnya. Hal ini diperkuat oleh pendapat Bloom yang dikutip oleh Dimiyati dan Mujiono (2002 : 27) bahwa ranah afektif terdiri dari pengetahuan, pemahaman, penerapan, analisis, sintesis, dan evaluasi. Keenam jenis perilaku ini bersifat hierarkis, artinya perilaku pengetahuan tergolong terendah dan perilaku evaluasi tergolong tertinggi. Perilaku terendah merupakan perilaku yang harus dimiliki terlebih dahulu sebelum mempelajari perilaku yang lebih tinggi. Menurut peneliti pendapat ini relevan dengan data umum responden yang memiliki tingkat pendidikan, sosial

dan ekonomi yang relatif rendah sehingga kemampuan untuk menjangkau ranah kognitif yang lebih tinggi lebih sulit atau membutuhkan waktu yang lebih lama.

Tujuan yang ingin dicapai dalam penjelasan prinsip pengobatan MDT dan penanganan reaksi serta latihan perawatan diri adalah perubahan cara berfikir dan berperilaku untuk keberhasilan penanggulangan penyakit kusta. Secara sederhana, perilaku akan nampak berupa tindakan-tindakan yang dilakukan oleh seseorang atau kelompok. Namun sebenarnya perilaku sangat kompleks karena merupakan perpaduan dari serangkaian keputusan dan tindakan (Depkes, 2004). Memberi penjelasan bermanfaat dalam menurunkan ketegangan pasien kusta. Menurut Nursalam (2005 : 166) kegiatan dalam pendidikan kesehatan meliputi : dialog internal, dialog eksternal, dan penghargaan. Tindakan ini (khususnya dialog internal) berguna untuk membantu meningkatkan rasa percaya diri pasien, mengontrol diri, kemampuan menyelesaikan masalah, optimistik dan harapan.

Dalam hal pencegahan kecacatan pasien kusta terdapat perubahan yang signifikan kearah yang lebih baik, hal ini ditunjukkan dengan setelah dilakukan analisa menggunakan uji *fisher exact probability*, didapatkan nilai $p = 0,027$ yang berarti hipotesis penelitian ini diterima. Nilai tersebut menunjukkan bahwa keluarga yang telah memiliki pengetahuan yang cukup tentang pencegahan cacat dini dan perawatan cacat lanjut melaksanakan tindakan perawatan keluarga mempengaruhi hasil pencegahan kecacatan kusta.

Pengetahuan responden (*output indicator*) akan mempengaruhi (*outcome indicator*) yakni kondisi (reaksi dan kecacatan kusta) sebagai fokus dari hasil kinerja pada akhir periode waktu atau aktifitas yang merefleksikan keberhasilan atau aktifitas dan keputusan yang telah dilaksanakan.

Berdasarkan konsep/teori Psikoneuroimunologi (PNI) yang dikemukakan Clancy (1998) yang dikutip Nursalam (2005 : 155), melalui poros hipotalamus hipopisis adrenal, stres psikologis akan menghasilkan kortisol dalam jumlah yang banyak sehingga menekan sistem imun. Apabila pasien diberikan penjelasan tentang pengobatan MDT dan reaksi kusta serta latihan perawatan diri untuk kemudian dilaksanakan sebagai bagian dari proses adaptasi maka proses kontrol kognisi yang berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap persepsi atau proses informasi/belajar (*learning proces*) dan pengambilan keputusan serta emosi akan berjalan dengan baik. Kondisi adaptif akan menurunkan kadar kortisol sehingga meningkatkan modulasi respon imun seperti : IgG, IgM dan Cytokin yang menghambat kerusakan sel (Nursalam, 2005 : 159-151). Pendapat tersebut diperkuat dengan hasil penelitian Atok (2007) bahwa terdapat hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan tingkat depresi pada klien kusta.

Berdasarkan hasil pemeriksaan saraf, tes fungsi sensorik dan motorik menunjukkan kecacatan penderita kusta terjadi pada tangan dan kaki. Hal ini membuktikan bahwa kuman kusta banyak menyerang saraf tangan dan kaki seperti : nervus radialis, nervus ulnaris, nervus medianus, nervus peroneus, nervus tibialis posterior (Depkes, 2005). Secara umum penanganan farmakologis penderita kusta di Puskesmas Taliwang sudah cukup baik hal ini dimungkinkan karena sediaan obat MDT dan obat-obat untuk penanganan reaksi mencukupi. Namun bukan berarti masalah kecacatan dan reaksi kusta telah teratasi.

Melalui pengobatan MDT, penderita diberikan obat-obat dengan efek bakteriosida dan bakteriostatik pada kuman kusta (*mycobacterium leprae*). Pengobatan akan memutus mata rantai penularan, menyembuhkan penyakit

penderita, mencegah terjadinya cacat atau mencegah bertambahnya cacat yang sudah ada sebelum pengobatan (Depkes, 2007).

Secara umum penanganan reaksi dengan menerapkan prinsip penanganan reaksi seperti istirahat/imobilisasi, terapi simptomatis berupa analgesik, antianxietas. Menurut Wilmana dalam FKUI (2002 : 207-209) prinsip diatas akan memberikan efek penghambatan biosintesis prostaglandin karena prostaglandin berkaitan dengan kerusakan jaringan atau inflamasi. Penelitian telah membuktikan bahwa prostaglandin menyebabkan sensitasi reseptor nyeri terhadap stimulasi mekanik dan kimiawi. Jadi prostaglandin menimbulkan keadaan hiperalgesia, kemudian mediator kimiawi seperti bradikinin dan histamin merangsangnya dan menimbulkan nyeri yang nyata.

Menurut Depkes (2005) tujuan pencegahan cacat lanjut adalah agar cacat yang sudah terlanjur ada, tidak akan bertambah berat. Hal ini dapat dicapai dengan melatih keluarga dan penderita membiasakan diri melakukan perawatan diri secara mandiri. Memberikan latihan perawatan diri akan memperbaiki gambaran atau persepsi terhadap kesehatan dan kebersihan, serta menciptakan penampilan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan. Membuat rasa nyaman dan relaksasi dapat dilakukan untuk menghilangkan kelelahan serta mencegah infeksi, mencegah gangguan sirkulasi darah, dan mempertahankan integritas pada jaringan (Alimul. H., 2006 : 116-117).



BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Tingkat pengetahuan keluarga cukup pada saat sebelum maupun sesudah pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga.
2. Hasil observasi pencegahan kecacatan kusta menunjukkan perubahan setelah pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga.
3. Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga berdampak pada pengetahuan keluarga yang ditunjukkan pada penilaian pengetahuan keluarga (pencegahan cacat dini dan perawatan cacat lanjut).
4. Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga berdampak pada pencegahan kecacatan pasien kusta yang ditunjukkan pada perubahan hasil pencatatan pencegahan kecacatan pasien kusta (reaksi kusta dan tingkat kecacatan).

6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka perlu kiranya diberikan saran :

1. Selama pasien kusta menjalani terapi MDT hendaknya keluarga dilibatkan dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang sakit.
2. Perawat pemegang program kusta perlu melaksanakan beberapa alternatif kegiatan upaya penyuluhan kesehatan melalui: media *leaflet/booklet*, melakukan demonstrasi cara perawatan diri dan kunjungan rumah serta

diskusi dengan pasien kusta dan keluarganya tentang penyakit kusta dan cara penanganannya.

3. Untuk mencegah terjadinya kecacatan dan mengurangi kecacatan pada penderita kusta dibutuhkan rencana strategi yang lebih terintegrasi dengan melibatkan pasien, keluarga dan petugas kesehatan.
4. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi perawat yang akan melaksanakan asuhan keperawatan kusta terutama yang berkaitan dengan masalah perubahan perilaku dan upaya pencegahan kecacatan pasien kusta.
5. Untuk penelitian selanjutnya, kiranya perlu diteliti tentang efektifitas tindakan perawatan yang dilakukan untuk mengatasi reaksi kusta dan kecacatan pasien kusta.



