

SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE
DEMONSTRASI TERHADAP KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI
PADA PASIEN KUSTA CACAT TINGKAT II DI RUMAH SAKIT
SUMBERGLAGAH MOJOKERTO**

PENELITIAN *QUASY EXPERIMENT*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh:

ERLYSA DIAH PANGESTUTI

NIM : 010810160 B

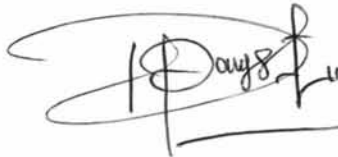
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2012

SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, 22 JULI 2012



ERLYSA DIAH PANGESTUTI
NIM. 010810160 B

LEMBAR PERSETUJUAN

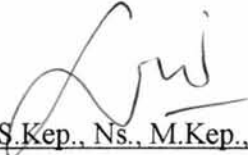
SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE
DEMONSTRASI TERHADAP KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI
PADA PASIEN KUSTA CACAT TINGKAT II DI RUMAH SAKIT
SUMBERGLAGAH MOJOKERTO**


Oleh:
Erlysa Diah Pangestuti
010810160B

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 22 JULI 2012
Oleh:

Pembimbing Ketua


Sriyono, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP. 197011202006041001

Pembimbing


Ferry Efendi, S.Kep., Ns., MSc
NIP. 198202182008121005

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga

Penjabat Wakil Dekan I


Mira Trihartini, S.Kp., M.Kep.
NIP. 197904242006042002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE
DEMONSTRASI TERHADAP KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI
PADA PASIEN KUSTA CACAT TINGKAT II DI RUMAH SAKIT
SUMBERGLAGAH MOJOKERTO**

Oleh:

Erlysa Diah Pangestuti

010810160B

TELAH DIUJI

TANGGAL 26 JULI 2012

PANITIA PENGUJI

Ketua : Makhfudli, S.Kep., Ns., M.Ked.Trop.

(.....)

Anggota : 1. Sriyono, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB

(.....)

2. Ferry Efendi, S.Kep., Ns., M.Sc.

(.....)

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Penjabat Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep.

NIP. 197904242006042002

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan ke hadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN METODE DEMONSTRASI TERHADAP KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI PADA PASIEN KUSTA CACAT TINGKAT II DI RUMAH SAKIT SUMBERGLAGAH MOJOKERTO”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep.) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini, perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
2. Ibu Mira Triharini, S.Kp., M.Kep. selaku Penjabat Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kemudahan fasilitas dan sarana prasarana, serta perijinan demi kelancaran skripsi saya.
3. Bapak Sriyono, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB. selaku pembimbing ketua. Terima kasih atas masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya demi kemajuan penyelesaian skripsi ini.
4. Bapak Ferry Efendi, S.Kep., Ns., MSc. selaku pembimbing. Terima kasih atas masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya demi kemajuan penyelesaian skripsi ini.

5. Seluruh staf RSK Sumberglagah Mojokerto yang telah memberikan kemudahan fasilitas, sarana prasarana, serta perijinan demi kelancaran skripsi saya.
6. Seluruh staf pendidikan, perpustakaan, dan tata usaha Fakultas Keperawatan UNAIR atas segala bantuan yang diberikan dari awal pembuatan proposal hingga skripsi ini selesai.
7. Bapak Hendi, selaku staf perpustakaan FKp UNAIR, seluruh staf perpustakaan Kampus A, B, C UNAIR, dan perpustakaan RSUD Dr. Soetomo atas bantuan fasilitas berupa bahan dan materi dalam mengerjakan skripsi ini.
8. Bapak Mursidi, S.Kep., Ns., Ibu Lilik, S.Kep., Ns., Mbak Evi, S.Kep., Ns., Mbak Ana S.Kep., Ns., terimakasih atas masukan dan waktu yang telah diluangkan untuk berdiskusi terkait skripsi ini.
9. Seluruh responden penelitian, pasien kusta rawat jalan di RSK Sumberglagah yang telah menyediakan waktunya.
10. Seluruh keluarga tercinta, Ayah Untung Sugiarto, Ibu Pujirahayu, Adek Beni, keluarga besar Ayah, keluarga besar Ibu, terima kasih untuk semuanya, doa kalian, dukungan, perjuangan dan perhatian, serta kasih sayang kalian merupakan semangat saya untuk menyelesaikan skripsi ini.
11. Saudara A.F, terimakasih atas teladan baik tentang ilmu kesabaran dan keikhlasan. Mengenal anda sejak Maba adalah anugerah, karena perjuangan hidup anda adalah inspirasi bagi saya.
12. Seluruh keluarga besar BEM FKp, BEM UNAIR 2010-2011, SkiNers, UKMKI Unair, yang sudah memperkenalkan saya belajar tentang organisasi, kesabaran, dan kehidupan.

13. Seluruh keluarga besar Departemen Kebijakan Publik BEM UNAIR. Mas Bustomy, Mas Yan, Mbak Tata, Rizal, Maulida, Maygy, Rohma, Mas Nuha, Mas Rois, Adnan, Inung, Heri, Akief, Indah, Nina, Anis, Karin, dan yang lainnya, terimakasih atas perhatian dan dukungan yang diberikan selama ini.
14. Teman-teman seperjuangan Melida, Roy, Anis, Ana, Rahma dan teman-teman KTW 31 (Mbak Ami, Mbak Ima, Pipit, Ade, Diah, lutfi, Iim, dan lainnya), serta warga K-26, terima kasih untuk segala macam dukungan yang diberikan.
15. Teman-teman satu bimbingan skripsi (Dian, Mbak Raafi, teh Nailly, Rizal, Arif) dan semua teman-teman angkatan 2008 FKp UNAIR, terima kasih atas bantuan kalian baik secara langsung maupun tidak langsung.
16. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah membantu saya dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah bersedia membantu dalam menyelesaikan skripsi ini dan senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan serta selalu menganugerahkan kasih sayang-Nya untuk kita semua.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan segala saran dan kritik demi perbaikan dan penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi pembaca khususnya dan bagi profesi keperawatan.

Surabaya, 22 Juli 2012

Penulis,

MOTTO

*Ikhlas dan Sabar adalah kunci menghadapi masalah,
Sedangkan Komitmen untuk menyelesaikan masalah
tersebut adalah kunci tuk temukan jalan keluar.*

ABSTRACT

**THE INFLUENCE OF HEALTH EDUCATION BY DEMONSTRATION
METHOD IN SELF CARE INDEPENDENCE FOR DISABILITY 2nd
GRADE OF LEPROSY AT SUMBERGLAGAH HOSPITAL IN
MOJOKERTO**

Quasy Experiment

**By :
Erlysa Diah Pangestuti**

Lack of self-care independence is a phenomenon that appears on an outpatient at the sumberglagah hospital, Mojokerto. Most of the patients have less independence in self-care efforts in leprosy, causing a faster rate of patients to the disability process. The data explained that the demonstration method can improve self-care independence. This research was aimed to analyze the influence of health education with demonstration method in self care independent for disability 2nd grade of leprosy.

Design used in this research was quasy experimental pre post test designed. The sampling technique used was purposive sampling. Samples were taken from those suitable with inclusion criteria, with total samples were 16 people. The independent variable was intervention of health education with demonstration method and the dependent variable was self care independence on leprosy measured by quetioner and observation instrument of independence. Data were analyzed by Wilcoxon signed rank test and Mann Whitney test significance $\alpha < 0,05$.

Result showed that treatment group has significance level $p=0.016$ and control group has significance level $p=0.102$ and the result of Mann whitney test showed $p 0.001$.

This study describes the demonstration method can improve the level of self-care independence of disabled leprosy patients in 2nd grade. Demonstration method can help leprosy patients in terms of habit and routine care for themselves independently, to prevent further disability. This method can also be offered at the hospital sumberglagah to keep providing health education demonstration method in outpatient leprosy patients. It can also be a solution to decrease amount of disabled leprosy patients in Indonesia.

Keyword : leprosy, demonstration method, self care independence

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	iv
UCAPAN TERIMAKASIH	v
MOTTO	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	6
1.3 Rumusan Masalah	7
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.4.1 Tujuan umum.....	7
1.4.2 Tujuan khusus.....	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	7
1.5.1 Manfaat teoritis.....	7
1.5.2 Manfaat praktis.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan	9
2.1.1 Definisi pendidikan kesehatan.....	9
2.1.2 Tujuan pendidikan kesehatan	9
2.1.3 Sasaran pendidikan kesehatan	9
2.1.4 Metode pendidikan kesehatan	10
2.1.5 Konsep metode demonstrasi.....	13
2.1.6 Definisi demonstrasi.....	14
2.1.7 Kelebihan metode demonstrasi.....	15
2.1.8 Kekurangan metode demonstrasi	15
2.1.9 Langkah-langkah metode demonstrasi	15
2.2 Konsep Dasar kusta.....	17
2.2.1 Definisi kusta.....	17
2.2.2 Etiologi kusta.....	18
2.2.3 Klasifikasi kusta	19
2.2.4 Diagnosis kusta.....	20
2.2.5 Penatalaksanaan kusta	21

2.3	Konsep Cacat Kusta.....	23
2.3.1	Definisi cacat kusta.....	23
2.3.2	Patogenesis cacat kusta.....	24
2.3.3	Jenis cacat kusta.....	25
2.3.4	Tingkat cacat kusta.....	26
2.3.5	Pencegahan cacat kusta.....	27
2.3.6	Rehabilitasi cacat kusta.....	28
2.3.7	Perawatan mandiri pada penderita cacat kusta.....	30
2.4	Konsep Teori Dorothea Orem.....	34
2.5	Konsep Teori Belajar.....	36
2.6	Konsep Perilaku Manusia.....	38
2.4.1	Definisi perilaku manusia.....	38
2.4.2	Bentuk perilaku manusia.....	38
2.4.3	Domain perilaku kesehatan.....	39
2.7	Kuesioner Pengetahuan dan Kemandirian.....	46
2.7.1	Kuesioner pengetahuan.....	46
2.7.2	Kuesioner kemandirian.....	47
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN ...	49
3.1	Kerangka Konseptual.....	49
3.2	Hipotesis Penelitian.....	52
BAB 4	METODE PENELITIAN.....	53
4.1	Desain Penelitian.....	53
4.2	Populasi, Sampel dan Sampling.....	54
4.2.1	Populasi.....	54
4.2.2	Sampel.....	54
4.3	Identifikasi Variabel.....	55
4.3.1	Variabel independen.....	55
4.3.2	Variabel dependen.....	56
4.4	Definisi Operasional.....	57
4.5	Instrumen.....	59
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	59
4.7	Prosedur Pengambilan Data.....	59
4.8	Kerangka Operasional.....	61
4.9	Analisis Data.....	62
4.10	Masalah Etik (<i>Etikal Clearance</i>).....	62
4.10.1	Etik penelitian.....	62
4.10.2	Surat persetujuan (<i>Informed consent</i>).....	63
4.10.3	Tanpa nama (<i>Anonimity</i>).....	63
4.10.4	Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>).....	63
4.11	Keterbatasan.....	63
BAB 5	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	64
5.1	Hasil Penelitian.....	64
5.1.1	Gambaran umum lokasi penelitian.....	64
5.1.2	Data umum.....	65

5.1.2	Data umum	65
5.1.3	Data khusus atau variabel yang diukur	68
5.2	Pembahasan	76
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN		80
6.1	Simpulan	80
6.2	Saran	81
DAFTAR PUSTAKA		82
LAMPIRAN.....		85

DAFTAR TABEL

Tabel 2.4	Tingkat cacat kusta menurut WHO (Depkes RI 2006).....	27
Tabel 4.1	Desain penelitian pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto.....	53
Tabel 4.3.3	Definisi operasional variabel dependen dan independen pengaruh pemberian pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatand diri pada penderita kusta dengan cacat tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto.....	54
Tabel 5.1	Kemandirian perawatan diri sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan metode demonstrasi di Rumah Sakit Sumberglagah, Pacet, Mojokerto tanggal 28 Mei – 18 Juni 2012	73
Tabel 5.2	Tabel <i>Mann Whitney</i> Kemandirian perawatan diri pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan intervensi pendidikan kesehatan metode demonstrasi di Rumah Sakit Sumberglagah, Pacet, Mojokerto tanggal 28 Mei – 18 Juni 2012.....	74

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Identifikasi Masalah.....	6
Gambar 2.4	Komponen utama dari teori <i>self-care</i> orem.....	36
Gambar 3.1	Bagan kerangka konseptual pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto.....	46
Gambar 4.7	Kerangka operasional penelitian pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap tingkat kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah, Mojokerto.....	58
Gambar 5.1	Diagram batang distribusi pasien berdasarkan jenis kelamin pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah, Mojokerto pada tanggal 28 Mei – 11 Juni 2012.....	66
Gambar 5.2	Diagram batang distribusi pasien berdasarkan umur pasien di Rumah Sakit Sumberglagah, Mojokerto, tanggal 28 Mei – 11 Juni 2012.....	66
Gambar 5.3	Diagram batang distribusi pasien berdasarkan pendidikan di Rumah Sakit Sumberglagah, Mojokerto tanggal 28 Mei – 11 Juni.....	67
Gambar 5.4	Diagram batang distribusi pasien kusta cacat tingkat II berdasarkan pekerjaan di Rumah Sakit Sumberglagah, Mojokerto pada tanggal 28 Mei – 11 Juni 2012.....	67
Gambar 5.5	Diagram batang tingkat pengetahuan pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah Mojokerto 28 Mei – 11 Juni 2012 pada kelompok perlakuan.....	69
Gambar 5.6	Diagram batang tingkat pengetahuan pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah Mojokerto tanggal 28 Mei – 11 Juni 2012 pada kelompok kontrol.....	70
Gambar 5.7	Diagram batang kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah Mojokerto 28 Mei – 11 Juni 2012 pada kelompok perlakuan.....	71
Gambar 5.8	Diagram batang kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah Mojokerto 28 Mei – 11 Juni 2012 pada kelompok kontrol.....	72
Gambar 5.9	Diagram perbedaan tingkat kemandirian perawatan diri pada kelompok perlakuan	75
Gambar 5.10	Diagram perbedaan tingkat kemandirian perawatan diri pada kelompok kontrol	75

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat permohonan bantuan penelitian.....	89
Lampiran 2	Surat keterangan dari pihak R.S. Sumberglagah	90
Lampiran 3	Satuan acara pengajaran metode demonstrasi	91
Lampiran 4	Lembar penjelasan penelitian.....	97
Lampiran 5	Lembar <i>informed consent</i>	98
Lampiran 6	Lembar kuesioner	99
Lampiran 7	Tabulasi data	104
Lampiran 8	Hasil uji SPSS <i>Wilcoxon</i>	108
Lampiran 9	Hasil uji SPSS <i>Mann-Whitney test</i>	110

DAFTAR SINGKATAN

DKT	: Diskusi Kelompok Terfokus
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
KPD	: Kelompok Perawatan Diri
MB	: Multi Basiler
MDT	: <i>Multi Drug Therapy</i>
PB	: Pausi Basiler
PCK	: Penyandang Cacat Kusta
RSK	: Rumah Sakit Kusta
SDM	: Sumber Daya Manusia
SAP	: Satuan Acara Pengajaran
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kusta adalah penyakit tertua yang dikenal manusia. Catatan paling awal menjelaskan bahwa kusta berasal dari India sekitar periode 600 SM (Edward, 2010). Kusta merupakan penyakit menular yang menahun dan disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* yang menyerang saraf tepi, kulit, dan jaringan tubuh lain kecuali susunan saraf pusat (Mansjoer, 2000). Masalah psikososial yang timbul pada penderita kusta lebih menonjol dibandingkan dengan masalah medisnya. Bayangan cacat kusta menyebabkan penderita seringkali tidak dapat menerima kenyataan bahwa ia menderita penyakit kusta. Hal ini nantinya dapat mengakibatkan adanya perubahan mendasar pada kepribadian dan tingkah laku penyandang kusta. Penyakit ini memerlukan pengobatan secara terus menerus dan paripurna sampai dapat mencapai kemandirian perawatan diri. Kurangnya manajemen dan ketepatan strategi oleh instansi maupun perawat menyebabkan penyuluhan dan pendidikan kesehatan kepada pasien juga semakin sempit, sehingga perawat perlu membuat rencana tindak lanjut yang tepat untuk pasien di rumah (Kozier, 2010).

