



DPK PPNI FIK UMSBY



## Perilaku Pencegahan Cacat Pada Pasien Kusta

Srinalesti Mahanani <sup>1</sup>, Iin Nurmasfufah <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dosen Prodi Keperawatan Program Sarjana STIKES RS Baptis Kediri Kediri Indonesia

<sup>2</sup> Dosen Prodi Keperawatan Program Sarjana STIKES RS Baptis Kediri Kediri Indonesia

### INFORMASI

Korespondensi:  
halbina1802@gmail.com

Keywords:  
Behavior, Disability Pre-  
vention, Leprosy, Disabil-  
ity

### ABSTRACT

*Leprosy occurs due to impaired neurological function in the eyes, hands or feet. The principle of the prevention of disability and the severity of disability is essentially 3M: Checking the eyes, hands and feet regularly, protecting the eyes, hands and feet from physical trauma and self-care. The purpose of this study is to study the behavior of prevention of defects and the increase of defects in leprosy patients in the Outpatient Installation of Leprosy Hospital Kediri. The design of this study is descriptive. The population of this research is leprosy patient with purposive sampling technique of 92 subjects. Variables are preventive behaviors, data collection using structured interviews. Analyzed using frequency distribution. The result of this research is 54,3% leprosy patients have defect prevention behavior and less defect and 45,7% of leprosy patients have defect prevention behavior and sufficient defect increase. It was concluded that leprosy patients in the Outpatient Installation of Leprosy Hospital Kediri have defect prevention behavior and less defect increment.*

## Pendahuluan

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang dapat menimbulkan masalah yang sangat kompleks (Kemenkes RI, 2012). Permasalahan terkait dengan kehidupan klien kusta yang terjadi secara fisik, psikologis, dan sosial komunitas perlu penanganan yang menyeluruh meliputi lesi pada kulit dan kecacatan fisik (Susanto dkk, 2013). Penyakit kusta sampai saat ini masih ditakuti masyarakat, keluarga termasuk sebagian petugas kesehatan. Hal ini disebabkan kurangnya pengetahuan, kepercayaan yang keliru terhadap kusta dan kecacatan yang ditimbulkannya (Kemenkes RI, 2012). Kecacatan kusta terjadi akibat gangguan fungsi saraf pada mata, tangan atau kaki. Semakin lama waktu sejak saat pertama ditemukan tanda dini hingga dimulainya pengobatan, maka semakin besar resiko timbul kecacatan. Upaya-upaya pencegahan kecacatan dapat dilakukan baik di rumah, puskesmas maupun unit pelayanan rujukan seperti rumah sakit umum atau rumah sakit rujukan (Kemenkes RI, 2012).

Distribusi angka penemuan kasus baru kusta di dunia yang dilaporkan di WHO pada awal tahun 2012 terlihat jumlah kasus baru kusta di dunia pada tahun 2011 adalah sekitar 219.075, dari jumlah tersebut paling banyak terdapat di regional Asia Tenggara 9160.132) diikuti regional Amerika (36.832), regional Afrika (12.673), dan sisanya berada di regional lain di dunia. Ada 17 negara yang melaporkan 1000 atau lebih kasus baru selama tahun 2011. Delapan belas negara mempunyai kontribusi 94% dari seluruh kasus baru di dunia. Secara global terjadi penurunan penemuan kasus baru, akan tetapi beberapa negara seperti India, Indonesia, Myanmar, Srilanka menunjukkan peningkatan deteksi kasus baru. Tahun 2000-2011, situasi penyakit kusta di Indonesia tidak mengalami perubahan dengan total kasus baru pada tahun 2011 (20.023 penduduk). Total kecacatan tingkat 2 pada tahun 2011 mencapai (2.025 penduduk). Beban angka kecacatan kusta di Indonesia masih tinggi, untuk penanganan kusta harus komprehensif mulai dari kegiatan promotif, preventif, kuratif hingga rehabilitatif (Kemenkes RI, 2012). Erni (2016) dalam penelitiannya menambahkan bahwa Jawa Timur merupakan provinsi dengan kasus kusta tertinggi di Indonesia terdaftar pada Desember 2010 sebesar 5.496 kasus dengan 7,13% kasus PB dan sisanya 92,87% adalah kasus MB. Prevalensi kasus kusta adalah sebesar 1,47 per 10.000 penduduk. Berdasarkan rekam medik Rumah Sakit Kusta Kota Kediri rata-rata pasien rawat jalan pada bulan

Oktober – Desember tahun 2016 sejumlah 162 pasien. Berdasarkan hasil pra penelitian di Rumah Sakit Kusta Kediri pada 23 Februari 2017 tingkat kecacatan kusta dari 20 responden didapatkan 2 responden (10%) tidak ada kecacatan, 10 responden (50%) ada kecacatan dan kerusakan tidak terlihat, 8 responden (40%) ada kecacatan dan kerusakan terlihat. Kecacatan fisik terbanyak ada pada kaki dengan derajat kecacatan adalah ada kecacatan dan kerusakan tidak terlihat sebanyak 12 responden (20%).