DAFTAR KEPUSTAKAAN

DAFTAR PUSTAKA

- Akib. Arwin., AP., (2001). *Mekanisme Imun Reaksi Inflamasi Pada Penyakit Infeksi Bakteri*. Jakarta: FKUI, hal 1-10.
- Alimul. H., (2006). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia : Aplikasi Konsep Dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika hal 116 – 117.
- Arikunto. S., (2007). *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta, hal 150-159.
- Atok. P., (2007). *Hubungan Antara Dukungan Sosial Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Klien Kusta*. Tidak dipublikasikan. Karya Tulis Ilmiah. Politeknik Kesehatan Surabaya.
- Ayunita. E., (2007). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Tentang Pencegahan Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas Kecamatan Buduran Sidoarjo*. Tidak dipublikasikan. Skripsi Universitas Airlangga. Surabaya.
- Departemen Kesehatan R.I a, (2007). *Modul Pelatihan Program P2 Kusta Bagi Unit Pelayanan Kesehatan* Jakarta: Sub Direktorat Kusta dan Frambusia.
- Departemen Kesehatan R.I b, (2006). *Modul 1: Epidemiologi dan Program*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN).
- Departemen Kesehatan R.I. c, (2006). *Modul 3: Reaksi Kusta*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN).
- Departemen Kesehatan R.I. d, (2006). *Modul 4: Kecacatan Dan Pencegahan Cacat*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN).
- Departemen Kesehatan R.I. e, (2004). *Modul 5: Pencatatan Dan Pelaporan Program P2 Kusta*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN).
- Departemen Kesehatan R.I. f, (2004). *Modul 6: PKM*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN).
- Departemen Kesehatan R.I. g, (2006). *Modul 7: Supervisi (Bimbingan Teknis), Monitoring Dan Evaluasi*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN).
- Departemen Kesehatan R.I. h, (2006). *Panduan Pelayanan Keperawatan Kesehatan di Rumah*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan R.I i, (2002). *Buku Panduan Pelaksanaan Program Kusta Bagi Petugas Unit Pelayanan Kesehatan* Jakarta: Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan.

- Dimiyati dan Mudjiono, (2002). *Belajar dan Pembelajaran*. Jakarta: Rineka Cipta, hal 6, 26-27, 32-33.
- Fajar. N.Alam., (2002). *Analisis Faktor Sosial Budaya Dalam Keluarga Yang Mempengaruhi Pegobatan Dini dan Keteraturan Berobat Pada Penderita Kusta*. Tidak dipublikasikan. Tesis Universitas Airlangga.
- Farid. P, (2007). *Hubungan Peran Keluarga Dalam Memberikan Perawatan Dengan Kepatuhan Pengobatan Penderita Kusta*. Tidak dipublikasikan. Skripsi Universitas Airlangga. Surabaya.
- FKUI., (2002) *Farmakologi dan terapi*. Edisi 4. Jakarta: Gaya Baru hal 207-209.
- Guinto. R.S., dkk., (1994). *Atlas Kusta*. Tokyo, Jepang: Sasakawa Memorial Health Foundation.
- Gupte. M.D., (2006). *Leprosy Case Detection Trends In India*. <http://medind.nic.in/haa/t06/i2/haat06i2p28.pdf>. Tanggal 23 Oktober 2008. Jam 14.00 WIB.
- Handono., dkk., (2006). *Interaksi Neuroimunoendokrinologi Pada Proses Inflamasi*. Jakarta: Pusat penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, hal 1142-1147.
- Indarwati. R., (2004) *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Perilaku Keluarga Merawat Pasien Imobilisasi Di Rumah Dalam Upaya Pencegahan Komplikasi*. Tidak dipublikasikan. Skripsi Universitas Airlangga. Surabaya.
- Kosasih., A., dkk (2006). *Kusta*. Makalah Kesehatan
- Mubarak, W.I., (2005). *Pengantar Keperawatan Komunitas 1*. Jakarta: Sagung Seto, hal 50- 60.
- Mubarak., dkk., (2006). *Pengantar Keperawatan Komunitas 2*. Jakarta: Sagung Seto, hal 141-145, 150-159, 255-269, 285-303, 304-307.
- Nursalam a., (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal 55-59, 79-91, 119-126, 128, 129-133, 162-164.
- Nursalam b., (2005). *Psikoneuroimunologi : Model Asuhan Keperawatan Pasien Di Rumah Sakit Terhadap Modulasi Sistem Imun*. Editor Suhartono Taat Putra. Surabaya: Gramik FK Unair hal 155, 159-161.
- Nursalam c., (2007). *Perencanaan Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Dengan Metode Balance Scorecard (BSC)*. Makalah Keperawatan.

- Sastroasmoro. S., (1999). *Panduan Penulisan Makalah Ilmiah Kedokteran*. Jakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI, hal 21-22
- Suprajitno, (2004). *Ashuan Keperawatan Keluarga: Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC, hal 13-18, 54-57
- Sugiyono, (2003). *Statistik Nonparametris Untuk Penelitian*. Jakarta: Alfabeta, hal 11, 19-25, 44-48.
- Suardana, I.K., (2001). *Home Care ; Sebagai Alternatif Pemberian Pelayanan Keperawatan*. Majalah Keperawatan.
- Srinivasan, (2005). *Prevention of Disability in Leprosy-Affected Persons- Sugestions for Some Strategies*. <http://www.aifo.it/english/resources/online/books/leprosy/ila-africa05/srinivasan-POD.pdf>. Tanggal 23 Oktober 2008. Jam 14.00 WIB.
- Watson, Jean M., (1998) *Tindakan Penting Untuk Mengurangi Resiko Cacat Pada Penderita Kusta*. Diterjemahkan oleh Yamin Hasibuan. Jakarta: Depkes R.I, hal 1-8
- Wim. H., (2005). *Disability and Leprosy: The Way Forward*. www.v.brakel@kit.nl. Tanggal 23 Oktober 2008. Jam 14.00 WIB.
- Yuniar, (2005). *Pengaruh penyuluhan Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Psikososial Keluarga Klien ICU RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. Tidak dipublikasikan. Skripsi Universitas Airlangga. Surabaya.
- _____ (2007). *Pedoman Penyusunan Proposal Dan Skripsi Program Studi SI Ilmu Keperawatan*. Universitas Airlangga. Surabaya.



LAMPIRAN

Lampiran 1



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Surabaya, 3 Desember 2008

Nomor : 4098 / J03.1.17 / PSKp/2008
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
 Mahasiswa PSIK – FK Unair**

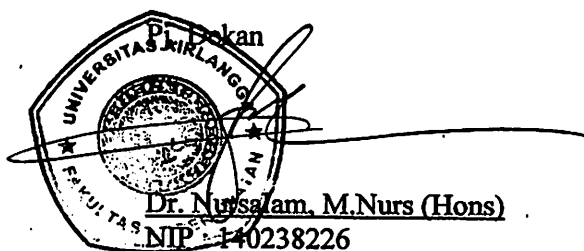
Kepada Yth.
 Kepala Puskesmas Taliwang
 di –
 Taliwang

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Indra Alamsyah
 NIM : 010730468B
 Judul Penelitian : Pengaruh Pelaksanaan Perawatan Keluarga :
 Pencegahan Cacat Dini dan Perawatan Cacat Lanjut
 terhadap Pengetahuan, Reaksi dan Kecacatan Kusta
 Tempat : Puskesmas Taliwang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.


 Dr. Nuzsalam, M.Nurs (Hons)
 NIP 140238226

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sumbawa Barat di Taliwang
2. Kepala Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Sumbawa Barat di Taliwang
3. Camat Taliwang di Taliwang
4. Arsip



DINAS KESEHATAN KAB. SUMBAWA BARAT
PUSKESMAS TALIWANG
Jln. Undru No. 06 ■ 0372 – 81057 Taliwang

Nomor : 445 / 20 / I / 2009
 Lampiran : -
 Perihal : Pengumpulan Data Penelitian

Taliwang, 8 Januari 2009

Kepada
 Ketua Program Studi Keperawatan
 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
 Di -
 Surabaya

Dengan Hormat

Sesuai dengan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya No. 4098/J03.1.17/PSKp/2008 tanggal 3 Desember 2008, maka dengan ini kami menerangkan bahwa yang tersebut dibawah ini benar - benar telah melakukan pengumpulan data untuk keperluan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Taliwang pada bulan Desember 2008 – Januari 2009.

Nama : Indra Alamsyah
 NIM : 010730468 B
 Judul : Pengaruh Pelaksanaan Perawatan Keluarga : Pencegahan Cacat Dini dan Perawatan Cacat Lanjut Terhadap Pengetahuan, Reaksi dan Kecacatan Kusta

Demikian kami sampaikan untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kepala Puskesmas Taliwang,


dr. Hj. DWIDIA MERTASARI
 NIP. 140 366 082

Lampiran 3

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth Bapak/Ibu/Sdr.i Responden

Di

tempat.

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melaksanakan penelitian tentang “Pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan dan pencegahan kecacatan pasien kusta di wilayah kerja Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat.

Nama : Indra Alamsyah

NIM : 010730468 B

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan dan pencegahan kecacatan pasien kusta di wilayah kerja Puskesmas Taliwang Kabupaten Sumbawa Barat.

