

Abstrak

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JEMBER

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Skripsi, Juli 2018

Nur Fauzan Edi Siswanto

Studi Komparatif Pemeriksaan Kontak Intensif Oleh Kader dan Petugas Kesehatan terhadap Penemuan Penderita Kusta Baru di Kabupaten Jember, 2018

xvi + 76 hal + 1 bagan+ 9 tabel + 1 gambar + 6 lampiran

Abstrak

Kusta merupakan penyakit yang memiliki beban tinggi di masyarakat atau disebut *tripel burden disease*. Hal ini dikarenakan penyakit kusta merupakan penyakit lama yang agenda programnya belum selesai sampai saat ini (*unfinished agenda*), penyakit menular di masyarakat (*emerging disease*), penyakit menular lama yang timbul kembali (*re-emerging disease*) dengan jumlah penderita kusta yang masih banyak setiap tahunnya, namun penemuan penderita baru terkait dengan deteksi penyakit kusta di komunitas masih sangat sulit. Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah korelasi dengan pendekatan komparatif retrospektif. Populasi pada penelitian ini adalah petugas dan kader di 30 Puskesmas Wilayah Jember dengan Jumlah Sampel yang digunakan adalah 70 responden. Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan *Disproportionate stratified random sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Cakupan penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember dengan Metode Pemeriksaan Kontak Intensif oleh Kader memiliki cakupan temuan suspect kusta sebesar 61,73% dengan proporsi terdiagnosis kusta baru sebesar 1,78%, Petugas Kesehatan memiliki cakupan temuan suspect kusta sebesar 38,26% dengan proporsi terdiagnosis kusta baru sebesar 2,49%, Metode Pemeriksaan Kontak Intensif oleh Kader maupun oleh Petugas Kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember secara statistik tidak menunjukkan adanya perbedaan (*Sig 2-tailed: 0,344; $\alpha:0,05$*). Diharapkan perlu dilakukan pelatihan terkait diteksi dini penemuan penderita kusta secara komprehensif.

Kata Kunci : Pemeriksaan Kontak Intensif, Kader, Petugas Kesehatan, Penderita Kusta Baru

Daftar Pustaka : 25 (2006-2016)

Abstract

MUHAMMADIYAH UNIVERCITY OF JEMBER

STUDY PROGRAM OF NURSING

FACULTY OF HEALTH SCIENCE

Essay, Februari 2018

Nur Fauzan Edi Siswanto

Comparative Study of Intensive Contact Checking by Cadres and Health Officers on the Discovery of New Leprosy Patients in Jember District, 2018

xvi + 76 pages + 1 drawing+ 9 tables + 1 pictures + 6 appendices

Abstract

Leprosy is a disease that has a high burden in the community or called triple burden disease because leprosy is an age-old disease whose unfinished agenda is the agenda, emerging diseases, re-emerging diseases with a large number of leprosy patients each years, but the discovery of new patients associated with leprosy detection in the community is still very difficult. The research method used in this research is correlation with retrospective comparative approach. The population in this study were officers and cadres in 30 Public health Jember District with the number of samples used were 70 respondents. Sampling technique in this research use disproportionate stratified random sampling. The results showed that the coverage of the discovery of new leprosy patients in Jember District with Intensive Contact Check Method by cadres had a leprosy detection finding coverage of 61.73% with a new diagnosed leprosy proportion of 1.78%, Health Officers had a leprosy detection finding coverage of 38, 26% with the proportion of newly diagnosed leprosy of 2.49%, Intensive Contact Inspection Methods by Cadres or Health Officers for the discovery of new leprosy patients in Jember District did not statistically show any difference (Sig 2-tailed: 0.344; α : 0.05). It is desirable to conduct training related to early detection of leprosy patients comprehensively

Keywords : Intensive Contact Check, Cadres, Health Officers, New Leprosy Patients

Bibliography : 25 (2006-2016)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular menyebutkan bahwa penyakit menular masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang menimbulkan kesakitan, kematian, dan kecacatan yang tinggi sehingga perlu dilakukan penyelenggaraan penanggulangan melalui upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan yang efektif dan efisien, berdasarkan ketentuan pada Pasal 4 ayat 2 huruf w Peraturan Menteri tersebut menyebutkan bahwa kusta merupakan penyakit menular langsung. Kusta merupakan penyakit yang memiliki beban tinggi di masyarakat atau disebut *tripel burden disease*. Hal ini dikarenakan penyakit kusta merupakan penyakit lama yang agenda programnya belum selesai sampai saat ini (*unfinished agenda*), penyakit menular di masyarakat (*emerging disease*), penyakit menular lama yang timbul kembali (*re-emerging disease*) dengan jumlah penderita kusta yang masih banyak setiap tahunnya, namun penemuan penderita baru terkait dengan deteksi penyakit kusta di komunitas masih sangat sulit (Susanto, 2010)

Jumlah penderita kusta tiap tahunnya masih banyak ditemukan *World Health Organization* (WHO) melaporkan pada tahun 2014, jumlah penderita kusta baru dunia terbanyak 125.785 orang adalah berasal dari negara India, disusul oleh negara Brazil sejumlah 31.064 orang dan peringkat ketiga adalah

Indonesia sejumlah 17.025 orang. Dalam 14 tahun terakhir (2000 – 2013) situasi penyakit kusta di Indonesia tidak mengalami perubahan berarti. Pada tahun 2012 kasus terdaftar 22.390, kasus baru 18.994 dengan 15.703 penderita MB. Pada tahun 2013 kasus terdaftar 19.755, kasus baru 16.825 dengan 14.062 penderita MB. Pada tahun 2014 kasus terdaftar 19.948, kasus baru 17.025 dengan 14.213 penderita MB. Di Jawa Timur sendiri berdasarkan data Kementerian Kesehatan (2013) tercatat penemuan kasus baru kusta sebanyak 4.132 jiwa untuk kasus dewasa, dan 521 jiwa kasus kusta baru pada anak – anak. Sedangkan untuk kusta tipe MB atau tipe basah ditemukan sebanyak 3.600 jiwa, sehingga secara keseluruhan menunjukkan bahwa Provinsi Jawa Timur memiliki prevalensi kasus kusta tertinggi di Indonesia (Kementrian Kesehatan RI, 2014). Di Kabupaten Jember berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2015 terdapat 290 jiwa kasus kusta baru dimana 257 jiwa merupakan kusta tipe Multi Basiler dan 33 jiwa merupakan tipe Pausi Basiler. Proporsi kejadian kusta 7,59% terjadi pada anak- anak kurang <14 tahun serta ditemukan cacat tingkat 2 dengan proporsi sebesar 17,93% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2015).