Kecacatan kusta tergantung dari fungsi saraf mana yang rusak. Kecacatan akibat penyakit kusta dapat terjadi melewati 2 proses yaitu infiltrasi langsung M.leprae ke susunan saraf tepi dan organ (misalnya: mata), dan melalui reaksi kusta. Secara umum fungsi saraf ada 3 macam, yaitu fungsi motorik memberikan kekuatan pada otot, fungsi sensorik memberi sensasi raba, nyeri dan suhu serta fungsi otonom mengurus kelenjar keringat dan kelenjar minyak (Kemenkes RI, 2012). Kemampuan untuk merasakan sentuhan, nyeri, panas dan dingin menurun, sehingga penderita yang mengalami kerusakan saraf tidak menyadari adanya luka bakar, luka sayat. Kerusakan saraf tepi juga menyebabkan kelemahan otot yang menyebabkan jari-jari tangan seperti sedang mencakar dan kaki terkualai. Penderita juga memiliki luka di telapak kaki dan kerusakan mat adapat menyebabkan kebutaan (Mahdiana, 2010). Susunan saraf yang terkena akibat penyakit ini adalah susunan saraf perifer, terutama beberapa saraf seperti saraf fasialis, radialis, ulnaris, medianus, poplitea lateralis (peroneus communis) dan tibialis posterior. Kerusakan fungsi sensoris, motoris, maupun otonom dari saraf – saraf tersebut secara spesifik memperlihatkan gambaran kecacatan yang khas. Gangguan fungsi sensorik pada pada tidak diperiksa di lapangan, oleh itu tidak ada cacat tingkat 1 pada mata. Cacat tingkat 1 pada telapak kaki beresiko terjadinya ulkus plantaris, namun dengan perawatan diri secara rutin hal ini dapat dicegah. Mati rasa pada bercak bukan merupakan cacat tingkat 1 karena bukan disebabkan oleh kerusakan saraf perifer utama, tetapi rusaknya cabang kecil pada kulit. Cacat tingkat 2 berarti cacat atau kerusakan yang terlihat. Untuk mata tidak mampu menutup mata dengan rapat, kekeruhan kornea, kemerahan yang jelas pada mata dan gangguan penglihatan berat. Untuk telapak tangan dan kaki luka dan ulkus ditelapak dan deformitas yang disebabkan oleh kelumpuhan otot kaki (kaki semper atau jari kontraktur), hilangnya

jaringan atrofi maupun reabsorpsi parsial dari jari – jari (Kemenkes RI, 2012).

Kecacatan pada mata, tangan atau kakinya yang sudah terlanjur terjadi akan tetap ada seumur hidupnya, sehingga dia harus bisa melakukan perawatan diri dengan teratur agar kecacatannya tidak bertambah berat. Upaya pencegahan kecacatan bertujuan mencegah terjadinya kecacatan dan bertambah beratnya kecacatan (Kemenkes RI, 2012). Serta untuk mengurangi dampak kecacatan pada individu agar mereka mampu mencapai kemandirian, integrasi sosial, kualitas hidup yang lebih baik serta aktualisasi diri (Susanto dkk, 2013). Jika penanganan reaksi yang dini dan tepat merupakan salah satu upaya pencegahan cacat primer untuk mencegah terjadinya kerusakan fungsi saraf maka upaya pencegahan cara sekunder yang berarti mencegah terjadinya kerusakan lebih parah dari mata, tangan, atau kaki yang sudah mengalami gangguan fungsi saraf (Kemenkes RI, 2012). Masalah-masalah yang dialami oleh penderita dapat dicegah dengan perawatan diri yang benar. Perilaku perawatan akan berpengaruh terhadap tindakan pencegahan tersebut berdasarkan Guide To Eliminate Leprosy As A Public Health Problem (Susanto dkk, 2013). Menentukan tindakan perawatan diri yang perlu dilakukan pasien dengan mengupayakan penggunaan material yang mudah diperoleh disekitar pasien. Prinsip pencegahan kecacatan dan bertambah beratnya kecacatan pada dasarnya adalah 3M yaitu: Memeriksa mata, tangan dan kaki secara teratur; melindungi mata, tangan dan kaki dari trauma fisik dan merawat diri (Kemenkes RI, 2012). Tujuan penelitian ini untuk mempelajari perilaku pencegahan cacat dan bertambahnya cacat dan bertambahnya cacat pada pasien kusta di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Kusta Kediri.