Bersama ini saya memohon kesediaan Bapak/Ibu/Sdr.i untuk bersedia menjadi responden sesuai dengan petunjuk yang ada.

Data yang Bpk/Ibu/Sdr berikan, akan saya jaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Atas bantuan dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Taliwang, Desember 2008

Hormat saya
Peneliti

Indra Alamsyah

Lampiran 4

LEMBAR PERNYATAAN SEBAGAI RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : (inisial)

Nomor Responden :

Menyatakan kesediaannya untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilaksanakan oleh mahasiswa S1 Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul ” Pengaruh Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga Terhadap Pengetahuan dan Pencegahan Kecacatan Pasien Kusta”.

Tanda tangan saya dibawah ini menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi yang sejelas-jelasnya dan saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Taliwang, Desember 2008

Responden

Lampiran 5

LEMBAR PENGUMPULAN DATA

**PENGARUH PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA
TERHADAP PENGETAHUAN DAN PENCEGAHAN KECACATAN
PASIEN KUSTA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TALIWANG
KABUPATEN SUMBAWA BARAT**

Kode :

Hari/Tanggal :

Petunjuk pengisian:

1. Jawab pada kolom yang tersedia dengan cara memberi tanda (√) pada jawaban yang sesuai dengan keadaan anda.
2. Mohon tidak memberi tanda apapun pada kotak sebelah kanan.
3. Mohon teliti ulang agar jangan sampai terdapat pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.

Karakteristik Responden

	Keluarga (Kode)
1. Umur:	<input style="width: 80px; height: 40px;" type="text"/>
<input style="width: 30px; height: 25px;" type="checkbox"/> 1) 15 – 44 tahun <input style="width: 30px; height: 25px;" type="checkbox"/> 2) 45 – 65 tahun	
2. Jenis Kelamin:	<input style="width: 80px; height: 40px;" type="text"/>
<input style="width: 30px; height: 25px;" type="checkbox"/> 1) Laki-laki <input style="width: 30px; height: 25px;" type="checkbox"/> 2) Perempuan	
3. Pendidikan terakhir:	<input style="width: 80px; height: 40px;" type="text"/>
<input style="width: 30px; height: 25px;" type="checkbox"/> 1) Belum / tidak sekolah <input style="width: 30px; height: 25px;" type="checkbox"/> 2) SD <input style="width: 30px; height: 25px;" type="checkbox"/> 3) SMP / Sedrajat <input style="width: 30px; height: 25px;" type="checkbox"/> 4) SMA / Sederajat <input style="width: 30px; height: 25px;" type="checkbox"/> 5) Akademi / Perguruan Tinggi	

4. Pekerjaan:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) Belum / tidak kerja |
| <input type="checkbox"/> | 2) Buruh / Tani |
| <input type="checkbox"/> | 3) Swasta / Wiraswasta |
| <input type="checkbox"/> | 4) PNS / ABRI |
| <input type="checkbox"/> | 5) Lain – lain, sebutkan |

5. Status dalam keluarga:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) Ayah |
| <input type="checkbox"/> | 2) Ibu |
| <input type="checkbox"/> | 3) Anak |
| <input type="checkbox"/> | 4) Saudara |
| <input type="checkbox"/> | 5) Lain – lain, sebutkan |

6. Agama / Kepercayaan:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) Islam |
| <input type="checkbox"/> | 2) Katholik |
| <input type="checkbox"/> | 3) Kristen Protestan |
| <input type="checkbox"/> | 4) Hindu |
| <input type="checkbox"/> | 5) Budha |
| <input type="checkbox"/> | 6) Lain – lain, sebutkan |

7. Penghasilan

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) Tidak punya penghasilan |
| <input type="checkbox"/> | 2) < Rp 200.000,- per bulan |
| <input type="checkbox"/> | 3) Rp 200.000,- – Rp 500.000,- per bulan |
| <input type="checkbox"/> | 4) Rp 500.000,- - Rp 1.000.000,- per bulan |
| <input type="checkbox"/> | 5) > Rp 1.000.000,- per bulan |

LEMBAR KUESIONER

PENGARUH PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TERHADAP PENGETAHUAN DAN PENCEGAHAN KECACATAN PASIEN KUSTA

Aspek Pengetahuan Keluarga

Jawablah pertanyaan dibawah ini yang menurut anda benar dengan memberi tanda (√) pada kotak yang telah disediakan.

a. Kusta dan Pengobatannya

1. Penyakit kusta adalah.....

- | | |
|--|-------------------------------------|
| | A. Penyakit yang disebabkan bakteri |
| | B. Penyakit keturunan |
| | C. Penyakit kutukan |
| | D. Penyakit orang miskin |

2. Penyebab kusta adalah.....

- | | |
|--|------------------------|
| | A. Guna-guna/santet |
| | B. Makanan dan minuman |
| | C. Bakteri kusta |
| | D. Kutukan |

3. Penyakit kusta dapat disembuhkan apabila.....

- | | |
|--|--|
| | A. Berobat ke dukun |
| | B. Minum obat kios |
| | C. Berobat teratur ke Puskesmas |
| | D. Dibiarkan saja karena akan sembuh sendiri |

4. Bila kencing berwarna merah setelah minum obat kusta yang dilakukan adalah.....

- | | |
|--|--|
| | A. Hentikan pengobatan |
| | B. Minum obat lagi bila kencing normal |
| | C. Laporkan kepada RT |
| | D. Tidak perlu khawatir dan lanjutkan pengobatan sesuai aturan |

5. Tujuan pemberian kartu berobat adalah.....

- | | |
|--|---|
| | A. Agar pengobatan teratur |
| | B. Untuk ditukarkan dengan bantuan pemerintah |

- C. Untuk menandakan penderita kusta harus diisolasi
- D. Untuk menandakan penderita kusta berbahaya

b. Reaksi Kusta

6. Gejala - gejala reaksi kusta adalah.....

- A. Bisul yang sakit bila ditekan
- B. Demam
- C. Bercak bertambah merah
- D. Semua jawaban benar

7. Reaksi kusta pada terjadi pada penderita

- A. Sebelum pengobatan
- B. Selama pengobatan
- C. Sesudah pengobatan
- D. Sebelum, selama dan setelah pengobatan

8. Tujuan utama penanganan reaksi adalah.....

- A. Agar petugas kesehatan punya pekerjaan rutin
- B. Agar pasien bisa terus datang ke Puskesmas
- C. Untuk mencegah cacat
- D. Agar petugas kesehatan mendapatkan penghargaan

9. Yang perlu dilakukan untuk menghindari reaksi berat adalah.....

- A. Istirahat
- B. Hindari stres
- C. Segera periksa ke Puskesmas bila sakit
- D. Betul semua

10. Lama pengobatan bila terjadi reaksi berat adalah

- A. 2 minggu
- B. 4 minggu
- C. 6 minggu
- D. 12 minggu

c. Perawatan Diri

Kode :

Hari/tanggal :

Peneliti melakukan penilaian dengan memberi tanda (✓) pada kolom tabel yang telah dibuat berikut ini :

No	Aspek Yang Dievaluasi	Bobot	Baik	Cukup	Kurang
11.	Kesuaian antara kondisi/benda/pekerjaan yang harus dihindari dengan kondisi lingkungan rumah klien.				
12.	Kesesuaian antara tindakan pencegahan dengan aktifitas pasien/klien.				
13.	Kesesuaian antara bahan dan alat dengan pesan dan tujuan pengajaran				
14.	Kesesuaian antara praktek dengan pesan yang disampaikan.				
15.	Kesesuaian antara komitmen dan pelaksanaan sehari-hari				
Sub total					

Keterangan :

Penilaian menggunakan buku pedoman keluarga merawat cacat lanjut penderita yang dibagikan berupa booklet oleh peneliti. *terlampir*

$$\text{Nilai} = \frac{\text{nilai item 1} + \text{item 2} + \text{item 3}}{25} \times 100$$

**LEMBAR OBSERVASI PENCEGAHAN KECACATAN
PASIE KUSTA**

a. Reaksi Kusta Dan Tingkat Kecacatan Pasien Kusta

Peneliti akan menilai dengan menyesuaikan kondisi/hasil pemeriksaan pasien kusta dengan standar yang telah ditetapkan seperti pada tabel berikut ini :

