

## **PENGARUH MODIFIKASI PERILAKU DENGAN PERJANJIAN KONTRAK TERHADAP KEPATUHAN PERAWATAN MATA, TANGAN DAN KAKI KLIEN KUSTA**

Tantut Susanto<sup>1</sup>, Latifa Aini S<sup>2</sup>  
<sup>1,2</sup> Program Studi Ilmu Keperawatan  
Universitas Jember

### **ABSTRACT**

Client with leprosy in community is one's of at risk population who needed intervention and treatment for elimination this diseases for decreased dependently of lifes. One's of intervention is modification behavior with contracting with the clients. These research want to identification that influences of modification behavior with contracting with self care client with their eyes, hands, and foots. The design that used was observational analytic with cross sectional approach. Samples are 18 client's leprosy with simple random sampling method in Ajung Community Health Center of Jember. The results showed that have differences about self care that done client before and after intervention modification behavior therapy, so there was influences about modification behavior with contracting to self care client leprosy (p value 0,002). Client's leprosy in their life with family and community needed motivation and supervision to caring self care their eyes, hand, and foots to prevent disability.

---

**Keywords:** *Kusta, Modification behavior therapy, Self care*

### **ABSTRAK**

Klien kusta di masyarakat adalah salah satu populasi berisiko yang membutuhkan intervensi dan pengobatan yang menimbulkan ketergantungan hidup mereka. Salah satu intervensinya adalah modifikasi perilaku dengan perjanjian kontrak. Penelitian ini untuk mengidentifikasi pengaruh modifikasi perilaku dengan perjanjian kontrak terhadap kepatuhan klien kusta dalam perawatan mata, tangan, dan kaki. Desain yang digunakan analitik observasional dengan pendekatan cross sectional. Sampel adalah kusta 18 klien dengan metode simple random sampling di Puskesmas Ajung Jember tahun 2012. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tentang perawatan diri yang dilakukan klien sebelum dan sesudah terapi intervensi modifikasi perilaku. Ada pengaruh yang signifikan modifikasi perilaku dengan perjanjian kontrak terhadap kepatuhan perawatan diri klien kusta (p value 0,002). Klien kusta diperlukan motivasi dan pengawasan untuk merawat perawatan diri mata, tangan, dan kaki untuk mencegah kecacatan.

---

Kata kunci : kusta, terapi modifikasi perilaku, perawatan diri

## **PENDAHULUAN**

Kasus baru kusta yang masih ditemukan di komunitas diakibatkan masih rendahnya kesadaran klien kusta dan masyarakat dalam penanganan masalah kusta. Angka kejadian kusta di Kabupaten Jember, terutama di Puskesmas Ajung melebihi angka program eliminasi nasional yaitu 4,2 per 10.000 penduduk.

Penanganan kusta di komunitas membutuhkan kerja sama secara menyeluruh dari petugas kesehatan, klien, keluarga, dan masyarakat sebagai akibat dari masalah fisik dan psikososial yang ditimbulkan oleh penyakit kusta di komunitas sebagai upaya dalam meningkatkan kualitas hidup klien kusta di masyarakat.

Jember merupakan salah satu dari 38 Kabupaten di Jawa Timur yang berada di peringkat 12 Permasalahan fisik klien kusta di masyarakat Ajung, seperti keadaan luka kusta yang semakin memburuk dan kecacatan yang muncul mengakibatkan masyarakat beranggapan negatif terhadap klien kusta. Hal ini berdampak pada kehidupan psikologis dan sosial klien kusta di masyarakat Ajung.

Permasalahan fisik klien kusta muncul sebagai akibat kurangnya informasi dan kesalahan informasi, anggapan yang salah, takhayul, dan ketakutan terhadap penyakit kusta. Hal tersebut berdampak pada masalah psikososial klien kusta sebagai akibat pandangan masyarakat terhadap penyakit kusta. Pandangan masyarakat terhadap klien kusta yang negatif tersebut berdampak pada munculnya labeling, stigma, dan diskriminasi sosial pada klien kusta.