### Metode Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah Deskriptif. Variabel dalam penelitian adalah perilaku pencegahan. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien kusta di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Kusta Kediri subyek sejumlah 92 responden. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian adalah *purposive sampling* dengan kriteria inklusi adalah pasien dengan tingkat kecacatan 0-1 yang bersedia diteliti. Sebelum dilakukan proses pengumpulan data pada responden, peneliti terlebih dahulu memohon izin dan responden memberikan persetujuan melalui *informed consent*. Dalam penelitian ini instrumen

yang digunakan adalah lembar wawancara terstruktur meliputi strategi yang memungkinkan adanya suatu kontrol dari pembicaraan sesuai dengan isi yang diinginkan peneliti. Dalam penelitian melakukan wawancara terstruktur menggunakan skala likert dengan 15 pertanyaan. Peneliti menyediakan pilihan jawaban selalu, sering, kadang – kadang, tidak pernah. Masing – masing pertanyaan terdiri dari pertanyaan positif (*favorable*) dengan sistem penilaian selalu = 3, sering = 2, kadang – kadang = 1, tidak pernah = 0. Sebelum instrumen/ pedoman wawancara terstruktur digunakan untuk pengambilan data, telah diuji validitas yang dilakukan di Instalasi rawat jalan rumah sakit kusta pada pasien yang berbeda. Dilakukan dengan cara melakukan wawancara terstruktur kepada 20 pasien kusta. Setelah mendapatkan data dari 20 responden uji validitas, maka hasil perolehan data pada tersebut dimasukkan dalam tabel rekapitulasi data dan diolah kedalam uji validitas dan realibilitas menggunakan *software computer*. Dari 20 pertanyaan hasil uji validitas didapatkan 15 soal yang layak digunakan untuk penelitian.

### Hasil Penelitian

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Perilaku Pencegahan Cacat Pada Pasien Kusta Di Instalasi Rawat Rumah Sakit Kusta Kediri Pada Tanggal Mei 2017 (n=92)

Perilaku Pencegahan	Jumlah	Persentase (%)
Baik	0	0
Cukup	42	45,7
Kurang	50	54,3
Jumlah	92	100

Berdasarkan tabel 1 didapatkan 42 responden (45,7%) memiliki perilaku pencegahan cukup sedangkan lebih dari 50% yaitu sebanyak 50 responden (54,3%) memiliki perilaku pencegahan kurang.

Tabel 2 Perilaku Pencegahan Cacat Pada Pasien Kusta Di Instalasi Rawat Rumah Sakit Kusta Kusta Kediri Pada Tanggal Mei 2017 (n=92)

Indikator	Perilaku Pencegahan						Jumlah	%
	Baik		Cukup		Kurang			
	Σ	%	Σ	%	Σ	%		
Memeriksa	4	4,3	78	84,8	10	10,9	92	100
Melindungi	11	12	80	87	1	1,1	92	100
Merawat Diri	1	1,1	78	84,8	13	14,1	92	100

Dari tabel 2 perilaku pencegahan cacat dan bertambahnya cacat pada pasien kusta pada indikator memeriksa menunjukkan sebagian besar adalah cukup yaitu sejumlah 78 responden (84,8%), pada indikator melindungi menunjukkan sebagian besar adalah cukup yaitu sejumlah 80 responden (87%), pada indikator merawat diri menunjukkan sebagian besar adalah cukup yaitu sejumlah 78 (84,8%).

## Pembahasan

### Perilaku Pencegahan Cacat Pada Pasien Kusta Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Kusta Kediri

Berdasarkan hasil penelitian lebih dari 50% perilaku pencegahan cacat dan bertambahnya cacat pada pasien kusta adalah kurang yaitu sejumlah 50 responden (54,3%).