WHO (1988) membagi tingkat cacat kusta menjadi tiga tingkat antara lain tingkat 0, tingkat 1, dan tingkat 2, dimana tingkat 2 terjadi jika ditemukan cacat akibat kerusakan saraf dan terlihat adanya borok, luka, jari kiting, lunglai, pemendekan, mata tidak dapat menutup rapat, maupun luka pada kornea. Data RS Sumberglagah (2011), menunjukkan bahwa pasien kusta cacat tingkat II yang menderita kusta dengan ulkus masih menempati urutan pertama dalam data

pengunjung rawat jalan. Sampel data bulan Oktober – Desember 2011, rata-rata pasien yang mengalami ulkus tersebut kembali secara berulang dalam satu bulan dengan keadaan ulkus yang makin parah serta indikasi bertambah parahnya kecacatan akibat kurang kemandirian dalam hal merawat diri maupun merawat luka. Berdasarkan studi pendahuluan dengan menggunakan kuesioner dan penelitian sebelumnya, sebanyak 7 dari 10 responden memiliki pengetahuan kurang sehingga kemandirian dalam kategori baik pun menunjukkan prosentase 30%. Sedangkan 70% sisanya menunjukkan kemandirian dalam kategori kurang baik. Kemandirian yang kurang baik disini maksudnya adalah ketidakmampuan seseorang untuk merawat diri sendiri dalam hal perawatan terkait penyakit kusta yang akhirnya berdampak pada kecacatan seperti jari kiting, lunglai, pemendekan, mata tidak dapat menutup rapat, maupun luka pada kornea. Masalah lain seperti tidak diterimanya mereka oleh petugas kesehatan di beberapa puskesmas akibat leprophobia juga menjadi salah satu faktor kembalinya pasien kusta secara berulang ke Rumah Sakit (RSK Sumberglagah). Upaya yang dilakukan selama ini adalah dengan memberikan penyuluhan dengan metode ceramah, namun masih belum maksimal terutama bagi yang rawat jalan. Salah satu bentuk pendidikan kesehatan bisa dilakukan adalah dengan metode demonstrasi. Dimana metode demonstrasi ini bertujuan untuk memperagakan suatu proses, situasi, atau benda tertentu yang sedang dipelajari (Djamarah et al, 2006). Kelebihan metode ini adalah pasien dapat mencoba melakukan sendiri apa yang telah diajarkan (Nursalam dan Efendi, F 2008). Metode pendidikan kesehatan dengan demonstrasi selama ini belum pernah diterapkan di RSK Sumberglagah, karena yang ada selama ini adalah metode ceramah saja, tanpa ada praktek seperti pada

metode demonstrasi, sehingga pengaruh metode demonstrasi terhadap peningkatan kemandirian perawatan diri pada penderita kusta cacat tingkat II di RSK Sumberglagah Mojokerto perlu diteliti.

Menurut laporan resmi WHO (2010) yang diterima dari 121 negara dan wilayah, prevalensi terdaftar global kusta pada awal 2009 tercatat sebesar 213 036 kasus, sedangkan jumlah kasus baru terdeteksi selama 2008 adalah 249 007. Jumlah kasus baru terdeteksi secara global telah menurun 9126 (penurunan 4%) selama tahun 2008 dibandingkan dengan 2007. Berdasarkan laporan WHO *Expert Committee on Leprosy* dari beberapa negara tercatat bahwa rata-rata setelah selesai pengobatan kusta terdapat 75% penderita kusta dengan kecacatan, sedang 25% penderita kusta tidak mengalami kecacatan (Singhi *et al.*, 2004). Indonesia merupakan urutan ketiga jumlah kasus kusta terbesar di dunia. Dimana kasus terbanyak di Jawa Timur sejumlah 4.653 kasus. Sedang urutan kedua di Jawa Barat (1.749 kasus) dan ketiga Jawa Tengah (1.740 kasus) (Tarigan, 2012). Pada tahun 2005 tercatat 21.537 penderita kusta di Indonesia, jumlah kasus baru sebanyak 19.695 penderita, 8,74 % penderita mengalami cacat tingkat 2 dan 9.1 % penderita adalah pada usia anak (Depkes, 2006). Data Pasien rawat jalan Rumah Sakit Kusta Sumberglagah, Mojokerto menunjukkan jumlah penderita kusta tahun 2011 mencapai angka 6470 orang, setelah tahun 2010 data kunjungan menunjukkan angka 5416, yang artinya terjadi peningkatan terkait kasus kusta. Data menunjukkan pasien lama lebih sering terdaftar dalam data pengunjung dibandingkan dengan jumlah pasien baru. Pasien kusta cacat tingkat II yang menderita ulkus masih menempati urutan pertama dalam data pengunjung rawat jalan. Angka Kecacatan tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah pada tipe

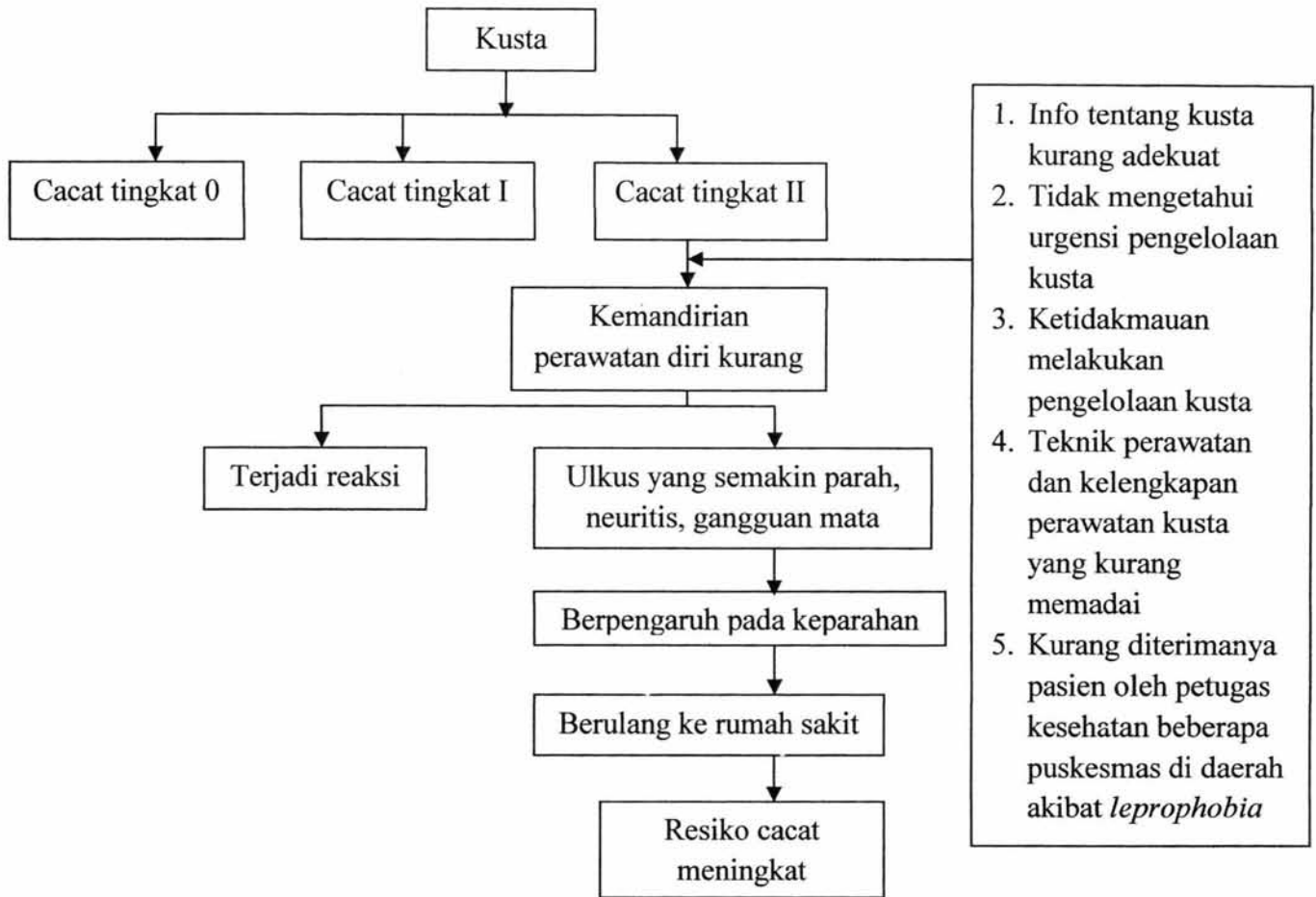
Multibasillari (MB) sebesar 89,5% dan pada tipe *Pausibasillari* (PB) 10,5%. Sampel data bulan Oktober-Desember 2011 menunjukkan bahwa kurang lebih 20 orang dengan kusta datang setiap harinya. Rata-rata pasien yang mengalami ulkus tersebut kembali secara berulang dalam rentang satu bulan dengan keadaan ulkus yang makin parah (Sumberglagah, 2011).

Pasien dengan kusta dapat mengalami komplikasi yang berupa gangguan mata, kerusakan saraf yang ditunjukkan dengan mudahnya cidera hingga terjadi ulkus, bahkan dapat terjadi neuritis (WHO, 2012). Berdasarkan hasil penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perawatan diri dalam upaya pencegahan kecacatan kusta di Jepara, didapatkan beberapa faktor yang berpengaruh, yakni faktor pengetahuan, tingkat ekonomi, peran petugas, dan peran keluarga (Estiningsih, 2006). Hanya 56% dari penderita kusta yang mengetahui tentang risiko yang mereka akan menghadapi, bahkan 93% dari pasien dengan jelas menunjukkan kurangnya pengetahuan tentang *self care* (Garcia, 2008). Berbagai upaya dalam melakukan pencegahan kecacatan dengan manajemen komplikasi yang terjadi sangat dipengaruhi oleh perilaku kesehatan penderita. Penambahan pengetahuan dapat meningkatkan perubahan positif dalam perilaku perawatan diri dan pengelolaan ulkus, sehingga kurang lebih mengurangi prevalensi terjadinya ulkus sekitar 50%, yang artinya juga mengurangi kecacatan (Arief, 2008).

Menurut penelitian Ganapati *et al* (2003), yang dilakukan terhadap 454 pasien kusta diperoleh hasil bahwa pasien kusta yg telah melakukan perawatan diri dengan baik selama 4 tahun dapat membantu memperbaiki tingkat kecacatan lebih dari 50% dari pasien. Kurangnya perawatan diri seperti mempertahankan

ROM, merawat luka, serta perawatan bagian yang mati rasa, baik dalam bidang kognitif (pengetahuan), afektif (sikap), maupun psikomotor (tindakan) pada penderita kusta dapat mengakibatkan kerusakan akan bertambah semakin berat (Putra, 2008). Menentukan dan mengobati dengan tepat merupakan salah satu aspek pencegahan cacat yang penting. Peningkatan perawatan diri penderita kusta ternyata dipengaruhi oleh pengetahuan dan keterampilan/tindakan pasien (Arief, 2008). Ethirajand Mathew (dikutip oleh cross, 2007) dalam studinya juga menyebutkan bahwa penambahan pengetahuan dapat meningkatkan perubahan positif dalam perilaku perawatan diri dan pengelolaan ulkus, sehingga kurang lebih mengurangi prevalensi terjadinya ulkus sekitar 50%, yang artinya juga mengurangi kecacatan (Arief, 2008). Pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi merupakan pertunjukan tentang proses terjadinya suatu peristiwa atau benda sampai pada penampilan tingkah laku yang dicontohkan agar lebih mudah dipahami (Sagala, 2010). Dalam permasalahan di atas, metode demonstrasi dipandang sebagai metode yang efektif karena dapat memberikan pemahaman yang lebih konkrit tentang langkah – langkah suatu proses (Gintings, 2008). Menurut Notoatmodjo (2007), salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*) terdiri dari pengetahuan, sikap, dan hal-hal yang dapat merubah sikap seseorang untuk melakukan suatu tindakan. Oleh sebab itu, peneliti ingin menggali lebih lanjut terkait pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap peningkatan kemandirian perawatan diri pada penderita kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto.

1.2 Identifikasi Masalah



Keterangan:

Cacat pada kusta memiliki tiga tingkatan, yakni: tingkat 0, tingkat 1, dan tingkat 2. Apabila kemandirian perawatan diri pasien kurang, maka akan menyebabkan masalah – masalah baru seperti terjadinya reaksi, ulkus yang semakin parah, neuritis, maupun gangguan mata. Permasalahan tersebut dapat dipicu berbagai hal, antara lain: info tentang kusta yang kurang adekuat, maupun merawat luka dengan faktor penyebab antara lain: info tentang kusta kurang adekuat, tidak mengetahui urgensi pengelolaan kusta, ketidakmauan melakukan

pengelolaan kusta, maupun teknik perawatan dan kelengkapan perawatan kusta yang kurang memadai. Masalah lain seperti tidak diterimanya mereka oleh petugas kesehatan di beberapa puskesmas akibat *leprophobia* juga menjadi salah satu faktor kembalinya pasien kusta secara berulang ke Rumah Sakit, hingga akhirnya keparahan tersebut dapat menjadi pemicu resiko cacat meningkat.

