

SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT KEJADIAN KECACATAN DENGAN KUALITAS
HIDUP (*QUALITY OF LIFE*) PADA PENDERITA KUSTA YANG RFT
(*RELEASE FROM TREATMENT*) DI BABAT JERAWAT BENOWO
SURABAYA**



Oleh :

ANDITA PUTRI WINDA UTAMA
NIM. 1410013

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2018**

SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT KEJADIAN KECACATAN DENGAN KUALITAS
HIDUP (*QUALITY OF LIFE*) PADA PENDERITA KUSTA YANG RFT
(*RELEASE FROM TREATMENT*) DI BABAT JERAWAT BENOWO
SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatn (S.Kep.)
di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



Oleh :

ANDITA PUTRI WINDA UTAMA
NIM. 1410013

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2018**

HALAMAN PERNYATAAN

Nama : Andita Putri Winda Utama

NIM : 141.0013

Tanggal lahir : 08 September 1995

Program studi : S1 Keperawatan

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul **“Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (*Quality of Life*) Pada Penderita Kusta Yang RFT (*Release From Treatment*) di Babat Jerawat Benowo Surabaya”**, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.



HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, kami selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Andita Putri Winda Utama

NIM : 141.0013

Program Studi : S1 Keperawatan

Judul : **Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (*Quality of Life*) Pada Penderita Kusta Yang RFT (*Release From Treatment*) di Babat Jerawat Benowo Surabaya**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)

Pembimbing I



Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03010

Pembimbing II



Muh. Zul Azhri Rustam, S.KM., M.Kes

NIP. 03055

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 09 Juli 2018

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dari:

Nama : Andita Putri Winda Utama

NIM : 1410013

Program studi : S1 Keperawatan

Judul : **Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (*Quality of Life*) Pada Penderita Kusta Yang RFT (*Release From Treatment*) di Babat Jerawat Benowo Surabaya**

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “SARJANA KEPERAWATAN” pada Prodi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns ., M.Kep
NIP. 03009




Penguji II : Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03010



Penguji III : Muh. Zul Azhri Rustam, S.KM., M.Kes
NIP. 03055



**Mengetahui,
PJS KA PRODI S1 KEPERAWATAN
STIKES HANG TUAH SURABAYA**



Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns ., M.Kep
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal: 10 Juli 2018

**Judul : Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup
(Quality of Life) Pada Penderita Kusta Yang RFT (Release From
Treatment) di Babat Jerawat Benowo Surabaya**

ABSTRAK

Kusta merupakan penyakit kronis yang disebabkan oleh *mycobacterium leprae* yang menyerang kulit dan saraf tepi serta dapat menimbulkan kecacatan. Kecacatan yang dialami akan menimbulkan penurunan pada kualitas hidup penderita kusta. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menanalisis adanya hubungan antara tingkat kejadian kecacatan dengan kualitas hidup pada penderita kusta di UPTD Babat Jerawat Benowo Surabaya.

Desain penelitian *observasional analitik* dengan rancang bangun penelitian *cross sectional*. Populasinya adalah seluruh penderita kusta yang bertempat tinggal di Babat Jerawat Benowo Surabaya yang berjumlah 50 orang. Teknik sampling dalam penelitian ini yaitu menggunakan metode *non probability sampling* dengan menggunakan *purposive sampling* sebanyak 44 responden. Variabel bebasnya adalah tingkat kejadian kecacatan yang dinilai dengan lembar observasi kecacatan dan variabel dependennya adalah kualitas hidup (*Quality of Life*) penderita kusta yang dinilai dengan kuesioner kualitas hidup. Data dianalisa dengan menggunakan uji *Spearman Rho*.

Hasil *crosstabulation* dari variabel didapatkan cacat tingkat 2 yang memiliki kualitas hidup buruk sebanyak 19 orang (59.4%) sedangkan yang memiliki kualitas hidup baik sebanyak 13 orang (40.6%). Uji statistik *Spearman Rho* menunjukkan adanya hubungan tingkat kejadian kecacatan dengan kualitas hidup penderita kusta didapatkan hasil $\rho = 0.011 < 0.05$. Hasil penelitian ini bahwa semakin tinggi tingkat kecacatan semakin buruk kualitas hidup penderita kusta.

Implikasi pada penelitian ini diharapkan hasil penelitian ini dapat membantu Liponsos Babat Jerawat dalam meningkatkan kualitas hidup penderita kusta dan mengembangkan produktivitas terhadap program-program yang sudah ada terutama pada penderita yang mengalami kecacatan.

Kata Kunci : Penderita kusta, tingkat kecacatan, kualitas hidup

Title: *The Relationship of Disability Quality Rate With Quality of Life In RFT (Release From Treatment) Leprosy Patients in Babat Jerawat Benowo Surabaya*

ABSTRACT

Leprosy is a chronic disease caused by Mycobacterium leprae that attacks the skin and peripheral nerves and can cause disability. The defect experienced will decrease the quality of life of leprosy patients. Aim's of this study was to analyze the relationship between the incidence of disability and quality of life in leprosy patients in UPTD Babat Jerawat Benowo Surabaya.

Analytical observational research design used cross sectional research design. The population was all leprosy patients who live in Babat Jerawat Benowo Surabaya, amounted to 50 people. Sampling technique in this research used non probability sampling method by used purposive sampling counted 44 respondents. The independent variable was the incidence rate of disability assessed by the disability observation sheet and the dependent variable was the quality of life of leprosy patients assessed by the quality of life questionnaire. Data were analyzed used Spearman Rho test.

Result of crosstabulation from variable got defect level 2 which had bad quality of life as many as 19 people (59.4%) while had good quality of life as many as 13 people (40.6%). Spearman Rho statistic test showed the relationship of incidence rate of disability with quality of life of leprosy patients obtained result $\rho = 0.011 < 0.05$. The result of this research was that the higher the level of disability the worse the quality of life of leprosy patients.

The implications in this study were expected to result in this study can help Liponsos Babat Jerawat in improve the quality of life of leprosy patients and develop productivity of existing programs, especially in people with disabilities.

Keywords: *Patients with leprosy, disability level, quality of life*

KATA PENGANTAR

Pertama saya panjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyusun skripsi yang berjudul “Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (*Quality of Life*) Pada Penderita Kusta Yang RFT (*Release From Treatment*) di Babat Jerawat Benowo Surabaya”, dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditentukan.

Skripsi ini diselesaikan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Skripsi ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak.

Dalam kesempatan ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Kolonel Laut (Purn) Wiwiek Liestyningrum.,S.Kp.,M.Kep., selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, puket 2 dan puket 3, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberi fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S-1 Keperawatan.

3. Ibu Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Penanggung jawab sementara Kepala Program studi Pendidikan S1-Keperawatan yang telah memberikan kesempatan kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan S1-Keperawatan dan selaku penguji 1 terima kasih atas arahan, kritikan serta sarannya dalam pembuatan dan penyelesaian skripsi ini.
4. Ibu Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan, pengajaran, kritik serta saran demi kelancaran dan kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
5. Bapak Muh. Zul Azhri Rustam, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing 2 telah memberikan arahan dan masukan serta dukungan kepada penulis demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
6. Seluruh dosen dan staf Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing selama menuntut ilmu di Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
7. Orang tuaku Bapak Sugeng Winarto dan Ibu Endayani dan adikku Rafi Azizul Hakim yang sangat saya sayangi yang selalu memberikan semangat, dukungan dan doa yang tidak pernah putus.
8. Teman-teman seperjuangan di STIKES Hang Tuah Surabaya terutama sahabat dan kelompok skripsi saya yang selalu bersama-sama dan saling mendukung dalam pembuatan skripsi ini.
9. Serta semua pihak yang tidak mungkin disebutkan satu-persatu atas dukungan dan bantuan yang telah diberikan.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan skripsi ini dengan sebaik-baiknya. Namun penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak untuk menyempurnakan. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan. Amin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 10 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penulisan	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Secara Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Kusta	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Epidemiologi.....	7
2.1.3 Etiologi	8
2.1.4 Tipe dan Bentuk Kusta	10
2.1.5 Manifestasi Klinis	13
2.1.6 Pengobatan Kusta	16
2.1.7 Masalah yang Ditimbulkan Kusta	17
2.2 Konsep Kualitas Hidup.....	19
2.2.1 Definisi Kualitas Hidup.....	19
2.2.2 Pengukuran Kualitas Hidup.....	21
2.2.3 Domain QoL (Quality of Life) Menurut WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life)	22
2.3 Konsep Kecacatan	23
2.3.1 Definisi Kecacatan.....	23
2.3.2 Klasifikasi Kecacatan	24
2.3.3 Pencegahan Kecacatan.....	26
2.4 Model Teori Keperawatan	27
2.5 Hubungan Antar Konsep	30
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	32
3.1 Kerangka Konseptual.....	32
3.2 Hipotesis	33

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....	34
4.1 Desain Penelitian	34
4.2 Kerangka Kerja.....	35
4.3 Waktu dan Tempat Penelitian.....	36
4.4 Populasi, Sampel, dan Sampling Desain	36
4.4.1 Populasi Penelitian.....	36
4.4.2 Sampel Penelitian	36
4.4.3 Besar Sampel	36
4.4.4 Teknik Sampling.....	37
4.5 Identifikasi Variabel	37
4.5.1 Variabel Independen.....	37
4.5.2 Variabel Dependen	38
4.6 Definisi Operasional	38
4.7 Pengumpulan, Pengolahan, dan Analisa Data	40
4.7.1 Pengumpulan Data.....	40
4.7.2 Pengolahan Data	41
4.7.3 Analisis Data.....	42
4.8 Etika penelitian.....	43
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	45
5.1 Hasil Penelitian.....	45
5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian	45
5.1.2 Gambaran Umum Subyek Penelitian.....	49
5.1.3 Data Umum Hasil Penelitian	49
5.1.4 Data Khusus Hasil Penelitian	54
5.2 Pembahasan	56
5.2.1 Tingkat Kecacatan Yang Dialami Penderita Kusta Di Babat Jerawat Benowo Surabaya	56
5.2.2 Kualitas Hidup (<i>Quality of Life</i>) Penderita Kusta Di Babat Jerawat Benowo Surabaya	61
5.2.3 Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Kusta Di Babat Jerawat Benowo Surabaya	63
5.3 Keterbatasan	66
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	67
6.1 Kesimpulan	67
6.2 Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN.....	71

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tanda dan Gejala Kusta.....	16
Tabel 2.2	Klasifikasi Tingkat Kecacatan.....	27
Tabel 4.1	Definisi Operasional Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (<i>Quality of Life</i>) Pada Penderita Kusta Yang RFT Di Babat Jerawat Benowo Surabaya.....	42
Tabel 5.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	52
Tabel 5.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	53
Tabel 5.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan.....	53
Tabel 5.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir.	54
Tabel 5.5	Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	55
Tabel 5.6	Karakteristik Responden Berdasarkan Tipe Kusta.....	55
Tabel 5.7	Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Mengalami Kusta.....	56
Tabel 5.8	Karakteristik Responden Berdasarkan Pelaksanaan Pengobatan Rutin Yang Dilakukan.....	56
Tabel 5.9	Data Kategori Tingkat Kecacatan.....	57
Tabel 5.10	Data Kategori Kualitas Hidup (Quality Of Life)	57
Tabel 5.11	Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (Quality Of Life) Pada Penderita Kusta Di Babat Jerawat Benowo Surabaya.....	58

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Manusia Sebagai Sistem Adaptif.....	30
Gambar 2.2	Representasi Diagram Tentang Sistem Adaptasi Manusia.....	31
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Penelitian Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (<i>Quality of Life</i>) Pada Penderita Kusta Yang RFT Di Babat Jerawat Benowo Surabaya.....	34
Gambar 4.1	Desain Penelitian Observasional Analitik Dengan Pendekatan Cross Sectional.....	36
Gambar 4.2	Kerangka Kerja Penelitian Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (<i>Quality of Life</i>) Pada Penderita Kusta Yang RFT Di Babat Jerawat Benowo Surabaya.....	37

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Curriculum Vitae.....	73
Lampiran 2	Motto dan Persembahan.....	74
Lampiran 3	Surat Izin Pengajuan Judul Data Pendahuluan.....	75
Lampiran 4	Surat Keterangan Pengambilan Data Pendahuluan.....	76
Lampiran 5	Surat Balasan Dari Pihak Tempat Penelitian Babat Jerawat Benowo Surabaya.....	78
Lampiran 6	Lembar Permintaan Menjadi Responden <i>Information For Consent</i>	79
Lampiran 7	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	80
Lampiran 8	Kuesioner Kualitas Hidup WHOQOL-BREF.....	81
Lampiran 9	Lembar Observasi Tingkat Kecacatan.....	86
Lampiran 10	Tabulasi Data Demografi.....	90
Lampiran 11	Tabulasi Data Tingkat Kecacatan.....	93
Lampiran 12	Tabulasi Data Kualitas Hidup.....	96
Lampiran 13	Sertifikat Persetujuan Etik.....	104
Lampiran 14	Hasil SPSS Data Demografi.....	105
Lampiran 15	Hasil SPSS Data Variabel.....	108
Lampiran 16	Hasil SPSS Data Crosstabs.....	109
Lampiran 17	Hasil SPSS Uji Speraman Rho Dan Normalitas.....	123
Lampiran 18	Dokumentasi.....	124

DAFTAR SINGKATAN

BB	: Mid borderline
BL	: Borderline lepromatous
BT	: Borderline tuberculoid
BTA	: Basil Tahan Asam
Li	: Lepromatosa indefinite
LL	: Lepromatosa polar
MB	: Multibasiler
PB	: Pausibasiler
QoL	: <i>Quality of Life</i>
RFT	: <i>Release From Treatment</i>
RS	: <i>Rating Scale</i>
SHG	: <i>Self Help Group</i>
Ti	: Tuberkoloid indefinit
TT	: Tuberkoloid polar
TTO	: <i>Tem Trade Off</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kusta merupakan salah satu manifestasi kemiskinan karena kenyataannya sebagian besar penderita kusta berasal dari golongan ekonomi lemah. Penyakit kusta bila tidak ditangani dengan cermat dapat menyebabkan cacat, dan keadaan ini menjadi penghalang bagi pasien kusta dalam menjalani kehidupan bermasyarakat untuk memenuhi kebutuhan sosial ekonominya (Widoyono, 2011). Kondisi psikologi penderita juga dapat berpengaruh karena adanya stigma negatif dari masyarakat yang mengatakan penyakit kusta adalah penyakit yang menakutkan, bahwa ada beberapa masyarakat yang menganggap penyakit ini adalah penyakit kutukan. Hal ini karena dampak yang ditimbulkan dari penyakit tersebut cukup parah, yaitu adanya deformitas/kecacatan yang menyebabkan perubahan bentuk tubuh (Rahariyani, 2008). Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Warsini dkk, 2008) tentang gambaran kualitas hidup penderita kusta di Kabupaten Lembata Provinsi Nusa Tenggara Timur dapat disimpulkan bahwa keterbatasan fisik yang dialami oleh penderita kusta dapat menurunkan kemampuannya dalam bekerja dan beraktivitas, sedangkan adanya stigma terhadap kecacatan juga akan membuat penderita merasa berkecil hati dan kurang percaya diri sehingga akhirnya mereka merasa tidak puas dengan hidupnya. Penderita kusta lebih memilih untuk menyembunyikan diri dan menghindari kehidupan sosialnya. Sedangkan kusta bila tidak ditangani dengan cepat dan tepat akan menyebabkan perubahan fisik, sosial dan psikologis pada penderita yang berupa ketidakmampuan dan keterbatasan yang pada akhirnya akan

mempengaruhi penurunan pada kualitas hidup penderita kusta. Selain itu pekerjaan yang memerlukan aktivitas fisik berlebih dapat mengakibatkan kecacatan fisik yang semakin parah. Hasil studi pendahuluan pada tanggal 1 Februari 2018 melalui hasil observasi dan wawancara dengan salah satu penderita kusta dan pengelola yayasan rehabilitasi di Babat Jerawat Benowo Surabaya didapatkan bahwa terdapat beberapa orang penderita kusta yang mengalami kecacatan di bagian tangan. Pengelola yayasan rehabilitasi tersebut juga mengatakan bahwa penderita kusta yang bertempat tinggal di Babat Jerawat Benowo Surabaya rata-rata sudah dinyatakan RFT (*Release From Treatment*).

Penderita kusta tersebar di seluruh dunia, ada pendapat penyakit kusta berasal dari Asia Tengah kemudian menyebar ke Mesir, Eropa, Afrika dan Amerika. Indonesia merupakan negara ketiga terbanyak penderita kusta di bawah India dan Brazil dengan jumlah kasus 16.572.4. Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur, Jawa Timur menempati urutan ke tujuh di antara provinsi lainya di Indonesia dengan jumlah penderita kusta terdaftar 6.833 dan angka prevalensi 1,83 per 10.000 penduduk (Suharsono, 2017). Prevalensi penyakit kusta di kota Surabaya tahun 2015 sebesar 0,46 % per 10.000 penduduk dengan jumlah kecacatan tingkat 2 sebanyak 7 orang (7,07%) (Profil Kesehatan Surabaya, 2015). Di Jawa Timur keberhasilan pengobatan (RFT) tahun 2015 telah melebihi target (>90%). Secara kumulatif mulai awal program sampai dengan akhir Desember 2015 penderita kusta yang dapat menyelesaikan pengobatan dengan MDT sebanyak 136.544 penderita kusta. Untuk pencapaian RFT rate di tingkat provinsi mencapai 91,1%, sedangkan pencapaian RFT rate sebesar >90% ada di 22 kabupaten/kota. Berdasarkan beberapa penelitian menyatakan bahwa dari jenis

pekerjaan penderita kusta yang mengalami kecacatan terbesar adalah bekerja sebagai petani (35%). Sedangkan jumlah penderita kusta yang ada di Babat Jerawat Benowo Surabaya sekitar 50 orang yang tinggal bersama dengan keluarganya yang sehat. Pekerjaan penderita kusta yang bertempat tinggal di Babat Jerawat Benowo Surabaya rata-rata bekerja sebagai pedagang dan ada juga yang berkebun.

Kecacatan seringkali dialami oleh mayoritas penderita kusta sebelum mendapatkan pengobatan dan hal ini dikarenakan kurangnya kesadaran dan pengetahuan dari klien, keluarga, bahkan masyarakat terhadap deteksi dini penyakit kusta. Bayangan cacat kusta membuat klien mengalami perubahan kepribadian dan berusaha untuk menyembunyikan dirinya dan mengurangi kegiatan sosial di lingkungannya. Sehingga dapat menghambat proses pengobatan dan kesembuhan penderita kusta dan akan meningkatkan resiko kecacatan yang akan mempengaruhi kualitas hidup penderita kusta. Kecacatan yang dialami oleh penderita kusta dapat berdampak pada terjadinya perilaku menarik diri dari lingkungan sosialnya sehingga dapat menurunkan kualitas hidup penderita kusta. Selain itu kecacatan yang dialami oleh penderita kusta dapat menyebabkan penderita kusta kehilangan pekerjaannya dan akhirnya mereka memilih untuk menggelandang dan mengemis. Seperti penderita kusta yang ada di Babat Jerawat Benowo Surabaya rata-rata mereka bekerja sebagai pedagang, tukang becak dan ada juga yang menjadi pemulung karena bagi mereka hanya pekerjaan itulah yang dapat mereka lakukan. Jadi kecacatan yang dialami oleh penderita kusta tidak hanya dapat menyebabkan seseorang kehilangan pekerjaan tetapi juga dapat mempengaruhi kepercayaan diri seseorang dan kehidupan sosialnya. Bahkan

kecacatan juga dapat membuat seseorang mengalami gangguan mental karena tidak dapat menerima kondisi fisiknya.

Penelitian mengenai kualitas hidup penderita kusta masih dijumpai sebagian kecil dari mereka yang mengalami penurunan kualitas hidup baik dari segi aspek sosial maupun psikologi. Perlu adanya upaya agar penderita kusta terutama yang mengalami kecacatan tidak patah semangat dalam menjalani hidupnya dengan cara mengoptimalkan bagian tubuh penderita kusta yang masih bisa digunakan. Selain itu salah satu terapi untuk meningkatkan kualitas hidup adalah dengan membentuk (SHG) *Self Help Group*. Tujuan dari membentuk *Self Help Group* dalam kelompok adalah memberikan support terhadap sesama anggota dan membuat penyelesaian masalah secara lebih baik dengan cara berbagi perasaan dan pengalaman, belajar tentang penyakit, memberikan kesempatan penderita kusta untuk berbicara tentang permasalahan dan memilih apa yang akan dilakukan, saling mendengar satu sama lain, membantu sesama anggota kelompok untuk berbagi ide dan informasi serta memberikan support, meningkatkan kepedulian antar sesama anggota sehingga tercapainya perasaan aman dan sejahtera dan memahami bahwa mereka tidak sendiri. Peningkatan dukungan dan motivasi dari keluarga dan masyarakat juga sangat diperlukan oleh penderita kusta sehingga kualitas hidup mereka menjadi lebih baik. Dari hasil wawancara tersebut peneliti tertarik untuk mengobservasi tentang Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (*Quality Of Life*) Pada Penderita Kusta Yang RFT di Babat Jerawat Benowo Surabaya

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara tingkat kejadian kecacatan dengan kualitas hidup (*Quality of Life*) pada penderita kusta yang RFT (*Release From Treatment*) di Babat Jerawat Benowo Surabaya ?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui tentang adanya hubungan antara tingkat kejadian kecacatan dengan kualitas hidup (*Quality of Life*) pada penderita kusta yang RFT (*Release From Treatment*) di Babat Jerawat Benowo Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus pada penelitian adalah :

1. Mengidentifikasi tingkat kecacatan pasien kusta yang RFT (*Release From Treatment*) di Babat Jerawat Benowo Surabaya
2. Mengidentifikasi kualitas hidup (*Quality of Life*) penderita kusta yang RFT (*Release From Treatment*) di Babat Jerawat Benowo Surabaya
3. Menganalisis adanya hubungan antara tingkat kejadian kecacatan dengan kualitas hidup (*Quality of Life*) pada penderita kusta yang RFT (*Release From Treatment*) di Babat Jerawat Benowo Surabaya

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1.4.1 Manfaat Teoritis

Kecacatan seringkali dialami oleh banyak klien kusta sebelum mendapatkan pengobatan karena lemahnya kesadaran dari klien, keluarga, bahkan masyarakat terhadap penyakit kusta (Kemenkes, 2012).

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi pasien kusta

Menambah wawasan dan pengetahuan pasien kusta terhadap tingkat kecacatan dan cara untuk meningkatkan kualitas hidup penderita kusta.

2. Bagi profesi keperawatan

Membantu dalam mengurangi penurunan kualitas hidup penderita kusta akibat dari kecacatan. Deteksi dini penyakit kusta serta penanganan dan pengobatan yang tepat dapat meminimalisir meningkatnya jumlah kecacatan pada pasien kusta dan berguna untuk meningkatkan kualitas profesi keperawatan, khususnya keperawatan keluarga, dan keperawatan komunitas.