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang dapat menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional (Kemenkes RI, 2012). Lepra (Kusta, Penyakit Hansen) penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri (*M. Leprae*) infeksi hanya terjadi dengan kontak erat yang berlangsung lama, khususnya pada anakanak penderita lepra. Bakteri masuk ke dalam tubuh melalui kulit dan hidung. Bila seluruh tubuh terkena, kulit dan saraf biasanya sasaran yang paling disukai. Pada kulit, tanda pertama berupa noda berwarna terang dan anestetik. Daerah yang menebal (nodul) dapat timbul terutama pada muka. Saraf yang paling sering terkena adalah lengan bawah, muka dan belakang telinga. Daerah tersebut dapat teraba lebih tebal dari biasanya (Irianto, 2014). Perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang

terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Reaksi/respon dapat bersifat pasif (tanpa tindakan berpikir, berpendapat, bersikap) maupun aktif (melakukan tindakan). Perilaku kesehatan dapat dirumuskan sebagai bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungan (Lestari, 2015). Perilaku sehat adalah perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Faktor-faktor risiko yang dapat diidentifikasi untuk menempatkan populasi penderita kusta. Faktor usia pada penderita kusta berisiko berkembang karena faktor usia penderita dengan karakteristik yang beragam dari mulai anak-anak sampai dengan lanjut usia. Faktor usia yang sangat berisiko untuk tertular pada populasi kusta adalah kelompok usia anak dan dewasa. Usia anak dan dewasa sangat rentan untuk mengalami masalah kesehatan. Kerentanan populasi anak terhadap kusta dipengaruhi daya imunitas tubuh dalam melawan bibit penyakit. Populasi anak yang masih muda menyebabkan kecacatan yang cepat bila dibandingkan dengan anak yang lebih tua. Daya tahan tubuh atau imunitas pada populasi penderita kusta merupakan suatu risiko. Populasi penderita kusta pada umumnya memiliki daya tahan tubuh atau imunitas yang sangat rendah. Imunitas pada penderita kusta sangat dibutuhkan untuk menjaga status kesehatannya dan mengurangi progresifitas penyakit. Imunitas yang baik dan stabil pada populasi kusta akan dapat mencegah terjadinya kerusakan pada kulit, saraf, anggota gerak, dan mata serta munculnya lesi pada kulit yang bisa diamati dari luar.

Nutrisi penderita kusta merupakan suatu faktor risiko terutama penderita kusta anak. Nutrisi merupakan unsur yang akan membantu pertumbuhan dan pencegahan terhadap penyakit. Nutrisi pada anak juga akan meningkatkan status imunitas anak serta mencegah terjadinya anemia. Nutrisi yang adekuat akan meningkatkan kadar albumin dan Fe dalam tubuh sehingga mengurangi progresifitas penyakit ke arah kecacatan. Sosial Ekonomi dan Pendidikan. Penderita kusta sebagian besar merupakan masyarakat dengan status ekonomi dan berpendidikan rendah. Penderita yang berasal dari keluarga miskin sangat rentan terkena penyakit menular terutama anak-anak. Kondisi ekonomi yang cukup sangat diperlukan oleh penderita kusta dalam masa penyembuhan. Kondisi kelainan fisik dan kecacatan pada klien kusta dewasa

mengakibatkan klien kusta tidak dapat bekerja. Lingkungan penderita kusta sangat rentan terhadap paparan lingkungan yang kurang mendukung dalam masa pertumbuhan dan perkembangannya sehingga berisiko untuk terkena penyakit infeksi dalam jangka waktu cepat maupun lambat. Penderita dalam suatu rumah atau keluarga umumnya tertular kusta dari kontak dan tinggal serumah dengan penderita kusta. Perilaku kebersihan diri penderita kusta memerlukan intervensi dari keluarga dalam monitoring dan bimbingan untuk pemenuhan kebersihan diri. Kecacatan penderita dari keluarga kusta yang kurang mendapatkan perhatian dalam pemenuhan kebersihan kulit dan kebersihan diri akan lebih didni terjadi dari pada penderita dengan kebersihan yang adekuat.

Pelayanan kesehatan yang memadai merupakan suatu kebutuhan yang sangat diperlukan. Pelayanan kesehatan yang tidak terjangkau oleh penderita kusta umumnya terjadi karena tempat tinggal terpencil sehingga akan menambah risiko. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan harus diupayakan menjadi strategi pelayanan kesehatan primer dan berfokus pada kebutuhan komunitas, memaksimalkan keterlibatan komunitas. Pelayanan kesehatan primer dapat diupayakan melalui keperawatan komunitas yang bertanggung jawab untuk melakukan identifikasi kebutuhan, sumber, dan nilai yang dibutuhkan pada populasi kusta (Susanto dkk, 2013).