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menjelaskan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi kemandirian perawatan diri pasien kusta yang mengalami kecacatan tingkat II di RSK Sumberglagah.
2. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di RSK Sumberglagah Mojokerto.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar pengembangan keilmuan terkait penyakit kusta, khususnya dalam upaya menekan kecacatan lebih lanjut

pada penderita kusta.

1.5.2 Manfaat praktis

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi:

1. Bagi tenaga kesehatan/ Rumah Sakit

Sebagai dasar pertimbangan bagi perawat dan tenaga kesehatan lain dalam memodifikasi hal-hal yang berkaitan dengan pendidikan kesehatan agar dapat mendukung kemandirian pada penderita sehingga dapat meningkatkan pelayanan kesehatan. Selain itu dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan yang nantinya dapat bermanfaat bagi bidang pendidikan keperawatan.

2. Bagi peneliti

Melalui penelitian ini diharapkan peneliti dapat mengetahui lebih jauh tentang pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah.

3. Bagi pasien

Memberi masukan serta pengetahuan bagi penderita kusta khususnya penyandang cacat kusta tipe II mengenai teknik dan cara perawatan diri.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.1.1 Definisi pendidikan kesehatan

Pengertian pendidikan kesehatan menurut beberapa ahli, adalah:

1. Pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan di dalam bidang kesehatan, yaitu perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif (Notoatmodjo, 2003).
2. Pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap, dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perseorangan, masyarakat, dan bangsa (Machfoedz, 2007).

2.1.2 Tujuan pendidikan kesehatan

Tujuan dari pendidikan kesehatan antara lain (Suliha, 2002):

1. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai bagi masyarakat.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

2.1.3 Sasaran pendidikan kesehatan

Notoatmodjo (2003) membagi sasaran pendidikan kesehatan, yaitu:

1. Sasaran primer

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendi-

dikan kesehatan. Sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi; kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah kesehatan ibu dan anak (KIA), anak sekolah untuk kesehatan remaja. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (*empowerment*.)

2. Sasaran sekunder

Tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat istiadat, disebut sasaran primer, karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini memberikan pendidikan kesehatan dan memberikan contoh perilaku sehat kepada masyarakat disekitarnya. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran ini sejalan dengan strategi dukungan sosial.

3. Sasaran tersier

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat maupun daerah merupakan sasaran tersier. Dengan kebijakan – kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan berdampak terhadap perilaku tokoh masyarakat dan juga kepada masyarakat umum. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran ini sejalan dengan *advocacy* (strategi advokasi).

2.1.4 Metode pendidikan kesehatan

Menurut Machfoedz (2007) metode diartikan sebagai cara atau pendekatan tertentu. Secara garis besar metode dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Metode didaktik : metode yang didasarkan satu arah atau *one way method*.
Tingkat keberhasilan metode ini sulit dievaluasi karena peserta didik

bersifat pasif dan hanya pendidik yang aktif (misalnya ceramah, film, leaflet, buklet, poster, dan siaran radio).

2. Metode sokratik : metode yang dilakukan secara dua arah atau *two way method*. Dengan metode ini, kemungkinan pendidik dan peserta didik bersikap aktif dan kreatif (misalnya diskusi kelompok, debat, panel, forum, *buzz group*, seminar, *role play*, curah pendapat, dan lain – lain).

Menurut Notoatmodjo (2003), klasifikasi metode pendidikan ada tiga bagian, yaitu:

1. Metode bimbingan individu

- 1) Bimbingan dan konseling

Bimbingan berisi penyampaian informasi yang berkenaan dengan masalah pendidikan, pekerjaan, pribadi, masalah sosial yang disajikan dalam bentuk pelajaran. Konseling adalah proses belajar yang bertujuan memungkinkan konseling (peserta didik) mengenal dan menerima diri – sendiri sesuai realita.

- 2) Wawancara (*interview*)

Wawancara petugas dengan klien dilakukan untuk menggali informasi.

2. Metode bimbingan kelompok

- 1) Kelompok besar, yaitu apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang, antara lain:

- (1) Ceramah

Ceramah adalah pidato yang disampaikan seorang pembicara di depan sekelompok pengunjung atau pendengar.

- (2) Seminar

Seminar adalah suatu penyajian dari satu atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

2) Kelompok kecil, yaitu apabila peserta kegiatan kurang dari 15 orang, antara lain:

(1) Diskusi kelompok

Diskusi kelompok adalah percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan diantara tiga orang atau lebih tentang topik tertentu dan salah seorang diantaranya memimpin diskusi tersebut.

(2) Demonstrasi

Demonstrasi adalah metode yang digunakan sebagai pembelajaran peserta dengan cara menceritakan dan memperagakan suatu langkah – langkah mengerjakan sesuatu. Demonstrasi merupakan praktek yang diperagakan kepada peserta. Karena itu, demonstrasi dapat dibagi menjadi dua tujuan, yaitu; demonstrasi proses untuk memahami langkah demi langkah dan demonstrasi hasil untuk memperlihatkan atau memperagakan hasil dari sebuah proses.

(3) Curah pendapat

Curah pendapat adalah semacam pemecahan masalah ketika setiap anggota mengusulkan dengan cepat semua kemungkinan pemecahan yang dipikirkan.

(4) *Snow ball*

Metode ini dilakukan dengan membagi secara berpasangan

(5) Kelompok studi kecil (*Buzz group*)

Metode ini dilakukan dengan membagi kelompok sasaran yang lebih besar menjadi kelompok – kelompok kecil.

(6) Bermain peran (*Role Play*)

Permainan sebuah situasi dalam hidup manusia dengan atau tanpa melakukan latihan sebelumnya.

(7) Simulasi

Simulasi adalah suatu cara peniruan karakteristik – karakteristik atau perilaku – perilaku tertentu dari dunia riil sehingga para peserta latihan dapat bereaksi seperti pada keadaan sebenarnya.

(8) Diskusi kelompok terfokus (DKT) / *Focus Group Discussion* (FGD)

Menurut Susilo (2009), *focus group discussion* (FGD) adalah sebuah metode yang bertujuan untuk mendapatkan informasi (perasaan, pikiran) berdasarkan pengamatan subjektif dari sekelompok sasaran terhadap suatu situasi. Sasaran diskusi biasanya homogen dengan jumlah kelompok berkisar 6 – 12 orang. *Focus Group Discussion* merupakan suatu diskusi yang dilakukan secara sistematis dan terarah atas suatu isu atau masalah tertentu (Denny, 2006).

2.1.5 Konsep metode demonstrasi

Metode demonstrasi merupakan metode yang paling sederhana dibandingkan dengan metode – metode mengajar lainnya. Metode ini adalah yang paling pertama digunakan oleh manusia yaitu tatkala manusia purba menambah kayu untuk memperbesar nyala api, sementara anak – anak mereka memperhatikan dan menirunya. Metode demonstrasi ini lebih sesuai untuk mengajarkan bahan – bahan pelajaran yang berupa suatu gerakan, suatu proses,

maupun hal – hal yang bersifat rutin. Dengan metode demonstrasi peserta berkesempatan mengembangkan kemampuan mengamati segala benda yang sedang terlibat dalam proses, serta dapat mengambil kesimpulan – kesimpulan yang diharapkan (Notoatmodjo, 2005).

2.1.6 Definisi demonstrasi

Metode demonstrasi menurut Sagala (2010) adalah pertunjukan tentang proses terjadinya suatu peristiwa atau benda sampai pada penampilan tingkah laku yang dicontohkan agar dapat diketahui dan dipahami oleh peserta didik secara nyata atau tiruannya. Dalam kegiatan belajar mengajar, demonstrasi adalah metode yang digunakan seorang guru atau orang luar yang sengaja didatangkan, atau murid sekalipun untuk mempertunjukkan gerakan – gerakan suatu proses dengan prosedur yang benar disertai keterangan – keterangan, sehingga murid dapat mengamati dengan teliti dan seksama, serta dengan penuh perhatian dan partisipasi. Menurut Djamarah dan Zain (2006) adalah cara penyajian pelajaran dengan memperagakan atau mempertunjukkan suatu proses, situasi, atau benda tertentu yang sedang dipelajari, baik sebenarnya ataupun tiruan, yang sering disertai dengan penjelasan lisan. Dengan metode demonstrasi, proses penerimaan siswa terhadap pelajaran akan lebih berkesan secara mendalam, sehingga membentuk pengertian dengan baik dan sempurna. Siswa juga dapat mengamati dan memperhatikan apa yang diperlihatkan selama pelajaran berlangsung. Sedangkan menurut Gintings (2008) demonstrasi dalam konteks pembelajaran tidak berarti sekedar memperlihatkan tetapi lebih dari itu, peragaan diartikan sebagai membimbing dengan cara memperlihatkan langkah – langkah atau menguraikan rincian dari suatu proses.

2.1.7 Kelebihan metode demonstrasi

Kelebihan metode demonstrasi menurut Nursalam dan Efendi (2008) yaitu:

1. Dapat membuat pengajaran menjadi lebih jelas dan konkret, sehingga menghindari verbalisme (pemahaman secara kata – kata atau kalimat).
2. Lebih mudah memahami apa yang sedang dipelajari
3. Proses pengajaran lebih menarik
4. Peserta dirangsang untuk aktif mengamati, menyesuaikan antara teori dengan kenyataan, dan mencoba melakukannya sendiri.

2.1.8 Kekurangan metode demonstrasi

Kelebihan metode demonstrasi menurut Nursalam dan Efendi (2008) antara lain:

1. Metode ini memerlukan keterampilan dari pemateri secara khusus. Karena tanpa ditunjang hal ini, pelaksanaan demonstrasi tidak akan efektif.
2. Fasilitas seperti tempat, biaya, dan peralatan yang memadai tidak selalu tersedia dengan baik dan lengkap.
3. Demonstrasi memerlukan kesiapan dan perencanaan yang matang di samping memerlukan waktu yang cukup panjang, yang mungkin terpaksa mengambil waktu kegiatan yang lain (Djamarah dan Zain, 2006).

2.1.9 Langkah-langkah metode demonstrasi

Berikut ini merupakan langkah-langkah persiapan dan pelaksanaan metode demonstrasi menurut Nursalam dan Efendi (2008), antara lain:

1. Langkah perencanaan

- 1) Pelajari dengan cermat topik yang akan diajarkan dan catat bagian-bagian atau langkah-langkah yang akan diperagakan. Berikan catatan untuk bagian-bagian utama atau langkah-langkah kunci.
 - 2) Buatlah skenario peragaan merujuk pada topik dan tujuan pembelajaran serta catatan bagian dan langkah-langkah utama yang telah dibuat pada langkah sebelumnya.
 - 3) Siapkan dan periksalah kesiapan peralatan utama serta peralatan pendukung lainnya.
 - 4) Lakukan uji coba dan penyempurnaan skenario peragaan yang telah dibuat menjadi skenario akhir yang akan digunakan.
2. Langkah persiapan
- 1) Siapkan skenario peragaan yang telah disempurnakan
 - 2) Siapkan dan periksalah kesiapan peralatan dan perlengkapan pendukung lainnya.
 - 3) Atur posisi peraga dan tempat duduk peserta sehingga semua peserta dapat melihat setiap langkah peragaan dengan jelas.
 - 4) Sampaikan tujuan peragaan dan kaitannya dengan topik yang sedang dipelajari serta apa-apa saja yang diharapkan dari peserta.
3. Langkah pelaksanaan
- 1) Lakukan langkah demi langkah dengan kecepatan normal
 - 2) Ulangi melakukan langkah demi langkah dengan kecepatan diperlambat atau kecepatan sub-normal dengan menyebutkan apa yang sedang dikerjakan.

- 3) Minta peserta menyebutkan langkah demi langkah dengan kecepatan sub-normal dan pemerhati melakukan langkah sesuai dengan urutan yang disebutkan oleh peserta.
 - 4) Minta peserta melakukan langkah demi langkah dalam kecepatan sub-normal sambil menyebutkan deskripsi langkah yang dilakukannya.
 - 5) Terakhir, instruksikan peserta untuk melakukan seluruh langkah demi langkah tanpa bicara dengan kecepatan normal.
4. Langkah evaluasi dan penutup
- 1) Lontarkan sejumlah pertanyaan yang terkait dengan bagian atau langkah yang baru diperagakan.
 - 2) Minta komentar dari peserta lain tentang pelaksanaan langkah-langkah yang dilakukan peserta lain.
 - 3) Berikan koreksi terhadap langkah atau penjelasan yang salah dan minta peserta yang mencoba untuk mengulangnya lagi.
 - 4) Buatlah rangkuman atau kesimpulan dari peragaan dan akhiri peragaan dengan menyampaikan terima kasih atas partisipasi peserta yang hadir (Gintings, 2008).

2.2 Konsep Dasar Kusta

2.2.1 Definisi kusta

Kusta berasal dari kata *kustha* dalam bahasa sansekerta, yang berarti kumpulan gejala-gejala kulit secara umum. Penderita kusta sebenarnya telah ditemukan sejak tahun 600 sebelum Masehi (Siregar, 2004). Kusta merupakan penyakit infeksi kronik, dan penyebabnya ialah *Mycobacterium leprae* yang bersifat intraseluler obligat. Saraf perifer sebagai afinitas pertama, lalu kulit dan

mukosa traktus respiratorius bagian atas, kemudian dapat ke organ lain kecuali susunan saraf pusat (Kosasih, 2007). Penyakit kusta adalah penyakit menular, menahun dan disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium leprae*) yang menyerang saraf tepi, kulit dan jaringan tubuh lainnya kecuali susunan saraf pusat (Depkes RI, 2006). Kusta/lepra (*Moerbus hansen*) disebabkan oleh bakteri yang menyerang kulit dan saraf tepi. Penderita dengan tipe lepromatosa menyerang saluran pernapasan bagian atas (Chin, 2006). Selain menyerang saluran napas bagian atas, selanjutnya kuman tersebut menyerang kulit, mukosa mulut, saluran napas bagian atas, sistem muskuloskeletal, mata, otot, tulang, dan testis, kecuali susunan saraf pusat. Kebanyakan orang yang terinfeksi dapat asimtomatik, namun pada sebagian kecil memperlihatkan gejala dan mempunyai kecenderungan untuk menjadi cacat, khususnya pada tangan dan kaki (Sjamsoe, 2003).