Masyarakat Ajung masih menganggap kondisi kusta sebagai suatu penyakit yang menjijikkan dan klien kusta menutupi penyakitnya, sehingga apabila sudah ditemukan sudah dalam keadaan stadium lanjut dan telah mengalami kecacatan. Diskriminasi sosial tersebut terkait dengan kondisi penyakit yang memburuk dan timbulnya kecacatan pada klien kusta. Hal ini mengakibatkan penemuan kasus baru yang terus menerus terhadap kusta di masyarakat dan penurunan kualitas hidup klien kusta di masyarakat.

Permasalahan kusta di tatanan masyarakat memerlukan manajemen yang baik terkait dengan perawatannya untuk mencegah gangguan fungsi dan memberdayakan klien kusta dalam kehidupan yang optimal dalam kondisi sakitnya untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Pemenuhan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual klien kusta dapat dipenuhi melalui pembentukan kelompok swabantu kusta di masyarakat.

Klien kusta dalam kelompok swabantu dalam memberikan perawatan klien kusta sebagai upaya peningkatan kualitas hidup klien kusta di masyarakat. Pelayanan kesehatan dalam kelompok swabantu kusta dilakukan dengan mengutamakan pencegahan primer antara lain peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat klien kusta, pengontrolan lingkungan yang sehat, dan penyebaran informasi tentang penyakit kusta di masyarakat.

Pencegahan sekunder dapat dilakukan melalui perawatan secara fisik dan psikologis serta sosial klien kusta. Pelayanan dapat diberikan melalui

perawatan langsung pada lesi kulit klien, peningkatan harga diri klien kusta, dan peningkatan kesadaran masyarakat tentang keadaan penyakit kusta sehingga tidak menimbulkan stigma, labeling dan diskriminasi sosial pada klien kusta di masyarakat. Tindakan utama perawat komunitas lebih banyak berperan pada pencegahan tersier. Tindakan pencegahan tersebut dilakukan untuk mengurangi kondisi lesi dan derajat gangguan fungsi atau kecacatan khususnya pada tangan, kaki, dan mata yang umumnya merupakan suatu masalah utama pada klien kusta.

Dari data yang dijelaskan oleh penanggung jawab program penyakit kusta Puskesmas Ajung diperoleh data bahwa penderita kusta pada tahun 2012 hingga akhir bulan maret terdapat 7 penderita baru. Salah satu penderita kusta tersebut adalah anak-anak berusia 12 tahun. Peningkatan jumlah penderita kusta di Ajung diketahui oleh tenaga kesehatan puskesmas melalui kegiatan survei kontak yang dilakukan secara berkala.

Survei kontak tersebut dilakukan dengan cara mengkaji 10 rumah warga yang bertempat tinggal di sekitar rumah penderita, dan didapatkan bahwa terjadi peningkatan jumlah penderita kusta. Penyebab khusus terjadinya peningkatan penderita kusta tidak dapat dijelaskan secara rinci oleh penanggung jawab penyakit kusta tersebut.

Permasalahan perawatan diri khususnya dalam perawatan tangan, kaki, dan mata klien kusta memerlukan tindakan keperawatan yang baik. Salah satunya melalui pemberian modifikasi perilaku dengan perjanjian kontrak. Intervensi tersebut diharapkan akan dapat merubah perilaku klien kusta ke arah yang positif

dalam melakukan perawatan diri dan patuh terhadap terapi yang akan diberikan.

Kepatuhan klien kusta dalam melakukan perawatan diri terutama dalam perawatan tangan, kaki, dan mata maka akan berdampak pada kualitas pengobatan dan upaya pemberantasan penyakit kusta di masyarakat. Berdasarkan uraian masalah tersebut, maka peneliti ingin meneliti apakah ada pengaruh modifikasi perilaku dengan perjanjian kontrak dengan kepatuhan klien kusta dalam perawatan mata, tangan, dan kaki di wilayah kerja puskesmas Ajung kabupaten Jember.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan metode *kuasi eksperiment* dengan rancangan *nonrandomized control group design with pretest dan posttest*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita kusta yang terdaftar di Puskesmas Ajung sebanyak 38 orang. Sampel dalam penelitian ini diambil dengan cara *simple random sampling*.