3. Bagi lahan penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai masukan bagi Liponsos Babat Jerawat Benowo Surabaya agar dapat lebih meningkatkan kualitas hidup penderita kusta serta dapat meminimalisir dan menekan jumlah kasus kecacatan yang ditimbulkan akibat penyakit kusta di Kota Surabaya.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Sebagai sumber informasi dan data awal untuk melanjutkan penelitian dalam upaya peningkatan kualitas hidup bagi penderita kusta yang telah mengalami kecacatan dan sebagai upaya pencegahan dan meminimalisir terjadinya kecacatan pada pasien kusta di Kota Surabaya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada Bab ini akan di sajikan landasan teoritis yang mendasari masalah yang akan di teliti, meliputi : 1) Konsep Kusta, 2) Konsep Kualitas Hidup, 3) Kecacatan Penderita Kusta, 4) Konsep Adaptasi Sister Calista Roy, 5) Hubungan Antar Konsep.

2.1 Konsep Kusta

2.1.1 Definisi

Kusta adalah penyakit menular yang disebabkan *Mycobacterium leprae*. Penyakit ini dapat menyebabkan masalah yang kompleks, bukan hanya dari segi medis seperti cacat fisik tetapi juga sampai masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional. Bila tidak ditangani dengan cermat, kusta dapat menyebabkan cacat dan keadaan ini menjadi penghalang bagi pasien kusta dalam menjalani kehidupan bermasyarakat untuk memenuhi kebutuhan sosial ekonominya (Widoyono, 2008).

2.1.2 Epidemiologi

Kusta menyebar luas ke seluruh dunia, dengan sebagian besar kasus terdapat di daerah tropis dan subtropis, tetapi dengan adanya perpindahan penduduk maka penyakit ini bisa menyerang dimana saja. *World Health Organization* (WHO) mencatat awal tahun 2011 dilaporkan prevalensi kusta di seluruh dunia sebesar 192.246 kasus. *World Health Organization* (WHO) melaporkan penemuan penderita baru pada 17 negara \geq 1000 kasus Indonesia

menduduki peringkat ketiga dengan jumlah kasus 17.682 setelah India dan Brazil dengan prevalensi kusta hingga akhir trimester awal tahun 2011 sebesar 19.785. Di Indonesia penderita kusta terdapat hampir di seluruh daerah dengan penyebaran yang tidak merata. Penderita kusta 90% tinggal diantara keluarga mereka dan hanya beberapa persen saja yang tinggal di rumah sakit kusta, koloni penampungan atau perkampungan kusta (Yuniarasari, 2014).

2.1.3 Etiologi

Penyebab penyakit kusta adalah bakteri *mycobacterium leprae* yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-8 mikron, lebar 0,2-0,5 mikron, biasanya berkelompok dan ada yang satu-satu, hidup dalam sel, dan bersifat tahan asam (BTA). Penyakit kusta bersifat menahun karena bakteri kusta memerlukan waktu 12-21 hari untuk membelah diri dan masa tunasnya rata-rata 2-5 tahun. Penyakit kusta dapat ditularkan kepada orang lain melalui saluran pernafasan dan kontak kulit. Bakteri *mycobacterium leprae* banyak terdapat pada kulit tangan, daun telinga, dan mukosa hidung (Widoyono, 2008).

Masalah penyakit kusta adalah masalah yang kompleks dan sulit untuk dipecahkan. Penyakit kusta dapat ditularkan dari penderita kusta Multibasiler (MB) kepada orang lain dengan cara penularan langsung. Cara penularan yang pasti belum diketahui, tetapi menurut sebagian besar ahli, kusta menular melalui saluran pernapasan (inhalasi) dan kulit (kontak langsung yang lama dan erat) (Widoyono, 2008).

Timbulnya penyakit kusta pada seseorang tidak mudah sehingga tidak perlu ditakuti. Hal ini bergantung pada beberapa faktor, antara lain :

1. Patogenitas kuman penyebab
2. Cara penularan
3. Keadaan sosial ekonomi
4. Higiene dan sanitasi
5. Varian genetik yang berhubungan dengan kerentanan
6. Sumber penularan
7. Daya tahan tubuh

Sumber penyebaran infeksi hanyalah manusia, meskipun masih dipikirkan kemungkinan manusia. Penyakit kusta kebanyakan terdapat di daerah tropis dan subtropis yang panas dan lembap, kemungkinan karena perkembangan bakteri sesuai dengan iklim tersebut. Di samping itu, faktor kebersihan individu sangat berpengaruh terhadap penyakit ini.

Sesuai dengan pendapat umum bahwa kuman kusta kebanyakan masuk melalui kulit (terutama bila ada luka), maka lesi atau tanda pertama kusta kebanyakan terdapat pada suatu tempat di kulit. Tanda awal sering berupa bercak keputihan (makula hipopigmentasi) dengan batas yang kadang kurang jelas dan sensasi yang mulai atau sudah hilang (hipo- atau anestesi). Tanda demikian disebut penderita ini akan menjadi tipe T atau L.

Sebagai pedoman umum untuk mendiagnosa penyakit kusta, Departemen Kesehatan melalui Direktorat PPM & PL menetapkan penderita kusta adalah orang yang mempunyai satu atau lebih tanda-tanda pasti (*cardinal sign*) kusta yang ditemukan pada waktu pemeriksaan klinis (Rahariyani, 2008).

2.1.4 Tipe dan Bentuk Kusta

Ridley dan Jopling (1960) dalam (Rahariyani, 2008), dalam buku ilmu penyakit kulit dan kelamin, Fakultas Kedokteran UI, tahun 2001 memperkenalkan istilah determinan spektrum pada penyakit kusta yang terdiri atas pelbagai tipe atau bentuk, yaitu :

TT : Tuberkuloid polar, merupakan bentuk yang stabil tidak mungkin berubah

Ti : Tuberkuloid indefinit

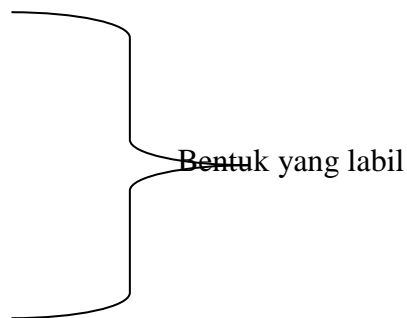
BT : Borderline tuberculoid

BB : Mid borderline

BL : Borderline lepromatous

Li : Lepromatosa indefinit

LL : Lepromatosa polar, bentuk yang stabil



Tipe Ti dan Li disebut tipe borderline atau campuran, yang berarti campuran antara tuberkuloid dan lepromatosa. BB adalah tipe campuran yang terdiri dari 50% tuberkuloid dan 50% lepromatosa. BT dan Ti lebih banyak tuberkuloidnya, sedangkan BL dan Li lebih banyak lepromatosanya. Tipe-tipe campuran ini adalah tipe yang labil, yang dapat dengan bebas beralih tipe, baik ke arah TT maupun ke arah LL.

Penyakit kusta dibagi menjadi 5 kelompok yang didasarkan pada klasifikasi menurut Ridley dan Jopling (1960, dalam (Eldiansyah, 2015). Kusta dibedakan menjadi tipe tuberkuloid (TT), borderline tuberculoid (BT), mid borderline (BB), borderline lepromatous (BL), dan lepromatosa (LL). Klasifikasi ini didasarkan pada gambaran klinik, bakteriologik, histopatologik, dan imunologik.

- a. Tuberkuloid (TT) Lesi yang terjadi pada jenis ini biasanya mengenai kulit atau saraf. Lesi kulit bisa berjumlah satu atau lebih. Ukuran lesi ini umumnya 3-30 cm. Lesi kulit dapat berupa makula, plak, dengan batas jelas, dan biasanya pada bagian tengah ditemukan lesi yang regresi atau central healing. Permukaan lesi dapat berupa sisik, dengan bagian tepi meninggi dan dapat menyerupai gambaran psoriasis. Lesi pada tipe ini dapat disertai dengan penebalan saraf perifer yang biasanya teraba, kelemahan, dan adanya rasa gatal. Kusta dengan tipe TT ini dapat menyebabkan kecacatan pada klien kusta.
- b. Borderline tuberculoid (BT) Kusta tipe BT ini, lesi biasanya berupa makula anastesi yang disertai dengan lesi satelit dipinggirnya dengan jumlah lesi satu atau beberapa. Lesi satelit tersebut biasanya terletak dekat dengan bagian saraf perifer menebal. Gambaran hipopigmentasi, kekeringan kulit atau skuama tidak jelas pada tipe ini. Gangguan saraf yang terjadi juga tidak seberat dengan tipe tuberkuloid dan biasanya asimetrik.
- c. Mid borderline (BB) Tipe ini merupakan tipe yang paling tidak stabil. Tipe ini jarang dijumpai pada klien kusta. Lesi yang terjadi pada tipe ini biasanya berbentuk makula infiltrat dengan permukaan lesi mengkilat. Batas lesi pada tipe ini kurang jelas dengan jumlah lesi yang melebihi tipe BT dan cenderung simetrik. Lesi yang terbentuk sangat bervariasi baik ukuran, bentuk, maupun distribusinya. Ciri khas dari lesi tipe ini adalah adanya lesi *punch out* (hipopigmentasi yang oval pada bagian tengah dan batas jelas).
- d. Borderline lepromatous (BL) Tipe BL ini memiliki lesi awal yang berbentuk makula dengan jumlahnya sedikit namun cepat menyebar ke seluruh badan. Makula pada tipe ini terlihat lebih jelas dan dengan bentuk yang bervariasi.

Meskipun ukurannya masih kecil, kapul dan nodus lebih tegas dengan distribusi lesi yang hampir simetris dan beberapa nodus tampak melekok pada bagian tengah. Lesi bagian tangan pada tipe ini biasanya tampak normal dengan pinggir dalam infiltrat lebih jelas daripada pinggir luarnya serta beberapa plak tampak seperti *punch out*. Pada tipe BL ini dapat dijumpai adanya beberapa tanda kerusakan pada saraf seperti hilangnya sensasi, hipopigmentasi, berkurangnya keringat mulai muncul, gugurnya rambut lebih cepat muncul dibandingkan dengan tipe lepromatous, dan terjadi penebalan saraf yang dapat teraba pada tempat predileksi di kulit.

- e. Lepromatosa (LL) Tipe ini memiliki lesi yang sangat banyak dibandingkan dengan kusta tipe lainnya. Pada tipe ini, lesi simetrik dengan permukaan yang halus, mengkilat, dan dengan batas yang tidak tegas atau kabur. Pada lesi tipe ini tidak ditemukan gangguan anastesi dan anhidrosis pada stadium dini. Distribusi lesi pada tipe ini memiliki ciri khas yaitu di daerah wajah mengenai dahi, dagu, pelipis, cuping hidung, dan cuping telinga serta pada daerah badan biasanya mengenai bagian belakang yang dingin, lengan, punggung tangan, dan ekstensor tungkai bawah.

Pada stadium lanjut biasanya akan tampak adanya penebalan kulit yang progresif, garis muka menjadi kasar dan cekung membentuk fasies leonina, dan cuping telinga menebal. Jika keadaan tersebut berlanjut dapat terjadi deformitas pada hidung, pembesaran kelenjar limfe, orkitis yang selanjutnya dapat menjadi atrofi testis. Kerusakan pada saraf dermis dapat menyebabkan gejala yang disebut *stocking and glove anaesthesia*. Kerusakan saraf juga dapat

menyebabkan serabut-serabut saraf perifer mengalami degenerasi hialin dan menyebabkan pengecilan otot kaki dan tangan.

Menurut WHO, kusta dibagi menjadi multibasiler dan pausibasiler.

1. Multibasiler (MB) berarti mengandung banyak basil. Tipenya adanya BB, BL, dan LL.
2. Pausibasiler (PB) berarti mengandung sedikit basil. Tipenya adalah TT, BT, dan I.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Tiga gejala utama (*cardinal sign*) penyakit kusta adalah :

1. Makula hipopigmentasi atau anestesi pada kulit
2. Kerusakan syaraf perifer
3. Hasil pemeriksaan laboratorium dari kerusakan kulit menunjukkan BTA positif

Tabel 2.1 Tanda dan Gejala Kusta

Kelainan Kulit dan Hasil Pemeriksaan Bakteriologis	PB	MB
1. Bercak (makula) <ol style="list-style-type: none"> a. Jumlah b. Ukuran c. Distribusi d. Konsistensi e. Batas f. Kehilangan sensasi rasa pada area bercak g. Kehilangan kemampuan berkeringat, bulu rontok pada area bercak 	1-5 Kecil dan besar Unilateral atau bilateral asimetris Kering dan kasar Tegas Selalu ada dan jelas Bercak tidak berkeringat, bulu rontok pada area bercak	Banyak Kecil-kecil Bilateral, simetris Halus, berkilat Kurang tegas Biasanya tidak jelas; jika ada, terjadi pada yang sudah lanjut Bercak masih berkeringat, bulu tidak rontok
2. Infiltrat <ol style="list-style-type: none"> a. Kulit b. Membran 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	‘central healing’ (penyembuhan di tengah)	1. Lesi ‘ <i>punched out</i> ’ 2. Madarosis 3. Ginekomastia 4. Hidung pelana 5. Suara sengau
4. Nodus	Tidak ada	Kadang-kadang ada
5. Penebalan saraf perifer	Lebih sering terjadi dini, asimetris	Terjadi pada penyakit lanjut biasanya lebih dari satu dan simetris
6. Deformitas (cacat)	Biasanya asimetris, terjadi dini	Terjadi pada stadium lanjut
7. Apusan	BTA negatif	BTA positif

Sumber : Widoyono (2011) dalam Depkes RI, Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta (1998)

Menurut Marwali (1990, dalam Rahariyani, 2008) Tuberkuloid polar (TT) terjadi pada penderita dengan resistensi tubuh cukup tinggi. Tipe TT adalah bentuk yang stabil. Gambaran histopatologisnya menunjukkan granuloma epiteloid dengan banyak sel limfosit dan sel raksasa, zona epidermal yang bebas, erosi epidermis karena gangguan pada saraf kulit yang sering disertai penebalan serabut saraf. Karena resistensi tubuh cukup tinggi, amaka infiltrasi kuman akan terbatas dan lesi yang muncul terlokalisasi di bawah kulit dengan gejala :

1. Hipopigmentasi karena stratum basal yang mengandung pigmen rusak.
2. Hipo- atau anestesi karena ujung-ujung saraf rusak. Adanya anhidrasi karena kelenjar-kelenjar keringat rusak. Kadang rambut rontok karena kerusakan dipangkal rambut.
3. Batas tegas karena kerusakan terbatas

Lepromatosa klasik (LL) terjadi pada penderita dengan imunitas (daya tahan) tubuh lemah / tidak ada. Tipe ini mudah dikenali pada penderita : lesi biasanya bilateral dengan jumlah yang banyak, permukaan lesi halus, cerah kemerahan (eritematosus), menebal, dan tersebar hampir ke seluruh tubuh, tidak anestetik, tidak anhidrotik (bentuk infiltratif), dapat berbentuk makula yang difus, uga papuler / noduler yang batasnya tidak jelas. Saraf jarang terganggu, selaput lendir hidung sering terserang. Infiltrasi di cuping telinga dan wajah menyebabkan garis wajah menjadi kasar sehingga wajah tampak seperti singa (*leonin face*). Alis dan bulu mata sering lepas, juga terdapat peruabahan anatomis pada hidung (hidung pelana). Kadang ditemukan pembesaran kelenjar limfe dan infiltrasi pada testis.

Sampai saat ini, penyakit kusta merupakan masalah yang serius dan memerlukan perhatian dari semua pihak, baik individu, masyarakat, pelayanan kesehatan, maupun dari pemerintah. Adapun tujuan utama program pemberantasan kusta adalah menyembuhkan penderita kusta, mencegah timbulnya kecacatan, serta memutus mata rantai penularan kusta, terutama tipe yang menular kepada orang lain untuk menurunkan insiden penyakit (Rahariyani, 2008).

2.1.6 Pengobatan Kusta

Jenis pengobatan yang diberikan pada penderita kusta adalah sebagai berikut :

1. Tipe pausibasiler (PB). Jenis obat dan dosis untuk orang dewasa:
 - a. Rifampisin 600 mg/bulan diminum di depan petugas.
 - b. DDS tablet 100 mg/hari diminum di rumah.

Pengobatan 6 dosis diselesaikan dalam 6-9 bulan. Setelah selesai, pasien dinyatakan RFT (release from treatment [berhenti minum obat kusta]) meskipun secara klinis lesinya masih aktif. Menurut WHO (1995), pasien tidak lagi dinyatakan RFT, melainkan dengan istilah *completion of treatment cure* dan pasien tidak lagi dalam pengawasan.

2. Tipe multibasiler (MB). Jenis obat dan dosis untuk orang dewasa :
 - a. Rifampisin 600 mg/ bulan diminum di depan petugas
 - b. Klofazimin 300 mg/ bulan diminum di depan petugas, dilanjutkan dengan klofazimin 50 mg/ hari diminum di rumah.
 - c. DDS tablet 100 mg/ hari diminum di rumah.

Pengobatan 24 dosis diselesaikan dalam waktu maksimal 36 bulan. Sesudah selesai minum 24 dosis, pasien dinyatakan RFT, meskipun secara klinis lesinya

masih aktif dan pemeriksaan bakteri positif. Menurut WHO (1998), pengobatan MB diberikan untuk 12 dosis yang diselesaikan dalam 12-18 bulan dan pasien langsung dinyatakan RFT (Rahariyani, 2008).

2.1.7 Masalah yang Ditimbulkan Kusta

Penyakit kusta merupakan permasalahan yang kompleks karena masalah yang ditimbulkan tidak hanya dari segi medis saja, melainkan juga adanya masalah psikososial yang diakibatkan. Masalah-masalah tersebut jika tidak diatasi dan ditanggulangi dengan baik, maka akan mengakibatkan para penderita kusta menjadi tuna sosial, tuna wisma, dan tuna karya. Dampak sosial yang diakibatkan penyakit kusta ini yang sedemikian besar, sehingga menimbulkan keresahan baik pada penderita, keluarganya, maupun masyarakat sekitar. Akhirnya muncullah leprophobia, yang merupakan rasa takut yang berlebihan terhadap kusta. Leprophobia muncul karena adanya anggapan yang salah dari masyarakat tentang penyakit kusta. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan bahwa masalah kusta kini telah beralih dari masalah kesehatan menjadi masalah sosial (Zulkifli, 2003). (Zulkifli, 2003) dalam artikelnya menyebutkan beberapa masalah yang ditimbulkan akibat penyakit kusta. Seseorang yang merasa bahwa dirinya menderita kusta, ia akan mengalami trauma psikis yang nantinya dapat mengakibatkan beberapa hal, antara lain sebagai berikut:

- a. Dengan segera ia akan mencari pertolongan pengobatan.
- b. Menunda waktu karena tidak tahu bahwa penyakit yang diderita adalah kusta atau dia telah mengetahui kondisinya namun ia merasa malu dengan penyakit
- c. Menyembunyikan diri dari masyarakat sekelilingnya karena rasa minder atau tidak percaya diri.

Penyakit kusta yang merupakan salah satu penyakit yang sangat berdampak pada penderitanya karena penyakit tersebut dapat menimbulkan kecacatan yang akhirnya munculnya stigma dari masyarakat. Munculnya stigma di masyarakat semakin memperburuk kondisi psikis penderita, sehingga penderita cenderung enggan menjalani pengobatan karena tidak kuatnya mereka menahan tekanan batin yang ditimbulkan karena adanya stigma. Hal ini justru semakin memperburuk kondisi fisik mereka yang semakin lama bakteri kusta menggerogoti mereka secara perlahan bila tidak ditangani dengan cepat dan baik, akibatnya yakni berupa kecacatan dalam berbagai bentuk yang sangat mengerikan dan memperburuk kondisinya. Kondisi penderita kusta yang seperti ini yang menyebabkan masyarakat sulit menerima keberadaan mereka. Stigma yang diberikan kepada penderita kusta menyebabkan mereka dikucilkan dari lingkungan sekitar, akibatnya pun mereka harus menanggung berbagai konsekuensi sosial seperti kesulitan mencari pekerjaan, mendapatkan perbedaan sikap dalam pelayanan kesehatan, bahkan tak jarang para penderita kusta seolah-olah tidak dimanusiakan oleh sekitarnya. Stigma yang kuat dari masyarakat menyebabkan terlambatnya deteksi dini penyakit kusta, padahal penyakit kusta ini dapat dicegah dan disembuhkan tanpa cacat jika ditemukan sedini mungkin, terlebih lagi obat yang diberikan merupakan obat gratis yang telah disediakan di setiap puskesmas. Rendahnya pengetahuan masyarakat dan adanya stigma mengenai penyakit kusta menyebabkan terlambatnya deteksi dini kusta, dan hal ini dapat berakibat pada keterlambatan penanganan kusta. Terlebih lagi jika para penderita kusta baru memeriksakan diri setelah timbul ulkus ataupun cacat tingkat

1, hal tersebut dapat menyebabkan adanya kemungkinan mereka menjadi cacat tingkat 2 jika mereka tidak melakukan perawatan diri secara baik.

2.2 Konsep Kualitas Hidup

2.2.1 Definisi Kualitas Hidup

Konsep kualitas hidup diperkenalkan pertama kali dalam bidang kesehatan ketika hasil akhir (*outcome*) tatalaksana kedokteran tradisional berupa mortalitas dan morbiditas dipandang terlalu sempit. Indikator tersebut dinilai belum mencakup potensi hasil akhir lain yang cukup luas, yang berhubungan dengan kesehatan. Dalam bidang dermatologi, penyakit kulit kronis, misalnya kusta berhubungan dengan gangguan yang bermakna terhadap kehidupan pasien sehari-hari. Dampak penyakit kulit terhadap kualitas hidup pasien penting diketahui untuk menilai keparahan penyakit, evaluasi pengobatan, pengambilan keputusan dalam tatalaksana, dan kepentingan penelitian dalam pelayanan kesehatan (Astriningrum dkk, 2013).

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem nilai yang ada yang terkait dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian. Kualitas hidup merupakan suatu konsep yang sangat luas yang dipengaruhi kondisi fisik individu, psikologis, tingkat kemandirian, serta hubungan individu dengan lingkungan (Yuliati dkk, 2014).

Kualitas hidup yang menggambarkan kelompok pasien atau daerah juga relevan di dalam penilaian kebutuhan kesehatan populasi. Indikator kesehatan secara konvensional tidak memasukkan analisis mengenai keadaan yang tidak sehat atau distorsi oleh permintaan klinis dan faktor persediaan. Evaluasi

efektivitas dan penilaian kebutuhan kesehatan sering diperlukan memotong area program dan perawatan yang luas, terkait dengan alokasi sumber daya (Brooks & Anderson, 2007).

Kualitas hidup memiliki maksud sebagai usaha untuk membawa penilaian memperoleh kesehatan. Berdasarkan klinis, kualitas hidup telah menjadi pokok bahasan sehubungan dengan penggunaan instrumen terkait keadaan kesehatan yang mengukur kepuasan pasien dan manfaat fisiologis. Suatu konsep total kesehatan manusia menggabungkan keduanya yakni faktor fisik dan mental.