2.2.2 Etiologi kusta

Mycobacterium leprae atau kuman Hansen adalah kuman penyebab penyakit kusta yang bersifat tahan asam, berbentuk batang dengan ukuran 1,8 μ , lebar 0,2 – 0,5 μ , biasanya berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel terutama jaringan yang bersuhu dingin dan tidak dapat diukur dalam media buatan. Kuman ini juga dapat menyebabkan infeksi sistemik pada binatang armadillo. Masa belah diri kuman kusta memerlukan waktu yang sangat lama dibandingkan dengan kuman lain, yaitu 12-21 hari, oleh karena itu masa inkubasi menjadi lama, yaitu rerata 2-5 tahun. Penyakit kusta dapat ditularkan dari penderita kusta kepada orang lain dengan cara penularan langsung. Cara penularan yang pasti belum diketahui, tetapi sebagian besar para ahli berpendapat

bahwa penyakit kusta dapat ditularkan melalui saluran pernapasan dan kulit (Sjamsoe, 2003).

2.2.3 Klasifikasi kusta

Jenis klasifikasi kusta yang umum antara lain:

1. Klasifikasi internasional: Klasifikasi Madrid (1953)
 - 1) Indeterminate (I)
 - 2) Tuberkuloid (T)
 - 3) Borderline – Dimorphous (B)
 - 4) Lepromatosa (L)
2. Klasifikasi untuk kepentingan riset: klasifikasi Ridley – Jopling (1962)
 - 1) Tuberkuloid (TT)
 - 2) Borderline tuberkuloid (BT)
 - 3) Mid – borderline (BB)
 - 4) Boerderline lepromatous (BL)
 - 5) Lepromatosa (LL)
3. Klasifikasi untuk kepentingan program kusta: klasifikasi WHO (1981) dan modifikasi WHO (1988):
 - 1) Pausibasiler (PB)

Tipe I, TT dan sebagian besar BT dengan BTA negatif menurut kriteria Ridley dan Jopling atau tipe I dan T menurut klasifikasi Madrid
 - 2) Multibasiler (MB)

Termasuk kusta tipe LL, BL, BB, dan sebagian BT menurut kriteria Ridley dan Jopling atau B dan L menurut Madrid dan semua tipe kusta dengan BTA positif

Sebagian pasien yang sedang dalam pengobatan harus diklasifikasikan sebagai berikut:

- (1) Bila pada mulanya didiagnosis tipe MB, tetap diobati sebagai MB apapun hasil pemeriksaan BTA-nya saat ini.
- (2) Bila awalnya didiagnosis tipe PB, harus dibuat klasifikasi baru berdasarkan gambaran klinis dan hasil BTA saat ini (Sjamsoe, 2003)

2.2.4 Diagnosis kusta

Penyakit kusta dapat menunjukkan gejala yang mirip dengan banyak penyakit lain, sebaliknya banyak penyakit lain yang dapat menunjukkan gejala yang mirip dengan penyakit kusta, oleh karena itu dibutuhkan kemampuan untuk mendiagnosis penyakit kusta secara tepat dan membedakannya dengan berbagai penyakit yang lain agar tidak membuat kesalahan yang dapat merugikan pasien (Djuanda, 2007).

Diagnosis penyakit didasarkan pada penemuan tanda kardinal (tanda utama), yaitu:

1. Bercak kulit yang mati rasa

Bercak hipopigmentasi atau eritematosa, mendatar (makula) atau meninggi (plak). Mati rasa pada bercak bersifat total atau sebagian saja terhadap rasa raba, rasa suhu, dan rasa nyeri.

2. Penebalan saraf tepi

Dapat disertai rasa nyeri dan dapat juga disertai atau tanpa gangguan fungsi saraf yang terkena, yaitu:

- 1) Gangguan fungsi sensoris: mati rasa

- 2) Gangguan fungsi motoris: paresis atau paralisis
 - 3) Gangguan fungsi otonom: kulit kering, retak, edema, pertumbuhan rambut terganggu.
3. Ditemukan kuman tahan asam

Bahan pemeriksaan adalah hapusan kulit cuping telinga dan lesi kulit pada bagian yang aktif. Kadang-kadang bahan diperoleh dari biopsi kulit atau saraf. Penegakkan diagnosis penyakit kusta, paling sedikit harus ditemukan satu tanda kardinal. Bila tidak atau belum dapat ditemukan, maka kita hanya dapat mengatakan tersangka kusta dan pasien perlu diamati dan diperiksa ulang setelah 3 – 6 bulan sampai diagnosis kusta dapat ditegakkan atau disingkirkan (Sjamsoe, 2003).

2.2.5 Penatalaksanaan kusta

Multidrug Therapy (MDT) adalah kombinasi dua atau lebih obat anti kusta, salah satunya harus terdiri atas Rifampisin sebagai anti kusta yang sifatnya bakterisid kuat dengan obat anti kusta lain yang bisa bersifat bakterostatik. Berikut ini merupakan kelompok orang – orang yang membutuhkan MDT, yaitu:

1. Kasus baru: mereka dengan tanda kusta yang belum pernah mendapat pengobatan MDT .
2. Ulangan, termasuk didalamnya adalah:
 - 1) Relaps (kambuh) diobati dengan regimen pengobatan baik PB maupun MB.
 - 2) Masuk kembali setelah default adalah penderita yang datang kembali setelah dinyatakan default (baik PB maupun MB)

3) Pindahan (pindah masuk): harus dilengkapi dengan surat rujukan berisi catatan pengobatan yang telah diterima hingga saat tersebut. Kasus ini hanya membutuhkan sisa pengobatan yang belum lengkap.

4) Ganti tipe, penderita dengan perubahan klasifikasi.

Regimen pengobatan di Indonesia sesuai dengan regimen pengobatan yang direkomendasikan oleh WHO. Regimen tersebut adalah sebagai berikut:

(1) Penderita pausibasiler (PB)

1. Pengobatan bulanan: hari pertama (dosis yang diminum di depan petugas): 2 kapsul Rifampisin @ 300mg (600 mg) dan 1 tablet dapsone / DDS 100mg.
2. Pengobatan harian (hari ke 2 – 28): 1 tablet Dapsone/DDS 100 mg, 1 blitser untuk 1 bulan. Lama pengobatan adalah 6 blitser selama 6 – 9 bulan.

(2) Penderita multibasiler (MB)

1. Pengobatan bulanan: hari pertama (dosis yang diminum di depan petugas) berupa 2 kapsul Rifampisin @300 mg (600 mg), 3 tablet Lampren @100 mg (300 mg), dan 1 tablet Dapsone/DDS 100 mg.
2. Pengobatan harian (hari ke 2 – 28): berupa 1 tablet Lampren 50 mg dan 1 tablet Dapsone/DDS 100 mg. 1 blitser untuk 1 bulan dimana lama pengobatan adalah 12 blitser yang diminum selama 12 – 18 bulan.

Bagi dewasa dan anak usia 10 – 14 tahun tersedia paket dalam bentuk blitser. Dosis anak disesuaikan dengan berat badan. Yakni: Rifampisin 10 mg/kg BB, DDS 2 mg/kg BB, Clofazimin 1 mg/kg BB.

2.3 Konsep Cacat Kusta

2.3.1 Definisi cacat kusta

Menurut WHO (1980) batasan istilah dalam cacat kusta adalah:

1. *Impairment*: segala kehilangan atau abnormalitas struktur atau fungsi yang bersifat psikologik, fisiologik, atau anatomik, misalnya leproma, ginekomastia, madrosis, *claw hand*, ulkus, dan absorbs jari
2. *Disability*: segala keterbatasan atau kurang mampuan (akibat *impairment*) untuk melakukan kegiatan dalam batas – batas kehidupan yang normal bagi manusia. *Disability* ini merupakan obyektivitas *impairment* yaitu gangguan pada tingkat individu termasuk ketidakmampuan dalam aktivitas sehari – hari, misalnya memegang benda atau memakai baju sendiri.
3. *Handicap*: kemunduran pada seorang individu (akibat *impairment* atau *disability*) yang membatasi atau menghalangi penyelesaian tugas normal yang bergantung pada umur, seks, dan faktor sosial budaya. *Handicap* ini merupakan efek penyakit kusta yang berdampak sosial, ekonomi, dan budaya.
4. *Deformity*: kelainan struktur anatomis.

5. *Dehabilitation*: keadaan / proses pasien kusta (*handicap*) kehilangan status sosial secara progresif, terisolasi dari masyarakat, keluarga, dan teman – temannya.
6. *Destitution*: dehabilitasi yang berlanjut dengan isolasi yang menyeluruh dari seluruh masyarakat tanpa makanan atau perlindungan (*shelter*) (Sjamsoe, 2003).

2.3.2 Patogenesis cacat kusta

Kecacatan akibat kerusakan saraf tepi dapat dibagi menjadi tiga tahap, yaitu:

1. Tahap I (*Stage of Involvement*)

Tahap ini saraf menjadi lebih tebal dari normal (penebalan saraf) dan mungkin disertai nyeri tekan dan spontan pada saraf perifer tersebut, tetapi belum disertai gangguan fungsi saraf, misalnya anastesi atau kelemahan otot. Faktor – faktor yang mempengaruhi pada tahap ini adalah reaksi kusta, adanya luka, dan neuritis.

2. Tahap II (*Stage of Damage*)

Tahap ini saraf telah rusak dan fungsi saraf tersebut telah terganggu. Kerusakan saraf, misalnya kehilangan fungsi saraf otonom, sensoris, dan kelemahan otot menunjukkan bahwa saraf tersebut telah mengalami kerusakan (*damage*) atau telah mengalami paralisis. Diagnosis *stage of damage* ditegakkan bila saraf telah mengalami paralisis yang tidak lengkap atau saraf batang tubuh telah mengalami paralisis tidak lebih dari 6 – 9 bulan. Penting sekali untuk mengenali tingkat *damage* ini karena dengan pengobatan pada tingkat ini kerusakan saraf yang permanen dapat

dihindari. Faktor-faktor yang mempengaruhi pada tahap ini adalah reaksi kusta, adanya luka, dan neuritis.

3. Tahap III (*Stage of Destruction*)

Tahap ini saraf telah rusak secara lengkap. Diagnosis *stage of destruction* ditegakkan, bila kerusakan atau paralisis saraf secara lengkap lebih dari satu tahun. Tahap ini walaupun dengan pengobatan, fungsi saraf ini tidak dapat diperbaiki. Faktor-faktor yang mempengaruhi pada tahap ini adalah keterlambatan diagnosis kusta, kepatuhan berobat, penatalaksanaan raksi kusta, perawatan luka, penatalaksanaan neuritis (Sjamsoe, 2003).

2.3.3 Jenis cacat kusta

Cacat yang timbul pada penyakit kusta dapat dikelompokkan menjadi dua kelompok, yaitu:

1. Kelompok cacat primer, ialah kelompok cacat yang disebabkan langsung oleh aktivitas penyakit, terutama kerusakan akibat respons jaringan terhadap *Micobacterium leprae*.
 - 1) Cacat pada fungsi saraf sensorik, misalnya anastesi; fungsi saraf motorik, misalnya *claw hand*, *wrist drop*, *foot drop*, *claw toes*, logoftalmos, dan cacat pada fungsi otonom dapat menyebabkan kulit menjadi kering, elastisitas kulit berkurang, serta gangguan refleks vasodilatasi.
 - 2) Infiltrasi kuman pada kulit dan jaringan subkutan menyebabkan kulit berkerut dan berlipat – lipat (misalnya fasies leonine, blefaroptosis, ektropion). Kerusakan folikel rambut menyebabkan alopecia atau

madarosis, kerusakan glandula sebacea dan sudorifera menyebabkan kulit kering dan tidak elastis.

- 3) Cacat pada jaringan lain akibat infiltrasi kuman kusta dapat terjadi pada tendon, ligamen, sendi, tulang rawan, tulang, testis, dan bola mata.

2. Kelompok cacat sekunder

Cacat sekunder ini terjadi akibat cacat primer, terutama akibat adanya kerusakan saraf (sensorik, motorik, otonom). Anestesi akan memudahkan terjadinya luka akibat trauma mekanis atau termis yang dapat mengalami infeksi sekunder dengan segala akibatnya. Kelumpuhan motorik menyebabkan kontraktur sehingga dapat menimbulkan gangguan menggenggam atau berjalan, juga memudahkan terjadinya luka. Demikian pula akibat lagofthalmus dapat menyebabkan kornea kering sehingga mudah timbul keratitis. Kelumpuhan saraf otonom menyebabkan kulit kering dan elastisitas berkurang. Akibatnya kulit mudah retak-retak dan dapat terjadi infeksi sekunder (Depkes RI, 2006).

2.3.4 Tingkat cacat kusta

Kecacatan merupakan istilah yang luas yang maknanya mencakup setiap kerusakan, pembatasan aktivitas yang mengenai seseorang. Tiap kasus baru yang ditemukan harus dicatat tingkat cacatnya karena menunjukkan kondisi penderita pada saat diagnosis ditegakkan. Tiap organ (mata, tangan, dan kaki) diberi tingkat cacat sendiri. Angka cacat tertinggi merupakan tingkat cacat untuk penderita tersebut (Tingkat cacat umum). Tingkat cacat juga digunakan untuk menilai kualitas penanganan pencegahan cacat yang dilakukan oleh petugas. Fungsi lain

dari tingkat cacat adalah untuk menilai kualitas penemuan dengan melihat proporsi cacat tingkat 2 di antara penderita baru.

Tabel 2.4 Tingkat cacat kusta menurut WHO (Depkes RI 2006)

Tingkat	Mata	Tangan / kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata akibat kusta	Tidak ada cacat akibat kusta
1	Ada kerusakan karena kusta (anestesi pada kornea, tetapi bagian visus tidak berat; visus > 6/60; masih dapat menghitung jari dari jarak 6 meter)	Anestesi, kelemahan otot (tidak ada cacat/ kerusakan yang kelihatan akibat kusta).
2	Ada lagofthalmos, iridosiklitis, opasitas pada kornea serta gangguan visus berat (visus <6/60; tidak mampu menghitung jari dari jarak 6 meter).	Ada cacat/ kerusakan yang kelihatan akibat kusta, misalnya ulkus, jari kiting, kaki simper.

2.3.5 Pencegahan cacat kusta

Pencegahan cacat kusta jauh lebih baik dan lebih ekonomis daripada penanggulangannya. Pencegahan ini harus dilakukan sedini mungkin, baik oleh petugas kesehatan maupun oleh pasien itu sendiri dan keluarganya, di samping itu perlu mengubah pandangan yang salah dari masyarakat, antara lain bahwa kusta identik dengan deformitas atau *disability*.

Upaya pencegahan cacat kusta terdiri atas:

1. Upaya pencegahan cacat primer, yang meliputi: diagnosis dini, pengobatan secara teratur dan adekuat, diagnosis dini dan penatalaksanaan neuritis termasuk *silent neuritis*, diagnosis dini dan penatalaksanaan reaksi.