Perilaku dalam upaya pencegahan cacat dan bertambahnya cacat di rumah kurang sejumlah 50 responden (50%) belum adekuat karena pasien kurang bertanggung jawab atas kondisi tubuhnya dengan melakukan prinsip 3M yaitu memeriksa mata, tangan dan kaki secara teratur; melindungi mata, tangan dan kaki trauma fisik; merawat diri. Dibuktikan pasien kusta dalam memeriksa mata, tangan dan kaki memiliki perilaku pencegahan kurang. Didukung dari hasil penelitian sebelumnya bahwa sebagian besar pengetahuan informan mengenai penyakit kusta secara umum masih kurang namun pengetahuan dalam upaya pencegahan kecacatan melalui pengobatan teratur sudah cukup. (Wewengkang, dkk 2016).

Berdasarkan hasil penelitian kurang dari 50% perilaku pencegahan cacat dan bertambahnya cacat pada pasien kusta adalah cukup yaitu sejumlah 42 responden (45,7%).

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit

menular yang dapat menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional (Kemenkes RI, 2012). Perilaku merupakan totalitas penghayatan dan akitivitas, yang merupakan hasil akhir jalinan yang saling mempengaruhi antara berbagai macam gejala seperti perhatian, pengamatan, pikiran, ingatan, dan fantasi. Perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku sehat adalah perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan (Notoatmodjo, 2007). Terjadinya kecacatan tergantung dari fungsi serta saraf mana yang rusak.

Kecacatan akibat penyakit kusta dapat terjadi lewat 2 proses yaitu infiltrasi langsung *M.leprae* ke susnan saraf tepi dan organ (misalnya : mata). Melalui reaksi kusta. Secara umum fungsi saraf ada 3 macam, yaitu fungsi motorik memberikan kekuatan pada otot, fungsi sensorik memberikan sensasi raba, nyeri dan suhu serta fungsi otonom mengurus kelenjar keringat dan kelenjar minyak. Kecacatan yang terjadi tergantung pada komponen saraf yang terkena, dapat sensoris, motoris, otonom, maupun kombinasi antara ketiganya. Susunan saraf yang terkena akibat penyakit ini adalah susunan saraf perifer, terutama beberapa saraf seperti saraf fasialis, radialis, ulnaris, medianus, poplitea lateralis (*peroneus communis*) dan tibialis posterior. Kerusakan fungsi sensoris, motoris maupun otonom dari saraf- saraf tersebut secara spesifik memperlihatkan gambaran kecacatan yang khas (Kemenkes RI, 2012).

Kecacatan merupakan istilah yang luas maknanya mencakup setiap kerusakan, pembatasan aktivitas yang mengenai seseorang. Tiap pasien baru yang ditemukan harus dicatat tingkat cacatnya, tiap organ (mata, tangan dan kaki) diberi tingkat cacat sendiri. Angka cacat tertinggi merupakan tingkat cacat untuk pasien tersebut (tingkat cacat umum). Bakteri penyebab lepra berkembangbiak sangat lambat, sehingga gejalanya baru muncul minimal 1 tahun setelah terinfeksi . Gejala dan tanda yang muncul tergantung kepada respon kekebalan penderita. Jenis lepra menentukan prognosis jangka panjang, komplikasi yang mungkin terjadi dan kebutuhan akan antibiotik. Lepra tuberkuloid ditandai dengan ruam kulit berupa 1 atau beberapa daerah

putih yang datar. Daerah tersebut tebal terhadap sentuhan karena mikobakteri telah merusak saraf-sarafnya. Pada lepra lepromatosa muncul benjolan kecil atau ruam menonjol yang lebih besar dengan berbagai ukuran dan bentuk. Terjadi kerontokan rambut tubuh, termasuk alis dan bulu mata. Lepra perbatasan merupakan suatu keadaan yang tidak stabil, yang memiliki gambaran kedua bentuk lepra. Jika keadaannya memburuk, maka akan menyerupai lepra lepromatosa. Selama perjalanan penyakitnya, baik diobati maupun tidak diobati, bisa terjadi reaksi kekebalan tertentu, yang kadang timbul sebagai demam dan peradangan kulit, saraf tepi dan kelenjar getah bening, sendi, buah zakar, ginjal, hati dan mata. Pengobatan yang diberikan tergantung kepada jenis dan beratnya reaksi, bisa diberikan kortikosteroid atau talidomid. *Mycobacterium leprae* adalah suatu-satunya bakteri yang menginfeksi saraf tepi dan hampir semua komplikasinya merupakan akibat langsung dari masuknya bakteri ke dalam saraf tepi. Bakteri ini tidak menyerang otak dan medulla spinalis. Kemampuan untuk merasakan sentuhan, nyeri, panas, dan dingin menurun, sehingga penderita yang mengalami kerusakan saraf tepi tidak menyadari adanya luka bakar, luka sayat atau mereka melukai dirinya sendiri (Kemenkes RI, 2012).