Pedoman Penilaian	POD	Indikator Penilaian	
		Reaksi Kusta	Cacat
Cacat tkt 0 Reaksi (-) : 0	Adanya bercak/nodul ulserasi	Reaksi Ringan 1. Bercak bertambah me-rah, kadang-kadang disertai nyeri syaraf	Cacat Tingat 0 Tangan dan Kaki Tidak ada kerusakan sensibilitas, tidak ada kerusakan atau deformitas yang terlihat
Cacat tkt 0 Reaksi Ringan : 1	Mata	2. Hanya beberapa nodul kemerahan, disertai demam ringan	deformitas yang terlihat
Cacat tkt 0 Reaksi Berat : 2	Lagoptalmus Tangan 9. Nyeri tekan saraf ulnaris	Reaksi Berat 1. Seperti tipe I ringan disertai kelainan syaraf tepi (pembesaran dan nyeri)	Mata Tidak ada gangguan mata akibat kusta, tidak ada gangguan penglihatan.
Cacat tkt 1 Reaksi (-) : 3	10. Kekuatan otot jari ke V – ibu jari	2. Banyak nodul kemerahan, ada nodul yang berulserasi, terdapat kelainan sistem syaraf tepi dan organ lain, biasanya disertai dengan demam tinggi	Cacat Tingkat I Tangan dan Kaki Ada gangguan sensibilitas, tanpa kerusakan atau deformitas yang terlihat
Cacat tkt 1 Reaksi Ringan : 4	Kaki 1. Nyeri tekan saraf peroneus		Mata Ada gangguan pada mata akibat kusta. Tidak ada gangguan yang berat pada penglihatan. Visus 6/60 atau lebih baik atau dapat menghitung jari pada jarak 6 m
Cacat tkt 1 Reaksi Berat : 5	2. Nyeri tekan saraf tibia posterior		Cacat Tingkat II Tangan dan Kaki Terdapat kerusakan atau deformitas
Cacat tkt 2 Reaksi (-) : 6	3. Kekuatan otot kaki keatas		Mata Gangguan penglihatan berat akibat kusta. Visus kurang dari 6/60, tidak dapat menghitung jari pada jarak 6 m
Cacat tkt 2 Reaksi Ringan : 7	4. Rasa raba		
Cacat tkt 2 Reaksi Berat : 8			
Kesimpulan			

b. Lembar Pencatatan Pencegahan Cacat Kusta (POD)

PENCATATAN PENCEGAHAN CACAT

Nama : L/P Umur :th. Alamat.....

Kunel :

- Lingkari yang benar, misalnya : tidak / atau K L
- Kekuatan Otot : K = Kuat
S = Sedang / Lemah
L = Lumpuh
- Merawat Diri : bila telah diajar/
 melakukan RAWAT DIRI

Tanggal :

MATA Lagophthalmos :	Kanan tidak/ya	Kiri Tidak/ya
TANGAN	Kanan	Kiri
a. Nyeri Tekan Saraf Ulnaris	tidak/ya	tidak/ya
b. Kekuatan Otot Jari Ke V Ibu Jari	K / S / L K / S / L	K / S / L K / S / L
c. Rasa Raba		
d. Tangan lunglai	K / S / L	K / S / L
KAKI	Kanan	Kiri
a. Nyeri Tekan Saraf Peroneus Saraf tibialis post.	tidak / ya tidak / ya	tidak / ya tidak / ya
b. Kekuatan Otot Kaki ke atas	K / S / L	K / S / L
c. Rasa Raba		
KULIT Bercak/nodul ulserasi	tidak / ya	
KESIMPULAN PEMERIKSAAN		
1. Apakah lagophthalmus baru terjadi dalam 6 bulan terakhir ?		tidak / ya
2. Adakah nyeri tekan syaraf ?		tidak / ya
3. Apakah kekuatan otot berkurang dalam 6 bulan terakhir ?		tidak / ya
4. Apakah rasa raba berkurang dalam 6 bulan terakhir ?		tidak / ya
5. Adakah bercak/nodul ulserasi ?		tidak / ya
Kalau ada jawaban "ya" berarti ada REAKSI BERAT dan perlu segera diberikan PREDNISON sesuai pedoman dan anjurkan sedapat mungkin ISTIRAHAT		
Apakah penderita telah diajarkan cara MERAWAT DIRI ?		
<input type="checkbox"/> mata	<input type="checkbox"/> tangan	<input type="checkbox"/> kaki
Apakah penderita telah melakukan RAWAT DIRI ?		
<input type="checkbox"/> mata	<input type="checkbox"/> tangan	<input type="checkbox"/> kaki
Nama Pemeriksa :		

Tanggal :

MATA Lagophthalmos :	Kanan tidak / ya	Kiri Tidak / ya
TANGAN	Kanan	Kiri
a. Nyeri Tekan Saraf Ulnaris	tidak/ya	tidak/ya
b. Kekuatan Otot Jari Ke V Ibu Jari	K / S / L K / S / L	K / S / L K / S / L
c. Rasa Raba		
d. Tangan lunglai	tidak / ya	tidak / ya
KAKI	Kanan	Kiri
a. Nyeri Tekan Saraf Peroneus Saraf tibialis post.	tidak / ya tidak / ya	tidak / ya tidak / ya
b. Kekuatan Otot Kaki ke atas	K / S / L	K / S / L
c. Rasa Raba		
KULIT Bercak/nodul ulserasi	tidak / ya	
KESIMPULAN PEMERIKSAAN		
1. Apakah lagophthalmus baru terjadi dalam 6 bulan terakhir ?		tidak / ya
2. Adakah nyeri tekan syaraf ?		tidak / ya
3. Apakah kekuatan otot berkurang dalam 6 bulan terakhir ?		tidak/ya
4. Apakah rasa raba berkurang dalam 6 bulan terakhir ?		tidak / ya
5. Adakah bercak/nodul ulserasi ?		tidak / ya
Kalau ada jawaban "ya" berarti ada REAKSI BERAT dan perlu segera diberikan PREDNISON sesuai pedoman dan anjurkan sedapat mungkin ISTIRAHAT		
Apakah penderita telah diajarkan cara MERAWAT DIRI ?		
<input type="checkbox"/> mata	<input type="checkbox"/> tangan	<input type="checkbox"/> kaki
Apakah penderita telah melakukan RAWAT DIRI ?		
<input type="checkbox"/> mata	<input type="checkbox"/> tangan	<input type="checkbox"/> kaki
Nama Pemeriksa :		

Lampiran 6

SATUAN ACARA PENYULUHAN

- Materi** : Penyuluhan tentang: penyakit kusta, tujuan pengobatan kusta, hal-hal yang perlu dilakukan selama pengobatan, tanda dan gejala reaksi kusta, cara penanganannya serta cara perawatan diri.
- Sasaran** : Keluarga dengan anggota keluarga penderita kusta yang sedang mengikuti program pengobatan kusta.
- Waktu** : 60-90 menit
-

A. Analisa situasional

1. Penyuluh : Mahasiswa program studi keperawatan Fakultas Keperawatan Unair Surabaya didampingi Petugas Pemegang Program (P2) Kusta Puskesmas Taliwang.
2. Peserta : Keluarga dan penderita yang sedang mengikuti program pengobatan kusta.

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

Setelah mendapat penyuluhan kesehatan tentang hal-hal yang menyangkut klien yang sedang menjalani program pengobatan kusta, keluarga dapat memperoleh pengetahuan sehingga dapat melaksanakan perawatan pencegahan kecacatan dengan bantuan minimal atau mandiri.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mendapatkan penyuluhan keluarga dapat :

- 1) Mengetahui tentang kusta, penyebab kusta dan cara penularannya.
- 2) Mengetahui bahwa penyakit kusta dapat disembuhkan dengan pengobatan teratur.
- 3) Mengetahui efek obat kusta.
- 4) Mengetahui tujuan pemberian kartu berobat dan waktu untuk pengambilan obat berikutnya.
- 5) Mengetahui gejala- gejala reaksi kusta.
- 6) Mengetahui kapan reaksi kusta bisa terjadi.
- 7) Mengetahui tujuan penanganan reaksi.
- 8) Mengetahui cara pencegahan reaksi berat.

9) Mengetahui lama pengobatan reaksi berat.

10) Mendemonstrasikan cara perawatan diri dengan menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah.

C. Metode belajar

1. Ceramah
2. Demontrasi
3. Tanya jawab

D. Alat dan Media

1. Lembar materi
2. *Leaflet/booklet*
3. Alat dan bahan untuk perawatan diri misalnya : kaos tangan, alas kaki, air dingin, minyak kelapa, karet, sabun dan lain-lainnya.