2. Upaya pencegahan cacat sekunder, antara lain: perawatan diri sendiri untuk mencegah luka, latihan fisioterapi pada otot yang mengalami kelumpuhan untuk mencegah terjadinya kontraktur, bedah rekonstruksi untuk koreksi otot yang mengalami kelumpuhan agar tidak mendapat tindakan tekanan yang berlebihan, bedah septik untuk mengurangi perluasan infeksi sehingga pada proses penyembuhan tidak terlalu banyak jaringan yang hilang, perawatan mata, tangan dan kaki yang anastesi atau mengalami kelumpuhan otot (Sjamsoe, 2003).

Prinsip yang penting pada perawatan sendiri untuk pencegahan cacat kusta adalah:

1. Pasien mengerti bahwa daerah yang mati rasa merupakan tempat resiko terjadinya luka
2. Pasien harus melindungi tempat resiko tersebut (dengan kaca mata, sarung tangan, maupun sepatu).
3. Pasien mengetahui penyebab luka (panas, tekanan, benda tajam dan kasar)
4. Pasien dapat melakukan perawatan diri (merendam, menggosok, melumasi) dan melatih sendi bila mulai kaku.
5. Penyembuhan luka dapat dilakukan oleh pasien sendiri dengan membersihkan luka, mengurangi tekanan pada luka dengan cara istirahat (Depkes RI, 2007).

2.3.6 Rehabilitasi cacat kusta

Penyandang Cacat Kusta (PCK) perlu mendapat berbagai macam rehabilitasi melalui pendekatan paripurna mencakup bidang – bidang sebagai berikut:

1. Rehabilitasi bidang medis:

- 1) Perawatan (*care*) yang dikerjakan bersamaan dengan program eliminasi kusta melalui program pencegahan cacat (POD), Kelompok Perawatan Diri (KPD), atau *self care group*.
 - 2) Rehabilitasi fisik dan mental
Dikerjakan melalui berbagai tindakan pelayanan medis dan konseling media.
2. Rehabilitasi bidang sosial – ekonomi

Rehabilitasi sosial ditujukan untuk mengurangi masalah psikologis dan stigma Sosial agar PCK dapat berintegrasi sosial meliputi: konseling, advokasi, penyuluhan, dan pendidikan. Rehabilitasi ekonomi ditujukan untuk perbaikan ekonomi dan kualitas hidup meliputi: pelatihan keterampilan kerja (*vocational training*), fasilitas kredit untuk usaha sendiri, modal bergulir, modal usaha, dll.

Kegiatan rehabilitasi kusta antara lain:

- 1) Pengelolaan SDM
Mengingat kekhususan penyakit kusta, maka pengetahuan dan kemampuan petugas kesehatan perlu ditingkatkan misalnya melalui: pelatihan, pertemuan, konsultasi, studi banding, dll.
- 2) Perawatan PCK (*care*) misalnya: POD, *self-care* (KPD).
- 3) Kegiatan rehabilitasi fisik misalnya: fisioterapi, operasi septik, operasi rekonstruksi, pelayanan ortotik prostetik, terapi okupasi.
- 4) Kegiatan rehabilitasi sosial – ekonomi
Konseling, advokasi, promosi, latihan keterampilan, fasilitas kredit kecil untuk usaha sendiri, modal bergulir, dll.

2.3.7 Perawatan mandiri pada penderita cacat kusta

Berikut ini merupakan cara dan tehnik perawatan mandiri pada penderita kusta yang dapat dilakukan sendiri oleh pasien (Lilik, 2011), yaitu:

1. Perawatan mata

Mycobacterium leprae adalah salah satu mikroorganisme yang dapat menyebabkan kerusakan pada mata dan adneksanya, serta menimbulkan kebutaan bila dibandingkan dengan mikroorganisme yang lain. Hal ini memperingatkan “selalu periksa mata pada kusta”. Untuk mencegah kebutaan pada pasien kusta yang sederhana dan efektif yaitu dengan *Multi Drug Therapy (MDT)* dikombinasikan dengan skrening mata, tindakan pencegahan lebih murah dari pada biaya pemeliharaan pasien kusta yang buta. Kebutuan dapat dicegah bila dikenali dan diobati secara dini.

Perawatan mata dapat dilakukan dengan cara:

- 1) Periksa apakah ada kotoran pada mata dengan menggunakan cermin atau minta bantuan orang lain dan keluarkan dengan hati-hati.
- 2) Latihan mengedip untuk memperkuat serabut otot yang tidak lumpuh. Latihan dilakukan dengan cara menutup mata sekuat tenaga tariklah kulit di sudut mata ke arah luar, lakukan 20 kali setiap latihan 2 kali sehari.
- 3) Mengurangi penguapan air mata dengan cara:
 - (1) Memakai kaca mata hitam atau memakai topi yang lebar untuk melindungi mata dari sinar matahari, angin dan debu.
 - (2) Mengoleskan minyak vaselin pada malam hari pada kelopak mata.

- (3) Memakai penutup mata saat tidur untuk menghindari debu masuk ke mata.

4) Gangguan sensibilitas

- (1) Menganjurkan kepada pasien untuk memeriksa diri sendiri dengan menggunakan cermin untuk melihat adanya kotoran atau kemerahan pada mata dan memantau penglihatannya.
- (2) Dilarang menggosok mata untuk mencegah ulkus kornea.
- (3) Pasien dianjurkan sering berkedip dan menutup mata dengan kuat (*think-blink*).

5) Pada trikiasis

- (1) Bila jumlah bulu mata abnormal pada setiap mata kurang dari 5 buah, cabutlah sependek mungkin dengan forceps, kalau bisa jangan sampai patah sampai akarnya. Lakukan setiap 6-8 minggu.
- (2) Bila jumlah lebih dari 5 segera periksa ke puskesmas atau rumah sakit.

2. Perawatan tangan

Pasien dengan tangan dan kaki yang mati rasa tanpa disadari dapat melukai dirinya sendiri, luka dapat terinfeksi dan akan mengakibatkan kecacatan atau menyebabkan kecacatan yang telah ada menjadi lebih berat. Merawat kaki dengan mandiri pada penderita kusta dapat dilakukan dengan:

1) Perawatan tangan yang mati rasa:

- (1) Lindungi tangan dari benda panas, kasar dan tajam untuk mencegah luka.

- (2) Periksa telapak tangan tiap hari untuk mengetahui adanya luka.
 - (3) Merendam tangan dalam air selama 30 menit.
 - (4) Menggosok kulit yang menebal dengan batu apung untuk menjadikan kulit lembut dan tipis.
 - (5) Mengoleskan vaselin atau minyak secara teratur pada kulit tangan yang kering agar tetap lembab.
 - (6) Pakai sarung tangan saat bekerja.
 - (7) Lapisi gagang alat-alat rumah tangga dengan bahan lembut.
- 2) Perawatan jari tangan yang bengkok:
- (1) Merendam tangan dalam air selama 30 menit.
 - (2) Mengoleskan vaselin atau minyak secara teratur pada kulit tangan yang kering agar tetap lembab.
 - (3) Meluruskan jari-jari menggunakan tangan yang sehat atau dengan bantuan orang lain pertahankan 10 lakukan 5 – 10 kali perhari untuk mencegah kekakuan.
 - (4) Latihan aktif meluruskan jari-jari tangan dengan tenaga otot sendiri taruh tangan diatas paha dan luruskan jari-jari tangan sebanyak 20 kali tiap latihan, 3 kali sehari.
 - (5) Tempatkan tangan yang lemah diatas paha dan letakkan tangan yang lain diatasnya. Dengan jari-jari tangan yang kuat tegakkan ibu jari keposisi menunjuk keatas.
 - (6) Posisikan ibu jari tangan yang kuat di pangkal ibu jari yang lemah. Keempat jari melakukan gerakan mengurut hingga kearah ujung

ibu jari yang lemah sampai lurus, tahanlah selama 10 detik lakukan 3 kali sehari sebanyak 10 kali tiap latihan.

3) Pertawatan tangan dengan luka:

- (1) Merendam tangan dalam air selama 30 menit.
- (2) Menggosok kulit yang menebal dengan batu apung untuk menjadikan kulit lembut dan tipis.
- (3) Mengoleskan vaselin atau minyak secara teratur pada kulit tangan yang kering agar tetap lembab.
- (4) Membalut luka dengan air bersih supaya luka tidak kotor.
- (5) Istirahatkan tangan yang luka.

3. Perawatan kaki

Pencegahan dan perawatan kaki yang dapat dilakukan oleh pasien:

- (1) Menghindari luka.
- (2) Kenakan selalu alas kaki yang tebal dan tidak terlalu keras.
- (3) Hindari jalan kaki terlalu jauh.
- (4) Hindarkan kaki dengan benda panas dan tajam.
- (5) Periksa telapak kaki setiap hari.

1) Pemeriksaan kaki, perawatan dan latihan.

- (1) Periksa daerah yang mati rasa.
- (2) Rendam kaki selama 20 menit dengan air dingin.
- (3) Gosok kulit kaki yang tebal dengan karet busa agar kulit kering terlepas.
- (4) Oleskan vaselin atau minyak pada kulit kaki agar kulit tidak kering dan tetap lembab.

- 2) Perawatan kaki yang lunglai
 - (1) Duduk dengan kaki lurus lingkarkan sarung ke kedua telapak kaki tarik dan tahan selama 4 detik. Lakukan 2 kali sehari sebanyak 20 kali tiap latihan untuk mencegah kekakuan.
 - (2) Untuk melatih otot cobalah sedapat mungkin mengangkat kaki yang lunglai, bila masih ada kekuatan pakailah beban atau dapat menggunakan ban sepeda pada kursi dan ditarik dengan kaki. Lakukan 2 kali sehari sebanyak 20 kali setiap latihan.
- 3) Perawatan luka.
 - (1) Rendam kaki dengan air bersih selama 30 menit kemudian bersihkan luka.
 - (2) Setelah direndam fosok kulit yang menebal dengan batu apung supaya kulit lembut dan tipis.
 - (3) Dalam keadaan basah olesi telapak kaki dengan minyak atau vaselin.
 - (4) Membalut luka dengan kain bersih supaya luka tidak kotor.
 - (5) Selalu menggunakan alas kaki.

2.4 Konsep Teori Dorothea Orem

Teori defisit perawatan diri dari Dorothea Orem (1971) berfokus pada kebutuhan pelayanan diri klien. Orem mendefinisikan pelayanan diri sebagai suatu yang dipelajari, kegiatan yang bertujuan membantu diri untuk mengelola kehidupan yang diinginkan, kesehatan, perkembangan, dan kesejahteraan. Tujuan teori Orem adalah untuk membantu klien merawat dirinya sendiri. Pelayanan keperawatan penting saat klien tidak dapat memenuhi kebutuhan biologis,

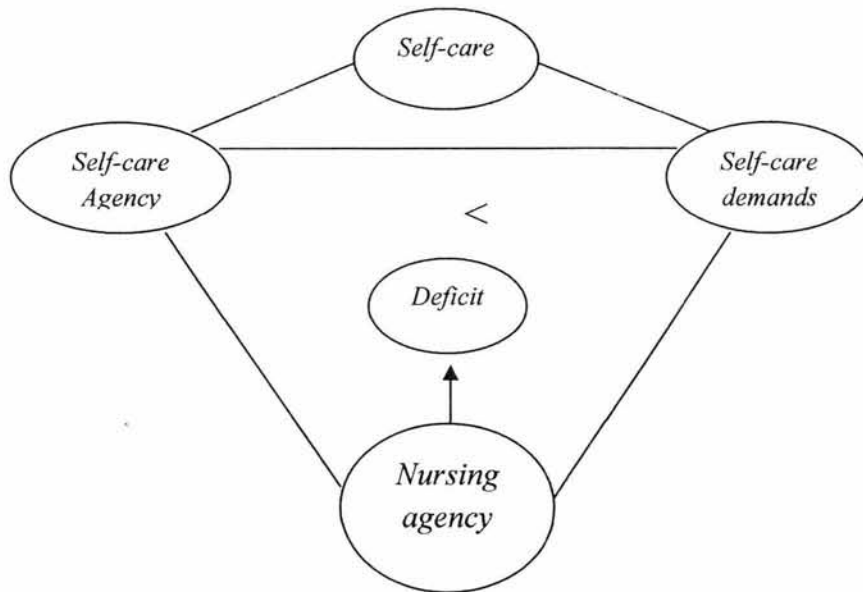
psikologis, perkembangan, atau sosial. Perawat mencari tahu mengapa klien tidak dapat memenuhi semua kebutuhan tersebut, apa yang harus dilakukan supaya klien mendapatkan kebutuhannya, dan seberapa banyak perawatan diri yang dapat dilakukan klien. Tujuan keperawatan adalah untuk meningkatkan kemampuan klien untuk mendapatkan kebutuhannya (Potter and Perry, 2009). Menurut Kozier dan Erb's (2009), Orem membagi teorinya menjadi tiga bentuk, yaitu:

1. *Self care*: Merupakan aktifitas dan insiatif dari diri sendiri yg dilakukan oleh diri sendiri untuk memenuhi dan mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan.
2. *Self care deficit*
3. *Nursing system* (sistem keperawatan): Menguraikan secara jelas bagaimana kebutuhan pasien terpenuhi oleh perawat atau oleh pasien itu sendiri.

Teori ini didasari oleh empat aspek yang saling berkaitan, yakni: *self care*, *self care agency*, *self care requisites*, dan *therapeutic self care demand*. *Self care agency* adalah kemampuan individu untuk melakukan aktifitasnya. Dalam teori ini *nursing agency*, berdasarkan kemampuan dikelompokkan menjadi dua, yakni:

1. *A self care agent* atau individu yang dapat melakukan perawatan terhadap diri sendiri (mandiri).
2. *A dependent care agent* atau seorang individu yang membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan perawatan diri.

Apabila kemampuan merawat diri (*self care agency*) pada seorang individu berkurang atau dikatakan defisit, maka permintaan/ kebutuhan merawat diri (dalam hal ini adalah permintaan bantuan) akan meningkat, sehingga diperlukan penanganan keperawatan untuk mengatasi *self care deficit* tersebut.



Gambar 2.4 Komponen utama dari teori *self-care* orem

Dimana pada bentuk sistem keperawatan (*Nursing System*), Orem mengidentifikasikannya dalam 3 bentuk sistem pelayanan keperawatan yaitu:

1. *Wholly compensatory sistem* / sistem bantuan secara penuh, Merupakan tindakan memberi bantuan secara penuh kepada pasien dikarenakan ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan secara mandiri, sehingga memerlukan bantuan dalam pergerakan, ambulasi, mobilisasi.
2. *Partially compensatory system* / bantuan sebagian, Merupakan pemberian perawatan diri secara sebagian saja dan ditujukan pada pasien yang memerlukan bantuan minimal.
3. Sistem suportif dan edukatif (menciptakan kemandirian pasien), Diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien dapat melakukan perawatan secara mandiri.