Kerusakan saraf tepi juga menyebabkan kelemahan otot yang menyebabkan jari – jari tangan seperti sedang mencakar dan kaki terkulai. Karena itu penderita lepra menjadi tampak mengerikan. Upaya pencegahan cacat dapat dilakukan baik di rumah, puskesmas maupun unit pelayanan rujukan seperti rumah sakit umum atau rumah sakit rujukan. Pasien harus mengerti bahwa pengobatan MDT dapat membunuh kuman kusta. Tetapi cacat pada mata, tangan atau kaki yang sudah terjadi akan tetap ada seumur hidupnya, sehingga dia harus bisa melakukan perawatan diri dengan teratur agar cacatnya tidak bertambah berat. Dilakukan sendiri oleh pasien di rumah. Petugas tidak hanya menjelaskan teori kepada pasien, tetapi juga memperagakan tindakan-tindakan yang harus dilakukan dan bantulah pasien supaya dapat melakukannya sendiri. Akan efektif bila pasien sendiri yang bertanggung jawab atas kondisi tubuhnya. Petugas harus memperhatikan pasien dengan cacat menetap dan menentukan tindakan perawatan diri apa yang perlu dilakukan pasien itu dengan mengupayakan penggunaan material yang mudah diperoleh disekitar lingkungan pasien. Kemampuan penderita kusta dalam upaya

pengecahan di rumah cukup menurut peneliti hal ini disebabkan pasien mengerti tentang perilaku yang dilakukan dirumah dengan menerapkan prinsip 3M yaitu memeriksa mata, tangan dan kaki secara teratur; melindungi mata, tangan dan kaki trauma fisik; merawat diri (Kemenkes RI, 2012). Dibuktikan pada ketiga indikator salah satunya melindungi mata, tangan dan kaki terdapat 46 responden (50%) memiliki perilaku pencegahan cukup.

Berdasarkan hasil penelitian pasien yang memiliki perilaku pencegahan kurang terdapat pada indikator memeriksa terdapat 71 responden (77,2%).

Berdasarkan teori cara menjaga agar selalu dalam kondisi baik ketika mata terasa kering adalah dengan melakukan tindakan sesering mungkin memejamkan mata (Susanto, 2013). Cara memeriksa tangan ataupun kaki ketika terdapat luka atau lecet juga dapat mengurangi resiko terjadi cacat ataupun bertambahnya cacat. Memeriksa mata, tangan dan kaki secara teratur untuk mata yang tidak dapat ditutup rapat (*lagofthalmos*). Goresan kain baju, sarung bantal, tangan, daun, debu, rambut, asap dan lain – lain dapat merusak mata. Sering bercermin untuk melihat ada kemerahan atau benda yang masuk ke mata. Seringlah berhenti dan periksa tangan dengan teliti apakah ada luka atau lecet yang sekecil apapun. Umumnya jika kulit tangan kering sudah disertai dengan mati rasa. Oleh karena itu selalu periksa kemungkinan adanya kekeringan, retak dan kulit pecah – pecah yang tidak terasa. Untuk kulit kaki yang tebal dan kering. Kulit yang kering akan mengakibatkan luka – luka kecil yang kemudian terinfeksi. Memeriksa secara rutin apakah ada bagian kaki yang keirng dengan cara merendam kaki selama 20 menit setiap hari dalam air biasa. Menggosok bagian yang menebal dengan batu gosok kemudian langsung mengolesi ( tanpa dikeringkan terlebih dahulu) dengan minyak kelapa untuk menjaga kelembaban kulit. Sering berhenti dan memeriksa kaki dengan teliti apakah ada luka atau memar atau lecet yang kecil sekalipun. (Kemenkes RI, 2012).

Kurangnya tindakan pada penderita kusta menurut peneliti hal ini dipengaruhi dalam setiap melakukan perilaku pencegahan cacat dan bertambahnya cacat pada mata, tangan dan kaki. Dibuktikan dari hasil beberapa pertanyaan pada indikator memeriksa ditemukan perilaku pencegahan cacat dan bertambahnya cacat pada pasien kusta adalah kurang. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan kurang dari 50% perilaku pencegahan cacat pada indikator

melindungi terdapat 46 responden (50%).