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Topik	Kegiatan Perawat	Kegiatan Keluarga
1.	10 menit	Pendahuluan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam pembuka 2. Memperkenalkan diri pada keluarga 3. Menyampaikan tujuan penyuluhan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Memberikan respon 3. Memperhatikan
2.	40-60 menit	Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meminta klien dan keluarga untuk mengungkapkan perasaannya 2. Menyampaikan materi tentang : <ol style="list-style-type: none"> 1) Penyebab kusta dan cara penularannya. 2) Penyakit kusta dapat disembuhkan dengan pengobatan teratur. 3) Efek obat kusta. 4) Tujuan pemberian kartu berobat dan waktu untuk pengambilan obat berikutnya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan respons 2. Memperhatikan

No	Waktu	Topik	Kegiatan Perawat	Kegiatan Keluarga
			5) Gejala-gejala reaksi kusta. 6) Kapan reaksi kusta bisa terjadi. 7) Tujuan penanganan reaksi. 8) Pencegahan reaksi berat. 9) Lama pengobatan reaksi berat. 10) Mendemonstarikan cara perawatan diri dengan menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah.	
3.	10-20 menit	Penutup	1. Membuka kesempatan untuk diskusi. 2. Melakukan evaluasi. 3. Menyimpulkan kegiatan penyuluhan. 4. Menyampaikan salam penutup.	1. Bertanya 2. Menyampaikan perasaan 3. Membuat kesimpulan bersama keluarga 4. Menjawab salam

F. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi struktur

- 1) Keluarga yang anggota keluarganya menjalani program pengobatan kusta di Puskesmas Taliwang.
- 2) Penyelenggaraan penyuluhan di rumah klien.
- 3) Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan pada keluarga.

2. Evaluasi proses

- 1) Keluarga antusias terhadap materi penyuluhan

- 2) Keluarga mengikuti penyuluhan sampai selesai
 - 3) Keluarga mengajukan pertanyaan.
3. Evaluasi hasil :
- 1) Keluarga mengetahui pengertian penyakit kusta
 - 2) Keluarga mengetahui tujuan pengobatan kusta
 - 3) Keluarga mengetahui hal-hal yang perlu dilakukan selama pengobatan
 - 4) Keluarga mengetahui tanda dan gejala reaksi kusta
 - 5) Keluarga mengetahui cara penanganan reaksi kusta
 - 6) Keluarga mendemonstrasikan cara perawatan diri.

G. Daftar Pustaka

- Departemen Kesehatan R.I a, (2007). *Modul Pelatihan Program P2 Kusta Bagi Unit Pelayanan Kesehatan Jakarta*: Sub Direktorat Kusta dan Frambusia
- Departemen Kesehatan R.I b, (2006). *Modul 1: Epidemiologi dan Program*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN)
- Departemen Kesehatan R.I. c, (2006). *Modul 3: Reaksi Kusta*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN)
- Departemen Kesehatan R.I. d, (2006). *Modul 4: Kecacatan Dan Pencegahan Cacat*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN)
- Departemen Kesehatan R.I. e, (2004). *Modul 5: Pencatatan Dan Pelaporan Program P2 Kusta*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN)
- Departemen Kesehatan R.I. f, (2004). *Modul 6: PKM*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN)
- Departemen Kesehatan R.I. g, (2006). *Modul 7: Supervisi (Bimbingan Teknis), Monitoring Dan Evaluasi*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN)
- Departemen Kesehatan R.I. h, (2006). *Panduan Pelayanan Keperawatan Kesehatan di Rumah*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik
- Suprajitno, (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga : Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta : EGC hal 54-55
- Mubarak, (2006). *Pengantar Keperawatan Komunitas 2*. Jakarta: Sagung Seto, hal 150-167

Lampiran 7

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
Pemeriksaan dan Pencatatan dengan Form *Preventif Of Disabilities* (POD)/
Form Pencatatan Pencegahan Cacat

Langkah I :

Melakukan pencatatan data dasar setiap pasien pada waktu registrasi. Untuk itu telah disediakan lembaran Pencatatan Pencegahan Cacat yang perlu diisi dengan cermat.

Cara pemeriksaan cacat dan pencatatannya :

1. Pemeriksaan Mata :

Mata penderita diperhatikan, apakah berkedip secara teratur atau salah satu mata berkedip terlambat : kemudian penderita diminta memejamkan mata perlahan seperti waktu tidur.

- 1) Apabila salah satu kedua mata tidak menutup dengan sempurna, berarti ada *lagophthalmos*, lingkarilah jawaban “YA” pada lembaran Pencatatan Pencegahan Cacat.
- 2) Bila ada mata merah atau virus berkurang, penderita perlu segera diperiksa oleh dokter Puskesmas.

2. Pemeriksaan Tangan :

1) Nyeri tekan pada syaraf

Syaraf *ulnaris* dapat diraba diatas siku bagian dalam

Suatu syaraf dinyatakan nyeri tekan bila kesakitan kelihatan dan raut muka penderita, bukan dengan bertanya “Apakah ada rasa sakit”.

2) Kekuatan Otot

Penderita diminta agar kedua jari kelingking (jari ke-V) bertemu dengan masing-masing ibu jari, jari ke-V harus selurus mungkin dan harus ditahan dengan keras.

- (1) Periksa memegang punggung tangan kanan dan kiri penderita, dan dengan kedua ibu jarinya, pemeriksa mendorong kedua jari ke-V penderita pada perbatasan antara telapak tangan dan jari ke-V agar memisahkan jari ke-V dari ibu jari.

- a) Bila jari ke-V tidak dapat lurus dan tidak dapat bertemu dengan ibu jari, pada umumnya berarti jari ke-V sudah lumpuh, maka lingkarilah tanda "L".
 - b) Bila jari ke-V bisa lurus dan bertemu dengan ibu jari tetapi tidak dapat menahan dorongan ibu jari pemeriksa, berarti kekuatan otot sudah lemah dan nilai "Sedang", maka lingkarilah tanda "S".
 - c) Bila jari ke-V bisa lurus, bertemu dengan ibu jari dan dapat menahan dorongan pemeriksa, berarti otot masih kuat, maka lingkarilah tanda "K".
- (2) Kemudian kedua ibu jari pemeriksa pindah ke ibu jari penderita, dan mendorong pada bagian telapak tangan yang dibawah kedua ibu jari (dorongan tidak boleh pada ibu jari).
- a) Bila ibu jari tidak bisa maju, berarti sudah lumpuh, maka lingkarilah tanda L.
 - b) Bila ibu jari bisa maju tetapi tidak dapat menahan dorongan ibu jari pemeriksa, berarti kekuatan otot sudah lemah dan dinilai "Sedang", maka lingkarilah tanda "S".
 - c) Bila ibu jari bisa maju dan dapat menahan dorongan ibu jari pemeriksa, berarti otot masih kuat, maka lingkarilah tanda "K".
- Selalu perlu dibandingkan kekuatan otot tangan kanan dan tangan kiri untuk menentukan bahwa ada kelemahan.
- 3) Rasa raba.
- Tangan penderita dipegang pada punggungnya agar sendi-sendi tidak bergerak selama "test" dilakukan. Kemudian tusukan ringan dilakukan dengan bolpoin pada tangan penderita sesuai dengan titik-titik pada gambar. Tusukan dilaksanakan sampai kulit kelihatan cekung sekitar 1 cm Dengan penderita melihat, penderita diminta menunjukkan dengan salah satu jarinya tempat yang ditusuk. Bila penderita sudah mengerti, "test" dilakukan dengan penderita menutup matanya.
- (1). Bila penderita sudah menunjukkan dalam jarak 1,5 cm dari tempat yang ditusuk, berarti penderita masih berasa, dan perlu diberikan tanda (V) pada titik yang masih merasa.

(2).Bila penderita tidak dapat menunjukkan dalam jarak 1,5 cm dari tempat ditusuk, berarti tangan penderita sudah mati rasa atau kurang berasa dan perlu diberikan tanda (X) pada titik yang tidak/kurang berasa.

Ada mata rasa atau rasa raba dinyatakan berkurang bila ada paling sedikit 2 titik yang berdekatan yang mati rasa/kurang rasa.

4) Cacat lainnya.

Bila ada luka, luka itu perlu digambar pada gambar tangan sesuai dengan ukuran dan bentuknya. Bila ada jari yang sudah memendek perlu dicatat.

Bila ada jari tangan yang bengkok perlu dicatat :

1). Dengan “C” bila sendi tidak kaku.

2). Dengan tanda “S” bila sendi sudah kaku.

3. Pemeriksaan Kaki :

1) Nyeri tekan pada syaraf

Syaraf peroneus dapat diraba dibawah lutut bagian luar dan syaraf tibialis posterior dibelakang – bawah mata kaki dalam. Suatu syaraf dinyatakan nyeri tekan bila kesakitan kelihatan dari raut muka penderita, bukan dengan bertanya “Apakah ada rasa sakit “.