3.5 Konsep Teori Belajar

Menurut Rogers A (2003) dalam Nursalam dan Efendi (2008), Belajar adalah suatu proses perubahan perilaku atau kecakapan manusia berkat adanya

interaksi antara individu dengan individu dan individu dengan lingkungannya. Berdasarkan pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa seseorang yang telah mengalami proses belajar akan mengalami perubahan perilaku dalam aspek pengetahuan (kognitif), sikap (afektif), dan keterampilan (psikomotor). Teori belajar pada umumnya dibagi menjadi empat golongan, yaitu:

1. Teori belajar perilaku (*Behaviorism*)

Merupakan teori yang menekankan pada hasil suatu proses belajar. Perubahan dalam perilaku adalah akibat dari interaksi antara stimulus dan respons (berperilaku baru)

2. Teori belajar kognitivisme

Merupakan teori yang lebih mementingkan proses belajar daripada hasil belajar itu sendiri. Bagi penganut teori ini, belajar tidak sekedar melibatkan hubungan antara stimulus dan respons. Belajar melibatkan proses yang kompleks. Menurut teori ini, ilmu pengetahuan dibangun dalam diri seorang individu melalui proses interaksi yang berkesinambungan dengan lingkungan. Proses ini tidak berjalan sendiri – sendiri atau terpisah – pisah tetapi proses ini merupakan suatu rangkaian yang saling terkait.

3. Teori belajar humanistik

Menurut teori ini proses belajar harus berhulu dan bermuara pada manusia itu sendiri. Teori ini lebih tertarik pada ide belajar dalam bentuknya yang paling ideal.

4. Teori belajar sibernetika

Menurut teori ini, belajar adalah pengolahan informasi. Teori ini juga mementingkan proses, yakni sistem informasi yang diproses. asumsi lain

dari teori ini menyebutkan bahwa tidak ada satupun proses belajar yang ideal untuk segala situasi.

2.6 Konsep Perilaku Manusia

Pengelolaan cacat pada kusta merupakan upaya yang dilakukan oleh penderita untuk bisa melakukan penatalaksanaan kusta secara komprehensif. Untuk dapat melaksanakannya diperlukan informasi, kemauan dan kemampuan diri terkait penyakit kusta. kemauan dan kemampuan penderita akan terjadi manakala penderita menyadari dan memahami upaya pengelolaan secara tepat. Untuk itu, perlu suatu usaha membiasakan pengelolaan kusta sebagai bentuk perilaku penderita yang secara berkesinambungan dan konsisten melakukan upaya penatalaksanaan yang tepat. Karena sebab itu diperlukan suatu literatur terkait perilaku manusia terutama dalam bidang kesehatan.

2.6.1 Definisi perilaku manusia

Perilaku manusia pada hakekatnya adalah tindakan atau aktifitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas, antara lain: berjalan, berbicara, kuliah, menangis, bekerja, dan sebagainya. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2005).

2.6.2 Bentuk perilaku manusia

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan dari luar subjek tersebut. Respon ini berbentuk 2 macam, yakni (Notoatmodjo, 2005):

1. Bentuk pasif, adalah respon internal yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan secara tidak langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Misalnya seorang ibu tahu bahwa imunisasi itu dapat mencegah suatu penyakit tertentu meskipun ibu tersebut tidak membawa anaknya ke puskesmas untuk diimunisasi. Dari contoh tersebut terlihat bahwa ibu telah tahu gunanya imunisasi meskipun belum melakukan secara konkret tindakan imunisasi. Oleh sebab itu perilaku mereka ini masih terselubung (*convert behavior*).
2. Bentuk aktif, yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Misalnya pada contoh diatas, ibu sudah membawa anaknya ke puskesmas atau fasilitas kesehatan lain untuk diimunisasi. Oleh karena itu perilaku ibu ini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata, maka disebut *overt behavior*.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap merupakan respon seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang masih bersifat terselubung dan disebut *convert behavior*. Sedangkan tindakan yang nyata seseorang sebagai respon seseorang terhadap stimulus (*practice*) merupakan *overt behavior*.

2.6.3 Domain perilaku kesehatan

Menurut Benyamin Bloom (1908), seorang ahli pendidikan dalam (Notoatmodjo, 2005) membagi perilaku menjadi 3 domain, meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk tujuan pendidikan, yaitu terdiri dari: ranah kognitif

(*kognitive domain*), ranah afektif (*affective domain*), ranah psikomotor (*psicomotor domain*).

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Tanpa pengetahuan, seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi (Notoatmodjo, 2005).

Faktor – faktor yang mempengaruhi seseorang yaitu:

- 1) Faktor Internal: faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensia, minat dan kondisi fisik.
- 2) Faktor eksternal: faktor dari luar diri, misalnya masyarakat, lingkungan, sarana serta faktor pendekatan belajar. Faktor pendekatan belajar ini antara lain faktor upaya belajar, misalnya strategi dan metode dalam pembelajaran.

Penelitian Roger (1974) dalam Nursalam (2008) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut proses yang berurutan yakni:

- 1) *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui lebih dulu terhadap stimulus (objek).
- 2) *Interest* (merasa tertarik), terhadap stimulus (objek) tersebut, disini sikap objek sudah mulai timbul.
- 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang), terhadap baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik.
- 4) *Trial* dimana subjek sudah mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai

dengan pengetahuan kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

- 5) *Adoption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Terdapat enam tingkatan domain pengetahuan yaitu (Notoatmodjo, 2005):

1. Tahu (*know*). Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya terhadap suatu objek.
2. Memahami (*comprehension*). Paham diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
3. Aplikasi (*aplication*). Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.
4. Analisis (*analysis*). Kemampuan untuk menjabarkan atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.
5. Sintesis (*synthesis*). Menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian ke dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
6. Evaluasi (*evaluation*). Kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi.

Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan

tingkatan- tingkatan di atas (Notoatmodjo, 2003). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yakni:

1. Pendidikan. Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah yang berlangsung seumur hidup (Notoatmodjo, 1998). Pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi tentang kesehatan.
2. Pengalaman. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan yang profesional serta pengalaman belajar selama bekerja dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan motivasi, manifestasi, dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang keperawatan.
3. Umur. Dari sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama ini:
 - 1) Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya.
 - 2) Tidak dapat mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran fisik maupun mental. Dapat diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain misalnya seperti kosakata dan pengetahuan umum.

2. Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan suatu reaksi atau respon yang masih tertutup dari

seseorang terhadap suatu objek. Secara umum sikap dapat dirumuskan sebagai kecenderungan untuk berespon (secara positif maupun negatif) terhadap orang, objek, atau situasi tertentu. Sikap juga bisa berupa semacam kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dengan cara tertentu (Azwar, 2003). Menurut Ahmadi (1991), sikap adalah kesiapan merespon secara konsisten dalam bentuk positif dan negatif terhadap objek atau situasi.

Azwar (2003) menyatakan bahwa struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu kognitif, afektif, dan konatif. Komponen kognitif atau pengetahuan merupakan representasi apa yang dipercayai seseorang terkait apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap. Sekali kepercayaan itu terbentuk, maka akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai apa yang diharapkan dari objek tertentu. Tentu saja kepercayaan sebagai komponen kognitif tidak selalu akurat. Kadang – kadang kepercayaan itu terbentuk justru dikarenakan kurang atau tidak adanya informasi yang benar mengenai objek sikap yang dihadapi. Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subjektif terhadap suatu objek sikap. Secara umum komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Aspek emosional ini biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh yang mungkin akan mengubah sikap seseorang. Sedangkan komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada pada diri seseorang dan berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya, kaitan ini didasari oleh

asumsi kepercayaan dan perasaan yang mempengaruhi perilaku. Menurut Ahmadi (1991) ada dua faktor yang menyebabkan perubahan sikap, antara lain:

- 1) Faktor internal: faktor yang terdapat dalam pribadi manusia itu sendiri. Faktor ini dapat berupa *selectivity* atau daya pilih seseorang menerima atau menolak pengaruh yang datang dari luar.
- 2) Faktor eksternal: faktor yang terdapat di luar pribadi manusia berupa interaksi antar manusia dengan keseluruhan kebudayaan manusia yang sampai padanya melalui alat komunikasi seperti surat kabar, televisi, radio, dan sebagainya.

Seperti halnya pengetahuan, sikap juga terdiri dari berbagai macam tingkatan (Notoatmodjo, 2005) yaitu:

- 1) Menerima (*receiving*). Subjek mau memperlihatkan stimulus yang diberikan.
- 2) Merespon (*responding*). Subjek memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan sebagai suatu indikasi.
- 3) Menghargai (*valuating*). Seseorang memahami dan berusaha untuk mengajak orang lain melakukannya.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*). Bertanggung jawab atas sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko.

Secara umum orang tidak akan memperlihatkan sikap asli mereka di hadapan orang lain untuk beberapa hal. Satu cara untuk mengukur atau menilai sikap seseorang dapat menggunakan skala atau kuesioner. Skala

penilaian sikap mengandung serangkaian pernyataan tentang permasalahan tertentu. Responden yang akan mengisi diharapkan menentukan sikap setuju atau tidak setuju terhadap pernyataan tertentu (Niven, 2000).

3. Praktek (*Practice*)

Menurut Notoatmodjo (2005), suatu sikap belum optimis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perubahan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support*).

Praktek ini mempunyai beberapa tingkatan:

- 1) Persepsi (*perception*). Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil merupakan praktek tingkat pertama.
- 2) Respon terpimpin (*guided responses*). Dapat melakukan sesuatu dengan urutan benar sesuai dengan contoh merupakan indikator praktek tingkat kedua.
- 3) Mekanisme (*mecanism*). Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka itu sudah mencapai praktek tingkat ketiga.
- 4) Adaptasi (*adaptation*). Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikan tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa perilaku manusia secara operasional dapat dikelompokkan menjadi tiga macam, yaitu perilaku dalam bentuk pengetahuan, bentuk sikap, dan bentuk tindakan nyata atau perbuatan. Ketiga bentuk perilaku itu dikembangkan berdasar tahapan tertentu yang dimulai

dari pembentukan pengetahuan (ranah kognitif), sikap (ranah afektif) dan keterampilan (ranah psikomotorik) sehingga menjadi pola perilaku baru (Notoatmodjo, 2005).

2.7 Kuesioner Mengukur Pengetahuan dan Kemandirian

Untuk mengetahui pengetahuan dan kemandirian diperlukan instrumen berupa kuesioner. Kuesioner tersebut diadopsi dengan mengalami sedikit perubahan dari kuesioner Lilik (2011).

2.7.1 Kuesioner Pengetahuan

No	Pertanyaan	Kode jawaban	Jawab
1	Apakah saudara mengerti tentang penyakit kusta?	Ya = 1 Tidak = 2	
2	Menurut saudara apakah gejala penyakit kusta ?	Bercak putih mati rasa = 1 Penebalan saraf tepi = 2 Adanya BTA + pada cuping telinga = 3, Jika jawaban 1 tidak = 7	
3	Dari mana saudara mengetahui penyakit kusta?	Dari teman =1, petugas kesehatan =2, media masa = 3, aparat desa =4, jika jawaban 1 tidak =7	
4	Sejak kapan anda tahu penyakit kusta?	Sebelum menderita kusta =1 Setelah menderita kusta =2	
5	Menurut saudara apa penyebab penyakit kusta?	Keturunan =1, kutukan dari Tuhan =2, karena kuman =3, diguna-guna =4, tidak tahu =7	
6	Apa nama kuman penyebab penyakit kusta	Mycobacterium leprae =1, E. Coli =2, Mycobacterium Tuberculosis =3, tidak tahu =7	
7	Apakah anda tahu cara penularan penyakit kusta?	Ya =1 Tidak =2	
8	Melalui apakah penyakit kusta ditularkan?	Percikan ludah =1, melalui air =2, melalui makanan =3, gigitan nyamuk =4, Alat yang dipakai penderita =5, jika jawaban 7 tidak =7	

9	Apa yang saudara lakukan ketika datang ke pelayanan kesehatan?	Mencari pengobatan kusta =1, memeriksa penyakitnya =2, sekedar datang berobat =3	
10	Apakah anda tahu nama obat yang anda minum untuk menyembuhkan penyakit?	Ya =1	Tidak =2
11	Apakah anda pernah putus minum obat?	Ya =1	Tidak =2
12	Jika ya mengapa?	
13	Apakah saudara malu datang ke tempat pelayanan kesehatan?	Ya =1	Tidak =2
14	Apakah anda tahu akibat tidak taat berobat ?	Ya =1	Tidak =2
15	Jika ya apa akibatnya?	Kecacatan tubuh =1, tidak ada akibat yang ditimbulkan =2, jika jawaban 15 tidak =7	