Jumlah sampel diambil dengan menggunakan tingkat kepercayaan 95% dan dengan derajat presisi 10% serta dengan memperhitungkan jumlah proporsi penderita kusta sebanyak 4.2% maka didapatkan sampel sejumlah 18 orang. Kriteria subyek penelitian ini adalah: penderita kusta yang tinggal di wilayah Ajung, menderita kusta jenis PB ataupun MB, dan mengalami default selama 6 bulan dari pengobatan kusta.

Sampel diambil menggunakan teknik *simple random sampling*. Kriteria inklusi dalam penelitian ini terdiri dari : responden tinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Ajung; responden yang

menderita penyakit kusta tipe *multibaciler (MB)*; responden yang terdaftar di Wilayah Kerja Puskesmas Ajung; dan responden dapat melihat dengan baik khususnya melihat gambar.

Kriteria eksklusi penelitian ini terdiri dari: responden berpindah tempat tinggal dari Wilayah Kerja Puskesmas Ajung; responden yang sudah RFT (menyelesaikan program pengobatan); responden yang sudah *default* atau tidak mengkonsumsi obat lebih dari 6 bulan (untuk penderita kusta MB); dan responden tidak bersedia menandatangani lembar *informed consent*.

Penelitian ini dilakukan melalui suatu observasi sehingga peneliti menggunakan lembar observasi tentang perawatan tangan, kaki, dan mata. Peneliti akan memberikan beberapa anjuran, motivasi, larangan, hukuman, dan kesepakatan bersama selama dilakukan kunjungan rumah selama satu minggu sekali dalam satu bulan. Kegiatan tersebut sebagai suatu bentuk dari intervensi modifikasi perilaku melalui perjanjian kontrak. Klien kusta selama kunjungan akan dilakukan perjanjian tentang apa yang sebaiknya dilakukan dan yang tidak boleh dilakukan.

Hasil observasi dikumpulkan dalam suatu lembar observasi. Setiap item kegiatan perawatan yang dilakukan oleh klien tiap harinya selama satu bulan akan

diberikan nilai 1 dan sebaliknya kegiatan yang tidak dilakukan akan diberikan nilai 0.

Kegiatan perawatan yang telah dilakukan akan diberikan reinforcement positif dan sebaliknya kegiatan yang tidak dilakukan akan diberikan reinforcement negatif serta klien akan mendapatkan penguatan perilaku melalui suatu motivasi dan anjuran yang dapat dilakukan untuk perawatan yang lebih baik.

Hasil penelitian dilakukan analisis secara univariat dan analisis secara bivariat. Analisis secara univariat dilakukan pada variabel data-data demografi dan karakteristik responden yang berkaitan dengan perilaku perawatan mata, tangan, dan kaki yang dilakukan oleh klien kusta.

Analisis secara bivariat dilakukan untuk menganalisis pengaruh pemberian intervensi modifikasi perilaku terhadap kepatuhan klien kusta. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan uji T dengan tingkat kemaknaan 5% melalui analisis data yang diolah dengan menggunakan SPSS.

## **HASIL DAN BAHASAN**

Pengambilan data dilaksanakan pada awal tahun 2012 dengan jumlah sampel 18 responden di wilayah kerja Puskesmas Ajung Kabupaten Jember. Adapun karakteristik responden dalam penelitian ini tergambar dalam Table 1.

Tabel 1. Karakteristik Responden Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Ajung 2012

No	Variabel	Frekuensi	Prosentase
1	Usia		
	30 – 40 tahun	6	33,3
	40 – 50 tahun	8	44,4
	Lebih dari 50 tahun	4	22,2
2	Jenis Kelamin		
	Laki-Laki	11	61,1
	Perempuan	7	38,9
3	Pendidikan		
	Tidak sekolah	3	16,3
	SD	6	33,3
	SMP	4	22,2
	SMA	5	27,8
4	Pekerjaan		
	Tidak bekerja	3	16,7
	Ibu Rumah Tangga	4	22,2
	Petani	7	38,9
	Pedagang	1	5,6
	Buruh	3	16,7
5	Lama menderita		
	Lebih dari 6 bulan	18	100