Kualitas instrumen kehidupan seperti usaha pengaturan untuk meningkatkan pada pengukuran klinis sederhana yang sulit untuk mencerminkan kualitas kehidupan, akibat yang merugikan dari perawatan kesehatan yang didapatkan, gaya hidup pasien tertentu yang mungkin perlu penyesuaian dan pembatasan terkait dengan kondisi kesehatan yang ada. Kualitas hidup terkait kesehatan yang terdahulu, memiliki konsep untuk mengetahui situasi individu secara aktual yang dihubungkan dengan harapan individu tersebut mengenai kesehatannya. Pemakaian konsep yang terdahulu, memiliki variasi hasil jawaban yang tinggi, dan bersifat reaktif terhadap pengaruh eksternal terhadap lama menderita penyakit dan dukungan sekitar (Beaudoin & Edgar, 2003).

Menurut John *et al* (2004, dalam Nursalam 2017) kualitas hidup dengan konsep yang saat ini digunakan secara umum, merupakan analisis dari hasil kuesioner yang dilakukan pada pasien, yang bersifat multidimensi dan mencakup keadaan secara fisik, sosial, emosional, kognitif, hubungan dengan peran atau pekerjaan yang dijalani, dan aspek spiritual yang dikaitkan dengan variasi gejala

penyakit, terapi yang didapatkan, beserta dampak serta kondisi medis, dan dampak secara finansial.

2.2.2 Pengukuran Kualitas Hidup

WHOQOL-BREF menghasilkan kualitas profil hidup adalah mungkin untuk menurunkan empat skor domain. Keempat skor domain menunjukkan sebuah persepsi individu tentang kualitas kehidupan di setiap domain tertentu. Domain skor berskalakan ke arah yang positif (yaitu skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup lebih tinggi). Biasanya seperti cakupan indeks antara 0 (mati) dan 1 (kesehatan sempurna). Semua skala dan faktor tunggal diukur dalam rentang skor 0-100. Nilai skala yang tinggi mewakili tingkat respons yang lebih tinggi. Jadi nilai tinggi untuk mewakili skala fungsional tinggi atau tingkat kesehatan yang lebih baik; nilai yang tinggi untuk status kesehatan umum atau QoL menunjukkan QoL yang tinggi; tetapi nilai tinggi untuk skala gejala menunjukkan tingginya simptomatologi atau masalah. Dengan menggunakan teknik Tem Trade Off (TTO) dimana 0 menunjukkan kematian dan 100 menunjukkan lebih buruk dari mati (Nursalam, 2017). Menurut WHO (2004) terdapat 26 pertanyaan yang terdiri dari 7 pertanyaan untuk domain fisik, 6 pertanyaan untuk domain psikologis, 3 pertanyaan untuk domain social dan 8 pertanyaan untuk domain psikologis.

Rating scale (RS) mengukur QoL dengan cara yang sangat mudah, RS menanyakan QoL, secara langsung sebagai sebuah titik dari 0 yang berhubungan dengan kematian. Dan kurang dari 100, yang berhubungan dengan kesehatan yang sempurna.

2.2.3 Domain QoL (Quality of Life) Menurut WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life)

Menurut WHO (1996, dalam Nursalam 2017) ada empat domain yang dijadikan parameter untuk mengetahui kualitas hidup. Setiap domain dijabarkan dalam beberapa aspek yaitu:

1. Domain kesehatan fisik, yang dijabarkan dalam beberapa aspek, sebagai berikut.
 - a. Kegiatan kehidupan sehari-hari
 - b. Ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis
 - c. Energi dan kelelahan
 - d. Mobilitas
 - e. Rasa sakit dan ketidaknyamanan
 - f. Tidur dan istirahat
 - g. Kapasitas kerja
2. Domain psikologis, yang dijabarkan dalam beberapa aspek sebagai berikut.
 - a. Bentuk dan tampilan tubuh
 - b. Perasaan negatif
 - c. Perasaan positif
 - d. Penghargaan diri
 - e. Spiritualitas agama atau keyakinan pribadi
 - f. Berpikir, belajar, memori dan konsentrasi
3. Domain hubungan sosial, yang dijabarkan dalam beberapa aspek, sebagai berikut.
 - a. Hubungan pribadi

- b. Dukungan sosial
 - c. Aktivitas seksual
4. Domain lingkungan, yang dijabarkan dalam beberapa aspek, sebagai berikut.
- a. Sumber daya keuangan
 - b. Kebebasan, keamanan, dan kenyamanan fisik
 - c. Kesehatan dan kepedulian sosial : aksesibilitas dan kualitas
 - d. Lingkungan rumah
 - e. Peluang untuk memperoleh informasi dan ketrampilan baru
 - f. Partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi dan ketrampilan baru
 - g. Lingkungan fisik (polusi atau kebisingan atau lalu lintas atau iklim)
 - h. Transportasi

2.3 Konsep Kecacatan

2.3.1 Definisi Kecacatan

Kecacatan adalah berkurangnya suatu fungsi yang secara objektif yang dapat diukur/dilihat, karena adanya kehilangan/kelainan dari bagian tubuh/organ seseorang akibat dari suatu penyakit atau penyebab lain. Sebagian besar kecacatan yang dialami penderita kusta yakni terjadi akibat kusta yang menyerang saraf perifer. Terjadinya cacat tergantung dari fungsi serta saraf mana yang rusak. Kecacatan akibat penyakit kusta bisa terjadi melalui dua proses, yakni :

1. Infiltrasi langsung *M. Leprae* ke susunan saraf tepi dan organ (misalnya mata)
2. Melalui reaksi kusta secara umum fungsi saraf dikenal ada tiga macam fungsi saraf, yaitu fungsi motorik memberikan kekuatan pada otot, fungsi sensorik memberikan sensasi raba, dan fungsi otonom mengurus kelenjar keringat dan kelenjar minyak. Menurut Wisnu dan Hadilukito dalam (Susanto, 2006),

bakteri kusta (*M. Leprae*) dapat mengakibatkan kerusakan saraf sensoris, otonom dan motorik. Kecacatan yang terjadi ini tergantung pada komponen saraf apa yang terkena apakah pada saraf sensoris, motoris, otonom atau bahkan kombinasi dari ketiganya. Anestesi akan terjadi pada saraf sensoris sehingga terjadi luka tusuk, luka sayat dan luka bakar dan gangguan kelenjar keringat akan terjadi pada saraf otonom sehingga menyebabkan kulit menjadi kering.

Hal ini dapat mengakibatkan kulit mudah retak-retak dan dapat terjadi infeksi sekunder. Kelemahan atau paralisis akan terjadi pada saraf motorik yang nantinya dapat mengakibatkan terjadinya deformitas sendi. Berdasarkan patogenesisnya, susunan saraf yang terkena akibat penyakit kusta ini yakni susunan saraf perifer, khususnya beberapa saraf seperti berikut ini: saraf facialis, radialis, ulnaris, poplitea lateralis (*peroneus communis*) dan tibialis posterior. Kerusakan baik pada fungsi sensoris, motoris ataupun otonom dari saraf-saraf tersebut, secara spesifik memperlihatkan gambaran kecacatan yang khas.

2.3.2 Klasifikasi Kecacatan

Menurut Rahayuningsih (Rahayuningsih *et al.*, 2012), setiap penderita yang baru saja ditemukan harus dicatat terlebih dahulu tingkat kecacatannya. Setiap organ tubuh diberi tingkat cacat sendiri-sendiri. Tingkat cacat ini juga dipergunakan untuk menilai kualitas penanganan kecacatan yang akan dilakukan oleh petugas, serta untuk menilai kualitas penemuan dengan melihat proporsi cacat tingkat 2 diantara penderita baru. Berikut merupakan klasifikasi tingkat kecacatan di Indonesia :

Tabel 2.2 Klasifikasi tingkat kecacatan di Indonesia

Tingkat	Mata	Telapak Tangan / Kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata akibat kusta (termasuk visus)	Tidak ada anastesi dan kelainan anatomis
1	Ada kelainan pada mata, tetapi tidak terlihat, dan visus sedikit berkurang	Anatesi, kelemahan otot (tidak ada cacat/ kerusakan yang kelihatan akibat kusta)
2	Ada lagophthalmus dan visus sangat terganggu	Ada cacat atau kerusakan yang kelihatan akibat kusta, misal ulkus, jari kiting, atau kaki simper.

Sumber : (Rahayuningsih *et al.*, 2012)

- a. Cacat tingkat 0 berarti tidak ada cacat.
- b. Cacat tingkat 1 adalah cacat yang disebabkan oleh kerusakan saraf sensorik yang tidak terlihat seperti hilangnya rasa raba pada kornea mata, telapak tangan, dan telapak kaki. Gangguan fungsi sensorik pada mata tidak diperiksa di lapangan oleh karena itu tidak ada cacat tingkat 1 pada mata. Cacat tingkat 1 pada telapak kaki berisiko terjadinya ulkus plantaris, namun dengan perawatan diri secara rutin risiko ulkus dapat dicegah. Mati rasa pada bercak bukan merupakan cacat tingkat 1 karena bukan disebabkan oleh kerusakan saraf perifer utama tetapi rusaknya saraf lokal kecil pada kulit.
- c. Cacat tingkat 2 berarti cacat atau kerusakan yang terlihat. Untuk mata tidak mampu menutup mata dengan rapat (lagophthalmos), kemerahan yang jelas pada mata (terjadi pada ulserasi kornea/uveitis), dan gangguan penglihatan berat atau kebutaan. Untuk tangan dan kaki terdapat luka atau ulkus di telapak, deformitas yang disebabkan oleh kelumpuhan otot (semper/jari

kontraktur) dan atau hilangnya jaringan atau reabsorpsi parsial dari jari-jari
Kemenkes RI (2012, dalam (Eldiansyah, 2015).

Penilaian pada kecacatan yang dialami oleh penderita kusta dapat menggunakan skor yang disebut *Eye Hand Foot* (EHF). Cara penilaian EHF *score* yaitu dengan cara menjumlahkan angka cacat pada bagian tubuh yang dinilai yaitu mata, tangan dan kaki (Jannine & Bassey, 2007).

2.3.3 Pencegahan Kecacatan

Upaya pencegahan jauh lebih baik dan lebih ekonomis jika dibandingkan dengan upaya penanggulangan dalam hal penyakit apapun, terutama pada penyakit kusta. Kita ketahui bahwa penyakit kusta identik dengan kecacatan, oleh karena itu perlu dilakukan upaya pencegahan agar tidak menimbulkan kecacatan. Hal ini bertujuan agar tidak menambah stress psikis pada penderita. Upaya pencegahan ini harus dilakukan sedini mungkin, baik dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun oleh penderita itu sendiri dan pihak keluarganya. Kegiatan-kegiatan yang termasuk dalam upaya pencegahan cacat primer antara lain:

1. Diagnosis dini
2. Pengobatan secara teratur dan adekuat
3. Diagnosis dini dan penatalaksanaan neuritis, termasuk silent neuritis
4. Diagnosis dini dan penatalaksanaan reaksi

Terdapat beberapa langkah yang perlu dilakukan untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut yakni dengan melakukan pencatatan data dasar setiap pasien pada waktu registrasi. Untuk itu telah disediakan lembaran pencatatan pencegahan cacat yang perlu diisi dengan cermat. Menurut (Rahayuningsih *et al.*, 2012) pemeriksaan yang perlu dilakukan pada penderita antara lain :

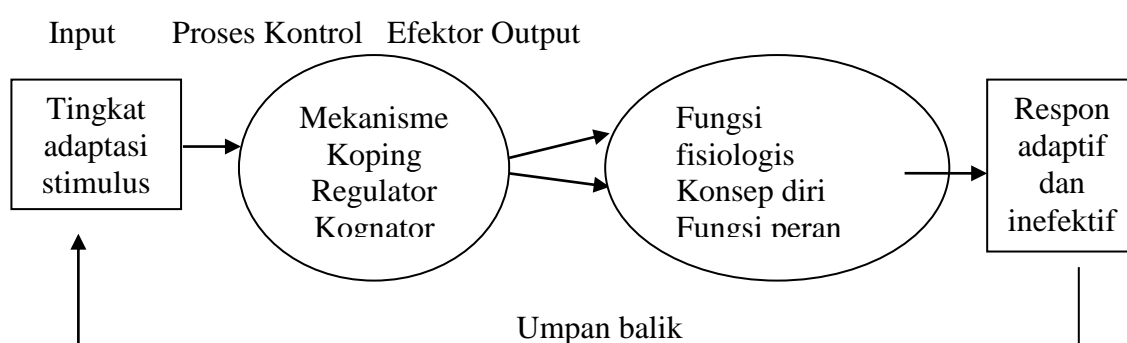
- a. Pemeriksaan mata, yakni pemeriksaan yang dilakukan dengan tujuan untuk melihat apakah mata penderita bisa berkedip secara teratur atau ada salah satu mata yang berkedip terlambat, serta pemeriksaan visus berkurang atau tidak.
- b. Pemeriksaan tangan, yakni pemeriksaan yang dilakukan dengan memeriksa nyeri tekan pada saraf yang dapat dilihat dari raut muka penderita. Saraf ulnaris dapat diraba di atas siku bagian dalam, kekuatan otot dan rasa raba.
- c. Pemeriksaan kaki, yakni pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan nyeri tekan pada saraf, kekuatan otot dan rasa raba. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut kemudian dilakukan tindakan :
 1. Menentukan apakah penderita sedang dalam keadaan reaksi berat yang perlu diobati dengan prednisone. Menentukan dan mengobati reaksi berat sedini mungkin merupakan salah satu aspek pencegahan yang terpenting.
 2. Bila penderita dengan reaksi berat tidak ditangani dengan cepat dan tepat, kemungkinan besar akan timbul cacat yang menetap.
 3. Mengajarkan cara merawat diri kepada penderita dengan cacat yang sudah menetap. Perlu dijelaskan pada penderita bahwa cacat yang menetap tidak dapat disembuhkan lagi karena sudah terlambat, namun perlu dilakukan upaya untuk mencegah kecacatan bertambah berat dengan melakukan perawatan terhadap diri sendiri.

2.4 Model Teori Keperawatan

Model Roy berfokus pada konsep adaptasi manusia. Konsep-konsepnya mengenai keperawatan manusia, kesehatan, dan lingkungan saling berhubungan dengan adaptasi sebagai konsep sentralnya. Manusia mengalami stimulus lingkungan secara terus menerus. Pada akhirnya, manusia memberikan respons

dan adaptasi pun terjadi. Respons ini dapat berupa respons adaptif ataupun respon inefektif. Respon adaptif meningkatkan integritas dan membantu manusia dalam mencapai tujuan adaptasi, yaitu untuk bertahan hidup, tumbuh, berkembangbiak, menguasai, serta transformasi seseorang dan lingkungannya. Hasilnya adalah pencapaian tingkat kesejahteraan optimal seseorang (Andrews & Roy, 1986; Randell, Tedrow, & Van Landingham, 1982; Roy, 1970, 1971, 1980, 1984; Roy & Roberts, 1981) (Hamid dan Ibrahim, 2017).

Sebagai suatu sistem terbuka, manusia menerima input atau stimulus baik dari lingkungan atau dalam diri sendiri. Tingkat adaptasi ditentukan oleh kombinasi efek stimulus fokal, kontekstual, dan residual. Adaptasi terjadi pada saat seseorang berespons secara positif terhadap perubahan lingkungan. Respons adaptif ini meningkatkan integritas seseorang, yang akan membawanya menuju sehat. Di gangguan integritas seseorang (Andrews & Roy, 1986; Randell, Tedrow, & Van Landingham, 1982; Roy, 1970, 1971, 1980, 1984; Roy & Roberts, 1981) (Hamid dan Ibrahim, 2017).

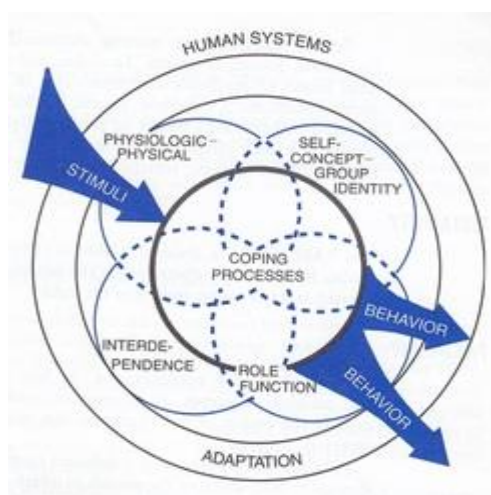


Gambar 2.1 Manusia sebagai sistem adaptif

Terdapat dua subsistem yang saling berhubungan dalam model Roy. Subsistem proses primer, fungsional, atau kontrol terdiri dari regulator dan kognator. Sedangkan subsistem sekunder dan efektor terdiri dari empat mode adaptif berikut

: (1) kebutuhan fisiologis, (2) konsep diri, (3) fungsi peran, dan (4) interpendensi (Andrews & Roy, 1986; Limandri, 1986; Mastal, Hammond, & Roberts, 1982; Meleis, 1985, 2007; Riehl & Roy, 1980; Roy, 1971, 1975).

Roy memandang regulator dan kognator sebagai metode coping. Subsistem coping regulator, dengan mode adaptif fisiologis, “berespons secara otomatis melalui proses coping neurologis, kimiawi, dan endokrin (Andrews & Roy, 1991, hal. 14). Subsistem coping kognator, dengan mode adaptif konsep diri, interpendensi, dan fungsi peran, “berespons melalui empat saluran kognitif-emosi yaitu : pemrosesan informasi yang diterima, pembelajaran, penilaian, dan emosi” (Andrews & Roy, 1991, hal.14). persepsi adalah interpretasi dari suatu stimulus. Persepsi menghubungkan regulator dengan kognator dalam hal “input terhadap regulator diubah menjadi persepsi. Persepsi adalah proses dari kognator. Respons-respons yang mengikuti suatu persepsi adalah umpan balik bagi kognator maupun regulator” (Gallingan, 1979, hal.67).



Gambar 2.2 Representasi diagram tentang sistem adaptasi manusia

Empat mode adaptif dari dua subsistem dalam model Roy memeberikan bentuk atau manifestasi dari aktivitas kognator dan regulator. Respons terhadap

stimulus dilakukan melalui empat mode adaptif. Mode adaptif fisiologi-fisik berhubungan dengan cara manusia berinteraksi dengan lingkungannya melalui proses-proses fisiologis untuk memenuhi kebutuhan dasar akan oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, serta perlindungan. Mode adaptif konsep diri-identitas kelompok berhubungan dengan kebutuhan untuk mengetahui siapa diri ini dan bagaimana bertindak dalam masyarakat. Konsep diri individu didefinisikan oleh Roy sebagai “kumpulan keyakinan atau perasaan yang dimiliki individu mengenai ia atau dirinya pada waktu tertentu” (Roy & Andrews, 1999, hal. 49). Konsep diri individu terdiri dari atas diri secara fisik (sensasi tubuh dan citra tubuh) serta diri secara personal (konsistensi diri, ideal diri, dan moral-etik-spiritual diri). Mode adaptif, fungsi peran digambarkan sebagai peran primer, sekunder, dan tersier yang ditampilkan individu dalam masyarakat. Suatu peran merupakan harapan tentang bagaimana seseorang berperilaku terhadap orang lain. Mode adaptif interpendensi menggambarkan interaksi orang-orang dalam masyarakat. Tugas utama dari mode adaptif interpendensi adalah sebagai seseorang untuk memberi dan menerima cinta, rasa hormat, dan nilai. Komponen yang paling penting dari interpendensi adaptif adalah orang terdekat dari individu tersebut (misalnya pasangan, anak, teman atau Tuhan) serta sistem pendukung sosial yang dimilikinya. Manfaat dari keempat mode adaptif ini adalah untuk mencapai integritas fisiologis, psikososial, dan sosial. Empat mode adaptif ini saling berkaitan melalui persepsi (Roy & Andrews, 1999).

2.5 Hubungan Antar Konsep

Kusta merupakan penyakit kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* yang menyerang syaraf dan kulit. Penyakit kusta jika tidak

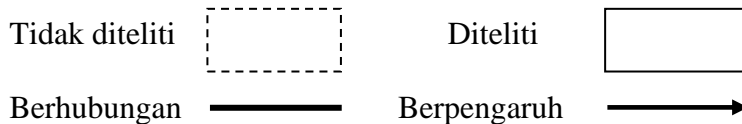
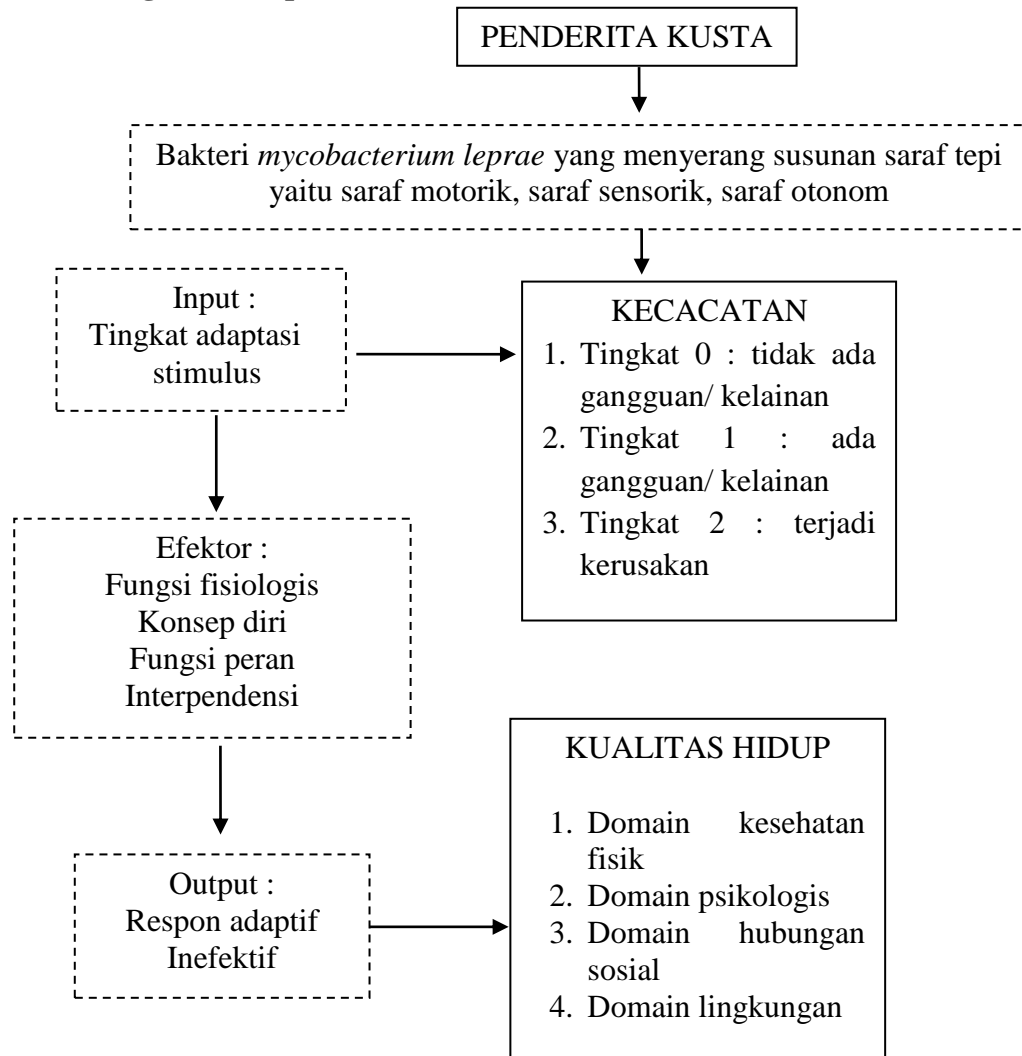
segera ditangani dengan benar dapat menimbulkan kerusakan kulit, saraf-saraf, anggota gerak dan mata pada penderitanya. Salah satu dampak bila penyakit kusta tidak segera ditangani adalah terjadinya kecacatan. Jika penyakit kronis ini sudah menyerang fisiologis tubuh maka hal ini dapat berimbas pada pola aktivitas sehari-hari dan akan menyebabkan penurunan kualitas hidup.