2) Kekuatan otot.

Penderita diminta untuk menaikkan kedua ujung kakinya keatas dengan tumit tetap dilantai. Pemeriksa menekan kedua kaki penderita ke bawah untuk menilai kekuatan otot.

(1). Bila ujung kaki penderita tidak dapat bergerak ke atas, berarti sudah lumpuh, maka lingkarilah tanda “L”.

(2).Bila ujung kaki penderita dapat bergerak ke atas tetapi tidak dapat menahan tekanan tangan pemeriksa,berarti otot sudah lemah, dan dinilai “sedang” maka lingkarilah “S”.

(3).Bila ujung kaki penderita dapat bergerak ke atas dan dapat menahan tekanan tangan pemeriksa,berarti otot masih kuat,maka lingkarilah tanda “K”.

3) Rasa raba.

Kaki penderita ditumpangkan pada lutut kakinya yang sebelah agar lebih mudah diperiksa.

Cara pemeriksaan dan pencatatan sama dengan tangan.

Adanya mati/kurang rasa bila ada paling sedikit 2 titik yang berdekatan yang mati/kurang rasa.

4) Cacat lainnya.

(1).Bila ada jari kaki yang bengkok,perlu dicatat :

- a) Dengan tanda "C" bila sendi tidak kaku.
- b) Dengan tanda "S" bila sendi sudah kaku.

(2).Bila ada luka, luka itu perlu digambar pada gambar kaki sesuai dengan ukuran dan bentuknya.

(3).Bila ada jari yang sudah memendek, perlu dicatat. Bila ada kulit pecah perlu digambar seperti pada contoh.

Langkah II : Kesimpulan Dan Tindakan.

Mengambil kesimpulan dan tindakan berdasarkan hasil pemeriksaan.

1. Menentukan apakah penderita sedang dalam keadaan reaksi berat yang perlu diobati dengan prednison.

Menentukan dan mengobati reaksi berat sendi dan setepat mungkin merupakan salah satu aspek pencegahan cacat yang terpenting. Bila penderita dengan reaksi berat tidak ditangani cepat dan tepat, kemungkinan besar akan timbul cacat yang menetap.

Jadi, bila :

- 1) ada bercak atau nodul yang ulserasi,atau
- 2) ada nyeri tekan pada salahsatu syaraf,atau
- 3) ada kekuatan otot atau rasa raba yang berkurang dalam 6 bulan terakhir,atau
- 4) ada lagophthalmos yang baru terjadi dalam 6 bulan terakhir, berarti
- 5) penderita sedang reaksi berat dan perlu segera diberikan prednison sesuai dengan pedoman.

Pencatatan pemberian prednison perlu dicatat pada lembaran khusus yang ditempel dalam kartu penderita. Penderita juga perlu dianjurkan agar sedapat mungkin mengistirahatkan bagian tubuh yang sedang reaksi.

2. Mengajar cara rawat diri kepada penderita dengan cacat yang sudah menetap. Penderita perlu dijelaskan bahwa cacat yang menetap tidak dapat disembuhkan lagi karena terlambat, tetapi dapat dihindari bertambah berat dengan cara merawat diri.

Kusta adalah penyakit yang disebabkan oleh kuman kusta, dan bukan disebabkan oleh keturunan, guna-guna serta tidak ditularkan melalui makanan atau minuman

Tanda dan Gejala

Bercak kulit yang mati rasa
Penebalan saraf tepi.
Bakteri Tahan Asam (BTA) positif

Cara penularan kusta

Penularan terjadi dari penderita kusta yang tidak diobati ke orang lainnya melalui pernafasan atau kontak kulit yang lama.

Penyakit kusta dapat disembuhkan dengan pengobatan teratur

- ☞ Bila tanda-tanda penyakit bertambah seperti adanya bercak yang bertambah merah, panas atau timbul bengkak seperti bisul (yang sakit bila ditekan), penderita mengalami demam, itu adalah **Reaksi Kusta**, segera melapor ke petugas untuk mencegah timbulnya cacat meskipun persediaan obat kusta masih ada.
- ☞ Istirahat, Hindari stress dan kondisi lemah serta penyakit infeksi seperti malaria, kecacingan dan sakit gigi untuk menghindari reaksi berat.

Lama pengobatan kusta

- ☞ Tipe PB/Kering : 6 – 9 bulan
- ☞ Tipe MB/Basah : 12 – 18 bulan
- ☞ Ingatkan kembali bahaya yang terjadi bila minum obat tidak teratur dapat menularkan kepada keluarga dan orang lain, dan juga dapat menjadi cacat.
 - ☞ Bila ada keluhan apapun yang terjadi selama masa pengobatan, diminta segera memeriksakan diri ke puskesmas.
 - ☞ Bila penderita saat pertama datang sudah dalam keadaan cacat, pengobatan tidak untuk menyembuhkan cacat yang sudah terlanjur diderita.

Pengobatan Kusta

Pengobatan PB dewasa

Sebulan sekali : Hari pertama

2 kapsul rifampisin

1 tablet Dapson

Setiap hari : hari ke 2 – 28

1 tablet Dapson (DDS)

Dosis lengkap : 6 kemasan blister

Pengobatan PB anak (10-14 tahun)

Sebulan sekali : Hari pertama

2 kapsul rifampisin

1 tablet Dapson (DDS)

Setiap hari : hari ke 2 – 28

1 tablet Dapson (DDS)

Dosis lengkap : 6 kemasan blister

Pengobatan MB dewasa

Sebulan sekali : Hari pertama

2 kapsul rifampisin

3 kapsul lamprene

1 tablet Dapson (DDS)

Setiap hari : hari ke 2 – 28

1 kapsul lamprene

1 tablet Dapson (DDS)

Dosis lengkap : 12 kemasan blister

Pengobatan MB anak (10-14 tahun)

Sebulan sekali : Hari pertama

2 kapsul rifampisin

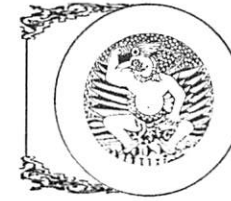
3 kapsul lamprene

1 tablet Dapson (DDS)

Setiap hari : hari ke 2 – 28

1 tablet Dapson (DDS)

	Efek samping yang mungkin terjadi	Tindak lanjut
Rifampisin	Urine, tinja, keringat merah	Obat diteruskan tetap
Lamprene	Warna kulit menjadi hitam	Obat diteruskan tetap
DDS	Gatal, merah pada kulit. Bila berat kulit kepala dan seluruh tubuh	Stop DDS, rujuk penderita ke RS



FAKULTAS
KEPERAWATAN
UNIVERSITAS
AIRLANGGA

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**NISCAYA ALLAH AKAN
MENINGGIKAN ORANG-
ORANG BERIMAN
DIANTARAMU DAN ORANG-
ORANG YANG DIBERI ILMU
PENGETAHUAN BEBERAPA
DERAJAT (Q.S 58:11)**

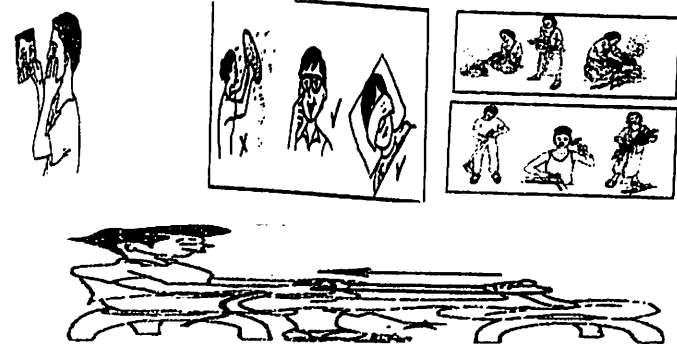
**SEMUA OBAT-OBAT KUSTA
DAPAT DIPEROLEH DI**

GRATIS

Disampaikan Oleh :
Indra Alamsyah

Mahasiswa SI Keperawatan
Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya

**CARA PERAWATAN DIRI UNTUK
MENGURANGI CACAT LANJUT PENDERITA KUSTA**



**OLEH :
INDRA ALAMSYAH
NIM 010730468 B**

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

Mata Yang Tidak Dapat Ditutup Rapat

Goresan kain baju, sarung bantal, tangan, daun, debu, rambut, asap, dapat merusak mata, akibatnya mata akan merah, meradang dan dapat terjadi infeksi yang bisa mengakibatkan kebutaan.