Dari data tersebut menunjukkan klien kusta berada pada usia dewasa antara 30-40 tahun sebanyak 33,3% dengan berjenis kelamin laki-laki sebanyak 61,1%, dan berpendidikan mayoritas adalah SD sebesar 33,3% serta dengan bekerja sebagai petani 38,9%. Lamanya klien menderita kusta adalah lebih dari 6 bulan atau sudah bersifat kronis 100%. Klien kusta dalam kesehariannya diobservasi terhadap perawatan mata, tangan, dan kaki. Klien kusta sebelum diberlakukan intervensi modifikasi perilaku melalui perjanjian kontrak diukur tingkat perawatan dirinya 1 hari sebelum terapi tersebut diberikan. Setelah klien diukur sebelum intervensi diberikan, klien dan keluarga mendapatkan pendidikan kesehatan melalui suatu pemberian buku

panduan perawatan diri khususnya dalam merawat mata, tangan, dan kaki. Keluarga dan klien kemudian mendapatkan terapi modifikasi perilaku melalui penguatan dalam berpartisipasi untuk melakukan perawatan diri sesuai dengan buku panduan tersebut.

Klien diobservasi selama 4 minggu, dengan dilakukan pengukuran kepatuhan perawatan dirinya melalui kunjungan rumah tiap seminggu sekali. Setiap kunjungan rumah, klien dan keluarga akan menunjukkan bagan flip chart tentang kemajuan modifikasi perilaku perawatan mandiri klien, apabila ditemukan kemunduran maka klien akan mendapatkan punishment dan penguatan koping, tetapi jika terjadi kemajuan yang baik maka akan mendapatkan reward yang

postif. Kepatuhan klien kusta dalam perawatan mata, tangan, dan kaki sebelum dan setelah dilakukan intervensi modifikasi

perilaku dengan perjanjian kontrak digambarkan dalam Table 2.

Table 2. Kepatuhan Klien Kusta Dalam Perawatan Mata, Tangan, Dan Kaki Di Wilayah Kerja Puskesmas Ajung Kabupaten Jember 2012

Variabel	Mean	SD	E	P value	N
Pretest	4,72	4,69	1,11	0,002	8
Posttest	8,61	2,30	0,54		

Tabel 2. menunjukkan rata-rata kepatuhan klien kusta dalam melakukan perawatan diri khususnya perawatan mata, tangan, dan kaki sebelum intervensi terapi modifikasi perilaku dengan perjanjian kontrak adalah 4,72 dengan standar deviasi 4,69. Rata-rata kepatuhan klien kusta dalam perawatan diri sesudah intervensi terapi modifikasi perilaku dengan perjanjian kontrak adalah 8,61 dengan standar deviasi 2,3. Terlihat nilai mean perbedaan antara sebelum dan sesudah pelatihan adalah 3,89 dengan standar deviasi 4,39. Hasil uji statistik pada table 2, didapatkan nilai 0,002 maka ada perbedaan yang signifikan antara kepatuhan klien kusta dalam melakukan perawatan diri khususnya dalam perawatan mata, tangan, dan kaki sebelum dan sesudah intervensi terapi modifikasi perilaku dengan perjanjian kontrak, sehingga dapat disimpulkan ada pengaruh pemberian terapi modifikasi perilaku melalui perjanjian kontrak terhadap kepatuhan klien kusta untuk melakukan perawatan diri dalam hal mata, tangan, dan kaki.

Penyakit kusta yang diderita oleh suatu kelompok di masyarakat merupakan suatu *populations at risk* atau populasi

risiko. Risiko penularan kusta pada suatu populasi perlu diidentifikasi. Identifikasi tersebut untuk menentukan faktor-faktor risiko terhadap tindakan pencegahan. *Populations at risk* berdasarkan pada pendekatan epidemiologi menjelaskan tentang pola penyakit pada suatu populasi dan kuantitas efek dari paparan suatu faktor utama penyakit. *Populations at risk* tersebut membutuhkan suatu identifikasi terhadap faktor risiko yang spesifik, disamping faktor utama penyakit tersebut (Swanson, 1997).