Model teori keperawatan Roy berfokus pada konsep adaptasi manusia. Manusia mengalami stimulus lingkungan secara terus menerus akhirnya manusia memberikan respons dan adaptasi pun terjadi. Respons ini dapat berupa respons adaptif ataupun respon inefektif. Respon adaptif meningkatkan integritas dan membantu manusia dalam mencapai tujuan adaptasi, yaitu untuk bertahan hidup, tumbuh, berkembangbiak, menguasai, serta transformasi seseorang dan lingkungannya. Hasilnya adalah pencapaian tingkat kesejahteraan optimal seseorang. Terdapat dua subsistem yang saling berhubungan dalam model Roy. Subsistem proses primer, fungsional, atau kontrol terdiri dari regulator dan kognator. Sedangkan subsistem sekunder dan efektor terdiri dari empat mode adaptif berikut : (1) kebutuhan fisiologis, (2) konsep diri, (3) fungsi peran, dan (4) interpendensi dan jika keempat dari mode adaptif tersebut terganggu karena seorang penderita mengalami kecacatan maka kualitas hidupnya juga akan terganggu karena keempat dari mode adaptif memiliki manfaat untuk mencapai integritas dari segi fisiologis, psikososial, dan sosial.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Modifikasi Teori Adaptasi Calista Roy Penelitian Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (*Quality of Life*) Pada Penderita Kusta Yang RFT (*Release From Treatment*) Di Babat Jerawat Benowo Surabaya

3.2 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah terdapat hubungan tingkat kejadian kecacatan dengan kualitas hidup (*Quality of Life*) pada penderita kusta yang RFT (*Release From Treatment*) di Babat Jerawat Benowo Surabaya.

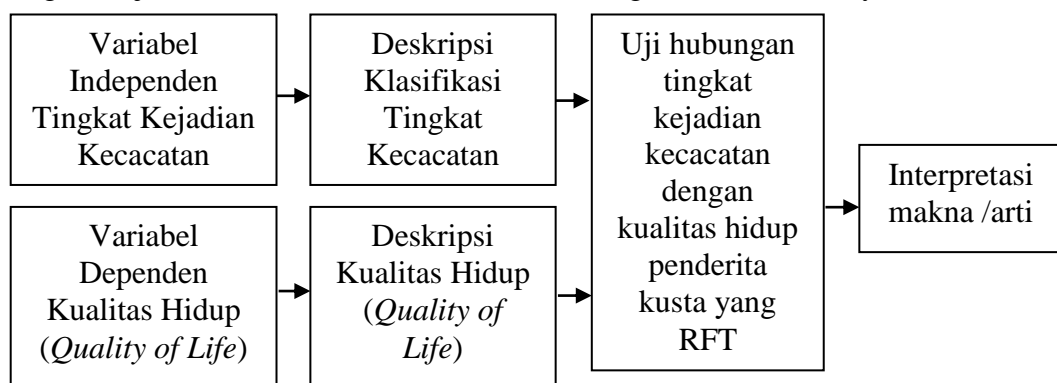
BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang metode yang akan digunakan dalam penelitian meliputi : 1) Desain Penelitian, 2) Waktu dan tempat Penelitian, 3) Kerangka Kerja, 4) Populasi, Sampel, dan Sampling Desain, 5) Identifikasi Variabel, 6) Definisi Operasional, 7) Pengumpulan, Pengolahan, dan Analisis Data, dan 8) Etika Penelitian.

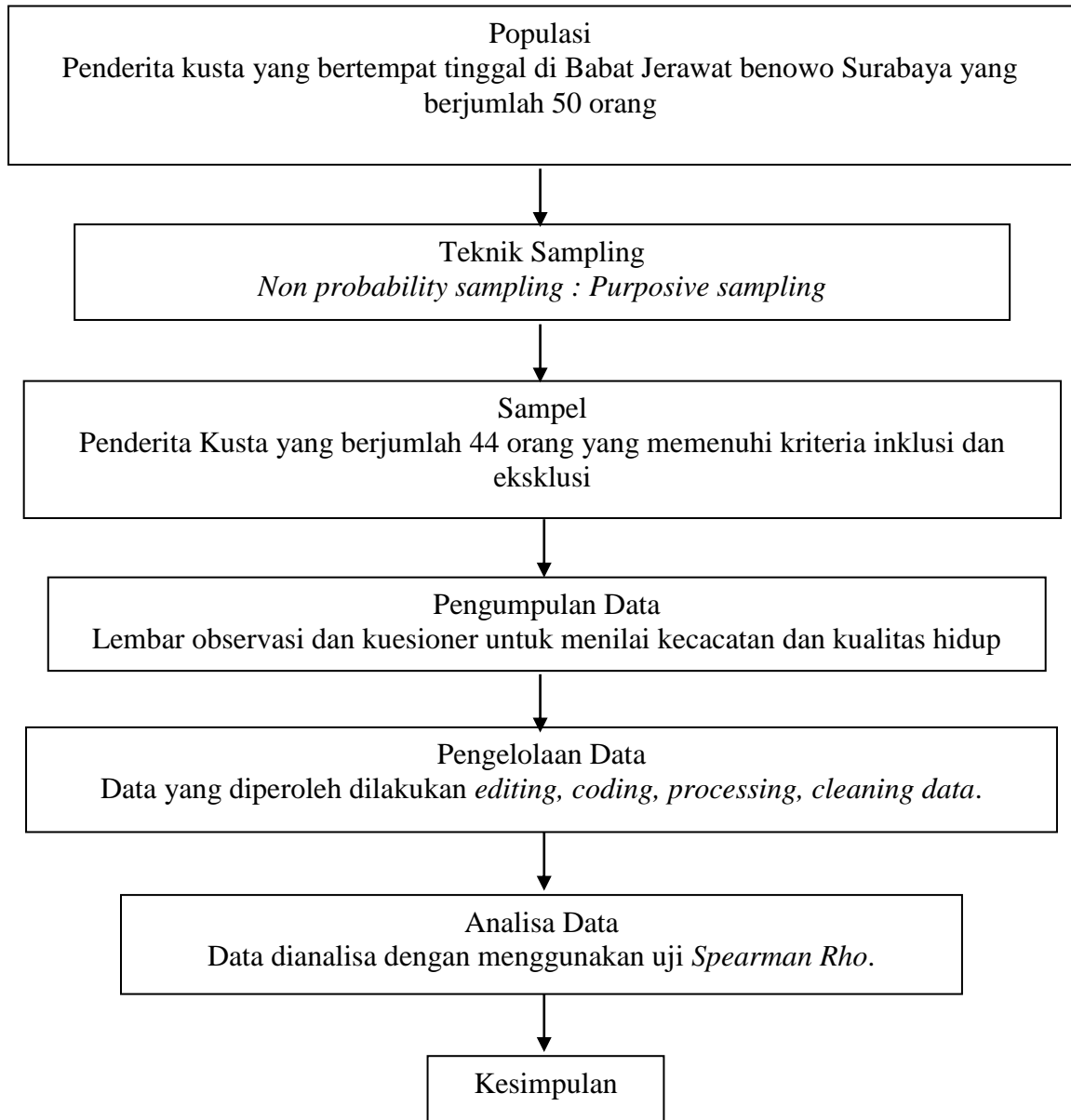
4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian untuk menganalisa hubungan antara tingkat kejadian kecacatan dengan kualitas hidup penderita kusta yang RFT (*Release From Treatment*) di Babat Jerawat Benowo Surabaya adalah dengan menggunakan desain penelitian *observasional analitik* dengan rancang bangun penelitian *cross sectional*. Jenis penelitian ini menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel hanya pada satu kali pada satu saat, artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dari pengukuran dilakukan terhadap kualitas hidup dan tingkat kejadian kecacatan untuk mencari hubungan antara keduanya.



Gambar 4.1 Desain Penelitian *Observasional Analitik* Dengan Pendekatan *Cross Sectional*

4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.2 Kerangka Kerja Penelitian Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (*Quality of Life*) Pada Penderita Kusta Yang RFT (*Release From Treatment*) Di Babat Jerawat Benowo Surabaya

4.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 26 Mei di Liponsos Babat Jerawat Benowo Surabaya.

4.4 Populasi, Sampel, dan Sampling Desain

4.4.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita kusta yang bertempat tinggal di Babat Jerawat Benowo Surabaya yang berjumlah 50 orang.

4.4.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah penderita kusta usia produktif (15-64 tahun) yang berjumlah 44 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang memenuhi syarat sampel. Kriteria dalam penelitian ini adalah:

1. Kriteria Inklusi
 - a. Seluruh penderita kusta yang mengalami kecacatan
 - b. Penderita kusta dengan usia produktif (15-64 tahun)
2. Kriteria Eksklusi
 - a. Penderita kusta yang sedang hamil
 - b. Penderita kusta yang berumur <15 tahun

4.4.3 Besar Sampel

Penderita kusta yang bertempat tinggal di Liponsos Babat Jerawat Benowo Surabaya berjumlah 50 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut menggunakan rumus :

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan:

n : Perkiraan Jumlah Sampel

N : Perkiraan besar Populasi

d : Tingkat Signifikansi (0.05)

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

$$n = \frac{50}{1 + 50 (0,05)^2}$$

$$n = 44,4$$

$$n = 44 \text{ responden (pembulatan)}$$

Jadi sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 44 pasien.

4.4.4 Teknik Sampling

Teknik sampling dalam penelitian ini yaitu menggunakan metode *non probability sampling* dengan menggunakan *purposive sampling*. Pemilihan sampel dengan simple random sampling adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara setiap populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk menjadi sampel.

4.5 Identifikasi Variabel

Pada penelitian ini terdapat dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat

4.5.1 Variabel Independen

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tingkat kejadian kecacatan.

4.5.2 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kualitas hidup (*Quality of Life*) penderita kusta.

4.6 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah menjelaskan semua variable dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional, sehingga mempermudah pembaca atau penguji dalam mengartikan makna penelitian (Nursalam, 2015).

Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (*Quality of Life*) Pada Penderita Kusta Yang RFT (*Release From Treatment*) Di Babat Jerawat Benowo Surabaya

Variabel	Definisi operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Tingkat Kejadian Kecacatan	Klasifikasi bentuk dari kecacatan yang dapat dilihat pada penderita kusta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mata (<i>Eye</i>) 2. Tangan (<i>Hand</i>) 3. Kaki (<i>Foot</i>) 	Lembar Observasi EHF (<i>Eye Hand Foot</i>) (WHO, 1998) Modification	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cacat tingkat 0 tidak ada kecacatan. 2. Cacat tingkat 1 terjadi gangguan fungsi sensorik seperti hilangnya rasa raba/ mati rasa. 3. Cacat tingkat 2 terjadi kerusakan di salah satu organ yang terlihat, untuk mata mengalami lagophthalmus, Untuk tangan dan kaki terjadi deformitas, pemendekan/mutilasi, terdapat ulkus.
Kualitas Hidup Penderita Kusta	Kriteria Kualitas hidup penderita kusta yang mengalami kecacatan	Kuesioner kualitas hidup yang berhubungan dengan <ol style="list-style-type: none"> 1. Domain fisik 2. Domain psikologis 3. Domain sosial 4. Domain lingkungan 	Kuesioner Kualitas Hidup WHOQOL-BREF (<i>World Health Organization Quality of Life</i>) (WHO, 2004)	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kualitas hidup buruk = 26-78 2. Kualitas hidup baik = 79-130

4.7 Pengumpulan, Pengolahan, dan Analisa Data

4.7.1 Pengumpulan Data

Data diperoleh dan dikumpulkan dengan data primer melalui data dari Liponsos Babat Jerawat Benowo Surabaya dengan lembar observasi dan kuesioner.

1. Instrument Penelitian

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini menggunakan lembar kuesioner dan observasi. Lembar kuesioner berisi tentang identitas responden dan beberapa pertanyaan yang terkait dengan kualitas hidup responden. Lembar observasi terdiri dari lembar pencatatan tentang tingkat kecacatan kusta. Observasi dilakukan dengan cara mengobservasi tingkat kecacatan yang dialami oleh responden yang dilakukan oleh observer (peneliti). Sedangkan lembar kuesioner disebarkan kepada responden yang akan diisi oleh responden dan setelah selesai akan dikembalikan kepada peneliti.

2. Prosedur pengumpulan data

Peneliti mengumpulkan data melalui proses berkelanjutan dengan melibatkan beberapa pihak dan cara yang sudah ditetapkan, yaitu :

1. Mengajukan surat perijinan penelitian dari institusi pendidikan program studi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya
2. Perijinan pengambilan data ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik dan Dinas Sosial Kota Surabaya

3. Perijinan pengambilan data di Liponsos Babat Jerawat Benowo Surabaya dan Pendekatan kepada responden dan menjelaskan kepada responden maksud serta tujuan penelitian yang akan dilakukan
4. Membagikan lembar *information for consent* dan *informed concent*
5. Melakukan observasi dan wawancara kepada responden untuk mengetahui tingkat kecacatan responden dan menuliskan pada lembar observasi
6. Peneliti membagikan kuesioner *Quality of Life* dan menjelaskan sesuai petunjuk untuk mengukur kualitas hidup responden penderita kusta
7. Mengecek kelengkapan dari semua hasil sudah diisi sesuai petunjuk.

4.7.2 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan proses untuk memperoleh data atau ringkasan data mentah dengan menggunakan rumus tertentu untuk menghasilkan informasi yang diperlukan (Setiadi, 2013). Setelah data terkumpul, tahap selanjutnya mengolah atau menganalisa data dengan cara sebagai berikut:

1. *Editing* (Pemeriksaan Data)

Editing adalah pemeriksaan daftar pertanyaan yang telah diserahkan responden (Setiadi, 2013). Peneliti mengoreksi kesesuaian antara kode responden dalam kuisisioner hubungan tingkat kejadian kecacatan dengan *quality of life* pada penderita kusta di Babat Jerawat Surabaya serta memeriksa secara keseluruhan jumlah kuisisioner yang terkumpul dan memastikan bahwa responden sudah memberikan tanda tangan dalam format persetujuan menjadi responden.

2. *Coding* (Memberi Kode)

Mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam bentuk angka/ bilangan. Biasanya klasifikasi dilakukan dengan cara memberi tanda/ kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban (Setiadi, 2013).

3. *Processing* (Pengolahan Data)

Peneliti mengolah data setelah semua kuisioner terisi dan terkumpul, kemudian peneliti memberikan kode setiap jawaban dan diolah menggunakan program komputer.

4. *Cleaning* (Pembersihan Data)

Cleaning merupakan pemeriksaan kembali data yang telah masuk ke dalam komputer agar saat melakukan analisa data tidak terjadi kesalahan (Setiadi, 2013). Data yang cocok dengan penelitian akan dimasukkan kedalam sistem komputer, dan data yang tidak cocok dengan penelitian akan di eliminasi.

4.7.3 Analisis Data

Analisa data merupakan kegiatan analisis yang meliputi persiapan, tabulasi, dan aplikasi data (Hidayat, 2012), digunakan untuk mengetahui distribusi dari masing-masing variabel dan untuk mengetahui hasil dari sebuah penelitian. Data hasil penelitian dianalisa dengan menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis (Hidayat, 2014). Setelah data terkumpul melalui kuisioner, data dicocokkan sesuai dengan variabel yang diteliti, kemudian dikelompokkan sesuai dengan jawaban yang ada.

1. Analisa *Univariat*

Analisa univariat merupakan distribusi dan presentase dari tiap variabel. Analisa univariat pada penelitian ini akan diuraikan hasil penelitian untuk dua variabel. Variabel pertama akan disajikan hasil penelitian distribusi tingkat kejadian kecacatan. Variabel kedua akan disajikan hasil penelitian dengan distribusi frekuensi yaitu kualitas hidup (*quality of life*).

2. Analisa *Bivariat*

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan tingkat kejadian kecacatan dengan kualitas hidup (*quality of life*) pada penderita kusta di Babat Jerawat Benowo Surabaya. Analisis pada penelitian ini menggunakan uji *chi square*. Pada penelitian ini kualitas hidup akan di hubungkan tingkat kejadian kecacatan, kemudian di uji *chi square* untuk mengetahui apakah ada hubungan tingkat kejadian kecacatan dengan kualitas hidup (*quality of life*) pada penderita kusta yang RFT (*Release From Treatment*) di Babat Jerawat Benowo Surabaya.

4.8 Etika penelitian

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat surat rekomendasi dari Stikes Hang Tuah Surabaya dan mendapat izin dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik dan Dinas Sosial Kota Surabaya yang selanjutnya diberikan oleh pengolah yayasan Liponsos Babat Jerawat Surabaya. Dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

1. Tanpa nama (*Anonimity*)

Peneliti tidak mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data yang diisi oleh responden untuk menjaga kerahasiaan identitas responden. Lembar tersebut diberi kode tertentu.

2. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subjek dijamin kerahasiaannya. Kelompok data tertentu saja yang hanya akan disajikan atau dilaporkan pada hasil riset.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan mengenai hasil penelitian dan pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian. Penyajian data terdiri dari gambaran umum lokasi penelitian, data umum (karakteristik responden), dan data khusus (variabel penelitian). Gambaran umum lokasi penelitian menampilkan deskripsi mengenai Pondok Sosial Babat Jerawat Benowo Surabaya sebagai lokasi pengambilan data. Data umum menampilkan karakteristik responden mengenai, usia responden, jenis kelamin responden, status pernikahan responden, pendidikan terakhir responden, pekerjaan responden, tipe kusta yang dialami oleh responden, lama responden mengalami kusta, dan pelaksanaan pengobatan rutin yang dilakukan oleh responden. Data khusus menampilkan tentang hubungan tingkat kejadian kecacatan dengan kualitas hidup (*quality of life*) pada penderita kusta di Babat Jerawat Benowo Surabaya. Hasil penelitian yang didapatkan kemudian dibahas dengan mengacu pada tujuan dan landasan teori pada bab 2.

5.1 Hasil Penelitian

Hasil pengambilan data yang dilakukan pada tanggal 26 Mei 2018 pada penderita kusta yang bertempat tinggal di Ponsos Babat Jerawat Benowo Surabaya dengan jumlah sampel 44 orang.

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah UPTD Liponsos Babat Jerawat Benowo Surabaya yang berada di jalan Raya Benowo 139 Pakal Surabaya, UPTD Liponsos Babat Jerawat merupakan salah satu dari lima UPTD yang

dikelola oleh Dinas Sosial Kota Surabaya yang khusus untuk menangani eks penderita kusta.

UPTD Babat Jerawat ini berbeda dengan UPTD lain yang sama-sama dikelola oleh Dinas Sosial, bahwa di UPTD Babat Jerawat ini tidak memiliki perawat atau pendamping. Orang yang merawat atau mendampingi para eks penderita kusta adalah suami atau istri mereka sendiri. Meskipun para eks penderita kusta harus bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidup, namun UPTD Babat Jerawat memberikan jaminan hidup berupa penyaluran kebutuhan makanan sehari-hari. Kebanyakan mereka bekerja dengan bercocok tanam, beternak, dan menjual barang bekas. Sampai saat ini terdapat kurang lebih 100 orang eks penderita kusta dan keluarganya yang tinggal disana. Sampai saat ini UPTD Babat Jerawat sudah bekerja sama dengan puskesmas setempat dan salah satu Rumah Sakit Kusta di daerah Pacet, Mojokerto. Setiap satu bulan sekali mereka rutin datang untuk memeriksa para eks penderita kusta. Liponsos Babat Jerawat ini bukan diperuntukkan untuk penderita kusta aktif.

Liponsos Babat Jerawat ini memiliki batas wilayah :

- a.Utara: Kelurahan Tambak Dono
- b.Selatan: Kecamatan Pakal
- c.Barat: Kelurahan Sumber Rejo
- d.Timur: Kelurahan Babat Jerawat

1. Pendahuluan Profil UPTD Liponsos Kusta Babat Jerawat

Dalam upaya memberikan pelayanan rehabilitasi social berbasis panti terhadap bekas penderita kusta sehingga mampu mendorong kemandirian serta dapat menjalankan fungsi sosialnya. Pemerintah Kota Surabaya membentuk UPTD Lingkungan Pondok Sosial Kusta Babat Jerawat berdasarkan Peraturan Walikota Surabaya Nomor 18 Tahun 2009.

2. Visi UPTD Liponsos Kusta Babat Jerawat

Perwujudan sistem dan kondisi sukuritas tata kehidupan social dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup eks penderita kusta.

3. Misi UPTD Liponsos Kusta Babat Jerawat

- a. Mewujudkan sistem, iklim tata kehidupan sosial aman, tertib dan tentram.
- b. Memberikan pelayanan rehabilitasi social untuk kesejahteraan masyarakat.
- c. Mengembangkan keterampilan yang bermanfaat bagi masyarakat.

4. Tujuan UPTD Liponsos Kusta Babat Jerawat

- a. Agar eks penderita kusta lebih percaya diri dalam bermasyarakat.
- b. Mengembalikan fungsi sosial sebagai insan yang bermanfaat.
- c. Tumbuhnya kesadaran masyarakat untuk menerima ditengah tengah kehidupan secara normal untuk mencegah terjadinya perbuatan menggelandang dan mengemis atau mengamen.