Cara melindungi mata dengan memakai topi atau sejenisnya untuk menghindari debu masuk ke mata pada tangan dengan memakai alas kain untuk melindungi dari benda panas ataupun tajam serta membagi tugas rumah tangga untuk menghindari terjadinya luka. Pada kaki untuk mencegah agar tidak terjadi luka dianjurkan memakai alas kaki setiap kaki berjalan. Kaki yang dibiarkan tergantung, otot pergelangan kaki bagian belakang akan memendek, jari-jari akan terseret dan luka untuk mencegah agar kaki tidak bertambah cacat (Kemenkes RI, 2012).

Penderita kusta dalam melakukan perilaku pencegahan kurang dari 50% 46 responden (50%) sudah cukup dalam melakukan pencegahan dengan melindungi bagian tubuh yang dapat menyebabkan cacat dan bertambahnya cacat. Menurut peneliti disebabkan karena melindungi mata, tangan dan kaki dapat mengurangi resiko terjadi luka sehingga pasien perlu mendapatkan edukasi dan perhatian setiap kali melakukan kontrol di pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian lebih dari 50% perilaku pencegahan kurang pada indikator merawat terdapat 50 responden (54,3%).

Merawat mata ketika beristirahat dengan cara menutup mata menggunakan sepotong kain basah. Perlu juga merawat bagian tangan ketika ada lecet atau memar sampai luka benar-benar sembuh dan meluruskan sendi-sendi untuk mencegah terjadinya kekakuan pada sendi agar kekakuan tidak bertambah berat. Merawat kaki dengan melatih otot kaki dengan berjalan agar kaki tidak mengalami kekakuan yang menimbulkan cacat bertambah (Kemenkes RI, 2012). Perilaku penderita ketika merawat diri untuk mencegah terjadinya cacat dan bertambahnya cacat sejumlah 50 responden (54,3%) masih kurang menurut peneliti perilaku penderita dalam melakukan tindakan merawat mata, tangan dan kaki kurang memahami akibat yang terjadi ketika tidak dilakukan setiap hari yang dapat mencegah agar tidak terjadi cacat dan bertambahnya cacat pada penderita sehingga sangat diperlukan untuk dilakukan perilaku pencegahan namun pasien cenderung tidak memperhatikan dalam melakukan tindakan dalam merawat diri.

Berdasarkan hasil penelitian pasien yang memiliki perilaku pencegahan kurang terdapat 50 pasien dan dari 50 responden (54,3%) berjenis kelamin laki-laki sebanyak 37 responden (40,2%).

Hasil ini berbanding lurus dengan Kemenkes RI,

(2012) sebagian besar negara di dunia kecuali di beberapa negara di Afrika menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak terserang dari pada perempuan. Laki-laki tidak mampu melakukan perilaku pencegahan sebanyak 50 responden (54,3%) menurut peneliti tindakan dalam pemenuhan kebersihan kulit dan kebersihan diri masih kurang sehingga lebih dini terjadi kecacatan. Dibuktikan dengan banyak responden laki-laki yang menjawab pertanyaan tidak pernah melakukan pencegahan.

Berdasarkan hasil penelitian pasien yang memiliki perilaku pencegahan kurang terdapat 50 pasien dan dari 50 responden (54,3%) berumur 23-39 tahun 19 responden (20,7%) dan berumur 40-56 tahun 19 responden (20,7%).

Hasil ini sejalan dengan teori Kemenkes RI, (2012) bahwa kusta diketahui terjadi pada usia berkisar antara bayi sampai usia lanjut (3 minggu sampai lebih dari 70 tahun). Namun yang terbanyak adalah pada usia muda dan produktif. Masing-masing penderita berumur 23-39 dan 40-56 tahun memiliki perilaku pencegahan kurang menurut peneliti usia muda dan produktif kurang peduli terhadap kesehatan apabila tidak dilakukan perilaku pencegahan cacat dan bertambahnya cacat yang baik hal ini disebabkan penderita lebih aktif untuk beraktifitas sehingga berpikir tidak perlu untuk melakukan pencegahan cacat setiap hari.

Berdasarkan hasil penelitian pasien yang memiliki perilaku pencegahan kurang terdapat 50 pasien dan dari 50 responden (54,3%) tamat SD atau sederajat sebanyak 27 (29,3%). Disamping itu perilaku responden yang memiliki perilaku pencegahan cukup sebanyak 50 pasien dari 50 responden (54,3%) tidak bekerja sebanyak 15 responden (16,3%).