Penularan kusta baik dari manusia ke manusia (*human to human*) maupun dari binatang ke manusia (*animal to human*) perlu diidentifikasi berkaitan dengan tempat masuknya bakteri. Tempat yang diserang bakteri sampai dengan risiko penularannya adalah jaringan dengan suhu yang lebih rendah, seperti kulit dan saraf tepi pada tangan, kaki, dan muka (Cohn, 1989). Kusta merupakan penyakit yang tidak mematikan, tetapi apabila tidak dilakukan perawatan dengan baik akan mengakibatkan kulit menjadi kering, perlukaan, munculnya bercak-bercak pada muka, telinga, dan hidung. Bagian-bagian tubuh yang diserang bakteri kusta diidentifikasi berkaitan dengan faktor

utama kusta dan faktor-faktor yang berkontribusinya. Bagian tubuh yang sering diserang bakteri kusta umumnya adalah kulit, muka, tangan, kaki, dan mata (Britton, 2004).

Permasalahan yang muncul pada suatu populasi disamping disebabkan oleh penyebab utama, umumnya juga ditunjang oleh beberapa faktor risiko lain yang menunjang munculnya suatu masalah pada suatu populasi. Faktor risiko atau *risk factor* tersebut berkaitan dengan karakteristik suatu populasi seperti umur, jenis kelamin, kondisi lingkungan populasi, dan genetik (Swanson, 1997). Berdasarkan konsep Stanhope & Lancaster (2000) tersebut, maka kusta merupakan *populations at risk*.

Faktor *biologic risk* pada kusta berkaitan dengan ciri-ciri fisik khusus yang dimiliki oleh klien kusta seperti lesi pada kulit dan kecacatan. Faktor *social risk* pada kusta berkaitan dengan pandangan yang negatif terhadap klien kusta di masyarakat yang berhubungan dengan labeling, stigma, dan diskriminasi sosial klien kusta. Faktor *economic risk* berkaitan dengan kejadian kusta yang umumnya diderita oleh klien dari sosial ekonomi yang kurang. Faktor *life style* berkaitan dengan gaya hidup klien kusta yang umumnya kurang dapat memperhatikan kebersihan diri dan lingkungannya. Faktor *life event risk* berkaitan dengan penyebaran kusta yang umumnya juga bisa diakibatkan oleh suatu perpindahan tempat tinggal klien kusta.

Faktor *biologic risk* secara umum menempatkan klien kusta di masyarakat sebagai bagian dari *populations at risk* kusta. Hal ini berkaitan dengan risiko yang ditimbulkan oleh penyakit kusta pada populasi atau komunitas klien kusta

berada. Populasi kusta memiliki ciri-ciri khusus yang dapat diidentifikasi secara khusus sehingga membedakan populasi kusta dengan populasi lainnya. Ciri-ciri khusus tersebut dapat diidentifikasi melalui tanda dan gejala dari penyakit kusta. Tanda khusus yang dapat diidentifikasi dari penyakit kusta adalah terutama pada kulit, saraf dan membran mukosa penderita.

Kusta yang tidak ditangani dengan baik akan berkembang secara progresif dan ditemukan kerusakan permanen pada anggota gerak dan mata. Gejala dapat dilihat pada penderita setelah 10, 15 atau mungkin 20 tahun setelah terinfeksi bakteri tersebut (Bland, 1996). Manifestasi klinis kusta sebagai perkembangan tanda dan gejala tergantung dari respon imun dari individu yang terinfeksi oleh agen penyebab yaitu *Mycobacterium leprae*. Lesi kulit dan pelebaran serta kelemahan sistem saraf tepi merupakan tanda yang khas dari kusta (Boggild, 2004a).

Kelemahan sistem saraf tepi akan pengaruh terhadap terjadinya masalah penurunan fungsi saraf yang akan berakibat pada penyakit kronis persarafan (Lockwood, 2002). Kusta akan dapat mengakibatkan berbagai kumpulan gejala apabila tidak dilakukan penanganan dengan baik sehingga angka kesakitan kusta semakin bertambah. Kusta umumnya menimbulkan permasalahan seperti dermatitis kronik dan kerusakan saraf tepi yang akan memburuk sepanjang perjalanan kusta (Boggild, 2004b).

Penderita kusta umumnya memperlihatkan lesi pada kulit, kelemahan atau kebas (mati rasa) yang diakibatkan oleh lesi pada saraf tepi, atau luka seperi luka bakar atau *ulcerasi* yang tidak berasa pada tangan atau kaki. Penderita kusta

yang lama akan menampakkan reaksi kusta dengan nyeri saraf, kelemahan, beberapa lesi kulit, nyeri mata, atau tanda-tanda penyakit sistemik karena *infiltrasi* bakteri yang menyerang mukosa nafas, tulang, dan testis (Britton, 2004).