5. Persyaratan Pelayanan di UPTD Liponsos Kusta Babat Jerawat
 - a. Bekas penderita kusta miskin terlantar berusia 18 tahun ke atas yang telah terjaring dalam kegiatan rasia/penertiban terpadu dan telah ditampung di Liponsos Keputih.
 - b. Bekas penderita kusta miskin yang diserahkan oleh warga masyarakat dan pekerja sosial dengan memenuhi persyaratan :
 - a) Penduduk Kota Surabaya
 - b) Pria/Wanita minimal usia 18 tahun
 - c) Sudah tidak lagi mengidap penyakit kusta atau penyakit kronis.
6. Biaya di UPTD Liponsos Kusta Babat Jerawat

Selama mendapatkan pelayanan di UPTD Liponsos Kusta Babat Jerawat, bekas penderita kusta tidak dipungut biaya apapun.
7. Produk Pelayanan di UPTD Liponsos Kusta Babat Jerawat

Pelayanan rehabilitasi sosial dalam bentuk panti/asrama berupa pemenuhan kebutuhan permakanan, pemenuhan kebutuhan papan, dan penyelenggaraan terhadap bekas penderita kusta.
8. Sarana dan Prasarana di UPTD Liponsos Kusta Babat Jerawat

Luas tanah 14.000 m², yang terdiri dari :

 - a. Kantor
 - b. Aula
 - c. Barak
 - d. Musholla
 - e. Ruang Dapur

f. Ruang Ketrampilan

g. Kamar Mandi

Sarana Penunjang :

a. Ambulance

b. Rumah Kompos

5.1.2 Gambaran Umum Subyek Penelitian

Subyek pada penelitian ini adalah mantan penderita kusta yang bertempat tinggal di Liponsos Babat Jerawat Benowo Surabaya. Jumlah keseluruhan subyek penelitian adalah 44 mantan penderita kusta. Rata-rata responden penderita kusta tidak bias membaca dan menulis. Data demografi diperoleh melalui kuesioner yang ditanyakan responden.

5.1.3 Data Umum Hasil Penelitian

Data umum menampilkan data demografi dan distribusi responden dalam bentuk tabel yang meliputi usia responden, jenis kelamin responden, status pernikahan responden, pendidikan terakhir responden, pekerjaan responden, tipe kusta yang dialami oleh responden, lama responden mengalami kusta, dan pelaksanaan pengobatan rutin yang dilakukan oleh responden.

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Penderita Kusta Yang Bertempat Tinggal Di Babat Jerawat Benowo Surabaya Pada Tanggal 26 Mei 2018 (n=44).

No	Usia	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	35-45 tahun	10	22.7
2.	46-60 tahun	24	54.5
3.	61-80 tahun	9	20.5
4.	81-90 tahun	1	2.3
Total		44	100

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 44 responden, penderita kusta dengan usia antara 35-45 tahun sebanyak 10 orang (22.7%), usia antara 46-60 tahun sebanyak 24 orang (54.5%), usia antara 61-80 tahun sebanyak 9 orang (20.5%) dan usia antara 81-90 tahun sebanyak 1 orang (2.3%).

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Penderita Kusta Yang Bertempat Tinggal Di Babat Jerawat Benowo Surabaya Pada Tanggal 26 Mei 2018 (n=44).

No	Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1	Laki-laki	31	70.5
2	Perempuan	13	29.5
Total		44	100

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 44 responden, penderita kusta dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 31 orang (70.5%) dan jenis kelamin perempuan sebanyak 13 orang (29.5%).

3. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan

Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan Penderita Kusta Yang Bertempat Tinggal Di Babat Jerawat Benowo Surabaya Pada Tanggal 26 Mei 2018 (n=44).

No	Status Pernikahan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Menikah	40	90.9
2.	Belum Menikah	4	9.1
Total		44	100

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 44 responden, penderita kusta yang sudah menikah sebanyak 40 orang (90.9%) dan yang belum menikah sebanyak 4 orang (9.1%).

4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Penderita Kusta Yang Bertempat Tinggal Di Babat Jerawat Benowo Surabaya Pada Tanggal 26 Mei 2018 (n=44).

No	Pendidikan Terakhir	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Tidak Sekolah	8	18.2
2.	SD	32	72.7
3.	SMP	3	6.8
4.	SMU/SMK	1	2.3
5.	S1	0	0
6.	Pasca Sarjana	0	0
7.	Lain-lain	0	0
Total		44	100

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 44 responden, penderita kusta yang tidak sekolah sebanyak 8 orang (18.2%), penderita kusta dengan pendidikan terakhir SD sebanyak 32 orang (72.7%), penderita kusta dengan pendidikan terakhir SMP sebanyak 3 orang (6.8%), penderita kusta dengan pendidikan terakhir SMU/SMK sebanyak 1 orang (2.3%), tidak ada penderita kusta yang memiliki pendidikan terakhir S1 dan Pasca Sarjana dan pendidikan terakhir.

5. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Penderita Kusta Yang Bertempat Tinggal Di Babat Jerawat Benowo Surabaya Pada Tanggal 26 Mei 2018 (n=44).

No	Pekerjaan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Tidak Bekerja	7	15.9
2.	TNI/POLRI	0	0
3.	Wiraswasta	11	25.0
4.	Petani	3	6.8
5.	PNS	0	0
6.	Pelajar/Mahasiswa	0	0
7.	IRT (Ibu Rumah Tangga)	5	11.4
8.	Lain-lain	18	40.9
Total		44	100

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari 44 responden, penderita kusta yang tidak bekerja sebanyak 7 orang (15.9%), tidak ada yang bekerja sebagai TNI/POLRI, yang bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 11 orang (25.0%), sebagai petani sebanyak 3 orang (6.8%), tidak ada yang bekerja sebagai PNS dan Pelajar atau mahasiswa, yang menjadi IRT (Ibu Rumah Tangga) sebanyak 5 orang (11.4%) dan Lain-lain sebanyak 18 orang (40.9%).

6. Karakteristik Responden Berdasarkan Tipe Kusta

Tabel 5.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Tipe Kusta Penderita Kusta Yang Bertempat Tinggal Di Babat Jerawat Benowo Surabaya Pada Tanggal 26 Mei 2018 (n=44).

No.	Tipe Kusta	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Tipe Kering atau <i>paucibacillary</i> (PB)	23	52.3
2.	Tipe Basah atau <i>multibacillary</i> (MB)	21	47.7
Total		44	100

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 44 responden, penderita kusta yang menderita kusta tipe kering atau *paucibacillary* (PB) sebanyak 23 orang (52.3%) dan yang menderita kusta dengan tipe basah atau *multibacillary* (MB) sebanyak 21 orang (47.7%).

7. Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Mengalami Kusta

Tabel 5.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Mengalami Kusta Penderita Kusta Yang Bertempat Tinggal Di Babat Jerawat Benowo Surabaya Pada Tanggal 26 Mei 2018 (n=44).

No.	Lama Mengalami Kusta	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	10-20 tahun	14	31.8
2.	21-35 tahun	17	38.6
3.	36-53 tahun	13	29.5
	Total	44	100

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 44 responden, penderita kusta yang lama mengalami kusta selama 10-20 tahun sebanyak 14 orang (31.8%), yang mengalami kusta selama 21-35 tahun sebanyak 17 orang (38.6%) dan yang mengalami kusta selama 36-53 tahun sebanyak 13 orang (29.5%).

8. Karakteristik Responden Berdasarkan Pelaksanaan Pengobatan Rutin Yang Dilakukan

Tabel 5.8 Karakteristik Responden Pelaksanaan Pengobatan Rutin Yang Dilakukan Penderita Kusta Yang Bertempat Tinggal Di Babat Jerawat Benowo Surabaya Pada Tanggal 26 Mei 2018 (n=44).

No.	Pelaksanaan Pengobatan Rutin	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Ya	41	93.2
2.	Tidak	3	6.8
	Total	44	100

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa dari 44 responden, penderita kusta yang melakukan pengobatan rutin sebanyak 41 orang (93.2%) dan yang tidak melakukan pengobatan rutin sebanyak 3 orang (6.8%).

5.1.4 Data Khusus Hasil Penelitian

Data khusus dalam penelitian ini berisi tentang nilai tingkat kecacatan, kualitas hidup (*quality of life*) dan hubungan tingkat kecacatan dengan kualitas hidup (*quality of life*) pada penderita kusta di Babat Jerawat Benowo Surabaya.

1. Tingkat Kecacatan

Tabel 5.9 Tingkat Kecacatan Pada Penderita Kusta Di Babat Jerawat Benowo Surabaya Pada Tanggal 26 Mei 2018 (n=44).

No.	Tingkat Kecacatan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Cacat Tingkat 0	0	0
2.	Cacat Tingkat 1	12	27.3
3.	Cacat Tingkat 2	32	72.7
Total		44	100

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa dari 44 responden, penderita kusta yang mengalami kecacatan tingkat 0 tidak ada, penderita kusta yang mengalami kecacatan tingkat 1 sebanyak 12 orang (27.3%) dan penderita kusta yang mengalami kecacatan tingkat 2 sebanyak 32 orang (72.7%).

2. Kualitas Hidup (*Quality Of Life*)

Tabel 5.10 Kualitas Hidup (*Quality Of Life*) Pada Penderita Kusta Di Babat Jerawat Benowo Surabaya Pada Tanggal 26 Mei 2018 (n=44).

No.	Kualitas Hidup (<i>Quality of Life</i>)	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Kualitas Hidup Buruk	21	47.7
2.	Kualitas Hidup Baik	23	52.3
Total		44	100

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa dari 44 responden, penderita kusta yang memiliki kualitas hidup buruk sebanyak 21 orang (47.7%) dan yang memiliki kualitas hidup baik sebanyak 23 orang 52.3 (52.3%).

3. Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (*Quality Of Life*) Pada Penderita Kusta Di Babat Jerawat Benowo Surabaya

Tabel 5.11 Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (*Quality Of Life*) Pada Penderita Kusta Di Babat Jerawat Benowo Surabaya Pada Tanggal 26 Mei 2018 (n=44).

No.	Tingkat Kecacatan	Kualitas Hidup		Total
		Kualitas Hidup Buruk	Kualitas Hidup Baik	
1.	Cacat Tingakt 0	0 0%	0 0%	0 100%
2.	Cacat Tingkat 1	2 16.7%	10 83.3%	12 100%
3.	Cacat Tingkat 2	19 59.4%	13 40.6%	32 100%
Total		21 47.7%	23 52.3%	44 100%
Uji <i>Spearman's rho</i> 0,011 ($\alpha=0,05$) Koofisien korelasi 0.381				

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa dari 44 responden, penderita kusta yang mengalami kecacatan tingkat 2 yang memiliki kualitas hidup buruk berjumlah 19 orang (59.4%) dan yang memiliki kualitas hidup baik berjumlah 13 orang (40.6%). Sedangkan pada penderita kusta yang mengalami kecacatan tingkat 1 memiliki kualitas hidup buruk dengan jumlah 2 orang (16.7%) dan yang memiliki kualitas hidup baik berjumlah 10 orang (83.3%). Hasil uji *Spearman Rho* antara hubungan tingkat kejadian kecacatan dengan kualitas hidup (*quality of life*) pada penderita kusta di Babat Jerawat Benowo Surabaya didapatkan hasil $\rho = 0.011$

dengan nilai signifikan $\rho = 0.05$ sebagai pembanding. Secara statistik $\rho = 0.011 < 0.05$ menunjukkan ada hubungan antara tingkat kejadian kecacatan dengan kualitas hidup (*quality of life*) pada penderita kusta di Babat Jerawat Benowo Surabaya.

5.2 Pembahasan

Penelitian ini dirancang untuk memberikan gambaran tentang hubungan tingkat kejadian kecacatan dengan kualitas hidup (*quality of life*) pada penderita kusta di Babat Jerawat Benowo Surabaya. Sesuai dengan tujuan khusus dari penelitian, maka akan dibahas mengenai hal-hal berikut :

5.2.1 Tingkat Kecacatan Yang Dialami Penderita Kusta Di Babat Jerawat Benowo Surabaya

Hasil dari penelitian ini didapatkan data terbesar mengenai tingkat kecacatan yang dialami oleh penderita kusta yang ada di Babat Jerawat Benowo Surabaya menunjukkan bahwa penderita kusta banyak yang mengalami kecacatan tingkat 2 dengan jumlah 32 orang (72.7%) dari 44 responden. Patogenesis kecacatan yang disebabkan oleh penyakit kusta ada tiga tahap yaitu tahap pertama terjadi kelainan atau gangguan pada syaraf, terjadi penebalan syaraf dan adanya nyeri tetapi tanpa adanya gangguan fungsi gerak namun terjadi gangguan system sensorik. Tahap yang kedua terjadi kerusakan pada syaraf, timbul paralisis yang tidak lengkap atau paralisis awal yang terjadi pada otot kelopak mata, otot jari tangan dan otot kaki. Pada stadium ini masih dapat terjadi pemulihan kekuatan otot. Bila berlanjut dapat terjadi luka yang ada di mata, tangan dan kaki serta kekakuan sendi. Tahap yang terakhir yaitu terjadi penghancuran syaraf atau terjadi

kelompok yang menetap Susanto (2006, dalam Wisnu dan Handilukito 2003). Karakteristik kecacatan tingkat 2 yaitu bisa dilihat dari perubahan seseorang yang ditandai dengan terjadinya lagofthalmus (kelopak mata tidak dapat menutup bola mata, tangan dan kaki mengalami deformitas, terjadi pemendekan/mutilasi dan adanya ulkus. Hasil observasi pada saat dilakukan penelitian didapatkan hasil yang mengalami penurunan visus mata ada 6 orang, yang mengalami lagophthalmus ada 35 orang, yang mengalami kehilangan rasa raba pada tangan ada 12 orang, yang terdapat ulkus pada tangan ada 32 orang, yang mengalami deformitas pada tangan ada 14 orang dan yang mengalami pemendekan/mutilasi pada tangan ada 16 orang. Sedangkan pada bagian kaki yang mengalami kehilangan rasa raba ada 13 orang, yang mengalami deformitas ada 15 orang, yang terdapat ulkus di kaki ada 26 orang dan yang mengalami pemendekan/mutilasi di kaki ada 17 orang. Kesimpulan dari observasi diatas dilihat dari kriteria tingkat kecacatan menunjukkan bahwa penderita kusta yang bertempat tinggal di Babat Jerawat Benowo Surabaya banyak yang mengalami kecacatan tingkat 2.

Hasil *crosstabulation* menunjukkan bahwa yang memiliki hubungan dengan terjadinya tingkat kecacatan tingkat 2 pada penderita kusta adalah tipe kusta. Tipe kusta Paucibacillary (PB) sebanyak 12 orang (52.2%) sedangkan pada tipe kusta Multibacillary sebanyak 20 orang (95.2%). Menurut WHO tipe kusta dibagi menjadi 2 yaitu tipe pasibasiler (PB) dan multibasiler (MB) yang dibedakan dari lesi pada kulit dan kerusakan saraf yang dialami. Tipe kusta PB atau sering disebut tipe kusta kering atau lebih tidak menular memiliki ciri yaitu diawali

adanya bercak keputihan seperti panu yang biasanya disertai dengan mati rasa, permukaan bercak kering dan kasar serta tidak berkeringat, tidak ditumbuhi rambut dan bulu, serta jumlah bercak pada kulit antara 1-5 tempat. Tipe kusta ini hanya menyerang satu cabang syaraf tepi saja. Sedangkan pada tipe kusta MB atau sering disebut dengan kusta basah dan lebih juga kusta yang sangat parah menular memiliki ciri bercak putih kemerahan yang tersebar satu-satu atau merata di seluruh kulit badan, terjadi penembalan dan pembengkakan pada bercak, mati rasa dan kelemahan otot, serta bercak pada kulit lebih dari 5 tempat. Kusta pada tipe ini juga menimbulkan kerusakan pada syaraf tepi. Hasil wawancara dan observasi saat melakukan penelitian, kecacatan yang dialami penderita kusta di Babat Jerawat Benowo Surabaya kebanyakan disebabkan oleh tipe kusta MB. Penyebab penderita kusta dengan tipe MB lebih banyak mengalami kecacatan derajat 2 karena sifat alami dari penyakit kusta tipe MB yang memiliki penyebaran basil lebih cepat dari tipe PB. Penyebaran basil kusta keseluruhan bagian tubuh terutama kulit dan saraf tepi karena lemahnya sistem imunitas seluler pada penderita tipe MB sehingga akhirnya banyak menimbulkan kerusakan saraf tepi yang diikuti oleh kecacatan. Penderita kusta yang bertempat tinggal di Babat Jerawat mengatakan bahwa ciri-ciri dari tipe kusta MB dialami oleh mereka tetapi karena kurangnya informasi mereka menghiraukan tanda dan gejala penyakit kusta karena mereka mengira bahwa yang mereka alami hanya penyakit kulit biasa yang tidak berbahaya. Ada juga penderita kusta yang mengatakan bahwa dia mengira bercak tersebut hanya penyakit panu dan kadas yang akan hilang dengan sendirinya tetapi malah menimbulkan luka dan

kelemahan otot di tangan dan kaki mereka. Pada saat mereka mulai mengalami kecacatan mereka baru memeriksakan diri dan ternyata mereka terkena penyakit kusta dengan tipe MB atau multibasiler. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian dari (Umaya *et al*, 2016) yang mengatakan bahwa faktor utama terjadinya kecacatan pada penderita kusta tipe MB adalah terjadinya penebalan syaraf pada ≥ 3 saraf saat diagnosis dan terlambatnya pengobatan >36 bulan. Tidak terdapat data yang menunjukkan riwayat penebalan saraf pada saat didiagnosis pertama kali. Namun, diketahui bahwa rata-rata responden memulai MDT yaitu setelah 3,2 tahun menderita kusta.

Hasil *crosstabulation* yang kedua didapatkan hasil bahwa lama mengalami kusta mempunyai hubungan dengan kecacatan tingkat 2. Dari 32 penderita kusta yang mengalami kecacatan tingkat 2, ada 13 orang responden (40.6%) dengan lama menderita kusta antara 36-53 tahun. Hasil wawancara dengan penderita kusta didapatkan bahwa penderita kusta awal mula terkena kusta pada saat mereka masih anak-anak dan ada juga yang masih remaja. Tetapi karena kurangnya pengetahuan dan informasi keluarga tentang penanganan pertama penyakit kusta serta kurangnya dalam menjaga kebersihan diri dan memperhatikan kesehatannya akhirnya mereka baru terdeteksi terkena kusta setelah bertahun-tahun terinfeksi kuman kusta dan telah mengalami kecacatan tingkat 2. Karena jika kusta tidak segera ditangani dan tidak mendapatkan perawatan diri yang baik maka akan menimbulkan kecacatan yang parah. Hal ini yang dialami oleh penderita kusta yang tinggal di Babat Jerawat Surabaya. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian (Witama, 2014) tentang karakteristik penderita kusta dengan kecacatan

tingkat 2 di RS Kusta Alverno Singkawang. Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa banyaknya penderita dengan kecacatan tingkat 2 pada saat terdiagnosis dapat menjadi factor risiko perburukan kecacatan atau timbulnya kecacatan baru selama atau setelah pengobatan dan setelah penderita dinyatakan RFT.

Hasil penelitian mengenai kecacatan tingkat 1 sebanyak 12 orang (27.3%) dari 44 responden penderita kusta yang bertempat tinggal di Babat Jerawat Benowo Surabaya. Cacat tingkat satu ditandai dengan adanya gangguan fungsi sensorik seperti rasa raba/ mati rasa dan visus mata sedikit berkurang. Hasil observasi dan wawancara pada saat dilakukan penelitian sebagian besar responden penderita kusta yang memiliki kecacatan tingkat satu mengalami mati rasa pada tangan yaitu sebanyak 32 orang dan kaki 31 orang yaitu sedangkan hanya 6 orang yang mengalami penurunan visus pada mata mereka. Kecacatan tingkat satu bila tidak ditangani dengan cepat akan berkembang menjadi kecacatan tingkat 2. Untuk itu perlu adanya konseling dengan mengajarkan cara-cara perawatan diri pada penderita kusta yang mengalami kecacatan tingkat 1 sehingga terjadinya deformitas dapat dicegah dan diminimalisir.

Hasil *crosstabulation* pada penelitian ini menunjukkan bahwa semua penderita kusta yang menjadi responden pada penelitian ini tidak ada yang tidak mengalami kecacatan baik kecacatan tingkat 1 maupun tingkat 2. Hal ini dikarenakan sebagian besar responden penderita kusta memiliki pendidikan terakhir SD. Sehingga pengetahuan mereka tentang penyakit masih kurang. Mereka sering menganggap sepele tentang penyakit yang dialaminya dan tidak mengetahui penyakit yang diderita berbahaya bagi kesehatan atau tidak serta

menghiraukan informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Menurut Susanto (dalam Sari *et al*, 2015) pendidikan yang rendah merupakan salah satu faktor kurangnya tindakan pencarian pengobatan bagi penderita kusta sehingga pengobatan dilakukan jika penyakit yang diderita sudah parah. Pendidikan yang rendah mengakibatkan kurangnya pengetahuan terhadap penyakit kusta, sehingga keluarga penderita kusta tidak memahami akibat buruk yang ditimbulkan dari penyakit kusta. Rata-rata mereka mendapatkan pengobatan setelah mereka mengalami kecacatan. Hasil *crosstabulation* ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh (Putra *et al*, 2009) mengatakan bahwa yang faktor utama yang menyebabkan kecacatan pada penderita kusta adalah keterlambatan pengobatan yang dilakukan oleh penderita kusta. Mayoritas dari penderita kusta kurang waspada terhadap kesehatan dirinya, kurang memperhatikan kelainan kulit yang dideritanya. Kelainan yang terjadi pada penderita kusta umumnya hanya berupa bercak putih atau merah yang mati rasa yang berkembang secara perlahan sehingga tidak terlalu dihiraukan oleh penderita. Penderita biasanya melakukan pengobatan apabila kelainan itu sudah mengganggu aktivitasnya, misalnya bila sudah terjadinya ulkus pada kaki, kekakuan pada jari-jari dan bila terjadi panas pada tubuh yang disebabkan terjadinya reaksi kusta.

5.2.2 Kualitas Hidup (*Quality of Life*) Penderita Kusta Di Babat Jerawat Benowo Surabaya

Hasil penelitian didapatkan bahwa dari 44 responden yang memiliki kualitas hidup yang baik sebanyak 23 orang (52.3%). Hasil *crosstabs* antara kualitas hidup dengan usia didapatkan hasil bahwa usia 46-60 tahun memiliki kualitas hidup

yang baik yaitu sebanyak 17 orang (70.8%), hal ini dikarenakan seseorang yang memasuki masa prelansia lebih mengekspresikan kesejahteraan hidupnya. Pada masa usia tua seseorang sudah melewati masa untuk melakukan perubahan dalam hidupnya sehingga mereka cenderung mengevaluasi hidupnya dengan lebih positif dibandingkan masa mudanya. Saat berada di usia tua pemikiran seseorang juga semakin matang dan dewasa sehingga lebih memikirkan hal-hal yang lebih positif yang dapat memberikan semangat dalam dirinya. Data hasil *crosstabulation* penderita kusta yang telah menikah memiliki kualitas hidup yang baik dengan jumlah 21 orang (52.5%). Penelitian ini sama dengan yang dilakukan oleh (Warsini *et al*, 2008) yang mengatakan bahwa dukungan dari pasangan atau keluarga sangat diperlukan oleh penderita kusta karena penyakit kusta bisa merubah penampilan fisik seseorang. Oleh karena itu seseorang penderita kusta akan mencari orang yang dia anggap bisa dipercaya yang dapat membangkitkan lagi kepercayaan dirinya dan memberikan dukungan yang positif kepada mereka. Dukungan dari pasangan dan keluarga dapat memberika rasa nyaman serta memberikan ketenangan kepada penderita kusta yang sedang merasa tertekan akibat dari penyakit yang dideritanya.