Upaya pengendalian penyakit kusta di dunia menetapkan tahun 2000 sebagai tonggak pencapaian eliminasi kusta. Indonesia telah berhasil mencapai target ini pada tahun yang sama, tetapi perkembangan 10 tahun terakhir memperlihatkan tren statis dalam penemuan kasus baru kusta. Sebagai upaya global, WHO yang didukung ILEP mengeluarkan *Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden due to Leprosy (2011 – 2015)*. Berpedoman pada panduan WHO ini mensinkronkan dengan

Rencana Strategi Kementerian Kesehatan untuk tahun 2010 – 2014, disusun kebijakan nasional pengendalian kusta di Indonesia dengan meningkatkan penemuan penderita baru (Kementerian Kesehatan RI Dirjen Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan, 2016)

Susanto (2010) mengungkapkan bahwa penemuan penderita baru terkait dengan deteksi penyakit kusta di komunitas masih sangat sulit. Penemuan penderita kusta di komunitas biasanya sudah terlambat dan tertunda. Penemuan penderita kusta yang terlambat dan tertunda berhubungan dengan anggapan masyarakat yang negatif terhadap klien kusta, rendahnya kesadaran mengenai awal gejala kusta, dan kondisi cacat yang dialami oleh penderita kusta. Kondisi kecacatan penderita kusta umumnya juga diakibatkan oleh usaha pencarian pelayanan kesehatan oleh penderita kusta dan keluarga yang salah seperti penggunaan pengobatan tradisional dan interaksi dengan intervensi pelayanan kesehatan khususnya Puskesmas yang menjadi alternatif terakhir dalam penanganan kusta.

Strategi *World Health Organization* (WHO) dalam penanganan kusta yaitu dengan menciptakan pelayanan berkualitas bagi pasien kusta dan mengurangi beban kusta yang dilakukan tidak hanya dengan meningkatkan penemuan kasus dini tapi juga dengan mengurangi kecacatan, stigma dan diskriminasi, serta rehabilitasi sosial dan ekonomi bagi pasien kusta. Beberapa upaya telah dilakukan pemerintah dalam penanganan penyakit kusta ini, akan tetapi masih ditemukan beberapa kendala dalam pencapaiannya. Salah satu masalah dalam penanggulangan penyakit kusta di Indonesia ini adalah masih kuatnya stigma tentang penyakit kusta sedangkan

penanganan yang dapat dilakukan masih lebih berfokus pada penyembuhan secara fisik (Rahayuningsih,2012). Keterlambatan diagnosis pada penderita kusta semakin menambah panjang penderitaan dengan risiko kecacatan fisik yang permanen. Hal inilah sebenarnya yang menjadi masalah utama terkait dengan isu kusta dewasa ini.

Kecacatan kusta sanggup menimbulkan stigma di masyarakat yang membuat penderitanya merasa malu dan rendah diri karena merasa dikucilkan, bahkan dapat membuat seseorang kehilangan produktivitas yang berakibat menurunnya kualitas hidup. Hal yang sama dikemukakan oleh Josep dan Rao (1999) dalam Kamal (2015) bahwa semakin lama kualitas hidup penderita kusta semakin menurun. Hal ini tentunya sebagai akibat dari keterbatasan aktivitas yang disebabkan oleh kecacatan. Faktor yang berasal dari pelayanan kesehatan tersebut seperti metode penemuan kasus dan konseling. Metode penemuan kasus yang dilakukan dapat mempengaruhi waktu diagnosis, sebagaimana telah diterangkan bahwa penemuan kasus secara aktif memiliki efektivitas yang tinggi dalam menemukan penderita baru (Kamal, 2015).

Menjelang Jawa Timur Eliminasi Kusta 2019 perlu ditingkatkan upaya penemuan penderita kusta baru melalui penyuluhan disekolah dan posyandu, penjarangan anak sekolah (School Survey), Rapid Village Survey (RVS) serta pemeriksaan kontak intensif, dimana pada tahun 2016 Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menerapkan program baru untuk menjangkau penemuan penderita kusta baru dengan memberdayakan kader kesehatan. Kader kesehatan di Posyandu diarahkan untuk dapat menemukan penderita

menyerupai gejala kusta di lingkungan sekitar tempat tinggal mereka, utamanya pada daerah endemis kusta. Berdasarkan uraian tersebut maka perlu dilakukan penelitian mengenai efektifitas antara pemeriksaan kontak intensif oleh kader dengan metode pemeriksaan kontak intensif oleh petugas terhadap penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember.