Modifikasi perilaku pada keluarga dilakukan melalui prinsip dengan perjanjian kontrak dan prinsip ekonomi. Modifikasi perilaku dengan perjanjian kontrak dilakukan untuk mendisiplinkan klien untuk manajemen aktivitas kesehariannya dari bangun tidur sampai dengan menjelang tidur lagi (Stuart, 2009). Contingency contracting berfokus pada perjanjian yang dibuat antara terapis dalam hal ini perawat jiwa dengan klien. Perjanjian dibuat dengan *punishment* dan *reward*. Konsekuensi yang berat telah disepakati antara klien dengan perawat terutama bila klien melanggar kebiasaan buruk yang sudah disepakati untuk ditinggalkan. Proses pelaksanaan kegiatan modifikasi perilaku dengan prinsip perjanjian kontrak terdiri dari delapan kegiatan.

Tahap pertama merupakan fase orientasi (mengucapkan salam, evaluasi dan validasi serta menjelaskan tentang terapi modifikasi perilaku dan tujuannya). Tahap kedua dapat dilakukan melalui pemberian kesempatan pada klien untuk menuliskan perilaku yang tidak diharapkan dan perilaku yang diharapkan dengan rasionalnya atau alasan dari perubahan perilaku tersebut. Tahap ketiga dapat dilakukan prioritas dari perilaku tersebut yang akan dimodifikasi terlebih dahulu. Tahap keempat dilakukan dengan membuat kontrak perjanjian secara tertulis tentang perilaku yang diharapkan oleh individu dan jika dilaksanakan akan mendapatkan reinforcement positif dan jika tidak dilakukan akan mendapatkan

hukuman sesuai dengan kesepakatan klien. Tahap kelima menganjurkan pada klien untuk membuat catatan harian terkait dengan perilaku yang sudah dapat dilakukan dengan baik atau belum dilakukan dengan hambatan dari klien atau lingkungan.

Proses pelaksanaan pada tahap keenam dilakukan melalui pemberian pujian kepada klien atas keinginan klien merubah perilaku dan kontrak yang dibuat dengan kesepakatan bersama klien dan keluarga. Pada tahap ketujuh memberikan dorongan pada klien untuk menyepakati kontrak yang telah dibuat dan melaporkan pada keluarga dan terapis setiap minggu sekali. Pada tahap kedelapan dapat dilakukan terminasi (evaluasi secara subyektif dan obyektif dan kontrak yang akan datang).

Program proteksi kesehatan penderita kusta terkait dengan program eliminasi kusta. India menggunakan aspek politik dalam mempengaruhi kebijakan terkait dengan program eliminasi kusta. India mempengaruhi beberapa sektor yang ada di pemerintahan dan organisasi sosial untuk bersama-sama menangani kusta karena kusta membutuhkan perawatan yang lama (*Editorial The Lancet*, 1997). WHO (2000) menyusun suatu tindakan untuk mencegah kondisi keterbatasan dan kecacatan fisik pada klien kusta di masyarakat. Tindakan pencegahan ditekankan pada perawatan kaki, perawatan tangan, dan perawatan mata (*Guide To Eliminate Leprosy As A Public Health Problem* WHO, 2000).

Perawatan kaki klien kusta dibagi menjadi empat bagian, yaitu (1) perawatan kaki dengan kulit yang kering dan pecah-pecah; (2) perawatan kaki yang melepuh pada telapak kaki atau diantara jari kaki;



(3) perawatan kaki dengan *ulcer* tanpa adanya *discharge*; dan (4) perawatan kaki dengan *ulcer* dan adanya *discharge*. Perawatan kaki dengan kulit kering dan pecah-pecah dapat dilakukan dengan menganjurkan klien kusta untuk merendam kakinya selama 20 menit tiap hari di air dan mengolesi kakinya dengan minyak goreng atau *vaseline* secara teratur serta menganjurkan klien untuk menggunakan sepatu atau sandal sebagai pelindung kaki klien dari luka atau trauma (*Guide To Eliminate Leprosy As A Public Health Problem* WHO, 2000).