Data hasil penelitian juga didapatkan dari 44 responden yang memiliki kualitas hidup buruk sebanyak 21 orang (47.7%). Hasil *crosstabulation* yang berhubungan dengan kualitas hidup yang buruk adalah jenis kelamin. Jenis kelamin laki-laki lebih banyak memiliki kualitas hidup yang buruk yaitu sebanyak 17 orang (54.8%). Hal ini dikarenakan bagi seorang laki-laki penyakit kusta merupakan ancaman bagi peran sebagai kepala keluarga sehubungan dengan

dampak yang ditimbulkan oleh penyakit kusta yang berakibat pada penurunan kapasitas produktif dan penurunan fungsi tubuh serta berakibat pada kehilangan potensi seksual. Selain itu hal ini juga dapat membuat seorang laki-laki penderita kusta kehilangan pekerjaannya dan menurunkan kepercayaan dirinya untuk bekerja. Hubungan antara pekerjaan dengan penyebaran masalah kesehatan sejak lama diketahui. Menurut Azrul Azwar (dalam Rismayanti *et al*, 2017) setiap pekerjaan mempunyai resiko tertentu dan karena itu muncullah masalah penyakit yang akan dideritanya akan berbeda pula dengan adanya macam pekerjaan yang dimiliki seseorang akan berbeda pula status social ekonomi yang dimiliki seseorang yang menyebabkan penyakit yang dideritanya.

5.2.3 Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Kusta Di Babat Jerawat Benowo Surabaya

Hasil *crosstabulation* tentang hubungan tingkat kejadian kecacatan dan kualitas hidup penderita kusta di Babat Jerawat adalah pada penderita kusta yang mengalami kecacatan tingkat 1 ada 2 orang (16.7%) yang memiliki kualitas hidup buruk dan yang memiliki kualitas hidup baik sebanyak 10 orang (83.3%). Sedangkan penderita kusta yang mengalami kecacatan tingkat 2 yang mengalami kualitas hidup buruk sebanyak 19 orang (59.4%) dan yang memiliki kualitas hidup baik sebanyak 13 orang (40.6%). Dari hasil tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa masih banyak penderita kusta yang memiliki kualitas hidup yang buruk yang diakibatkan karena kecacatan yang dialaminya. Hasil wawancara saat dilakukan penelitian banyak dari penderita kusta yang kehilangan pekerjaan dan kepercayaan dirinya untuk bekerja seperti saat sebelum mereka mengalami

kecacatan. Selain itu kecacatan yang dialami oleh penderita kusta juga dapat membuat penderita dikucilkan oleh orang-orang disekitarnya termasuk keluarga dan orang-orang terdekatnya dan pada akhirnya membuat kualitas hidup seseorang menjadi buruk. Pada kecacatan tingkat 1 tidak terlihat secara fisik kecacatan yang timbul tetapi hanya adanya gangguan sensorik dan berkurangnya visus mata. Tetapi pada kecacatan tingkat 2 kecacatan sangat terlihat karena pada penderita kusta yang mengalami kecacatan tingkat 2 mengalami perubahan bentuk tubuh. Sehingga yang paling mempengaruhi kualitas hidup seseorang penderita kusta menjadi buruk adalah kecacatan tingkat 2. Tetapi pada responden penderita kusta yang ada di Babat Jerawat Benowo Surabaya dari 44 responden ada 2 orang yang mengalami kecacatan tingkat 1 memiliki kualitas hidup yang buruk. Hal ini disebabkan karena 2 responden penderita kusta tersebut tidak mendapatkan dukungan dari siapapun termasuk keluarga mereka. Mereka mengatakan bahwa mereka tinggal seorang diri dan belum menikah disaat umur mereka sudah tua sehingga mereka merasa kesepian dan tidak memiliki semangat dalam menjalani hidupnya.

Terjadinya kualitas hidup yang buruk yang dialami oleh penderita kusta disebabkan karena masyarakat menganggap bahwa penyakit kusta adalah penyakit kutukan yang dapat menular sehingga penderita kusta dikucilkan dalam sebuah kelompok bahkan tak jarang penderita kusta diasingkan dari kehidupan bermasyarakat. Kualitas hidup dipengaruhi beberapa aspek yaitu dari segi kesehatan fisik, psikologi, hubungan sosial mereka dan dengan lingkungan sekitarnya. Kualitas hidup merupakan indikator tidak hanya dari seberapa baik

fungsi individu dalam kehidupan sehari-hari, tetapi juga bagaimana persepsi individu dari status kesehatan memengaruhi sikap hidup atau kualitas hidup Bello & Bello (2013, dalam Roifah, 2017).

Setelah dilakukan uji korelasi Spearman (Tabel 5.11) tingkat kecacatan dengan kualitas hidup responden penderita kusta, didapatkan hasil $\rho = 0.011$ dengan nilai signifikan $\rho = 0.05$ sebagai pembanding. Secara statistik $\rho = 0.011 < \rho = 0.05$ menunjukkan ada hubungan antara tingkat kecacatan dengan kualitas hidup (*quality of life*) pada penderita kusta di Babat Jerawat Benowo Surabaya. Koefisien korelasi didapatkan hasil 0.381 yang artinya memiliki hubungan kedua variabel menunjukkan hubungan yang cukup secara statistik ada hubungan yang signifikan antara tingkat kecacatan dengan kualitas hidup, dimana semakin tinggi kecacatan yang dialami maka semakin buruk kualitas hidup penderita kusta. Saat dilakukan penelitian didapatkan hasil bahwa responden yang mengalami kecacatan tingkat 2 dan memiliki kualitas hidup buruk lebih banyak daripada yang memiliki kualitas hidup baik. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Hane *et al*, 2017) yang berjudul faktor yang mempengaruhi kualitas hidup penderita kusta di Kabupaten Maluku Tengah tahun 2017 yang mengatakan bahwa dalam penelitiannya didapatkan hasil korelasi yang menunjukkan semakin tinggi tingkat kecacatan maka semakin rendah kualitas hidup seseorang penderita kusta.

Penelitian ini menggunakan teori adaptasi dari Sister Calista Roy. Model teori ini berfokus pada konsep adaptasi pada manusia. Mayoritas responden penderita kusta yang bertempat tinggal di Babat Jerawat Benowo Surabaya

mengalami kecacatan sehingga membuat responden penderita kusta sulit untuk beradaptasi dengan lingkungannya. Cacatan yang mereka alami membuat mereka sulit beradaptasi dengan kondisi fisik dan penampilan mereka saat ini. Selain itu mereka cenderung memilih untuk menutup diri dari masyarakat dan hanya mau bergaul dengan sesama penderita kusta dan keluarga mereka sendiri. Penelitian ini didapatkan lebih banyak jenis kelamin laki-laki yang menderita kusta daripada jenis kelamin perempuan. Hal ini menyebabkan terjadinya gangguan fungsi peran laki-laki sebagai tulang punggung keluarga dan kepala keluarga. Sebagian dari mereka ada yang ditinggalkan oleh istri mereka karena dianggap sudah tidak bisa menjadi kepala keluarga yang dapat memenuhi kebutuhan keluarga. Cacat yang mereka alami membuat mereka memberikan respon yang negatif yang akan berdampak pada penurunan kualitas hidup mereka.

5.3 Keterbatasan

Keterbatasan merupakan kelemahan dan hambatan dalam penelitian. Pada penelitian ini beberapa keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti adalah :

1. Pengumpulan data dengan kuesioner kualitas hidup memungkinkan responden untuk menjawab dengan tidak jujur atau tidak mengerti dengan pertanyaan yang dimaksud sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.
2. Pada penelitian ini dalam menilai kualitas hidup responden penderita kusta hanya dinilai dengan lembar kuesioner saja tanpa observasi sehingga nilainya kurang maksimal.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Mayoritas penderita kusta yang ada di Babat Jerawat Benowo Surabaya mengalami kecacatan tingkat 2
2. Rata-Rata penderita kusta yang ada di Babat Jerawat Benowo Surabaya memiliki kualitas hidup yang buruk terutama yang mengalami kecacatan tingkat 2
3. Terdapat hubungan pada tingkat kecacatan dengan kualitas hidup karena semakin tinggi tingkat kecacatan yang dialami maka semakin buruk pula kualitas hidup penderita kusta yang ada di Babat Jerawat Benowo Surabaya

6.2 Saran

1. Bagi Penderita Kusta

Penderita kusta sebaiknya lebih memahami cara merawat diri agar kecacatan yang terjadi tidak semakin parah dan rutin dalam mengikuti cek kesehatan yang telah disediakan. Penderita kusta juga diharapkan dapat selalu berfikir positif untuk meningkatkan kepercayaan dirinya dan membuang pikiran negatifnya terkait dengan stigma yang diberikan masyarakat. Penderita kusta juga dapat membentuk suatu perkumpulan yang dapat digunakan sebagai wadah untuk saling bertukar informasi dan pengalaman terkait kusta serta saling memeberikan dukungan antar penderita kusta.

2. Bagi Masyarakat

Masyarakat sebaiknya memberikan support dan dukungan kepada penderita kusta agar penderita kusta tidak merasa terasingkan dan dikucilkan sehingga kualitas hidup penderita kusta menjadi lebih baik.

3. Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan penderita kusta yang tinggal di Babat Jerawat Benowo Surabaya memperoleh kesempatan untuk menambah ketrampilan baru dan membentuk adanyakas simpan pinjam yang dapat dimanfaatkan oleh penderita kusta dalam membangun usaha.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian ini dengan meneliti tentang hubungan konsep diri dengan tingkat kecacatan terhadap kualitas hidup penderita kusta.

DAFTAR PUSTAKA

- Astriningrum, R., Triestianawati, W. and Menaldi, S. L. (2013). *Tinjauan Pustaka Kualitas Hidup Pasien Kusta*. Diunduh 21 Februari 2018.
- Beaudoin, L. E., Edgar, L.(2003). *Their Importance to Nurses' Quality of Work Life*. *Nursing Economics*, May-June, hlm. 106-113.
- Brooks, B.A., Anderson, B. (2007). *Assesing the Nursing Quality of Work Life*. *Nursing Administration Quarterly*, hlm.152-157.
- Eldiansyah, F. (2015). *Perbedaan Tingkat Kecacatan Klien Kusta Yang Aktif Dan Tidak aktif Mengikuti Kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) Di Kabupaten Jember*. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember. Skripsi dipublikasikan.
- Hane, La Ode., A. Arsunan A & Stang. (2017). *Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita Kusta Di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2017*. Diunduh 25 Juni 2018.
- Jannine E & Basse E. (2007). *Monitoring Impairment In Leprosy : Choosing The Appropriate Tool*. Diunduh 15 Maret 2018.
- Kemendes RI. (2012). *Pedoman Nasional Program Pengendalian Kusta*. Jakarta : Bhakti Husada.
- Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 4*. Jakarta : Salemba Medika.
- Putra, I Gusti Nyoman D., Nurul F & Indropo A. (2009). *Kecacatan pada Penderita Kusta Baru di Divisi Kusta URJ Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2004–2006*. Diunduh 25 Juni 2018.
- Rachmanita, F. (2015). *Profil Kesehatan Tahun 2015*. Diunduh 10 Februari 2018.
- Rahayuningsih, E. *et al.* (2012). *Analisis Kualitas Hidup Penderita Kusta di Puskesmas Kedaung Wetan Kota Tangerang Tahun 2012*. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tesis dipublikasikan.
- Rismayanti., *et al.* (2017). *Faktor Risiko Kejadian Kecacatan Tingkat 2 Pada Penderita Kusta*. Diunduh 25 Juni 2018.
- Roifah, I. (2017). *Peningkatan Kualitas Hidup Penderita Kusta Dengan Menggunakan Metode Self Help Group (SHG)*. Diunduh 26 Juni 2018.
- Sari, AN., Rina G & Edison. (2015). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga dengan Tingkat Kecacatan pada Penderita Kusta di Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2013*. Diunduh 25 Juni 2018.

- Suharsono, *et al.* (2017). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Kusta Dengan Kepatuhan Minum MDT (Multidrug Therapy) Pada Pasien Kusta di Puskesmas Kejayaan dan Puskesmas Pohjentrek Kabupaten Pasuruan*. Diunduh 29 Januari 2018.
- Susanto (2006). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecacatan Penderita Kusta*. Program Sekolah Pascasarjana Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Tesis dipublikasikan.
- Ulfa, F. (2015). *Kualitas Hidup Orang Yang Pernah Menderita Kusta (OYPMK) (Studi Kasus Di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah Dan Di Wilayah Kerja Puskesmas Kemuningsari Kidul Kabupaten Jember)*. Bagian Epidemiologi Dan Biostatistik Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember 2015. Skripsi dipublikasikan.
- Umaya, Mateus., S.A & Lintang DS. (2016). *Gambaran Status Kecacatan Kusta Pada Penderita Kusta Di Kabupaten Blora*. Diunduh 25 Juni 2018.
- Yuliati, A., Baroya, N. and Ririanty, M. (2014). *'Perbedaan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal di Komunitas dengan di Pelayanan Sosial Lanjut Usia'*. Diunduh 10 Maret 2018.
- Yuniarasari, Y. (2014). *Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kusta*. Diunduh 06 April 2018.
- Warsini, dkk .(2008). *Gambaran Kualitas Hidup Penderita Kusyta Di Kabupaten Lembata*. Diunduh 16 Februari 2018.
- WHO.(2004). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) - BREF*. Diunduh 20 Februari 2018.
- Witama, A. (2014). *Karakteristik Penderita Kusta Dengan Kecacatan Derajat 2 Di RS Kusta Alverno Singkawang Tahun 2010-2013*. Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura 2014. Naskah Dipublikasikan.
- Zulkifli .(2003). *'Penyakit Kusta dan Masalah yang Ditimbulkan'*. Diunduh 01 Maret 2018.

Lampiran 1**CURRICULUM VITAE**

Nama: Andita Putri Winda Utama

Nim : 141.0013

Program Studi: S1-Keperawatan

Tempat, Tanggal Lahir: Sidoarjo, 08 September 1995

Alamat: Lemah Putro Barat Rt 05 Rw 02 No. 127 Sidoarjo

Agama: Islam

Riwayat Pendidikan:

1. TK DHARMA WANITA LEMAH PUTRO SIDOARJO LULUS TAHUN
2002
2. SD NEGERI LEMAH PUTRO 1 SIDOARJO LULUS TAHUN 2008
3. SMP PGRI 9 JATI SIDOARJO LULUS TAHUN 2011
4. SMK SEPULUH NOPEMBER BUDURAN SIDOARJO LULUS
TAHUN 2014

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO :

*“ Kau tak akan pernah mampu menyeberangi lautan sampai kau berani
berpisah dengan daratan”*

-Christoper Colombus-

PERSEMBAHAN :

1. Terima kasih kepada Allah SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan, kelancaran serta keberkahan dalam setiap langkah-langkah dalam proses pengerjaan proposal ini.
2. Terima kasih kepada kedua orang tua saya yang sangat saya sayangi (Bapak S. Winarto dan Ibu Endayani) yang selalu memberikan doa dan dukungan kepada saya dalam menuntut ilmu.
3. Terima kasih kepada Ibu Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep dan Bapak M. Zul Azhri R, SKM., M.Kes selaku pembimbing 1 dan 2 yang telah membimbing saya dengan penuh kesabaran dan memberikan seluruh ilmu dan waktunya dalam penyusunan proposal ini.
4. Terima kasih kepada seluruh staf dan dosen STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah sabar memperkenalkan, membagi ilmu, memberikan contoh, serta membentuk jiwa keperawatan kepada saya.
5. Terima kasih kepada seluruh sahabat seangkatan di kelas S1-4A yang selalu menemani, mendukung dan melengkapi pelajaran hidup saya selama 4 tahun.

Lampiran 3

SURAT IZIN PENGAJUAN JUDUL DATA PENDAHULUAN

LEMBAR PENGAJUAN JUDUL PENELITIAN DAN PENGAJUAN SURAT IZIN
STUDI PENDAHULUAN / PENGAMBILAN DATA PENELITIAN^{Coret salah Satu}
MAHASISWA PRODI S1 ILMU KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH SURABAYA
TA. 2017...../.....2018.....

Berikut dibawah ini saya, mahasiswa Prodi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya:

Nama : ANDITA PUTRI WINDA UTAMA
NIM : 191.0013

Mengajukan Judul Penelitian (Tuliskan tanpa tempat/Lokasi Penelitian :
HUBUNGAN TINGKAT KEJADIAN PSCACATAN DENGAN KUALITAS HIDUP
(QUALITY OF LIFE) PADA PENDERITA KUSTA YANG RFT (Release From Treatment)

Selanjutnya mohon koreksi bahwa judul yang saya ajukan BELUM/PERNAH^{Coret salah Satu} (Diisi oleh Ka Perpustakaan) diteliti sebelumnya dan selanjutnya berkenan dikeluarkan surat izin pengambilan data :

Kepada : Kepala BAKESBANEPOL dan LINMAS KOTA SURABAYA
Alamat : JL. TAMBAKSARI NO. 5 SURABAYA

Tembusan : 1. DINAS SOSIAL KOTA SURABAYA
2. LIPONTOS BABAT JERAWAT BENOWO SURABAYA

Waktu/Tanggal :

Demikian permohonan saya.

Surabaya,20....

Mahasiswa,
ANDITA PUTRI W.U
NIM.191.0013.....

Rembimbing 1,
PUJI HASTUTI, S. KEP., NS., M. KEP
NIP.032010.....
Kepala Perpustakaan,
NADIA OKHTIART
NIP.

Pembimbing 2,
M. IUS AHRI, S. KM., M. RES
NIP.032015.....
Pjs Ka Prodi S-1 Keperawatan,
HIDAYATUS SA'DIYAH, S. KEP., NS., M. KEP.
NIP.032009.....

Lampiran 4

SURAT KETERANGAN PENGAMBILAN DATA PENDAHULUAN

	YAYASAN NALA <i>Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya</i> RUMAH SAKIT TNI-AL Dr. RAMELAN Jl. Gadung No. 1 Telp. (031) 8411721, 8404248, 8404200 Fax. 8411721 Surabaya Website : www.stikeshangtuah-sby.ac.id
Surabaya, 15 Mei 2018	
Nomor	: B/ 393 / V / 2018 / SHT.
Klasifikasi	: BIASA.
Lampiran	: --
Perihal	: <u>Permohonan Ijin Penelitian</u>
Kepada Yth. KEPALA BAKESBANGPOL dan LINMAS KOTA SURABAYA di Surabaya	
<p>1. Dalam rangka penyusunan skripsi bagi mahasiswa Prodi S-1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2017/2018, mohon Kepala Bakesbangpol dan Linmas Kota Surabaya berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk mengambil data penelitian di Instansi/wilayah kerja yang Bapak/ibu pimpin.</p> <p>2. Tersebut titik 1, mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya :</p> <p>Nama : Andita Putri Winda Utama NIM : 1410013 Judul penelitian : Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (Quality Of Life) Pada Penderita Kusta Yang RFT (Release From Treatment) di Babat Jerawat Benowo Surabaya</p> <p>3. Demikian atas perhatian dan bantuannya terima kasih.</p>	
 STIKES HANG TUAH SURABAYA KETUA WANIEK LIESTYANINGRUM, S.Kp., M.Kep NIP. 04014	
Tembusan :	
1. Ketua Pengurus Yayasan Nala 2. Puket I, II, III STIKES Hang Tuah Surabaya 3. <u>Ka.Prodi S-1 Kep STIKES Hang Tuah Surabaya</u>	



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
 Jl. Jaks Agung Suprpto No. 2 Surabaya - 60272, Tlp. 5312144 Psw. 112

Surabaya, 17 Mei 2018

Nomor : 070/ 4091 /436.8.5/2018
 Lampiran : -
 Hal : Penelitian

Kepada
 Yth. Kepala Dinas Sosial Kota Surabaya
 di -

SURABAYA

REKOMENDASI PENELITIAN

- Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.
- Memperhatikan** : Surat Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal 5 Mei 2018 Nomor B/393/V/2018/SHT Perihal : Permohonan Ijin Penelitian
- Plt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya** memberikan rekomendasi kepada :
- a. Nama : Andita Putri Winda Utama
 b. Alamat : Jl. Lemah Putro Babat RT. 05 RW. 02 No. 127 Kel. Lemah Putro Kec. Sidoarjo Kab. Sidoarjo
 c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
 d. Instansi/Organisasi : STIKES Hang Tuah Surabaya
 e. Kewarganegaraan : Indonesia
- Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :**
- a. Judul / Thema : Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (Quality Of Life) Pada Penderita Kusta Yang RFT (Release From Treatment) Di Babat Jerawat Benowo Surabaya
 b. Tujuan : Penelitian
 c. Bidang Penelitian : Kesehatan
 d. Penanggung Jawab : Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep
 e. Anggota Peserta : -
 f. Waktu : 3 (Tiga) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan
 g. Lokasi : Dinas Sosial Kota Surabaya
- Dengan persyaratan** : 1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mematuhi persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukannya Penelitian/survey/kegiatan;
 2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
 3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI.
 4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih .



Tembusan :
 Yth. 1. Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya
 2. Saudara yang bersangkutan.

Lampiran 5

**SURAT BALASAN DARI PIHAK TEMPAT PENELITIAN
BABAT JERAWAT BENOWO SURABAYA**



**PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS SOSIAL
UPTD LIPONSOS KUSTA BABAT JERAWAT**
Jl. Raya Babat Jerawat No. 139 Telp. 031-7412590 Pakal Surabaya

SURAT KETERANGAN

Nomor : 072/ 055 /436.7.7.1/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Shokib
NIP : 19650603 199003 1 011
Jabatan : Ka. Sub. Bag TU

Menyatakan bahwa,

Nama : Andita Putri Winda Utama
NIM : 1410013
Pekerjaan : Mahasiswa STIEKES Hang Tuah Surabaya

Telah nyata melakukan penelitian / survey di UPTD Liponsos Kusta Babat Jerawat pada :

Waktu Penelitian : Tanggal 26 Mei 2018
Tema Penelitian : HubunganTingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (Quality Of Life) Pada Penderita Kusta Yang RFT (Release From Treatment) di Babat Jerawat Benowo Surabaya
Tujuan Penelitian : Menyusun Skripsi

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 27 Mei 2018


 KEPALA UPTD
 Ka. Sub. Bag TU
 Shokib
 Penata
 NIP. 19650603 199003 1 011

Email : uptdbabatjerawat@yahoo.co.id

Lampiran 6**LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN
“INFORMATION FOR CONSENT”**

Kepada Yth.