B. Rumusan Masalah

1. Pernyataan Masalah

Pemeriksaan kontak intensif merupakan suatu upaya yang dilakukan secara aktif dan bertujuan untuk mencari penderita baru disekitar penderita yang masih dalam pengobatan maupun yang sudah selesai pengobatan (Depkes RI, 2009).Pemeriksaan kontak intensif dimodifikasi dengan melibatkan peran aktif kader kesehatan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di desa-desa untuk menjangring sebanyak mungkin penderita yang memiliki gejala kelainan kulit menyerupai penyakit kusta

2. Pertanyaan Masalah

Berdasarkan rumusan masalah diatas maka dapat ditarik suatu pertanyaan penelitian yaitu :“ apakah ada perbedaan efektifitas antara Pemeriksaan Kontak Intensif oleh Kader dan Petugas Kesehatan terhadap Penemuan Penderita Kusta Baru di Kabupaten Jember”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi efektifitas antara pemeriksaan kontak intensif oleh kader dengan petugas kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi metode pemeriksaan kontak intensif oleh kader terhadap penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember
- b. Mengidentifikasi metode pemeriksaan kontak intensif oleh petugas kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember
- c. Menganalisis perbedaan efektifitas antara pemeriksaan kontak intensif oleh kader dan petugas kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini bermanfaat bagi :

1. Responden Kusta

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dan peningkatan pengetahuan dalam upaya turut serta berperan aktif dalam pengendalian penyakit kusta

2. Petugas Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memotivasi petugas kesehatan untuk lebih berperan aktif dalam upaya edukasi, dan penemuan serta deteksi dini penyakit kusta terutama di wilayah tugasnya.

3. Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar asuhan keperawatan komunitas pada lingkup populasi berisiko kusta serta diharapkan pula menjadi acuan dalam memberikan intervensi asuhan keperawatan secara tepat dan efektif dalam upaya penemuan kasus kusta baru sedini mungkin

4. Pengembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya ilmu keperawatan khususnya keperawatan komunitas dan medikal bedah dalam pengembangan model intervensi keperawatan pada populasi yang berisiko di tingkat komunitas

5. Pengambil Kebijakan

Dengan diketahuinya metode yang paling efektif terhadap deteksi kejadian kusta baru di komunitas akan mempermudah pemerintah dan pengambil keputusan khususnya perawat dalam melaksanakan program pemberantasan dan atau penanggulangan serta bahan evaluasi untuk optimalisasi kebijakan terkait penemuan penyakit kusta baru

6. Peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai dasar untuk pengembangan penelitian selanjutnya baik penelitian kuantitatif maupun kualitatif berkaitan dengan metode yang paling efektif dalam penemuan kasus kusta baru

BAB IV

METODE PENELITIAN

E. Desain Penelitian

Nursalam (2017) mengemukakan desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat memengaruhi akurasi suatu hasil. Desain dapat digunakan peneliti sebagai petunjuk dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian untuk mencapai suatu tujuan atau menjawab suatu pertanyaan penelitian.

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah korelasi dengan pendekatan komparatif retrospektif. Studi korelasi kerap disebut sebagai studi korelasi populasi adalah suatu metode penelitian dengan populasi sebagai unit analisis, yang bertujuan mendeskripsikan hubungan korelatif antara variabel terikat dan faktor-faktor yang diduga sebagai determinan. Dalam studi korelasi apapun baik individu maupun populasi, prinsipnya adalah dua variabel bebas dan variabel terikat diukur pada tiap-tiap unit pengamatan. Kemudian sejumlah pasangan (variabel bebas dan variabel terikat) dipertemukan untuk mencari hubungannya sedangkan studi perbandingan (Komparatif) merupakan metode penelitian deskriptif yang dilakukan dengan membandingkan persamaan dan perbedaan sebagai fenomena untuk mencari faktor-faktor apa saja, atau situasi seperti apa yang menimbulkan suatu peristiwa tertentu (Surahman, 2016)

Studi perbandingan diawali dengan melakukan pengumpulan fakta

tentang faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya suatu gejala tertentu, lalu dibandingkan dengan situasi lain, atau sekaligus membandingkan suatu gejala atau peristiwa dan faktor-faktor yang memengaruhinya dari dua atau beberapa kelompok sampel atau subjek penelitian. Setelah diketahui persamaan dan perbedaan penyebab, langkah berikutnya adalah menetapkan suatu faktor yang menyebabkan munculnya suatu gejala pada objek yang diteliti, itulah sesungguhnya yang menyebabkan timbulnya gejala tersebut, baik terhadap objek yang diteliti maupun objek yang diperbandingkan yakni dengan pendekatan retrospektif artinya bahwa efek atau penyakit sebagai variabel terikat diidentifikasi terlebih dahulu baru kemudian faktor risiko sebagai variabel bebas dipelajari secara retrospektif. Dengan kata lain, efek baik berupa penyakit ataupun status kesehatan tertentu, diidentifikasi pada masa kini sedangkan faktor risiko atau kausa diidentifikasi adanya pada masa lalu (Surahman, 2016)

F. Populasi, Sampel, dan Sampling

1. Populasi

Menurut Arikunto (2006) populasi merupakan keseluruhan subjek penelitian. Populasi adalah setiap subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2017) Populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang diteliti. Variabel dapat berupa orang, kejadian, perilaku, atau sesuatu yang lain yang akan dilakukan penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Populasi pada penelitian ini adalah petugas dan kader kesehatan di 30 Puskesmas dimana masing – masing

2. Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Nursalam, 2017). Penentuan jumlah sampel responden menggunakan rumus estimasi besar sampel hipotesis beda 2 mean kelompok Sastroasmoro dan Ismael (2010) sebagai berikut:

$$n_1 = n_2 = \left[\frac{(Z_\alpha + Z_\beta)S}{X_1 - X_2} \right]^2$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel

Z_α = Deviasi baku alpha = kesalahan tipe I = 95% = 1 - 0,95 = 0,05 = 1,96 (tabel distribusi Z, 2-tailed)

Z_β = *Power of test* = kesalahan tipe II = 80% = 1 - 0,8 = 0,2 = 0,842 (tabel distribusi Z (1-tailed))

$X_1 - X_2$ = Beda mean antara kelompok populasi yang dianggap bermakna secara literatur adalah sebesar 0,79