Perawatan kaki yang melepuh pada telapak kaki atau diantara jari kaki dapat dilakukan dengan membalut kulit yang melepuh dengan kain yang bersih atau kain kasa. Perawatan kaki yang mengalami *ulcer* tanpa adanya *discharge* dapat dilakukan dengan membersihkan *ulcer*/lesi memakai sabun dan air, kemudian balut dengan kain bersih dan menganjurkan klien untuk mengistirahatkan kakinya. Perawatan kaki yang mengalami *ulcer* dan ditemukan adanya *discharge* dilakukan dengan membersihkan *ulcer*, kemudian dibalut secara *antiseptik* dan menganjurkan klien untuk mengistirahatkan kakinya tersebut. Apabila tidak terjadi perubahan dalam empat minggu, maka merujuk klien ke rumah sakit atau puskesmas (*Guide To Eliminate Leprosy As A Public Health Problem* WHO, 2000).

Perawatan tangan pada klien kusta dibagi menjadi dua bagian, yaitu: (1) perawatan tangan yang mengalami *injuri* pada tangan selama memasak/bekerja; dan (2) perawatan tangan dengan kulit yang kering dan pecah-pecah. Perawatan tangan yang mengalami *injuri* pada waktu memasak/bekerja dapat dilakukan dengan

membersihkan luka dan membalutnya dengan kain yang bersih, kemudian menganjurkan klien untuk istirahatkan kakinya, dan menganjurkan klien untuk menggunakan sarung tangan atau kain pembungkus tangan sebagai pelindung tangan ketika menyentuh suatu obyek yang bersifat panas atau tajam. Perawatan tangan dengan kulit yang kering dan pecah-pecah dapat dilakukan dengan menganjurkan klien kusta untuk merendam tangannya selama 20 menit tiap hari di air dan mengolesi tangannya menggunakan minyak goreng atau *vaseline* secara teratur (*Guide To Eliminate Leprosy As A Public Health Problem* WHO, 2000).

Perawatan mata pada klien kusta dibedakan menjadi dua bagian, yaitu: (1) perawatan mata klien yang ditandai dengan mata merah, nyeri, pandangan kabur, dan adanya *discharge*; dan (2) perawatan mata klien yang mengalami injuri pada kornea (*corneal ulcer*). Perawatan mata klien yang ditandai dengan mata merah, nyeri, pandangan kabur, dan adanya *discharge* dapat dilakukan dengan memberikan aspirin atau paracetamol, jika tersedia memberikan 1% atropine yang berupa tetesan mata dan steroid yang berbentuk salp.

Mata klien ditutup dengan suatu bantalan yang bersih dan menganjurkan klien untuk ke rumah sakit atau puskesmas jika memungkinkan. Perawatan mata klien yang mengalami injuri pada kornea dapat dilakukan dengan memberikan antibiotik berbentuk salp, kemudian mata klien ditutup dengan suatu bantalan yang bersih dan menganjurkan klien untuk ke rumah sakit atau puskesmas jika memungkinkan (*Guide To Eliminate Leprosy As A Public Health Problem* WHO, 2000).

Ketidakpatuhan terjadi apabila klien membuat kesalahan dalam dosis obat atau waktu pemakaiannya serta menggunakan obat lain yang efeknya lebih membahayakan. Tingkat ketidak patuhan berkisar antara 4-92 % dengan media sekitar 45 %. Walau bukan hal yang vital apabila klien tidak mematuhi nasehat namun ada anggapan bahwa klien harus mematuhi nasehat dan biula tidak berarti klien itu salah, anggapan ini hanya berlaku apabila dokter bersifat otoriter.

Hare dan Wilcock (1967), melaporkan bahwa ketidak patuhan ditemukan hanya 19% pada pasien rawat inap. 37% pada pasien sehari-hari dan 49% pada pasien rawat jalan. Hasil ini menyimpulkan dengan mengajarkan pengobatan diri sendiri saat di rumah sakit meningkatkan kepatuhan pasien rawat jalan (Kent dan Dalgleish, 1986). Menurut Gordis dan Dumbar (1979) kepatuhan pasien atas peraturan pengobatan, perjanjian klinik dinilai cukup tinggi apabila dibandingkan dengan kepatuhan pasien atas pemeriksaan laboratorium urine maupun darah, pasien cenderung untuk tidak patuh. Kepatuhan pasien untuk menerapkan petunjuk diet dan penggunaan obat hipoglikemi secara tetap memerlukan pengertian dan motivasi yang tinggi, yang harus diusahakan melalui pendidikan yang dapat menghasilkan perubahan perilaku (Krall Lp, 1985).