Mencegah kerusakan mata dengan :

- (1). Hindari tugas-tugas dimana ada debu, misalnya mencangkul tanah kering, menuai padi, menggiling padi, bakar sampah dllnya.
- (2). Melindungi mata dari debu dan angin yang dapat menegringkan mata, dengan memakai kacamata
- (3). Sering mencuci/membasahi mata dengan air bersih
- (4). Sering-seringlah bercermin apakah ada kelerahan atau benda yang masuk ke mata.



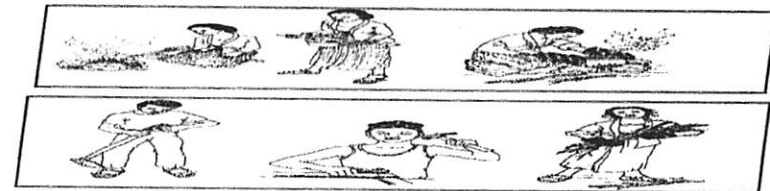
Tangan Yang Mati Rasa

Bisa terluka oleh :

- (1). Benda panas, seperti gelas kopi panas, cerek, kuili, rokok, api, bara api, knalpot, dllnya.
- (2). Benda-benda tajam seperti kaca, seng, pisau, duri, kawat berduri, paku, gergaji, dllnya.
- (3). Gesekan dari alat kerja (tukul, cangkul), tali pengikat sapi atau perahu, batu, dllnya.

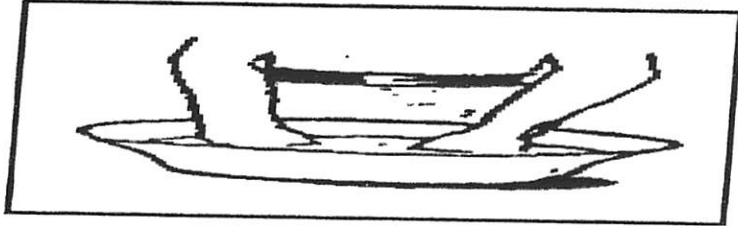
Mencegah luka dengan :

- (1). Lindungi tangan dari benda yang panas, kasar ataupun tajam, dengan memakai kaos tangan tebal atau alas kaki
- (2). Membagi tugas rumah tangga supaya orang lain mengerjakan bagian yang berbahaya bagi tangan yang mati rasa
- (3). Seringlah berhenti dan periksa tangan dengan teliti apakah ada luka lecet yang sekecil apapun
- (4). Jika ada luka, memar atau lecet sekecil apapun, rawatlah dan istirahatkan bagian tangan itu sampai sembuh.



Kulit Tangan Yang Kering

- (1). Kekeringan akan mengakibatkan luka-luka kecil yang kemudian infeksi
- (2). Mencegah kekeringan dengan cara :
 - a. Rendam selama 20 menit setiap hari dalam air dingin
 - b. Kemudian langsung mengolesi dengan minyak (kelapa atau minyak lain) untuk menjaga kelembaban kulit.



Jari tangan yang bengkok

- (1). Kalau dibiarkan bengkok, sendi akan menjadi kaku dan otot-otot akan memendek sehingga jari akan menjadi lebih kaku dan tidak dapat digunakan, serta dapat menyebabkan luka.
- (2). Cegah supaya jangan sampai terjadi kekakuan lebih berat dengan cara :
 - a. Sesering mungkin setiap hari memakai tangan lain untuk meluruskan sendi-sedinya
 - b. Taruh tangan diatas paha seperti dalam gambar, luruskan dan bengkokkan jari berulang kali
 - c. Pegang ibu jari dengan tangan lain dan gerakkan sendi supaya tidak kaku
- (3). Kalau hanya lemah, kuatkan dengan cara :
 - a. Taruh di meja atau paha dan pisahkan dan rapatkan jari berulang kali, atau
 - b. Ikat jari dengan karet, lalu pisahkan dan rapatkan jari berulang kali.



Kaki Yang Semper

Kalau kaki semper dibiarkan tergantung, otot pergelangan kaki bagian belakang (*archilles*) akan memendek sehingga kaki itu tetap tidak bisa diangkat. Jari-jari akan terseret dan luka. Dan oleh karena kaki itu miring waktu melangkah, akan mudah terjadi ulkus dibelakang jari kaki ke 4 dan ke 5.

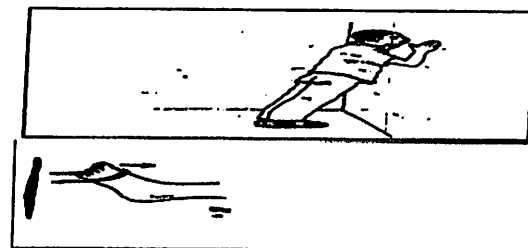
Untuk mencegah agar kaki yang semper (lumpuh) tidak bertambah cacat maka dianjurkan :

- (1). Selalu pakai sepatu supaya jari-jari tidak terseret dan luka
- (2). Angkat lutut lebih tinggi waktu berjalan
- (3). Pakailah tali karet diantara lutut atau sepatu guna mengangkat kaki bagian depan waktu berjalan
- (4). Jaga supaya tidak menjadi kaku dengan tindakan berikut :
 - a. Duduk dengan kaki lurus kedepan. Pakai kain panjang atau sarung yang disangkutkan pada bagian depan kaki itu dan tarik ke arah tubuh (untuk kaki yang semper luka).



b. Jika kaki yang semper tidak disertai luka, maka latihlah kaki tersebut dengan cara berdiri menghadap ke tembok dengan jarak 60 cm, lipat siku dan sandarkan pada tembok. Dorong tubuh kedepan dengan tumit tetap menapak kelantai, dan tanhan selama beberapa detik, sehingga terasa ototnya tertarik, kemudian dorong kembali tubuh kebelakang. Lakukan latihan ini berkali-kali.

- a) Jika kelemahan saja yang terjadi, latihan seperti digambar sebelumnya dapat dikerjakan, serta sering-seringlah mencoba mengangkat jari dan bagian depan kaki tersebut. Cara lain ;
- b) Duduklah dengan kaki lurus. Ikatlah karet (dari ban dalam) pada tiang atau kaki meja, dan dengan bertumpu pada sendi pergelangan kaki, dan tarik tali karet itu dengan punggung kaki, lalu tahan beberapa saat dan kemudian ulang beberapa kali.

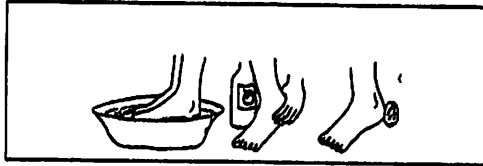


Kulit Kaki Yang Tebal Dan Kering

Kulit yang kering akan mengakibatkan luka-luka kecil yang kemudian terinfeksi

Mencegah kulit kering dengan :

- a) Rendam kaki selama 20 menit setiap hari kedalam air dingin
- b) Gosok bagian yang menebal dengan batu gosok
- c) Kemudian langsung diolesi dengan minyak kelapa untuk menjaga kelembaban kulit



Kaki Yang Mati Rasa

Kaki bisa terluka oleh :

- a. Benda panas, seperti gelas kopi panas, cerek, kuili, rokok, api, bara api, knalpot, dllnya.
- b. Benda-benda tajam seperti kaca, seng, pisau, duri, kawat berduri, paku, gergaji, dllnya.
- c. Gesekan dari sepatu/sandal yang terlalu besar ataupun kecil, batu dalam sepatu, dllnya
- d. Tekanan tinggi atau lama-berdiri terlalu lama tanpa gerak, berjalan terlalu jauh atau terlalu cepat, jongkok yang lama, dsbnya.

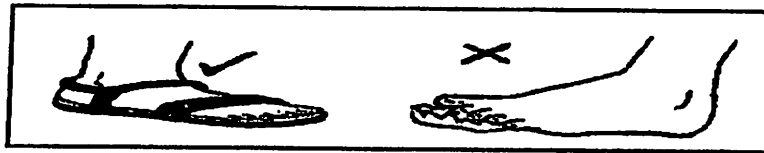
Cegah terjadinya luka dengan cara :

- a. Lindungi kaki dengan selalu memakai alas kaki
- b. Membagi tugas rumah tangga supaya orang lain mengerjakan bagian yang berbahaya bagi kaki yang mati rasa
- c. Sering berhenti dan memeriksa kaki dengan teliti apakah ada luka atau memar atau lecet yang kecil sekalipun
- d. Kalau ada luka, memar atau lecet kecil, langsung rawat dan istirahatkan bagian kaki itu sampai sembuh, yaitu istirahatkan kaki (jangan sekali-kali diinjakkan)

e. Bila disekitar luka ada kulit mati yang sangat menebal, yang digosok dengan batu apung hanya membawa sedikit perubahan, maka untuk mencegah terjadinya luka dan mempercepat pertumbuhan kulit baru maka petugas dianjurkan untuk melakukan trimming (eksisi kulit mati) disekitar ulkus plantaris menggunakan skalpel.

f. Alas kaki yang cocok adalah yang :

- a) Empuk didalam.
- b) Keras di bagian bawah supaya benda tajam tidak dapat tembus.
- c) Tidak mudah terlepas (ada tali dibelakang).
- d) Tidak perlu sepatu khusus kalau memilih sepatu/sandal di pasar dengan hati-hati, atau modifikasi jika perlu.