2.7.2 Kemandirian Perawatan Diri

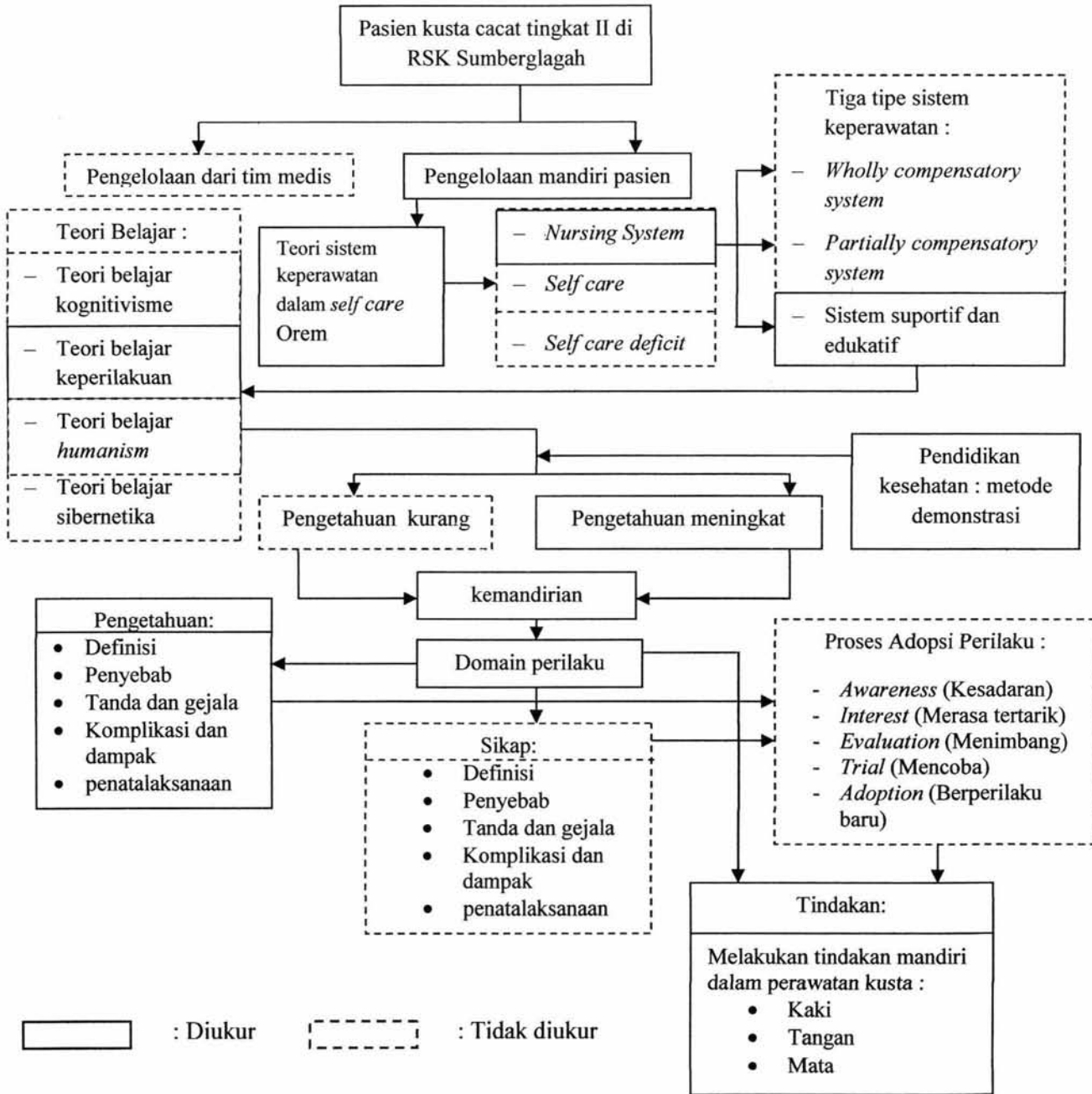
No	Pertanyaan	Kode jawaban	Jawab
1	Apakah anda memeriksa mata setiap hari untuk mengetahui apakah ada kotoran atau tidak?	Ya = 1	Tidak = 2
2	Apakah anda sering berkedip?	Ya = 1	Tidak = 2
3	Apakah anda melindungi mata dari kekeringan dan debu?	Ya = 1	Tidak = 2
4	Apakah anda menjaga mata agar tetap bersih?	Ya = 1	Tidak = 2
5	Apakah anda memeriksa tangan tiap hari untuk melihat tanda-tanda luka?	Ya = 1	Tidak = 2
6	Apakah anda melakukan perawatan tangan?	Ya = 1	Tidak = 2
7	Apakah anda melindungi tangan dari benda-benda tajam, panas dan kasar dengan memakai kaos tangan yang tebal dan alas kain?	Ya = 1	Tidak = 2
8	Apakah anda merendam tangan dalam air dingin selama 20 menit setiap hari?	Ya = 1	Tidak = 2

9	Apakah anda mengolesi tangan anda dengan minyak (kelapa atau lainnya) untuk menjaga kelembapan kulit?	Ya = 1	Tidak = 2
10	Apakah terdapat jari tangan anda yang bengkok?	Ya = 1	Tidak = 2
11	Jika ya, apakah anda memakai tangan lain untuk meluruskan sendinya tiap hari?	Ya = 1 Ya = 1	Tidak = 2 Tidak = 2
12	Apakah anda melakukan perawatan kaki?	Ya = 1	Tidak = 2
13	Apakah anda memeriksa kaki tiap hari untuk melihat tanda-tanda luka?	Ya = 1	Tidak = 2
13a	Jika ya, apakah kaki anda ada yang simper?	Ya = 1	Tidak = 2
	Jika ada apakah anda melakukan tindakan-tindakan dibawah ini?		
	a. Memakai alas kaki?	Ya = 1	Tidak = 2
	b. Mengangkat lutut lebih tinggi waktu jalan?	Ya = 1	Tidak = 2
	c. Memakai tali karet antara lutut dan sepatu?	Ya = 1	Tidak = 2
13b	Jika ya, apakah ada kulit kaki yang tebal dan kering?	Ya = 1	Tidak = 2
	Jika ada apakah anda melakukan tindakan-tindakan di bawah ini?		
	a. Merendam kaki selama 20 menit?	Ya = 1	Tidak = 2
	b. Menggosok bagian yang tebal dengan batu gosok?	Ya = 1	Tidak = 2
	c. Mengolesi minyak untuk menjaga kelembapan kulit?	Ya = 1	Tidak = 2
13c	Jika ya, adakah kaki yang mati rasa?	Ya = 1	Tidak = 2
	Jika ada apakah anda melakukan tindakan-tindakan di bawah ini?		
	a. Selalu memakai alas kaki?	Ya = 1	Tidak = 2
	b. Selalu memeriksa kaki tiap hari?	Ya = 1	Tidak = 2
	c. Mengistirahatkan kaki jika ada luka?	Ya = 1	Tidak = 2

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Bagan kerangka konseptual pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto, tanggal 28 Mei – 11 Juli 2012.

Keterangan :

Pasien kusta di RSK Sumberglagah mayoritas telah mengalami kecacatan kusta tingkat II hingga terjadi kerusakan saraf. Manifestasi klinis pada cacat tingkat II umumnya ditandai dengan adanya luka/ulkus, jari kiting, lunglai, pemendekan, mata tidak dapat menutup erat, maupun luka pada kornea (WHO, 1988). Sebuah study oleh Ethirajand Mathew (dikutip oleh cross, 2007) menyebutkan bahwa penambahan pengetahuan dapat meningkatkan perubahan positif dalam perilaku perawatan diri dan pengelolaan ulkus, sehingga kurang lebih mengurangi prevalensi terjadinya ulkus sekitar 50%, yang artinya juga mengurangi kecacatan (Arief, 2008).

Menurut Kozier dan Erb's (2009), Orem membagi teorinya menjadi tiga bentuk yaitu: *Self care*, *Self care deficit*, *Nursing system* (sistem keperawatan). *Nursing system* menguraikan secara jelas bagaimana kebutuhan pasien terpenuhi oleh perawat atau oleh pasien itu sendiri. Tiga bentuk teori diatas didasari oleh empat aspek yang saling berkaitan, yakni: *self care*, *self care agency*, *self care requisites*, dan *therapeutic self care demand*. *Self care agency* adalah kemampuan individu untuk melakukan aktifitasnya. Dalam teori ini *nursing agency*, berdasarkan kemampuan dikelompokkan menjadi dua, yakni *A self care agent* dan *A dependent care agent*. Sehingga pasien kusta cacat tingkat II dapat digolongkan dalam kategori *A self care agent* karena sebetulnya mereka mampu melakukan perawatan diri terkait perawatan kusta. Apabila kemampuan merawat diri (*self care agency*) pada seorang individu berkurang atau dikatakan defisit, maka permintaan/kebutuhan merawat diri (dalam hal ini adalah permintaan bantuan) akan meningkat, sehingga diperlukan penanganan keperawatan untuk mengatasi

self care deficit tersebut, caranya adalah dengan memainkan peran pada *Nursing system* (sistem keperawatan). Dalam *Nursing system* (sistem keperawatan) perawat dapat membantu klien dengan sistem suportif dan edukatif (menciptakan kemandirian pasien) yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien dapat melakukan perawatan kusta secara mandiri.

Teori Orem disini didukung teori belajar yang di dalamnya terdapat teori belajar keperilakuan (*behaviorism*) yang menekankan pada hasil dari proses belajar. Salah satu penyampaian edukatif dan proses belajar yang tepat disini adalah dengan pendidikan kesehatan yakni metode demonstrasi. Metode ini bertujuan memberi gambaran yang jelas tentang hal-hal yang berhubungan dengan proses bekerjanya sesuatu maupun proses mengerjakan sesuatu (Nursalam dan Efendi, 2008). Apabila metode demonstrasi berlangsung dengan optimal, otomatis pemahaman yang diperoleh akan maksimal pula sehingga dapat mempengaruhi tindakan pasien yang secara otomatis kemandirian juga dapat berjalan secara optimal. Itu artinya penderita tidak memerlukan bantuan orang lain untuk melakukan perawatan dan pengelolaan pada kusta karena sudah mampu melakukan pengelolaan secara mandiri, sehingga goal yang diharapkan adalah tingkat kecacatan yang menurun. Perawatan kusta cacat tingkat II antara lain seperti merawat kecacatan pada tangan, kaki, dan mata, perlu ditinjau dari domain perilaku. Domain perilaku yang sesuai untuk mengevaluasi adalah segi pengetahuan maupun tindakan (psikomotor). Terutama dalam bidang psikomotor, penderita kusta cacat tingkat II diharapkan mampu melakukan upaya pengelolaan

mandiri dalam rangka pencegahan keparahan yang lebih lanjut (Putra, 2008), yang diharapkan nantinya dapat terbentuk perilaku baru yang mendukung kesembuhan.

3.2 Hipotesis Penelitian

H 1 : Terdapat pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara memecahkan masalah menurut metode keilmuan (Nursalam, 2003). Pada bab ini akan disajikan : 1) Desain penelitian, 2) Populasi, sampel dan sampling, 3) Identifikasi variabel, 4) Definisi operasional, 5) Instrumen, 6) Lokasi dan waktu, 7) Prosedur pengumpulan data, 8) Kerangka Operasional, 9) Analisis, 10) Masalah etika, dan 11) Keterbatasan.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan wadah untuk menjawab pertanyaan penelitian atau menguji keaslian hipotesis (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini desain penelitian yang digunakan adalah Rancangan Penelitian Eksperimen Semu (*Quasy-Eksperimen*). Pada kedua kelompok diawali dengan *pre-test*, dan setelah pemberian perlakuan diadakan pengukuran kembali *post-test*.

Tabel 4.1 Desain penelitian pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto, tanggal 28 Mei – 11 Juni 2012.

Subjek	<i>Pre test</i>	Perlakuan	<i>Post test</i>
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan :

- K-A : Subyek pasien kusta cacat tingkat II yang diberi perlakuan
- K-B : Subyek (pasien kusta cacat tingkat II) kontrol
- O : Observasi awal kemandirian perawatan diri
- I : Intervensi/perlakuan (pendidikan kesehatan metode demonstrasi)

O1(A+B) : Observasi kemandirian perawatan diri setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi (kelompok perlakuan dan kontrol).

4.2 Populasi, Sampel dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah setiap subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam,2008). Perkiraan besar populasi pada penelitian ini adalah semua pasien kusta dengan cacat tingkat II yang masuk dalam daftar pasien rawat jalan dengan rentang 1 minggu, sebanyak 47 pasien.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008). Sampel didapat dengan cara *nonprobability* sampling, yaitu dengan teknik *purposive sampling*. Peneliti memilih sampel sesuai dengan yang dikehendaki peneliti dan disesuaikan dengan tujuan atau masalah penelitian.

Sampel yang akan diambil memiliki kriteria yang harus dipenuhi untuk menghindari bias dan dapat memberikan data yang valid. Burns dan Grove (1999), mengartikan kriteria sampel sebagai ciri khusus dari populasi target, cara untuk membuat sampel menjadi se-homogen mungkin untuk mengendalikan variabel-variabel yang tidak diharapkan muncul. Perkiraan sampel pada penelitian ini adalah 16 orang. Kriteria sampel dalam penelitian ini terbagi menjadi kriteria inklusi dan eksklusi:

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2008). Kriteria inklusi dalam penelitian adalah:

- 1) Pasien yang bersedia menjadi responden dan menandatangani lembar *informed consent*.
- 2) Pasien kusta rawat jalan.
- 3) Pasien kusta cacat tingkat II
- 4) Pasien yang bertempat tinggal di dekat Rumah Sakit Kusta Sumberglagah.

2. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien yang tidak bisa membaca atau buta huruf
- 2) Pasien yang berusia lebih dari 65 tahun, kurang kooperatif dan kesulitan mengisi kuesioner.
- 3) Pasien dengan dimensia senilis

4.3 Identifikasi Variabel

Variabel adalah karakteristik yang dimiliki oleh subyek (orang, benda, situasi) yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok tersebut (Nursalam, 2008). Variabel pada penelitian ini meliputi:

4.3.1 Variabel independen

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau penyebab (Arikunto, 2002). Dalam penelitian ini variabel independen yang digunakan adalah pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi.

4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel independen (Notoatmodjo,2002). Yang menjadi variabel dependen pada penelitian ini adalah kemandirian perawatan diri.

4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.3.3 Definisi operasional variabel dependen dan independen pengaruh pemberian pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatand diri pada penderita kusta dengan cacat tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto.

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel independen: Pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi	Kegiatan yang dilaksanakan dengan menyampaikan informasi kepada pasien kusta yang mengalami cacat tingkat II dengan menunjukkan langkah-langkah perawatan diri. Demonstrasi ini dilakukan 2x dalam 1 minggu.	Menjelaskan dan mempratikkan tentang: 1. Tindakan merawat mata yang dapat dilakukan mandiri oleh pasien. 2. Tindakan merawat tangan dan ulkus yang dapat dilakukan mandiri oleh pasien 3. Tindakan merawat kaki dan ulkus yang dapat dilakukan mandiri oleh pasien	SAP		
Variabel dependen: Kemandirian perawatan diri (aspek yang diukur adalah pengetahuan dan tindakan kemandirian)	Aspek pengetahuan : mengetahui pengetahuan yang dimiliki responden	1. Pengetahuan umum terkait penyakit kusta (no: 1-6) 2. Pengetahuan mengenai cacat kusta (no:7-11) 3. Pengetahuan bagaimana cara merawat : -Mata (12 -14) -Tangan(15-17) -Kaki (18 -20)	Kuesioner	Ordinal	Jawaban: Benar = 1 Salah = 0 $(\sum \text{Benar} / 15) \times 100 \%$ Kemudian hasilnya diklasifikasikan dalam kategori:

-
1. Baik
(76%– 100%)
 2. Sedang
(56% - 75%)
 3. Kurang
(≤ 55%)
- (Wawan dan Dewi, 2010)

Tindakan merawat diri secara mandiri	- Perawatan mata secara mandiri	Kuesioner Ordinal	Ya = 1
	- Perawatan tangan secara mandiri		Tidak = 0
	- Perawatan kaki secara mandiri		1. Mandiri
			2. Kurang Mandiri

4.5 Instrumen

Instrumen pengumpul data pada penelitian ini melalui pengukuran bio-fisiologis pada responden dengan teknik in-vivo yaitu observasi proses fisiologis dan tanpa pengambilan bahan/ spesimen dari tubuh klien (Nursalam,2008). Adapun bahan/ perlengkapan yang diperlukan saat penelitian dengan metode demonstrasi antara lain berupa phantom/ manekin bagian tubuh manusia, ember/ baskom, kacamata hitam, minyak atau vaselin. Instrumen yang digunakan adalah Kuesioner dan Observasi (Lilik, 2011) dengan modifikasi dari skala kuesioner nominal menjadi skala ordinal.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah, Mojokerto, Jawa Timur. Adapun pelaksanaan penelitian pada 28 Mei 2012 – 11 Juni 2012.