Hal ini didukung oleh teori Susanto, (2013) bahwa penderita yang berasal dari keluarga miskin sangat rentan terkena penyakit menular sehingga kondisi ekonomi yang cukup sangat diperlukan oleh penderita kusta dalam masa penyembuhan. Kondisi kelainan fisik dan kecacatan pada pasien kusta dewasa mengakibatkan pasien tidak dapat bekerja.

Pada penderita kusta yang memiliki tingkat pendidikan tamat SD atau sederajat maupun yang tidak bekerja belum memiliki pemahaman dan kesadaran diri tentang perilaku pencegahan yang baik.

Berdasarkan hasil penelitian pasien dengan perilaku pencegahan kurang sebanyak 50 pasien dari 50 responden (54,3%) memiliki jarak rumah sekitar 12

- 33 km/jam.

Pelayanan kesehatan yang terjangkau dan memadai merupakan suatu kebutuhan yang diperlukan. Pelayanan kesehatan yang diberikan diupayakan menjadi strategi pelayanan yang berfokus pada pencegahan kecacatan kusta (Susanto, 2013). Peneliti berpendapat bahwa pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh penderita kusta dapat mengurangi resiko kecacatan kusta sehingga masalah kesehatan pada dirinya dapat teratasi melalui tindakan pencegahan seperti berobat ke pelayanan kesehatan.

### Kesimpulan

Berdasarkan dari hasil penelitan yang dilakukan pada 92 responden pada tanggal 12 Mei-27 Mei 2017 di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Kusta Kediri dapat disimpulkan bahwa pasien kusta memiliki perilaku pencegahan cacat kurang hal ini disebabkan pasien belum mampu menerapkan prinsip 3M yaitu: memeriksa mata, tangan dan kaki secara teratur; melindungi mata, tangan dan kaki trauma fisik; dan merawat diri.

### Saran

Penderita kusta diharapkan untuk dapat meningkatkan perilaku pencegahan cacat dan bertambahnya cacat khususnya di rumah agar tidak berpengaruh terhadap aktivitas sehari-hari yaitu dengan cara memeriksa mata, tangan dan kaki secara teratur; melindungi mata, tangan dan kaki trauma fisik; dan merawat diri. Keluarga diharapkan meningkatkan motivasi pada pasien kusta, memberikan perhatian dan dukungan bagi pasien kusta agar tercipta perilaku pencegahan cacat dan bertambahnya cacat yang lebih baik dengan cara membantu penderita dalam melakukan kegiatan pencegahan cacat dan bertambahnya cacat di rumah secara rutin, melakukan kegiatan pencegahan cacat dan bertambahnya cacat di puskesmas dengan beberapa intervensi sederhana yang dapat diupayakan pencegahan kecacatan yang terarah sehingga petugas harus dapat mengupayakan pemecahan untuk masalah spesifik. Serta kegiatan pencegahan cacat dan bertambahnya cacat di unit rujukan pelayanan membutuhkan intervensi yang lebih kompleks. Beberapa intervensi tersebut membutuhkan penanganan spesialistik.

### Daftar Pustaka

Astutik Erni, dkk, (2016). Faktor-Faktor Yang

Berhubungan Dengan Perilaku Perawatan Diri Eks-Penderita Kusta Di Unit Pelaksana Teknis Rehabilitasi Sosial Eks- Penderita Kusta Nganget Tuban, Jawa Timur. <http://jurnalkesmas.ui.ac.id/epid/article/view/1312/516>. Diakses 20 Januari 2017 jam 15.40 WIB

Irianto Koes (2014). *Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular Panduan Klinis*. Bandung: ALFABETA

Kemenkes RI, (2012). Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta <http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream//123456789/1791/2/BK2012-406.pdf>. Diakses 29 November 2016 pukul 09:41 WIB

Lestari Titik. (2015). *Kumpulan Teori Untuk Kajian Pustaka Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Mahdiana Ratna, (2010). *Mengenal, Mencegah dan Mengobati Penularan Penyakit dari Infeksi Cetakan I*. Yogyakarta: Citra Pustaka

Notoadmodjo, (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: PT RIKENA CIPTA

Susanto, dkk (2012). Pengaruh Modifikasi Perilaku Dengan Perjanjian Kontrak Terhadap Kepatuhan Perawatan Mata, Tangan Dan Kaki Klien Kusta <http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/339>. Diakses 20 Januari 2017 jam 15.00 WIB

Susanto, dkk(2013). *Perawatan Klien di Komunitas*. Jakarta: CV. Trans Info Media

Wewengkang, dkk (2016). Pencegahan Kecacatan Akibat Kusta Di Kota Manado <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/JKKT/article/view/12156>. Diakses 17 januari 2017, jam 15.20 WIB