Calon Responden Penelitian

Di Liponsos Babat Jerawat Benowo Surabaya

Saya adalah mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya akan mengadakan penelitian sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui “Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas hidup (*Quality of Life*) Pada Penderita Kusta Yang RFT (*Release From Treatment*) Di Babat Jerawat Benowo Surabaya”.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini akan bermanfaat bagi peneliti dan membawa dampak positif dalam menghadapi proposal pada mahasiswa. Saya mengharapkan tanggapan atau jawaban yang anda berikan sesuai dengan apa yang terjadi pada saudara sendiri tanpa ada pengaruh atau paksaan dari orang lain.

Informasi atau keterangan yang saudara berikan akan dijamin kerahasiannya dan akan digunakan untuk kepentingan ini saja. Apabila penelitian ini telah selesai, pernyataan saudara akan kami hanguskan.

Yang Menjelaskan Yang Dijelaskan

Andita Putri Winda Utama
NIM: 141.0013

Lampiran 7

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya atas nama:

Nama: Andita Putri Winda Utama

NIM: 141.0013

Yang berjudul “Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (*Quality of Life*) Pada Penderita Kusta Yang RFT (*Release From Treatment*) Di Babat Jerawat Benowo Surabaya”.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa:

1. Saya telah diberi informasi atau penjelasan tentang penelitian ini dan informasi peran saya.
2. Saya mengerti bahwa penelitian catatan tentang penelitian ini dijamin kerahasiaannya. Semua berkas yang dicantumkan identitas dan jawaban yang akan saya berikan hanya diperlukan untuk pengolahan data.
3. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan mendorong pengembangan tentang “Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas hidup (*Quality of Life*) Pada Penderita Kusta Yang RFT Di Babat Jerawat Benowo Surabaya”.

Oleh karena itu saya secara sukarela menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini.

Tanggal	
Nama Responden	
Tanda Tangan	

Lampiran 8

KUESIONER KUALITAS HIDUP WHOQOL-BREF

Hubungan Tingkat Kejadian Kecacatan Dengan Kualitas Hidup (*Quality of Life*)

Pada Penderita Kusta Yang RFT (*Release From Treatment*) di Babat Jerawat

Benowo Surabaya

Petunjuk Pengisian:

1. Saudara tidak perlu menuliskan nama.
2. Berikan jawaban anda sejujurnya karena kejujuran anda sangat penting dalam penelitian.
3. Saudara dipersilahkan memilih jawaban yang menurut anda paling sesuai dengan cara melingkari angka pada kotak yang tersedia.
4. Apabila kurang jelas, saudara berhak bertanya kepada peneliti.
5. Dalam penilaian ini tidak ada benar atau salah.
6. Usahakan agar tidak ada satupun jawaban yang terlewatkan.
7. Anda sepenuhnya berhak menentukan pilihan.
8. Setelah mengisi mohon untuk diserahkan kembali pada peneliti.

No	Pertanyaan	Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
1.	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?	1	2	3	4	5
No	Pertanyaan	Sangat tdk memuaskan	Tdk memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
2.	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5
Pertanyaan berikut adalah tentang seberapa sering anda telah mengalami hal-hal berikut ini dalam empat minggu terakhir.						
No	Pertanyaan	Tdk sama sekali	Sedikit	Dlm jumlah sedang	Sangat sering	Dlm jumlah berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
4.	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dpt berfungsi dlm kehidupan sehari-hari anda?	1	2	3	4	5
5.	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?	1	2	3	4	5
6.	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?	1	2	3	4	5
7.	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
8.	Secara umum, seberapa amn anda rasakan dlm kehidupan	1	2	3	4	5

	anda sehari-hari?					
9.	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dgn sarana dan prasarana)?	1	2	3	4	5
Pertanyaan berikut ini adalah tentang seberapa penuh anda alami hal-hal berikut ini dalam 4 minggu terakhir						
No	Pertanyaan	Tdk sama sekali	Sedikit	Sedang	Sering kali	Sepenuhnya dialami
10.	Apakah anda memiliki vasilitas yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari?	1	2	3	4	5
11.	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
12.	Apakah anda memiliki cukup uang utk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?	1	2	3	4	5
14.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi?	1	2	3	4	5
No	Pertanyaan	Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5

No	Pertanyaan	Sangat tdk memuaskan	Tdk memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
16.	Seberapa puasah anda dgn tidur anda?	1	2	3	4	5
17.	Seberapa puasah anda dg kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
18.	Seberapa puasah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19.	Seberapa puasah anda terhadap diri anda?	1	2	3	4	5
20.	Seberapa puasah anda dengan hubungan personal / sosial anda?	1	2	3	4	5
21.	Seberapa puasah anda dg kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5
22.	Seberapa puasah anda dg dukungan yang anda peroleh dr teman anda?	1	2	3	4	5
23.	Seberapa puasah anda dg kondisi tempat anda tinggal saat ini?	1	2	3	4	5
24.	Seberapa puasah anda dg akses anda pada	1	2	3	4	5

	layanan kesehatan?					
25.	Seberapa puaskah anda dg transportasi yang harus anda jalani?	1	2	3	4	5
Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam empat minggu terakhir						
No	Pertanyaan	Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
26.	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti ' <i>feeling blue</i> ' (kesepian), putus asa, cemas, dan depresi?	1	2	3	4	5

Lampiran 9**LEMBAR OBSERVASI TINGKAT KECACATAN**

Kode Responden

A. Karakteristik Responden**1. Karakteristik Demografi**

a. Nama:

b. Alamat:

c. Usia: tahun

1. 35-45 tahun 2. 46-60 tahun 3. 61-80 tahun 4. 81-90 tahun

d. Jenis Kelamin:

1. Laki-laki 2. Perempuan

e. Status Pernikahan:

1. Menikah 2. Belum menikah

f. Pendidikan terakhir:

1. Tidak sekolah
2. SD
3. SMP
4. SMU/SMK
5. S1
6. Pasca sarjana
7. Lain-lain

g. Pekerjaan:

1. Tidak bekerja
2. TNI/POLRI
3. Wiraswasta
4. Petani
5. PNS
6. Pelajar/mahasiswa
7. IRT (Ibu Rumah Tangga)
8. Lain-lain

h. Kepemilikan asuransi:

1. Ya
2. Tidak

2. Karakteristik penyakit Kusta

a. Tipe kusta:

1. Tipe kering atau *paucibacillary* (PB)
2. Tipe basah atau *multibacillary* (MB)

b. Lama mengalami kusta: tahun

1. 10-20 tahun

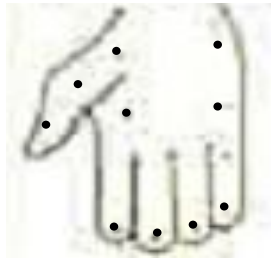
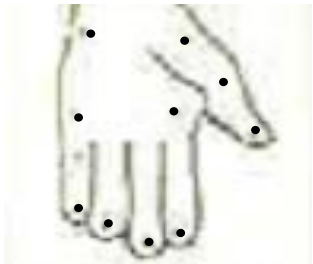
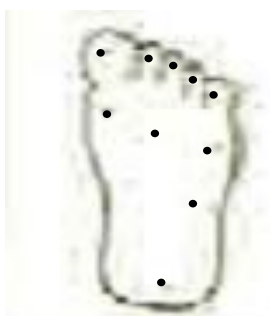
2. 21-35 tahun

3. 36-53 tahun

c. Pelaksanaan pengobatan rutin :

1. Ya

2. Tidak

Kode Responden:		
	Tidak	Ya
MATA Visus sedikit berkurang		
Lagophthalmus		
TANGAN Kehilangan Rasa Raba		
Adanya Ulkus		
Kelainan Bentuk Tangan/Deformitas		
Terjadi Pemendekan/Mutilasi		
KAKI Kehilangan Rasa Raba		
Kelainan Bentuk Tangan		
Adanya Ulkus		
Terjadi Pemendekan/Mutilasi		
Keterangan :		

Lampiran 10

**TABULASI DATA DEMOGRAFI
HUBUNGAN TINGKAT KEJADIAN KECACATAN DENGAN KUALITAS
HIDUP (*QUALITY OF LIFE*) PADA PENDERITA KUSTA YANG RFT
(*RELEASE FROM TREATMENT*) DI BABAT JERAWAT BENOWO
SURABAYA**

No.	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
1.	1	1	2	2	3	1	1	1
2.	1	1	2	2	3	1	2	1
3.	2	1	1	2	8	2	3	1
4.	3	1	1	1	8	1	1	1
5.	2	2	1	1	8	2	3	2
6.	3	1	1	2	1	1	3	1
7.	2	1	1	1	8	1	2	1
8.	2	1	1	2	8	2	2	1
9.	2	2	1	2	7	2	3	1
10.	3	1	1	2	1	2	3	1
11.	1	1	1	2	1	2	2	1
12.	1	2	1	2	4	2	1	1
13.	1	1	1	2	3	2	3	1
14.	1	1	1	2	8	2	1	1
15.	3	2	1	2	8	1	2	1
16.	2	2	1	3	7	1	1	1
17.	2	1	1	2	8	2	2	1
18.	1	2	1	2	7	1	2	1
19.	4	1	1	2	1	1	3	1
20.	1	2	1	2	7	2	2	2
21.	2	1	1	2	3	1	2	1
22.	2	1	1	2	8	1	2	1
23.	2	2	1	2	3	2	3	1
24.	1	1	1	4	1	2	3	1
25.	3	1	2	1	1	1	3	1
26.	1	2	1	1	1	2	2	1
27.	3	1	1	2	3	1	2	1
28.	2	1	1	2	3	1	1	1
29.	2	2	2	2	8	1	1	1
30.	2	1	1	3	8	2	1	1
31.	2	1	1	2	3	1	1	1
32.	2	1	1	2	8	1	1	1
33.	3	1	1	2	4	2	3	1
34.	2	2	1	1	3	1	2	1
35.	2	1	1	2	3	1	1	1
36.	2	1	1	2	8	2	2	1
37.	2	2	1	2	4	2	1	1

38.	2	1	1	2	8	1	1	1
39.	2	1	1	2	8	2	1	1
40.	2	1	1	3	3	1	2	1
41.	3	2	1	2	7	2	3	1
42.	2	1	1	2	8	1	3	2
43.	3	1	1	1	8	1	2	1
44.	2	1	1	7	8	2	2	1

Keterangan :

P1 : Usia

1. 35-45 tahun
2. 46-60 tahun
3. 61-80 tahun
4. 81-90 tahun

P2 : Jenis Kelamin

1. Laki-laki
2. Perempuan

P3 : Status Pernikahan

1. Menikah
2. Belum Menikah

P4 : Pendidikan Terakhir

1. Tidak Sekolah
2. SD
3. SMP
4. SMU/SMK
5. S1
6. Pasca sarjana
7. Lain-lain

P5 : Pekerjaan

1. Tidak Bekerja
2. TNI/POLRI
3. Wiraswasta
4. Petani
5. PNS
6. Pelajar/Mahasiswa
7. IRT (Ibu Rumah Tangga)
8. Lain-lain

P6 : Tipe Kusta

1. Tipe Kering atau Paucibacillary (PB)
2. Tipe Basah atau Multibacillary (MB)

P7 : Lama Mengalami Kusta

1. 10-20 tahun
2. 21-35 tahun
3. 36-53 tahun

P8 : Pelaksanaan Pengobatan Rutin

1. Ya
2. Tidak

Lampiran 11

**TABULASI DATA TINGKAT KECACATAN
HUBUNGAN TINGKAT KEJADIAN KECACATAN DENGAN KUALITAS
HIDUP (*QUALITY OF LIFE*) PADA PENDERITA KUSTA YANG RFT
(*RELEASE FROM TREATMENT*) DI BABAT JERAWAT BENOWO
SURABAYA**

No.	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Kategori
1.	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
2.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
3.	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	3
4.	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	3
5.	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	3
6.	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3
7.	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
8.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
9.	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	3
10.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
11.	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3
12.	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	3
13.	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	3
14.	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3
15.	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	3
16.	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	3
17.	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3
18.	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	3
19.	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	3
20.	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3
21.	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
22.	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
23.	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	3
24.	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	3
25.	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3
26.	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3
27.	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
28.	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
29.	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
30.	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	3
31.	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
32.	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	3
33.	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3
34.	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
35.	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
36.	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3
37.	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3

38.	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	3
39.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
40.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
41.	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3
42.	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3
43.	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
44.	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Total	50	79	56	76	58	60	57	59	70	61	120

Keterangan :

P1 : Visus Mata Sedikit Berkurang

1.Tidak

2.Ya

P2 : Mata Lagophthalmus

1.Tidak

2.Ya

P3 : Tangan Kehilangan Rasa Raba

1.Tidak

2.Ya

P4 : Adanya Ulkus Pada Tangan

1.Tidak

2.Ya

P5 : Kelainan Bentuk Tangan/Deformitas

1.Tidak

2.Ya

P6 : Terjadi Pemendekan/Mutilasi Pada Tangan

1.Tidak

2.Ya

P7 : Kehilangan Rasa Raba Pada Kaki

1.Tidak

2.Ya

P8 : Kelainan Bentuk Kaki

1.Tidak

2.Ya

P9 : Adanya Ulkus Pada Kaki

1.Tidak

2.Ya

P10 : Terjadi Pemendekan/Mutilasi Pada Kaki

1.Tidak

2.Ya

Kategori :

1.Cacat Tingkat 0

2.Cacat Tingkat 1

3.Cacat Tingkat 2

Lampiran 12

**TABULASI DATA KUALITAS HIDUP
HUBUNGAN TINGKAT KEJADIAN KECACATAN DENGAN KUALITAS
HIDUP (*QUALITY OF LIFE*) PADA PENDERITA KUSTA YANG RFT
(*RELEASE FROM TREATMENT*) DI BABAT JERAWAT BENOWO
SURABAYA**

No.	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	total	kategori	
1.	3	4	2	4	3	2	3	2	5	5	1	2	3	2	3	4	3	3	3	3	3	2	4	5	5	3	5	84	2
2.	2	3	2	4	2	1	5	1	2	5	5	5	5	1	3	1	3	2	1	2	4	2	2	2	2	2	5	72	1
3.	4	3	4	5	3	4	3	4	3	3	4	2	1	1	3	3	2	1	4	3	3	1	3	4	1	2	74	1	
4.	3	2	2	4	2	1	5	2	1	5	5	5	5	1	3	1	3	2	1	2	4	2	2	2	2	2	5	72	1
5.	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	3	4	3	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	90	2
6.	2	2	2	3	3	4	4	3	3	2	3	1	3	1	4	4	3	2	3	4	3	4	4	3	2	1	73	1	
7.	3	2	3	2	3	2	3	4	3	2	1	1	2	2	2	1	2	2	4	4	3	3	3	2	1	1	61	1	
8.	2	2	2	3	3	4	4	3	3	2	3	1	3	1	4	4	3	2	3	4	3	4	4	3	2	1	73	1	
9.	3	2	3	2	3	2	3	4	3	2	1	1	2	2	2	1	2	2	4	4	3	3	3	2	1	1	61	1	
10.	2	4	1	3	5	4	4	4	3	2	4	3	3	2	3	2	1	1	3	3	4	3	3	3	3	1	74	1	
11.	3	4	2	2	3	3	3	3	4	1	4	1	2	2	2	3	2	2	4	5	3	3	3	2	2	1	69	1	
12.	2	2	2	2	3	4	4	3	3	1	2	1	3	1	4	3	2	2	3	4	2	3	4	3	3	1	67	1	
13.	3	3	2	2	4	4	3	2	2	4	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	4	2	2	3	70	1	
14.	2	2	2	2	3	4	4	3	3	1	2	1	3	1	4	3	2	2	3	4	2	3	4	3	3	1	67	1	
15.	4	3	1	2	4	4	4	4	4	1	4	1	4	2	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	3	1	82	2	
1	3	3	3	2	4	4	4	5	4	4	4	4	3	3	2	4	3	3	3	3	5	3	3	3	4	3	2	82	2

No.	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	total	kategori	
6																											7		
17	4	2	4	3	3	3	3	3	2	3	2	3	5	2	3	3	3	5	3	4	3	3	3	3	3	3	1	79	2
18	4	5	3	2	5	4	3	4	4	4	3	3	3	1	3	3	3	3	4	4	4	4	5	3	4	2	90	2	
19	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	5	2	3	1	2	2	3	2	3	3	2	3	4	2	2	2	70	1	
20	2	3	1	2	3	4	4	3	3	2	3	1	3	2	4	4	3	3	3	4	3	4	4	3	3	1	75	1	
21	2	3	2	1	3	3	4	2	2	4	4	3	3	4	3	4	4	2	2	4	3	3	4	2	2	3	79	2	
22	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	4	3	2	2	3	4	4	3	3	4	3	2	3	4	76	1	
23	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	4	3	4	4	4	4	4	3	82	2
24	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	1	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	66	1	
25	3	4	2	3	2	1	3	3	2	1	3	1	1	1	3	5	3	3	3	3	1	2	4	2	3	3	65	1	
26	2	1	1	2	3	3	4	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	4	3	2	1	3	65	1	
27	3	3	1	2	4	4	4	4	4	2	5	2	4	2	4	4	3	3	4	4	3	4	5	4	3	1	86	2	
28	3	3	1	2	5	5	5	5	5	2	3	2	3	2	5	4	3	3	4	4	3	4	4	3	2	1	86	2	
29	4	4	1	2	5	5	5	5	5	2	5	2	5	3	5	4	3	4	4	5	3	4	4	4	4	1	98	2	
30	3	4	2	3	2	1	3	3	2	1	3	1	1	1	3	5	3	3	3	3	3	2	4	2	3	3	68	1	
31	4	4	2	2	5	5	5	5	5	3	5	2	5	3	5	4	4	3	4	5	3	4	5	4	3	1	100	2	
32	2	3	2	2	3	5	5	5	5	3	5	2	5	2	5	4	3	3	3	4	3	4	5	5	3	1	92	2	
33	2	1	1	2	3	3	4	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	4	3	2	1	3	65	1	
34	4	4	1	2	5	5	5	4	4	2	5	2	4	2	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	94	2	
3	4	3	2	2	3	4	4	4	4	2	5	2	4	2	5	4	3	3	4	4	3	4	4	4	3	1	82	2	

No.	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	total	kategori	
5																											7		
36	2	2	2	2	3	4	4	4	4	2	3	1	3	1	4	4	2	2	3	4	3	4	4	4	3	2	1	73	1
37	3	3	1	2	4	4	4	4	3	2	5	2	4	2	5	4	3	3	4	5	3	4	4	4	4	4	1	87	2
38	4	4	2	2	5	5	5	4	4	2	4	2	4	2	5	4	3	3	4	5	3	5	5	3	3	1	93	2	
39	3	2	2	2	3	4	5	4	3	2	4	2	4	2	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	1	83	2
40	4	4	2	5	5	5	5	5	2	3	5	2	3	2	3	2	2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	91	2
41	3	3	1	1	5	5	5	5	5	3	5	1	5	3	5	4	4	3	4	5	3	5	3	5	3	1	95	2	
42	1	4	3	1	5	5	5	5	5	3	5	3	2	2	3	4	4	2	4	3	3	4	4	2	2	1	85	2	
43	3	4	1	2	5	5	5	5	5	2	3	2	2	4	5	4	3	2	3	5	3	5	5	4	2	1	90	2	
44	2	4	4	4	2	5	4	5	5	1	1	1	2	1	5	5	3	4	4	4	3	4	4	4	5	3	1	86	2
Total	1237	1392	910	1154	1159	1176	1171	1153	1159	946	1865	1154	1143	1174	1142	1148	1146	1144	1145	1136	1136	1160	1174	1144	1124	880			

Keterangan :

P1 : Pendapat tentang kualitas hidup

1. Sangat buruk
2. Buruk
3. Biasa-biasa saja
4. Baik
5. Sangat baik

P2 : Kepuasan tentang kesehatan

1. Sangat tidak memuaskan
2. Tidak memuaskan
3. Biasa-biasa saja
4. Memuaskan
5. Sangat memuaskan

- P3 : Kesulitan dalam beraktivitas (Domain fisik)
1. Tidak sama sekali
 2. Sedikit
 3. Dalam jumlah sedang
 4. Sangat sering
 5. Dalam jumlah berlebihan
- P4 : Kebutuhan terapi medis (Domain fisik)
1. Tidak sama sekali
 2. Sedikit
 3. Dalam jumlah sedang
 4. Sangat sering
 5. Dalam jumlah berlebihan
- P5 : Menikmati hidup (Domain psikis)
1. Tidak sama sekali
 2. Sedikit
 3. Dalam jumlah sedang
 4. Sangat sering
 5. Dalam jumlah berlebihan
- P6 : Hidup yang berarti (Domain psikis)
1. Tidak sama sekali
 2. Sedikit
 3. Dalam jumlah sedang
 4. Sangat sering
 5. Dalam jumlah berlebihan
- P7 : Kemampuan berkonsentrasi (Domain psikis)
1. Tidak sama sekali
 2. Sedikit
 3. Dalam jumlah sedang
 4. Sangat sering
 5. Dalam jumlah berlebihan
- P8 : Rasa aman dalam kehidupan (Domain lingkungan)
1. Tidak sama sekali
 2. Sedikit
 3. Dalam jumlah sedang
 4. Sangat sering
 5. Dalam jumlah berlebihan
- P9 : Kesehatan lingkungan (Domain lingkungan)
1. Tidak sama sekali
 2. Sedikit
 3. Dalam jumlah sedang
 4. Sangat sering
 5. Dalam jumlah berlebihan
- P10 : Vasilitas untuk beraktifitas (Domain fisik)
1. Tidak sama sekali
 2. Sedikit
 3. Sedang
 4. Seringkali
 5. Sepenuhnya dialami

- P11 : Menerima penampilan (Domain psikis)
1. Tidak sama sekali
 2. Sedikit
 3. Sedang
 4. Seringkali
 5. Sepenuhnya dialami
- P12 : Dana untuk memenuhi kebutuhan (Domain lingkungan)
1. Tidak sama sekali
 2. Sedikit
 3. Sedang
 4. Seringkali
 5. Sepenuhnya dialami
- P13 : Ketersediaan informasi (Domain lingkungan)
1. Tidak sama sekali
 2. Sedikit
 3. Sedang
 4. Seringkali
 5. Sepenuhnya dialami
- P14 : Kesempatan untuk rekreasi (Domain lingkungan)
1. Tidak sama sekali
 2. Sedikit
 3. Sedang
 4. Seringkali
 5. Sepenuhnya dialami
- P15 : Kemampuan dalam bergaul (Domain fisik)
1. Tidak sama sekali
 2. Sedikit
 3. Sedang
 4. Seringkali
 5. Sepenuhnya dialami
- P16 : Kepuasan tidur (Domain fisik)
1. Sangat tidak memuaskan
 2. Tidak memuaskan
 3. Biasa-biasa saja
 4. Memuaskan
 5. Sangat memuaskan
- P17 : Kepuasan dalam beraktifitas (Domain fisik)
1. Sangat tidak memuaskan
 2. Tidak memuaskan
 3. Biasa-biasa saja
 4. Memuaskan
 5. Sangat memuaskan
- P18 : Kepuasan dalam bekerja (Domain fisik)
1. Sangat tidak memuaskan
 2. Tidak memuaskan
 3. Biasa-biasa saja
 4. Memuaskan
 5. Sangat memuaskan

P19 : Kepuasan diri (Domain psikis)

1. Sangat tidak memuaskan
2. Tidak memuaskan
3. Biasa-biasa saja
4. Memuaskan
5. Sangat memuaskan

P20 : Kepuasan dalam hubungan sosial (Domain sosial)

1. Sangat tidak memuaskan
2. Tidak memuaskan
3. Biasa-biasa saja
4. Memuaskan
5. Sangat memuaskan

P21 : Kepuasan dalam seksual (Domain sosial)

1. Sangat tidak memuaskan
2. Tidak memuaskan
3. Biasa-biasa saja
4. Memuaskan
5. Sangat memuaskan

P22 : Kepuasan terhadap dukungan yang diberikan teman (Domain sosial)

1. Sangat tidak memuaskan
2. Tidak memuaskan
3. Biasa-biasa saja
4. Memuaskan
5. Sangat memuaskan

P23 : Kepuasan kondisi tempat tinggal (Domain lingkungan)

1. Sangat tidak memuaskan
2. Tidak memuaskan
3. Biasa-biasa saja
4. Memuaskan
5. Sangat memuaskan

P24 : Kepuasan terhadap layanan kesehatan (Domain lingkungan)

1. Sangat tidak memuaskan
2. Tidak memuaskan
3. Biasa-biasa saja
4. Memuaskan
5. Sangat memuaskan

P25 : Kepuasan transportasi (Domain lingkungan)

1. Sangat tidak memuaskan
2. Tidak memuaskan
3. Biasa-biasa saja
4. Memuaskan
5. Sangat memuaskan

P26 : Perasaan negatif (Domain psikis)

1. Tidak pernah
2. Jarang
3. Cukup sering
4. Sangat sering
5. Selalu

Total :


1. 26-78 = Kualitas Hidup Buruk
2. 79-130 = Kualitas Hidup Baik

Kategori :

1. Kualitas Hidup Buruk
2. Kualitas Hidup Baik

Lampiran 13

SERTIFIKAT PERSETUJUAN ETIK



PERSETUJUAN ETIK

(Ethical Approval)

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK)
Stikes Hang Tuah Surabaya

Jl. Gedung No. 1 Surabaya, kepk.shtsby@gmail.com, Telp. (031) 8411721, Fax. (031) 8411721

Surat Pernyataan Laik Etik Penelitian Kesehatan
Nomor : PE/40/V/2018/KEPK/SHT

Protokol penelitian yang diusulkan oleh : Andita Putri Windu Utama

dengan judul :

Hubungan tingkat kejadian kecacatan dengan kualitas hidup (*Quality of Life*) pada penderita kusta yang RFT (*Release From Treatment*) di Babat Jerawat Benowo Surabaya

dinyatakan laik etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan *Privacy*, dan 7) Persetujuan Sebelum Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator masing-masing Standar sebagaimana terlampir.


Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 30 Mei 2018 sampai dengan tanggal 30 Mei 2019



Ketua KEPK
Dwi Priyanti, S.Kep., Ns., M.Sc
NIP. 03006

Catatan untuk Peneliti dan Para Pihak :

- 1) Setiap pelaksanaan yang menyimpang dari protokol etik penelitian ini, harus sudah dilaporkan kepada kami untuk memperoleh pertimbangan dan persetujuan;
- 2) Setiap kejadian yang tidak diharapkan, yang timbul dari pelaksanaan penelitian ini harus segera dilaporkan kepada kami;
- 3) Peneliti bersedia untuk sewaktu-waktu memperoleh pemantauan pelaksanaan penelitian;
- 4) Para pihak terkait dapat menyampaikan aduan terkait dengan pelaksanaan penelitian ini kepada kami melalui e-mail, maupun nomor telepon kami;
- 5) Peneliti harus memusulkan laporan tahunan, atau laporan akhir (berupa ringkasan) jika penelitian tidak melebihi 1 (satu) tahun.



Lampiran 14

HASIL SPSS DATA DEMOGRAFI
HUBUNGAN TINGKAT KEJADIAN KECACATAN DENGAN KUALITAS
HIDUP (*QUALITY OF LIFE*) PADA PENDERITA KUSTA YANG RFT
(*RELEASE FROM TREATMENT*) DI BABAT JERAWAT BENOWO
SURABAYA

usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
35-45	10	22.7	22.7	22.7
46-60	24	54.5	54.5	77.3
Valid 61-80	9	20.5	20.5	97.7
81-90	1	2.3	2.3	100.0
Total	44	100.0	100.0	

jeniskelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Laki-laki	31	70.5	70.5	70.5
Valid Perempuan	13	29.5	29.5	100.0
Total	44	100.0	100.0	

statuspernikahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Menikah	40	90.9	90.9	90.9
Valid Belum Menikah	4	9.1	9.1	100.0
Total	44	100.0	100.0	

pendidikanterakhir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Sekolah	8	18.2	18.2	18.2
SD	32	72.7	72.7	88.6
SMP	3	6.8	6.8	95.5
SMU/SMK	1	2.3	2.3	97.7
Lain-lain	1	2.3	2.3	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Bekerja	7	15.9	15.9	15.9
Wiraswasta	11	25.0	25.0	40.9
Petani	3	6.8	6.8	47.7
Lain-lain	5	11.4	11.4	59.1
8	18	40.9	40.9	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Tipekusta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tipe kering atau paucibacillary (PB)	23	52.3	52.3	52.3
Tipe basah atau multibacillary (MB)	21	47.7	47.7	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Lamamengalamikusta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
10-20 tahun	14	31.8	31.8	31.8
21-35 tahun	17	38.6	38.6	70.5
36-53 tahun	13	29.5	29.5	100.0
Total	44	100.0	100.0	

pelaksanaan pengobatan rutin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ya	41	93.2	93.2	93.2
Valid Tidak	3	6.8	6.8	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Lampiran 15

**HASIL SPSS DATA VARIABEL
HUBUNGAN TINGKAT KEJADIAN KECACATAN DENGAN KUALITAS
HIDUP (*QUALITY OF LIFE*) PADA PENDERITA KUSTA YANG RFT
(*RELEASE FROM TREATMENT*) DI BABAT JERAWAT BENOWO
SURABAYA**

Frequency Table

tingkatkecacatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Cacat tingkat 1	12	27.3	27.3	27.3
Valid Cacat tingkat 2	32	72.7	72.7	100.0
Total	44	100.0	100.0	

kulitashidup

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
kualitas hidup buruk	21	47.7	47.7	47.7
Valid kualitas hidup baik	23	52.3	52.3	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Lampiran 16

HASIL SPSS DATA CROSSTABS
HUBUNGAN TINGKAT KEJADIAN KECACATAN DENGAN KUALITAS
HIDUP (*QUALITY OF LIFE*) PADA PENDERITA KUSTA YANG RFT
(*RELEASE FROM TREATMENT*) DI BABAT JERAWAT BENOWO
SURABAYA

usia * tingkatkecacatan Crosstabulation

		tingkatkecacatan		Total	
		Cacat Tingkat 1	Cacat Tingkat 2		
Usia	35-45	Count	1	9	10
		% within usia	10.0%	90.0%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	8.3%	28.1%	22.7%
46-60	Count	9	15	24	
	% within usia	37.5%	62.5%	100.0%	
	% within tingkatkecacatan	75.0%	46.9%	54.5%	
61-80	Count	2	7	9	
	% within usia	22.2%	77.8%	100.0%	
	% within tingkatkecacatan	16.7%	21.9%	20.5%	
81-90	Count	0	1	1	
	% within usia	.0%	100.0%	100.0%	
	% within tingkatkecacatan	.0%	3.1%	2.3%	
Total	Count	12	32	44	
	% within usia	27.3%	72.7%	100.0%	
	% within tingkatkecacatan	100.0%	100.0%	100.0%	

jeniskelamin * tingkatkecacatan Crosstabulation

			tingkatkecacatan		Total
			Cacat Tingkat 1	Cacat Tingkat 2	
jeniskelamin	Laki-laki	Count	10	21	31
		% within jeniskelamin	32.3%	67.7%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	83.3%	65.6%	70.5%
Perempuan		Count	2	11	13
		% within jeniskelamin	15.4%	84.6%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	16.7%	34.4%	29.5%
Total		Count	12	32	44
		% within jeniskelamin	27.3%	72.7%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	100.0%	100.0%	100.0%

statuspernikahan * tingkatkecacatan Crosstabulation

			tingkatkecacatan		Total
			Cacat Tingkat 1	Cacat Tingkat 2	
statuspernikahan	Menikah	Count	10	30	40
		% within statuspernikahan	25.0%	75.0%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	83.3%	93.8%	90.9%
Belum Menikah		Count	2	2	4
		% within statuspernikahan	50.0%	50.0%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	16.7%	6.2%	9.1%
Total		Count	12	32	44
		% within statuspernikahan	27.3%	72.7%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	100.0%	100.0%	100.0%

pendidikanterakhir * tingkatkecacatan Crosstabulation

		tingkatkecacatan		Total
		Cacat Tingkat	Cacat Tingkat	
		1	2	
pendidikanterakhir Tidak Sekolah	Count	3	4	7
	% within pendidikanterakhir	42.9%	57.1%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	25.0%	12.5%	15.9%
SD	Count	8	24	32
	% within pendidikanterakhir	25.0%	75.0%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	66.7%	75.0%	72.7%
SMP	Count	0	3	3
	% within pendidikanterakhir	.0%	100.0%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	.0%	9.4%	6.8%
SMU/SMK	Count	0	1	1
	% within pendidikanterakhir	.0%	100.0%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	.0%	3.1%	2.3%
Lain-lain	Count	1	0	1
	% within pendidikanterakhir	100.0%	.0%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	8.3%	.0%	2.3%
Total	Count	12	32	44
	% within pendidikanterakhir	27.3%	72.7%	100.0%

pendidikanterakhir * tingkatkecacatan Crosstabulation

		tingkatkecacatan		Total
		Cacat Tingkat	Cacat Tingkat	
		1	2	
pendidikanterakhir Tidak Sekolah	Count	3	4	7
	% within pendidikanterakhir	42.9%	57.1%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	25.0%	12.5%	15.9%
SD	Count	8	24	32
	% within pendidikanterakhir	25.0%	75.0%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	66.7%	75.0%	72.7%
SMP	Count	0	3	3
	% within pendidikanterakhir	.0%	100.0%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	.0%	9.4%	6.8%
SMU/SMK	Count	0	1	1
	% within pendidikanterakhir	.0%	100.0%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	.0%	3.1%	2.3%
Lain-lain	Count	1	0	1
	% within pendidikanterakhir	100.0%	.0%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	8.3%	.0%	2.3%
Total	Count	12	32	44
	% within pendidikanterakhir	27.3%	72.7%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	100.0%	100.0%	100.0%

pekerjaan * tingkatkecacatan Crosstabulation

			tingkatkecacatan		Total
			Cacat Tingkat 1	Cacat Tingkat 2	
pekerjaan	Tidak Bekerja	Count	0	7	7
		% within pekerjaan	.0%	100.0%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	.0%	21.9%	15.9%
	Wiraswasta	Count	7	4	11
		% within pekerjaan	63.6%	36.4%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	58.3%	12.5%	25.0%
	Petani	Count	0	3	3
		% within pekerjaan	.0%	100.0%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	.0%	9.4%	6.8%
	IRT (Ibu Rumah Tangga)	Count	0	5	5
		% within pekerjaan	.0%	100.0%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	.0%	15.6%	11.4%
	Lain-lain	Count	5	13	18
		% within pekerjaan	27.8%	72.2%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	41.7%	40.6%	40.9%
Total		Count	12	32	44
		% within pekerjaan	27.3%	72.7%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	100.0%	100.0%	100.0%

tipekusta * tingkatkecacatan Crosstabulation

			tingkatkecacatan		Total
			Cacat Tingkat	Cacat Tingkat	
			1	2	
Tipekusta	Tipe kering atau paucibacillary (PB)	Count	11	12	23
		% within tipekusta	47.8%	52.2%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	91.7%	37.5%	52.3%
	Tipe basah atau multibacillary	Count	1	20	21
		% within tipekusta	4.8%	95.2%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	8.3%	62.5%	47.7%
Total	Count	12	32	44	
	% within tipekusta	27.3%	72.7%	100.0%	
	% within tingkatkecacatan	100.0%	100.0%	100.0%	

lamamengalamikusta * tingkatkecacatan Crosstabulation

			Tingkatkecacatan		Total
			Cacat Tingkat	Cacat Tingkat	
			1	2	
lamamengalamikusta	10-20 tahun	Count	5	9	14
		% within lamamengalamikusta	35.7%	64.3%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	41.7%	28.1%	31.8%
	21-35 tahun	Count	7	10	17
		% within lamamengalamikusta	41.2%	58.8%	100.0%
		% within tingkatkecacatan	58.3%	31.2%	38.6%
36-53 tahun	Count	0	13	13	

	% within lamamengalamikusta	.0%	100.0%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	.0%	40.6%	29.5%
Total	Count	12	32	44
	% within lamamengalamikusta	27.3%	72.7%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	100.0%	100.0%	100.0%

pelaksanaanpengobatanrutin * tingkatkecacatan Crosstabulation

		Tingkatkecacatan		Total
		Cacat Tingkat 1	Cacat Tingkat 2	
pelaksanaanpengobatanrutin Ya	Count	12	29	41
	% within pelaksanaanpengobatanrutin	29.3%	70.7%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	100.0%	90.6%	93.2%
Tidak	Count	0	3	3
	% within pelaksanaanpengobatanrutin	.0%	100.0%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	.0%	9.4%	6.8%
Total	Count	12	32	44
	% within pelaksanaanpengobatanrutin	27.3%	72.7%	100.0%
	% within tingkatkecacatan	100.0%	100.0%	100.0%

usia * kualitashidup Crosstabulation

			kualitashidup		Total
			Kualitas Hidup Buruk	Kualitas Hidup Baik	
Usia	35-45	Count	8	2	10
		% within usia	80.0%	20.0%	100.0%
		% within kualitashidup	38.1%	8.7%	22.7%
	46-60	Count	7	17	24
		% within usia	29.2%	70.8%	100.0%
		% within kualitashidup	33.3%	73.9%	54.5%
	61-80	Count	5	4	9
		% within usia	55.6%	44.4%	100.0%
		% within kualitashidup	23.8%	17.4%	20.5%
	81-90	Count	1	0	1
		% within usia	100.0%	.0%	100.0%
		% within kualitashidup	4.8%	.0%	2.3%
Total	Count	21	23	44	
	% within usia	47.7%	52.3%	100.0%	
	% within kualitashidup	100.0%	100.0%	100.0%	

jeniskelamin * kualitashidup Crosstabulation

			kualitashidup		Total
			Kualitas Hidup Buruk	Kualitas Hidup Baik	
Jeniskelamin	Laki-laki	Count	17	14	31
		% within jeniskelamin	54.8%	45.2%	100.0%
		% within kualitashidup	81.0%	60.9%	70.5%
	Perempuan	Count	4	9	13
		% within jeniskelamin	30.8%	69.2%	100.0%
		% within kualitashidup	19.0%	39.1%	29.5%
Total	Count	21	23	44	
	% within jeniskelamin	47.7%	52.3%	100.0%	

jeniskelamin * kualitashidup Crosstabulation

			kualitashidup		Total
			Kualitas Hidup Buruk	Kualitas Hidup Baik	
Jeniskelamin	Laki-laki	Count	17	14	31
		% within jeniskelamin	54.8%	45.2%	100.0%
		% within kualitashidup	81.0%	60.9%	70.5%
Perempuan	Perempuan	Count	4	9	13
		% within jeniskelamin	30.8%	69.2%	100.0%
		% within kualitashidup	19.0%	39.1%	29.5%
Total	Total	Count	21	23	44
		% within jeniskelamin	47.7%	52.3%	100.0%
		% within kualitashidup	100.0%	100.0%	100.0%

statuspernikahan * kualitashidup Crosstabulation

			kualitashidup		Total
			Kualitas Hidup Buruk	Kualitas Hidup Baik	
statuspernikahan	Menikah	Count	19	21	40
		% within statuspernikahan	47.5%	52.5%	100.0%
		% within kualitashidup	90.5%	91.3%	90.9%
Belum Menikah	Belum Menikah	Count	2	2	4
		% within statuspernikahan	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kualitashidup	9.5%	8.7%	9.1%
Total	Total	Count	21	23	44
		% within statuspernikahan	47.7%	52.3%	100.0%
		% within kualitashidup	100.0%	100.0%	100.0%

pendidikanterakhir * kualitashidup Crosstabulation

		Kualitashidup		Total
		Kualitas Hidup Buruk	Kualitas Hidup Baik	
pendidikanterakhir Tidak Sekolah	Count	4	3	7
	% within pendidikanterakhir	57.1%	42.9%	100.0%
	% within kualitashidup	19.0%	13.0%	15.9%
SD	Count	15	17	32
	% within pendidikanterakhir	46.9%	53.1%	100.0%
	% within kualitashidup	71.4%	73.9%	72.7%
SMP	Count	1	2	3
	% within pendidikanterakhir	33.3%	66.7%	100.0%
	% within kualitashidup	4.8%	8.7%	6.8%
SMU/SMK	Count	1	0	1
	% within pendidikanterakhir	100.0%	.0%	100.0%
	% within kualitashidup	4.8%	.0%	2.3%
Lain-lain	Count	0	1	1
	% within pendidikanterakhir	.0%	100.0%	100.0%
	% within kualitashidup	.0%	4.3%	2.3%
Total	Count	21	23	44
	% within pendidikanterakhir	47.7%	52.3%	100.0%
	% within kualitashidup	100.0%	100.0%	100.0%

pekerjaan * kualitashidup Crosstabulation

			Kualitashidup		Total
			Kualitas Hidup Buruk	Kualitas Hidup Baik	
pekerjaan	Tidak Bekerja	Count	7	0	7
		% within pekerjaan	100.0%	.0%	100.0%
		% within kualitashidup	33.3%	.0%	15.9%
	Wiraswasta	Count	2	9	11
		% within pekerjaan	18.2%	81.8%	100.0%
		% within kualitashidup	9.5%	39.1%	25.0%
	Petani	Count	2	1	3
		% within pekerjaan	66.7%	33.3%	100.0%
		% within kualitashidup	9.5%	4.3%	6.8%
	IRT (Ibu Rumah Tangga)	Count	2	3	5
		% within pekerjaan	40.0%	60.0%	100.0%
		% within kualitashidup	9.5%	13.0%	11.4%
	Lain-lain	Count	8	10	18
		% within pekerjaan	44.4%	55.6%	100.0%
		% within kualitashidup	38.1%	43.5%	40.9%
	Total	Count	21	23	44
		% within pekerjaan	47.7%	52.3%	100.0%
		% within kualitashidup	100.0%	100.0%	100.0%

tipekusta * kualitashidup Crosstabulation

			Kualitashidup		Total
			Kualitas Hidup Buruk	Kualitas Hidup Baik	
Tipekusta	Tipe kering atau paucibacillary (PB)	Count	7	16	23
		% within tipekusta	30.4%	69.6%	100.0%
		% within kualitashidup	33.3%	69.6%	52.3%
	Tipe basah atau multibacillary	Count	14	7	21
		% within tipekusta	66.7%	33.3%	100.0%
		% within kualitashidup	66.7%	30.4%	47.7%
Total	Count	21	23	44	
	% within tipekusta	47.7%	52.3%	100.0%	
	% within kualitashidup	100.0%	100.0%	100.0%	

lamamengalamikusta * kualitashidup Crosstabulation

		Kualitashidup		Total
		Kualitas Hidup Buruk	Kualitas Hidup Baik	
lamamengalamikusta 10-20 tahun	Count	4	10	14
	% within lamamengalamikusta	28.6%	71.4%	100.0%
	% within kualitashidup	19.0%	43.5%	31.8%
21-35 tahun	Count	8	9	17
	% within lamamengalamikusta	47.1%	52.9%	100.0%
	% within kualitashidup	38.1%	39.1%	38.6%
36-53 tahun	Count	9	4	13
	% within lamamengalamikusta	69.2%	30.8%	100.0%
	% within kualitashidup	42.9%	17.4%	29.5%
Total	Count	21	23	44
	% within lamamengalamikusta	47.7%	52.3%	100.0%
	% within kualitashidup	100.0%	100.0%	100.0%

pelaksanaanpengobatanrutin * kualitashidup Crosstabulation

		Kualitashidup		Total
		Kualitas Hidup Buruk	Kualitas Hidup Baik	
pelaksanaanpengobatanrutin Ya	Count	20	21	41
	% within pelaksanaanpengobatanrutin	48.8%	51.2%	100.0%
	% within kualitashidup	95.2%	91.3%	93.2%
Tidak	Count	1	2	3
	% within pelaksanaanpengobatanrutin	33.3%	66.7%	100.0%

	% within kualitashidup	4.8%	8.7%	6.8%
Total	Count	21	23	44
	% within pelaksanaanpengobatanrutin	47.7%	52.3%	100.0%
	% within kualitashidup	100.0%	100.0%	100.0%

tingkatkecacatan * kualitashidup Crosstabulation

			Kualitashidup		Total
			Kualitas Hidup Buruk	Kualitas Hidup Baik	
tingkatkecacatan Cacat Tingkat 1	Count	2	10	12	
	% within tingkatkecacatan	16.7%	83.3%	100.0%	
	% within kualitashidup	9.5%	43.5%	27.3%	
Cacat Tingkat 2	Count	19	13	32	
	% within tingkatkecacatan	59.4%	40.6%	100.0%	
	% within kualitashidup	90.5%	56.5%	72.7%	
Total	Count	21	23	44	
	% within tingkatkecacatan	47.7%	52.3%	100.0%	
	% within kualitashidup	100.0%	100.0%	100.0%	

Lampiran 17

HASIL SPSS Uji *SPEARMAN RHO* DAN NORMALITAS HUBUNGAN TINGKAT KEJADIAN KECACATAN DENGAN KUALITAS HIDUP (*QUALITY OF LIFE*) PADA PENDERITA KUSTA YANG RFT (*RELEASE FROM TREATMENT*) DI BABAT JERAWAT BENOWO SURABAYA

Uji Spearman Rho

			tingkatkecacatan	kualitashidup
Spearman's rho	tingkatkecacatan	Correlation Coefficient	1.000	-.381 [*]
		Sig. (2-tailed)	.	.011
		N	44	44
	kualitashidup	Correlation Coefficient	-.381 [*]	1.000
		Sig. (2-tailed)	.011	.
		N	44	44

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

Uji Normalitas

			tingkatkecacata	kualitashidup
			n	
N			44	44
Normal Parameters ^{a,b}	Mean		2.73	1.52
	Std. Deviation		.451	.505
	Absolute		.455	.350
Most Extreme Differences	Positive		.272	.327
	Negative		-.455	-.350
Kolmogorov-Smirnov Z			3.017	2.324
Asymp. Sig. (2-tailed)			.000	.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Lampiran 18

DOKUMENTASI