S = Estimasi standar deviasi kelompok dalam populasi adalah sebesar 1,8

Maka ;

$$n_1 = n_2 = \left[\frac{(1,96 + 0,842) 1,8}{0,79} \right]^2$$
$$= 40$$

Besar sampel minimal dalam penelitian ini berdasarkan rumus tersebut adalah 40 orang responden namun dikarenakan jumlah proporsi pada populasi petugas hanya 30 orang maka digunakan seluruhnya,

sedangkan proporsi pada kader kesehatan digunakan sebanyak 40 orang sehingga total sampel pada penelitian ini adalah sebesar 70 orang responden

3. Sampling

Sampling merupakan suatu proses dalam menyeleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, dengan menggunakan teknik sampling (Alimul A. Aziz, 2007). Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2017). Teknik sampling atau cara pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dengan teknik *Random sampling* atau *probability sampling* dengan pendekatan *Disproportionate stratified random sampling*. *Disproportionate stratified random sampling* yaitu pengambilan sampel yang dilakukan secara acak pada populasi berstrata namun jumlahnya kurang proporsional (Suprajitno, 2016).

Ada dua kriteria sampel dalam sebuah penelitian yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Penentuan kriteria sampel diperlukan untuk mengurangi hasil penelitian yang bias. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2017). Sedangkan yang dimaksud dengan Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena sebab-sebab tertentu (Nursalam, 2017). Pada penelitian ini kriteria inklusi antara lain :

- a. Diijinkan oleh kepala Puskesmas
- b. Petugas penanggung jawab kusta

c. Kader yang melakukan penemuan kasus kusta

Sedangkan untuk Kriteria Eksklusif antara lain :

a. Menolak untuk ikut penelitian

G. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
1	Variabel Bebas : Pemeriksaan Kontak Intensif oleh Kader	Metode Pemeriksaan Kontak Intensif oleh Kader : upaya yang dilakukan secara aktif oleh kader kesehatan untuk mencari dan menemukan penderita kusta	1. Penemuan penderita kusta baru secara kontak oleh petugas kesehatan 2. Penemuan penderita kusta baru secara kontak oleh kader kesehatan	Kuesioner	1 =Metode Pemeriksaan Kontak Intensif oleh Kader 2 =Metode Pemeriksaan Kontak Intensif oleh Petugas	Nominal
	Pemeriksaan Kontak Intensif oleh Petugas	Metode Pemeriksaan Kontak Intensif oleh Petugas : upaya yang dilakukan secara aktif oleh tenaga kesehatan untuk mencari dan menemukan penderita kusta				
2	Variabel Terikat : Penemuan Penderita Kusta Baru	Jumlah penderita kusta baru yang berhasil ditemukan oleh kader kesehatan dan atau tenaga kesehatan serta telah di rekapitulasi oleh Puskesmas	Jumlah penderita kusta baru yang ditemukan oleh setiap puskesmas di Kabupaten Jember melalui metode kontak	Kuesioner	Jumlah rekapitulasi penderita kusta baru di Puskesmas tahun 2016	Rasio

H. Tempat Penelitian

Tempat penelitian pada penelitian ini adalah di 30 Puskesmas dalam wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

I. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Pebruari 2018

J. Etika Penelitian

Nursalam (2017) berpendapat bahwa secara umum prinsip etik dalam penelitian atau pengumpulan data dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Prinsip manfaat

a. Bebas dari penderitaan

Penelitian harus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek, khususnya jika menggunakan tindakan khusus.

b. Bebas dari eksploitasi

Partisipasi subjek dalam penelitian, harus dihindari dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subjek harus diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subjek dalam bentuk apa pun

c. Resiko (*benefits ratio*)

Peneliti harus hati-hati mempertimbangkan resiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect human dignity*)

a. Hak untuk ikut/tidak menjadi responden (*right to selfdetermination*)

Subjek harus diperlakukan secara manusiawi. Subjek mempunyai hak

memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apa pun atau akan berakibat terhadap kesembuhannya, jika mereka seorang klien

- b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)
- c. *Informed consent*

Pada informed consent juga dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

3. Prinsip keadilan (*right to justice*)

- a. Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (*right in fair treatment*)

Subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian.

- b. Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*).

K. Alat Pengumpul Data

Instrumen atau alat pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya (Nursalam, 2017). Pada penelitian ini instrumen berupa kuesioner yang berisi tentang jumlah temuan dari kasus kusta

L. Prosedur Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan cara yang digunakan peneliti untuk mendapatkan data. Nursalam (2017) mengatakan pengumpulan data sebagai proses pendekatan kepada subyek dan pengumpulan karakteristik subyek dalam penelitian. Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu sumber data primer dan sekunder. Sumber data primer merupakan data sumber pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan seperti hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang biasanya dilakukan oleh peneliti (Setiadi, 2007).

Data primer pada penelitian ini adalah hasil wawancara yang dituangkan dalam lembar observasi maupun kuesioner terkait data demografi pasien dan riwayat penyakit. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain, badan/instansi yang secara rutin mengumpulkan data (Setiadi, 2007). Sumber data primer berasal dari observasi yang direkap dan dikumpulkan dari Puskesmas di Kabupaten Jember terhadap 70 responden penelitian. Adapun proses pengumpulan data dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Prosedur administratif

Kegiatan Peneliti dalam melakukan prosedur administratif sebagai berikut :

- a. Setelah lolos uji Proposal maka peneliti mendapatkan ijin penelitian dari Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember
- b. Menyerahkan surat permohonan ijin penelitian kepada Bakesbangpol dan Linmas Kabupaten Jember dengan menyertakan kelengkapan dan persyaratan penelitian