Luka Borok

Luka borok atau ulkus disebabkan karena menginjak benda tajam atau memar yang tidak dihiraukan karena penderita tidak merasa sakit. Luka itu terus terinjak karena berat badan penuh, sampai kulit dan daging hancur. Luka itu sebenarnya akan sembuh sendiri bila diistirahatkan selama beberapa minggu,. Pengobatan yang tepat ialah bersihkan luka dengan air sabun, lalu istirahatkan bagian kaki itu.



DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan R.I a, (2007). *Modul Pelatihan Program P2 Kusta Bagi Unit Pelayanan Kesehatan Jakarta*: Sub Direktorat Kusta dan Frambusia.
- Departemen Kesehatan R.I b, (2006). *Modul 1: Epidemiologi dan Program*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN).
- Departemen Kesehatan R.I. c, (2006). *Modul 3: Reaksi Kusta*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN).
- Departemen Kesehatan R.I. d, (2006). *Modul 4: Kecacatan Dan Pencegahan Cacat*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN).
- Departemen Kesehatan R.I. e, (2004). *Modul 5: Pencatatan Dan Pelaporan Program P2 Kusta*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN).
- Departemen Kesehatan R.I. f, (2004). *Modul 6: PKM*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN).
- Departemen Kesehatan R.I. g, (2006). *Modul 7: Supervisi (Bimbingan Teknis), Monitoring Dan Evaluasi*. Makasar: Pusat Latihan Kusta Nasional (PLKN).
- Watson, Jean M., (1998) *Tindakan Penting Untuk Mengurangi Resiko Cacat Pada Penderita Kusta*. Diterjemahkan oleh Yamin Hasibuan. Jakarta: Depkes R.I.

Lampiran 9

Data Hasil Penelitian
Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden

No	Penilaian Sebelum		Penilaian Sesudah	
	Kategori	Nilai	Kategori	Nilai
1.	2	70	3	80
2.	1	40	2	60
3.	2	70	3	80
4.	3	80	3	85
5.	1	45	2	60
6.	1	40	2	60
7.	1	50	2	65
8.	1	45	2	70
9.	2	60	2	75
10.	1	50	2	70
11.	2	70	3	80
12.	3	80	3	85

Keterangan

Nilai :

76 – 100 = Baik
56 – 75 = Cukup
0 – 55 = Kurang

Kategori :

Baik : 3 (tiga)
Cukup : 2 (dua)
Kurang : 1 (satu)

Pengetahuan		
Kategori	Sebelum	Sesudah
Kurang	6 (50 %)	-
Cukup	4 (33,3 %)	7 (58,35 %)
Baik	2 (16,6 %)	5 (41,65 %)
Jumlah	12 (100 %)	12 (100 %)

Distribusi Frekuensi Reaksi Dan Kecacatan Akibat Kusta

No	Sebelum	Sesudah
1.	5	4
2.	5	4
3.	2	1
4.	2	1
5.	8	7
6.	8	7
7.	8	7
8.	5	4
9.	5	4
10.	8	7
11.	2	1
12.	2	1

Keterangan

Cacat tkt 0 Reaksi (-) : 1
Cacat tkt 0 Reaksi Ringan : 2
Cacat tkt 0 Reaksi Berat : 3
Cacat tkt 1 Reaksi (-) : 4
Cacat tkt 1 Reaksi Ringan : 5
Cacat tkt 1 Reaksi Berat : 6
Cacat tkt 2 Reaksi (-) : 7
Cacat tkt 2 Reaksi Ringan : 8
Cacat tkt 2 Reaksi Berat : 9

Lampiran 10

NPar Tests**Print Out Analisis data****Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum
Pre Perlakuan	12	58,3333	15,12574	40,00
Post Perlakuan	12	72,5000	9,65307	60,00

Descriptive Statistics

	Maximum	Percentiles		
		25th	50th (Median)	75th
Pre Perlakuan	80,00	45,0000	55,0000	70,0000
Post Perlakuan	85,00	61,2500	72,5000	80,0000

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post Perlakuan - Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
Pre Perlakuan Positive Ranks	12 ^b	6,50	78,00
Ties	0 ^c		
Total	12		

- a. Post Perlakuan < Pre Perlakuan
b. Post Perlakuan > Pre Perlakuan
c. Post Perlakuan = Pre Perlakuan

Test Statistics^b

	Post Perlakuan - Pre Perlakuan
Z	-3,075 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002

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

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post_Pengetahuan - Pre_Pengetahuan	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	9 ^b	5.00	45.00
	Ties	3 ^c		
	Total	12		
Post_Reaksi_Kecacatan - Pre_Reaksi_Kecacatan	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^e	5.50	55.00
	Ties	2 ^f		
	Total	12		

- a. Post_Pengetahuan < Pre_Pengetahuan
 b. Post_Pengetahuan > Pre_Pengetahuan
 c. Post_Pengetahuan = Pre_Pengetahuan
 d. Post_Reaksi_Kecacatan < Pre_Reaksi_Kecacatan
 e. Post_Reaksi_Kecacatan > Pre_Reaksi_Kecacatan
 f. Post_Reaksi_Kecacatan = Pre_Reaksi_Kecacatan

Test Statistics^b

	Post_Pengetahuan - Pre_Pengetahuan	Post_Reaksi_Kecacatan - Pre_Reaksi_Kecacatan
Z	-2.887 ^a	-3.162 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004	.002

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

Frequencies

Statistics

		Pre_Pengetahuan	Post_Pengetahuan	Pre_Reaksi_Kecacatan	Post_Reaksi_Kecacatan
N	Valid	12	12	12	12
	Missing	44	44	44	44

Frequency Table

Pre_Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	4	7.1	33.3	33.3
	Cukup	8	14.3	66.7	100.0
	Total	12	21.4	100.0	
Missing	System	44	78.6		
Total		56	100.0		

Post_Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	6	10.7	50.0	50.0
	Baik	6	10.7	50.0	100.0
	Total	12	21.4	100.0	
Missing	System	44	78.6		
Total		56	100.0		

Pre_Reaksi_Kecacatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	5	8.9	41.7	41.7
	Cukup	7	12.5	58.3	100.0
	Total	12	21.4	100.0	
Missing	System	44	78.6		
Total		56	100.0		

Post_Reaksi_Kecacatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	7	12.5	58.3	58.3
	Baik	5	8.9	41.7	100.0
	Total	12	21.4	100.0	
Missing	System	44	78.6		
Total		56	100.0		

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation	Variance
Pre_Pengetahuan	12	1	2	20	1.67	.492	.242
Post_Pengetahuan	12	2	3	30	2.50	.522	.273
Pre_Reaksi_Kecacatan	12	1	2	19	1.58	.515	.265
Post_Reaksi_Kecacatan	12	2	3	29	2.42	.515	.265
Valid N (listwise)	12						

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pre_Pengetahuan * Post_Pengetahuan	12	21.4%	44	78.6%	56	100.0%

Pre_Pengetahuan * Post_Pengetahuan Crosstabulation

Count

	Post Pengetahuan		Total
	Cukup	Baik	
Pre_Pengetahuan Kurang	3	1	4
Cukup	3	5	8
Total	6	6	12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.500 ^b	1	.221		
Continuity Correction	.375	1	.540		
Likelihood Ratio	1.552	1	.213		
Fisher's Exact Test				.545	.273
Linear-by-Linear Association	1.375	1	.241		
N of Valid Cases	12				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pre_Reaksi_Kecacatan * Post_Reaksi_Kecacatan	12	21.4%	44	78.6%	56	100.0%

Pre_Reaksi_Kecacatan * Post_Reaksi_Kecacatan Crosstabulation

Count

		Post Reaksi Kecacatan		Total
		Cukup	Baik	
Pre_Reaksi_Kecacatan	Kurang	5	0	5
	Cukup	2	5	7
Total		7	5	12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.122 ^b	1	.013		
Continuity Correction	3.536	1	.060		
Likelihood Ratio	7.925	1	.005		
Fisher's Exact Test				.028	.027
Linear-by-Linear Association	5.612	1	.018		
N of Valid Cases	12				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.08.