#### **SIMPULAN DAN SARAN**

Karakteristik klien kusta dalam penelitian ini berasal dari kelas social ekonomi rendah. Klien sebelum dilakukan terapi modifikasi perilaku menunjukkan kurang mampu dalam melakukan perawatan diri khususnya pada mata, tangan, dan kaki. setelah dilakukan terapi

modifikasi perilaku melalui perjanjian kontrak selama 4 minggu, didapatkan ada perubahan dalam kepatuhan klien untuk dapat menjalankan perawatan diri secara mandiri. Hasil penelitian dapat disimpulkan adanya pengaruh terapai modifikasi perilaku dengan perjanjian kotrak terhadap kepatuhan perawatan diri klien kusta. Adanya kunjungan rumah yang berkala dan bertahap dalam upaya memotivasi dan mensupervisi klien kusta dalam melakukan perawatan diri seperti perawatan mata, tangan, dan kaki. hal ini dilakukan dalam upaya mencegah derajat kecacatan dan menurunkan gejala sisa setelah pengobatan kusta berakhir.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Boggild, A.K., Jason D.C., Jay S.K., Kevin C.K., (2004a). Leprosy In Toronto: An Analysis Of 184 Imported Cases. *Canadian Medical Association. Journal*; Jan 6, 2004; 170; Diakses dari <http://www.Proquest.com/pgdauto/Nursing and Allied Health Source> pg. 55. Tanggal 15 April 2009.
- Boggild, A.K., Jay S K, Kevin C K, (2004b). Leprosy: A Primer For Canadian Physicians. *Canadian Medical Association Journal*; Jan 6, 2004; 170, 1; ProQuest Nursing & Allied Health Source pg. 71. Diakses dari <http://www.Proquest.com/pgdauto/Nursing and Allied Health Source>. Tanggal 16 Desember 2009.
- Britton, W.J., Diana N J Lockwood. (2004). Leprosy. *The Lancet*; Apr 10, 2004; 363, 9416; Diakses dari ProQuest Nursing & Allied Health Source pg. 1209. Diakses dari <http://www.Proquest.com/pgdauto/>

- Nursing and Allied Health Source.  
Tanggal 16 Desember 2009.
- Depkes RI. 2006. *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2011. *Analisa Situasi Program Pemberantasan Penyakit Kusta*. Jember: Dinkes Jember.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2000). *Community health nursing: promoting health of aggregates, families, and individuals*, 4<sup>th</sup> edition. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Stuart. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing 9ed*. St Louis: Elsevier Mosby.
- Swanson, J.M., Mary A.N. (1997). *Community Health Nursing: Promoting The Health of Aggregates*. 2<sup>nd</sup> Ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Watts, J. (2001). Japanese Leprosy Patients Receive Official Apology. *The Lancet*; Jun 2, 2001; 357, 9270, Diakses dari <http://www.Proquest.com/pqdauto/Nursing and Allied Health Source pg. 1774>. tanggal 5 April 2009.
- Weiss, MG., Jayashree R., (2006). Stigma Interventions And Research For International Health. *The Lancet*; Feb 11-Feb 17, 2006; 367, 9509, ProQuest Nursing & Allied Health Source pg. 536. diakses dari <http://www.proquest.com/pqdauto/Nursing and Allied Health Source>. tanggal 15 April 2009.
- Weekly Epidemiological Report WHO. (2008). *Global Leprosy Situation*, *Beginning of 2008*. No. 33, 2008, 83, 293–300. Diakses dari <http://www.who.int/wer>. Tanggal 16 Desember 2009.
- WHO. (2006). *Report of The Global Forum on Elimination of Leprosy as a Public health Problems*. Diakses [www.who.org/cdsntd2006/4egn](http://www.who.org/cdsntd2006/4egn) Tanggal 15 April 2009.