- c. Memperoleh rekomendasi pengambilan data dari Bakesbangpol dan Linmas Nomor 072/341/415/2018 tertanggal 14 April 2018 yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
- d. Memperoleh ijin pengambilan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Nomor 440/26174/311/2018 tertanggal 3 Mei 2018 yang ditujukan kepada Kepala Bidang Pencegahan dan P2 Dinas Kesehatan
- e. Selanjutnya peneliti memperoleh rekomendasi untuk melakukan penelitian dari Bakesbangpol dan Linmas Nomor 072/1199/415/2018 tertanggal 26 April 2018 yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
- f. Memperoleh ijin penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Nomor 440/26175/311/2018 tertanggal 3 Mei 2018 yang ditujukan kepada Kepala Bidang Pencegahan dan P2 Dinas Kesehatan dengan masa waktu ijin penelitian yang diberikan terhitung sejak tanggal 3 Mei 2018 sampai dengan 30 Juni 2018

2. Langkah penelitian

Adapun langkah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Setelah mendapatkan ijin penelitian dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember peneliti berkoordinasi dengan Kepala Puskesmas di wilayah Kabupaten Jember untuk melakukan pengambilan data penelitian
- b. Setelah mendapatkan ijin dari masing masing kepala Puskesmas maka peneliti berkoordinasi dengan penanggung jawab program kusta untuk mendapatkan data penelitian

- c. Meminta persetujuan / *informed consent* terhadap responden untuk kesediaannya mengikuti penelitian serta menjelaskan maksud dan tujuan penelitian
- d. Selanjutnya membagikan/ memberikan kuesioner
- e. Setelah responden mengisi seluruh kuesioner maka selanjutnya adalah meminta kembali koesioner dan melakukan pemeriksaan ulang terhadap isian dari koesioner
- f. Meminta responden untuk mengisi absensi dan membubuhkan tanda tangan pada lembar absensi penelitian

Sedangkan untuk melakukan pengolahan data dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. *Editing*

Editing merupakan kegiatan pemeriksaan isi observasi untuk pengecekan atau perbaikan. Pengambilan data ulang dapat dilakukan apabila isi lembar observasi belum lengkap (Notoatmodjo, 2010). *Editing* dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan dokumen dan melakukan permintaan ulang jika didapatkan kesalahan

2. *Coding*

Coding adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari responden dalam kategori (Setiadi, 2007). Data dilakukan dengan cara mengkonversikan data yang telah terkumpul kedalam angka, dan diberi kode untuk setiap pertanyaan sehingga mempermudah pengolahan data selanjutnya.

3. *Prosesing / entry*

Proses memasukkan data kedalam table dilakukan dengan program yang ada di komputer (Setiadi, 2007). Suatu jawaban yang sudah diberi kode katagori setelah itu dimasukkan dalam table dan dihitung frekuensi datanya (Notoatmodjo, 2010). Data dimasukkan dengan cara manual ataupun dengan menggunakan cara melalui pengolahan komputer. Pengolahan computer *entry* ini dilakukan dengan bantuan program statistik.

4. *Cleaning*

Cleaning merupakan teknik pembersihan data, data-data yang tidak sesuai dengan kebutuhan akan terhapus (Setiadi,2007). Pembersihan data dilakukan setelah semua data berhasil dimasukkan kedalam table dengan mengecek kembali apakah data telah benar atau tidak.

5. *Tabulating*

Tabulating merupakan data yang telah lengkap disusun sesuai dengan variabel yang dibutuhkan lalu dimasukan kedalam tabel distribusi frekuensi. Setelah diperoleh hasil dengan cara perhitungan, kemudian nilai tersebut dimasukan ke dalam kategori nilai yang telah dibuat

M. Analisis Data

Analisa data meliputi analisa univariat dan analisa bivariat. Analisa data menggunakan bantuan program statistik computer.

a. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan analisis yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan tentang distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010).

b. Analisis Bivariat

Analisa Bivariat bertujuan untuk mengetahui seberapa efektifitas antara Metode Pemeriksaan Kontak Intensif oleh Kader dengan Metode Pemeriksaan Kontak Intensif oleh Petugas Kesehatan terhadap Penemuan Penderita Kusta Baru. Uji statistik yang digunakan pada penelitian ini menggunakan uji komparasi yaitu *Mann-Whitney Test* dimana dalam penelitian ini digunakan $\alpha = 5\%$ untuk menguji tingkat signifikansi perhitungan yang diperoleh. Adapun kriterianya yaitu sebagai berikut (Imam, 2006) :

- a. Jika nilai signifikansi atau Sig (2-tailed) $> 0,05$, maka H_0 diterima dan H_a ditolak
- b. Jika nilai signifikansi atau Sig (2-tailed) $< 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima

BAB V
HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian tentang studi komparatif pemeriksaan kontak intensif oleh kader dan petugas kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember. Hasil penelitian yang disajikan dalam bab ini terdiri dari data umum dan data khusus. Secara rinci dapat diuraikan sebagai berikut:

A. Data Umum

Data umum yang disajikan dalam bagian ini adalah jenis kelamin responden, tingkat pendidikan, jenis kelamin penderita, tipe kusta, tingkat kecacatan, yang secara rinci dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Jenis Kelamin Responden

Tabel 5.1 Distribusi Petugas Kesehatan dan Kader Berdasarkan Jenis Kelamin di Kabupaten Jember Tahun 2018

Jenis Kelamin	Petugas		Kader	
	frekuensi	%	frekuensi	%
Laki – laki	23	57,5	2	5
Perempuan	7	17,5	38	95
Total	30	100	40	100

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui bahwa jenis kelamin responden pada penelitian ini jumlah terbanyak petugas kesehatan adalah berjenis kelamin laki- laki yaitu sebesar 23 orang (57,5%) sedangkan mayoritas kader berjenis kelamin perempuan yaitu sebesar 38 orang (95%)

2. Tingkat Pendidikan

Tabel 5.2 Distribusi Petugas Kesehatan dan Kader Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Kabupaten Jember Tahun 2018

Tingkat pendidikan	Petugas		Kader	
	frekuensi	%	frekuensi	%
SD	-	-	6	15
SMP	-	-	8	20
SMA/SPK	2	6,7	23	57,5
Diploma 3 (D3)	23	76,7	3	7,5
Strata 1 (S1)	5	16,7	-	-
Total	30	100	40	100

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa mayoritas petugas memiliki tingkat pendidikan diploma 3 yaitu sebesar 23 orang (76,7%) sedangkan jumlah terbanyak kader memiliki tingkat pendidikan Sekolah Menengah Atas yaitu sebesar 23 orang (57,5%)

3. Tipe Kusta

Tabel 5.3 Distribusi Penemuan Kusta Baru Oleh Petugas Kesehatan dan Kader Berdasarkan Tipe Kusta di Kabupaten Jember Tahun 2016

Tipe Kusta	Petugas		Kader	
	frekuensi	%	frekuensi	%
Tipe PB	16	11,35	40	24,69
Tipe MB	125	88,65	122	75,31
Total	141	100	162	100

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa tipe kusta yang ditemukan oleh petugas kesehatan mayoritas adalah tipe *Multy Basiler* (MB) sebesar 125 orang (88,65%). Sedangkan kader menemukan penderita kusta sebagian besar tipe MB sejumlah 122 orang (75,31%)

4. Tingkat Kecacatan

Tabel 5.4 Distribusi Penemuan Kusta Baru Oleh Petugas Kesehatan dan Kader Berdasarkan Tingkat Kecacatan di Kabupaten Jember Tahun 2016

Tingkat Kecacatan	Petugas		Kader	
	frekuensi	%	frekuensi	%
Cacat 0	74	52,48	131	80,86
Cacat 1	26	18,44	19	11,73
Cacat 2	41	29,08	13	8,01
Total	141	100	162	100

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa jumlah terbanyak penemuan kusta baru adalah tidak ada kecacatan sebesar yaitu 74 orang (52,48%) ditemukan oleh petugas kesehatan dan 131 orang (80,86%) ditemukan oleh kader

5. Jenis Kelamin Penderita

Tabel 5.5 Distribusi Jenis Kelamin Penderita Kusta pada 30 Puskesmas di Kabupaten Jember Tahun 2016

Jenis Kelamin Penderita	Frekuensi	%
Laki – laki	178	58,74
Perempuan	125	41,25
Total	303	100

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa jumlah terbanyak penderita kusta berjenis kelamin laki- laki yaitu sebesar 178 orang (58,74%)

6. Cakupan Penderita Suspect Kusta

Tabel 5.6 Distribusi Cakupan Penemuan Penderita Suspect Kusta oleh Petugas Kesehatan dan Kader di Kabupaten Jember Tahun 2016

Penemuan Oleh	Frekuensi	%
Petugas	5653	38,26
Kader	9122	61,73
Total	14775	100

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui bahwa total cakupan suspect kusta adalah sebesar 14775 jiwa dimana jumlah terbanyak ditemukan oleh kader yaitu sebesar 9122 orang (61,73%)

B. Data Khusus

Bagian ini menguraikan tentang tentang studi komparatif pemeriksaan kontak intensif oleh kader dan petugas kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember

1. Cakupan Temuan Penderita Kusta Baru oleh kader

Tabel 5.7 Distribusi Cakupan Temuan Penderita Kusta Baru oleh Kader di Kabupaten Jember Tahun 2016

Cakupan	Frekuensi	%
Bukan Kusta	8960	98,23
Terdiagnosis Kusta	162	1,78
Total	9122	100

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui cakupan penemuan kasus kusta baru oleh kader sebanyak 162 penderita dengan proporsi temuan mencapai 1,78% dari suspect yang terdiagnosis kusta baru

2. Cakupan Temuan Penderita Kusta Baru oleh Petugas Kesehatan

Tabel 5.8 Distribusi Cakupan Temuan Penderita Kusta Baru oleh Petugas Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2016

Cakupan	Frekuensi	%
Bukan Kusta	5512	97,51
Terdiagnosis Kusta	141	2,49
Total	5653	100

Berdasarkan tabel 5.8 diketahui cakupan penemuan kasus kusta baru oleh petugas kesehatan sebanyak 141 penderita dengan proporsi temuan mencapai 2,49% dari suspect yang terdiagnosis kusta baru

3. Analisis Perbedaan pemeriksaan kontak intensif oleh kader dan petugas kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember

Tabel 5.9 Perbedaan pemeriksaan kontak intensif oleh kader dan petugas kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember Tahun 2016 (n = 70)

Penemuan	Cakupan	Frekuensi	%	P- Value
Kader	Bukan Kusta	8960	98,23	0,344
	Terdiagnosis Kusta	162	1,78	
	Total Penemuan	9122	100	
Petugas	Bukan Kusta	5512	97,51	$(\alpha : 0,05)$
	Terdiagnosis Kusta	141	2,49	
	Total Penemuan	5653	100	

Berdasarkan tabel 5.9 diketahui bahwa hasil uji statistik *Mann-Whitney Test* menunjukkan nilai *P Value*: 0,344 ($>0,05$) maka H_0 diterima dan H_1 tidak diterima dengan demikian secara statistik tidak ada perbedaan efektifitas antara pemeriksaan kontak intensif oleh kader dengan pemeriksaan kontak intensif oleh petugas terhadap penemuan penderita kusta baru (*PValue*: 0,344; $\alpha : 0,05$)

BAB VI PEMBAHASAN

Bab pembahasan ini menguraikan hasil penelitian tentang studi komparatif pemeriksaan kontak intensif oleh kader dan petugas kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember.

N. Penemuan Penderita Kusta Baru Oleh Kader

Hasil penelitian menunjukkan bahwa cakupan suspect kusta mencapai 9122 orang dengan penemuan kasus kusta baru oleh kader sebanyak 162 penderita dengan proporsi temuan terhadap suspect sebesar 1,78% dimana pada penelitian ini sebagian besar kader berjenis kelamin perempuan yaitu 95% dengan tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah lulusan sekolah menengah atas yaitu sebesar 57,5% serta tipe kusta terbanyak yang ditemukan oleh kader adalah tipe MB yaitu sebanyak 40,26% dan sebagian besar tidak mengalami kecacatan yaitu sebanyak 43,23%

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016) menjelaskan bahwa Berdasarkan prinsip kemandirian masyarakat, Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat. Kader sebagai warga masyarakat setempat yang dipilih dan ditinjau oleh masyarakat dan dapat bekerja secara sukarela.

Penelitian ini menunjukkan peranan kader dalam menjaring penderita kusta memiliki cakupan yang lebih besar (61,73%) dibandingkan dengan cakupan yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan (38,26%) namun meskipun cakupan cukup besar hasil temuan yang terdiagnosis pasti

menderita kusta masih kecil (1,78%) menurut peneliti tidak mengherankan karena sebagian besar kader berada pada tingkat pendidikan sekolah menengah atas yang tidak memperoleh pendidikan formal.

O. Penemuan Penderita Kusta Baru Oleh Petugas Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa cakupan suspect kusta mencapai 5512 orang dengan penemuan kasus kusta baru oleh petugas kesehatan sebanyak 141 penderita dengan proporsi temuan terhadap suspect sebesar 2,49% dimana pada penelitian ini sebagian besar petugas berjenis kelamin laki-laki yaitu 57,5% dengan tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah lulusan diploma 3 yaitu sebesar 76,7% serta tipe kusta terbanyak yang ditemukan oleh petugas adalah tipe MB yaitu sebanyak 41,25% dan sebagian besar tidak mengalami kecacatan yaitu sebanyak 24,09%

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016) menjelaskan bahwa berdasarkan prinsip pertanggungjawaban wilayah, Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Pembangunan kesehatan pada hakikatnya adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia, untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang, agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Penanggungjawab utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di wilayah kabupaten/kota adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sedangkan Puskesmas bertanggungjawab untuk sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan

kemampuannya. Sebagai penanggung jawab wilayah, Puskesmas bertugas untuk melaksanakan pembangunan kesehatan guna mewujudkan Kecamatan Sehat. Salah satunya haruslah memiliki staf atau petugas kesehatan yang benar-benar kompeten dalam pengendalian dan perawatan penyakit terutama penyakit menular khususnya penyakit kusta

Pada kasus kusta baru sebagian besar menunjukkan tidak adanya kecacatan pada penderita. Program prevensi kusta juga ditekankan tentang program prevensi kecacatan (*handicaps*) klien kusta. Kesakitan dan kecacatan pada klien kusta diakibatkan karena efek sekunder dari kerusakan saraf. Umumnya kesadaran klien dalam mencegah kerusakan tersebut sangat minimal. Klien kusta yang mengalami penurunan sensasi pada tangan dan kaki membutuhkan pengertian dan pemahaman secara baik tentang pentingnya perawatan diri dalam kehidupan sehari-harinya, khususnya identifikasi terhadap benda-benda yang berpotensi untuk menimbulkan trauma dan identifikasi keadaan lesi atau trauma yang terjadi. Sutanto (2010) menjelaskan bahwa berdasarkan konggres di Geneva tahun 2006 yang menghasilkan strategi utama untuk menghapuskan kusta yaitu Meningkatkan akses diagnosis kusta melalui pengintegrasian program pengendalian kusta ke dalam pelayanan kesehatan masyarakat, Menyediakan obat anti kusta yang efektif secara gratis, Pendeteksian kasus yang lebih awal akan dapat mengurangi resiko kelainan bentuk dan cacat pada penderita, dan memastikan bahwa penderita kusta dapat hidup normal dan bermartabat di masyarakat

Meskipun cakupan oleh petugas terhadap diagnosis kusta lebih besar (2,49%) dibandingkan dengan kader (1,77%) namun angka cakupan temuan

oleh petugas jauh lebih kecil (38,26%) hal ini menunjukkan kurang aktifnya petugas kesehatan dalam upaya menjaring penderita kusta meskipun demikian cakupan terdiagnosis lebih besar tidak mengherankan pula karena sebagian besar petugas telah mendapatkan pendidikan formal di bidang kesehatan minimal setingkat vokasi

P. Studi Komparatif Penemuan Kusta

Hasil penelitian menunjukkan bahwa cakupan penemuan kusta baru yang ditemukan oleh petugas kesehatan sebesar 141 penderita (46,54%) sedangkan cakupan penemuan kusta baru yang ditemukan oleh kader sebesar 162 penderita (53,46%) dengan cakupan temuan kasus kusta baru yang berhasil ditegakkan diagnosis terhadap suspect kusta untuk petugas mencapai 2,49% dari 5653 orang sedangkan kader mencapai 1,78% dari 9122 orang terduga kusta. Hasil uji statistik *Mann-Whitney Test* menunjukkan tidak ada perbedaan efektifitas antara pemeriksaan kontak intensif oleh kader dengan pemeriksaan kontak intensif oleh petugas terhadap penemuan penderita kusta baru (*PValue*: 0,344; α : 0,05)

Kementerian Kesehatan (2012) menyebutkan bahwa penemuan penyakit kusta meliputi penemuan penderita secara pasif (sukarela) yaitu penemuan penderita yang dilakukan terhadap orang yang belum pernah berobat kusta yang datang sendiri atau atas saran orang lain ke Puskesmas/ sarana kesehatan lainnya. Penderita ini biasanya sudah dalam stadium lanjut. Kemudian penemuan secara aktif yaitu penemuan penderita secara aktif dapat dilaksanakan dalam beberapa kegiatan diantaranya pemeriksaan kontak

serumah (survei kontak intensif) dilakukan dengan tujuan mencari penderita baru yang mungkin sudah lama ada dan belum berobat (*index case*), mencari penderita baru yang mungkin ada. Sasaran penemuan ini ditujukan pada semua anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita dengan frekwensi pemeriksaan dilaksanakan minimal 1 tahun sekali dimulai pada saat anggota keluarga dinyatakan sakit Kusta pertama kali dan perhatian khusus ditujukan pada kontak tipe MB.

Fiana (2011) menjelaskan bahwa pemeriksaan kontak merupakan suatu upaya yang dilakukan secara aktif yang bertujuan untuk mencari penderita baru yang mungkin sudah lama ada atau belum ditemukan dan diobati (*index case*) dan untuk mencari penderita baru yang mungkin ada diantara penderita kusta yang sudah RFT (*Release for Treatment*). Pemeriksaan ditujukan pada semua anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita dan tetangga disekitarnya. Pelaksanaan metode pemeriksaan kontak pada penelitian ini dilakukan oleh kader kesehatan yang ada di desa. Kader kesehatan akan mendapatkan buku panduan tentang penyakit kusta dan pelatihan tentang cara deteksi dini penyakit kusta serta mendapatkan formulir tersangka penderita kusta. Tersangka penderita kusta yang ditemukan oleh kader untuk selanjutnya diperiksa oleh Puskesmas

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara pemeriksaan kontak Intensif oleh kader dengan pemeriksaan kontak intensif oleh petugas terhadap penemuan penderita kusta baru hal ini cukup relevan dimana angka cakupan yang berhasil ditegakkan diagnosisnya memiliki prevalensi yang kecil dibandingkan dengan supect baik cakupan yang

ditemukan oleh petugas maupun kader. Peneliti berpendapat bahwa hal tersebut dikarenakan proses diagnosis penyakit kusta cukup rumit dan sulit sehingga meskipun pendidikan formal sebagian besar petugas merupakan lulusan perguruan tinggi dengan jenjang vokasi maupun sarjana yang secara konsep pendidikan adalah segala sesuatu untuk membina kepribadian dan mengembangkan kemampuan manusia, jasmaniah, dan rohaniah yang berlangsung seumur hidup, baik di dalam maupun di luar sekolah. Notoadmodjo (2007) menjelaskan pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pada penelitian ini Pengetahuan yang dimaksud adalah pengetahuan kader kesehatan dan petugas kesehatan tentang apa itu penyakit kusta, bagaimana penularannya, apa akibat jika tidak berobat bagi penderita kusta, dan bagaimana cara deteksi dini penyakit kusta. Dengan meningkatnya pengetahuan petugas kesehatan maupun kader kesehatan terhadap penemuan dini penyakit kusta maka akan mencerminkan perilaku untuk menemukan dan mendiagnosis secara dini karena perilaku seseorang tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari individu yang bersangkutan. Selain hal tersebut perlu dilakukan pelatihan dimana Pelatihan dapat diartikan sebagai proses di mana para instruktur memanipulasi peserta dan lingkungan mereka dengan cara-cara tertentu sehingga peserta mampu menguasai perilaku yang diinginkan dalam hal ini deteksi dini penememuan penderita

kusta. pelatihan adalah proses di mana pekerja mempelajari keterampilan, sikap dan perilaku yang diperlukan guna melaksanakan pekerjaan mereka secara efektif. Pelatihan kepada kader kesehatan dilakukan dengan maksud untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan kader kesehatan tentang cara deteksi dini penyakit kusta.

BAB VII SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menguraikan simpulan yang telah didapatkan dari hasil penelitian dan memberikan saran praktis yang terkait dengan masalah penelitian

Q. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Cakupan penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember dengan Metode Pemeriksaan Kontak Intensif oleh Kader memiliki cakupan temuan suspect kusta lebih tinggi sebesar 61,73% dengan proporsi terdiagnosis kusta baru sebesar 1,09%
2. Cakupan penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember dengan Metode Pemeriksaan Kontak Intensif oleh Petugas Kesehatan memiliki cakupan temuan suspect kusta lebih rendah sebesar 38,26% dengan proporsi terdiagnosis kusta baru sebesar 0,95%
3. Metode Pemeriksaan Kontak Intensif oleh Kader maupun oleh Petugas Kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember secara statistik tidak menunjukkan adanya perbedaan (*Sig(2-tailed): 0,223; α : 0,05*)

R. Saran

Diketahuinya hasil penelitian ini kami dapat memberikan saran sebagai

berikut :

1. Bagi Penelitian selanjutnya

Temuan pada penelitian ini dapat menjadi dasar bagi penelitian selanjutnya untuk melakukan pengembangan penelitian lanjutan berupa mengetahui faktor- faktor yang mempengaruhi tidak adanya perbedaan terhadap efektifitas temuan penderita kusta

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Penelitian ini menunjukkan tidak ada perbedaan antara temuan oleh kader maupun tenaga kesehatan maka hal ini terkesan bahwa kualitas pengetahuan tenaga kesehatan maupun kader tidak ada bedanya sehingga perlu dilakukan pelatihan terkait deteksi dini penemuan penderita kusta secara komprehensif

3. Bagi Pemerintah dan atau pengambil keputusan

Tidak adanya perbedaan Metode Pemeriksaan Kontak Intensif oleh Kader maupun oleh Petugas Kesehatan terhadap penemuan penderita kusta baru di Kabupaten Jember menuntut pemerintah dan pengambil kebijakan untuk memberikan dan memberlakukan kebijakan yang sama terhadap semua program yang ada serta upaya perbaikan kebijakan untuk optimalisasi penemuan kusta

4. Bagi Kader

Diharapkan kader dapat meningkatkan peran aktif dan

peningkatan pengetahuan serta pelatihan guna lebih mematangkan kemampuan dalam melakukan *screening* terhadap penemuan kusta baru