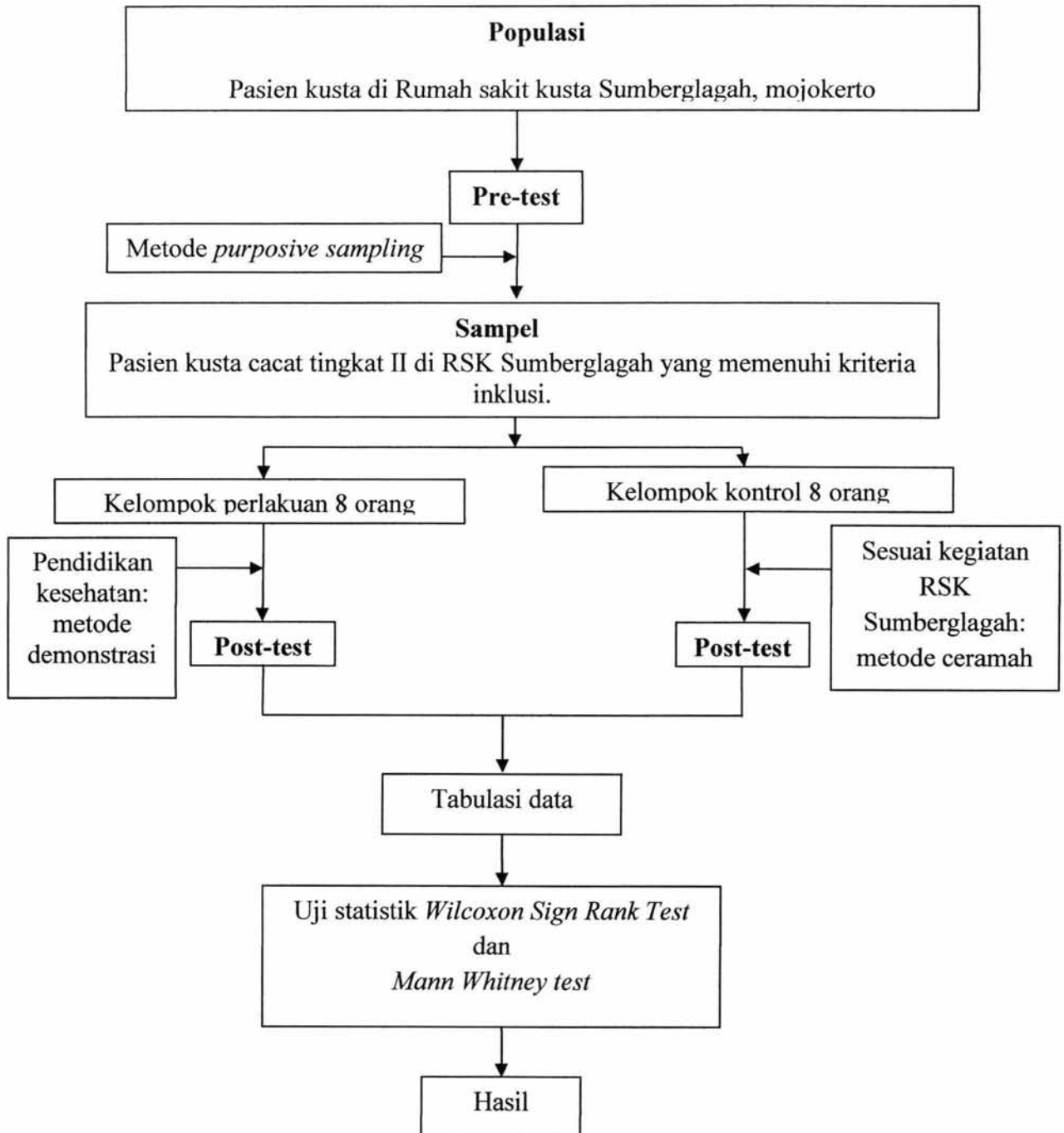
4.7 Prosedur Pengambilan Data

Setelah mendapatkan persetujuan dan ijin dari Dekan Fakultas Keperawatan Unair dan Pihak yang terkait dengan Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto, peneliti mengadakan pendekatan kepada pasien untuk mendapatkan persetujuan dari pasien sebagai responden penelitian sebelum dilakukan tindakan.

Peneliti mendapatkan *informed consent* dari pasien setelah peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian pada pasien yang masuk kriteria inklusi. Sesuai dengan jumlah sampel yakni 16 orang yang diperoleh dari data rawat jalan RSK Sumberglagah, dimana jumlah pasien dalam 1 minggu adalah 47 orang, karena mereka adalah pasien yang datang berulang $\pm 3x$ dalam 1 minggu, maka diperoleh $47 : 3 = 15,66 = 16$ orang. Dengan pembagian 8 orang masuk dalam kelompok perlakuan, 8 lainnya masuk dalam kelompok kontrol. Pasien

diberikan perlakuan awal (*pre test*) yaitu dengan meminta pasien untuk mengisi kuesioner. Kemudian pasien akan diberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terkait perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II, secara lisan maupun dengan alat peraga yang melibatkan peneliti dan beberapa tenaga kesehatan di RSK Sumberglagah. Penyampaian dengan metode ini dilakukan dua kali dalam 1 minggu dengan durasi tiap pertemuan 65 menit dan mengulang materi yang sama (Kurniasari, 2011). Perlengkapan yang diperlukan antara lain adalah phantom/ manekin bagian tubuh manusia, ember/ baskom, kacamata hitam, vaseline atau minyak. Di sini peneliti yang merupakan fasilitator terus memandu jalannya kegiatan ini. Setelah demonstrasi selesai, pasien diberi kuesioner *post test* yang nantinya akan diisi. Kuesioner ini diberikan juga pada kelompok kontrol, tetapi kelompok kontrol di sini tidak diberi perlakuan berupa metode demonstrasi, melainkan metode ceramah yang dilakukan pihak Rumah Sakit Kusta Sumberglagah, Mojokerto.

4.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.7 Kerangka operasional penelitian pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap tingkat kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah, Mojokerto, tanggal 28 Mei – 11 Juni 2012.

4.9 Analisis Data

Berdasarkan kuisioner tersebut selanjutnya dilakukan tabulasi dan analisis data dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon Sign Rank Test* (uji komparasi 2 sampel berpasangan) dengan derajat kemaknaan $p \leq 0,05$. Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p \leq 0,05$ H1 diterima artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pada penderita kusta cacat tingkat II.

Selain itu digunakan pula uji statistik *Mann Whitney test* (uji komparasi 2 sampel bebas/independen) dengan derajat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$. Uji ini digunakan untuk mengetahui tingkat kemandirian perawatan diri penderita kusta cacat tingkat II yang mendapat perlakuan dengan metode demonstrasi dan yang tidak. Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $\alpha \leq 0,05$ H1 diterima artinya ada perbedaan tingkat kemandirian perawatan diri pada pasien yang mendapat perlakuan dan tidak mendapat perlakuan. Selanjutnya dari semua analisis tersebut dilakukan pembahasan secara deskriptif dan analitik sehingga diperoleh suatu gambaran dan pengertian yang lengkap tentang hasil penelitian.

4.10 Masalah Etik (*Etikal Clearence*)

4.10.1 Etik penelitian

Peneliti menggunakan subyek penelitian pada pasien kusta dengan cacat tingkat II yang datang berulang ke rumah sakit kusta Sumberglagah dengan melebihi intensitas normal waktu berkunjung, serta tempat tinggal pasien yang masih dalam satu kota dengan letak rumah sakit. Maka sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan pada pihak Rumah sakit Sumberglagah untuk mendapatkan ijin persetujuan

melakukan penelitian.

4.10.2 Surat persetujuan (*Informed consent*)

Setiap calon responden diberi penjelasan tentang penelitian dan diminta kesediaannya untuk ikut serta dalam penelitian sukarela tanpa paksaan.

4.10.3 Tanpa nama (*Anonymity*)

Nama responden tidak dicantumkan dalam lembar pengumpulan data tetapi diganti dengan menggunakan nomor atau kode yang diketahui peneliti.

4.10.4 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Semua data dijaga kerahasiaannya oleh peneliti, hanya data-data tertentu yang disampaikan tanpa menyebutkan nama responden.

4.11 Keterbatasan

Keterbatasan yang dialami peneliti dalam melaksanakan penelitian ini antara lain:

1. Kendala dan keterbatasan dalam penelitian ini antara lain adalah kurangnya waktu yang diperlukan untuk melakukan pendekatan pada pasien, sehingga ada beberapa pasien yang menolak untuk dilakukan intervensi.
2. Kurangnya tenaga pendamping responden saat proses pengisian kuesioner.
3. Kemampuan peneliti yang terbatas dalam bidang riset sehingga perlu adanya penyempurnaan.
4. Kemandirian diukur dengan menggunakan *self questioner*.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian dan pembahasan mengenai pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah Mojokerto disampaikan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi meliputi: 1) Hasil penelitian; gambaran umum lokasi penelitian, data umum karakteristik responden (jenis kelamin, umur, pendidikan, dan pekerjaan), data khusus atau variabel yang diukur, dan 2) Pembahasan. Data yang terkumpul kemudian diuji statistik dengan *Wilcoxon Sign Test* dan *Mann Whitney U Test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0.05$.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan selama 3 Minggu, di area perkampungan warga dan di Poli kusta Rumah Sakit Sumberglagah Mojokerto yang lokasinya terletak di Dusun Sumberglagah, Desa Tanjung Kenongo, Kecamatan Pacet, Kabupaten Mojokerto, Propinsi Jawa Timur, terletak 30 Km dari ibukota Kabupaten, 8 Km dari ibukota Kecamatan dengan luas area : 19.000 M². Bangunan Rumah Sakit Didirikan oleh Jawatan Inspeksi Kesehatan Jawa Timur Pada tanggal 29 November 1952, dengan surat Nomor : 27746 / XIX / 5 K yang diberi nama "Balai Pengobatan Kusta". Rumah sakit ini terletak di tepi jalan menghadap ke arah Selatan. Di antara perkampungan kusta yang terbagi atas 3 RT dan 1 RW. Sebelah Barat langsung berbatasan dengan kantor Dinas Kesehatan UPT Rumah

Sakit Sumberglagah, dan bagian Utara berbatasan langsung dengan persawahan, sedangkan sebelah Timur berbatasan langsung dengan pemukiman warga.

Awalnya Rumah Sakit hanya menangani kasus kusta, namun Berdasarkan Surat Kepala Dinas Kesehatan Daerah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Timur Nomor : 445/6098/1996 tanggal 27 Mei 1996 tentang : Ijin Ujicoba Pelayanan Kepada Masyarakat Non Kusta (pelayanan Umum) dengan tetap mengutamakan pelayanan penderita kusta, akhirnya hingga saat ini Rumah Sakit Sumberglagah menangani berbagai macam penyakit dan tetap memiliki bagian yang berfokus pada penanganan kusta. Pada bagian yang menangani kusta terdapat poli kusta dengan 1 perawat penanggung jawab dan 1 dokter jaga. Di area penanganan kusta juga terdapat ruang rawat inap yakni Ruang Melati, merupakan ruang rawat inap khusus kusta yang memiliki 4 ruangan dengan jumlah tempat tidur pasien 50. Gambaran umum situasi dan kondisi di dalam Ruang Melati yaitu Melati A terdiri dari 12 TT, Melati B terdiri dari 10 TT, Melati C terdiri dari 8 TT, dan Melati D terdiri dari 20 TT, yang dipimpin oleh koordinator ruangan dengan 7 perawat.

5.1.2 Data umum (karakteristik responden)

Karakteristik demografi responden menguraikan tentang karakteristik responden meliputi: 1) jenis kelamin, 2) umur, 3) pendidikan terakhir, 4) pekerjaan.

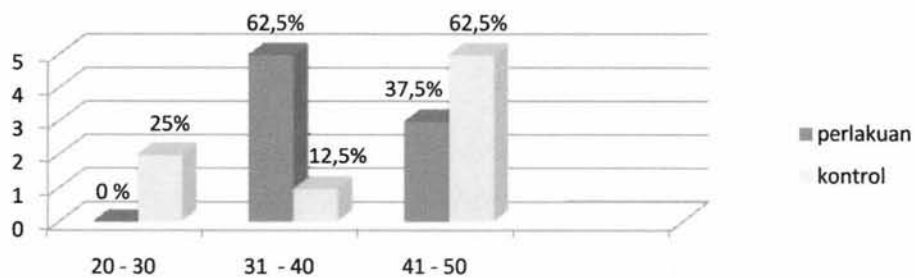
1. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.1 Diagram batang distribusi pasien berdasarkan jenis kelamin pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah, Mojokerto pada tanggal 28 Mei – 11 Juni 2012.

Diagram batang pada gambar 5.1 pengelompokan jenis kelamin antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol mempunyai distribusi yang sama yaitu, 2 orang responden (25%) laki-laki dan 6 orang responden (75%) perempuan untuk masing-masing kelompok.

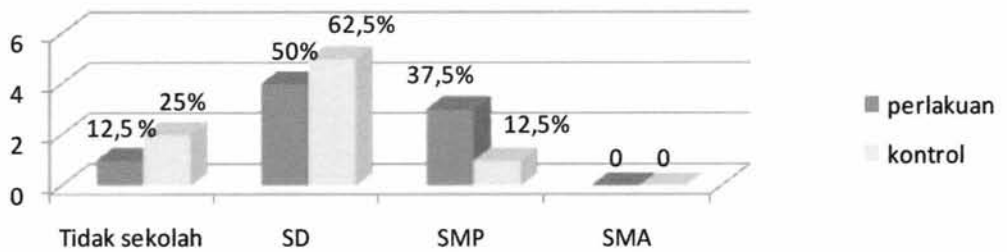
2. Distribusi responden berdasarkan umur



Gambar 5.2 Diagram batang distribusi pasien berdasarkan umur pasien di Rumah Sakit Sumberglagah, Mojokerto, tanggal 28 Mei – 11 Juni 2012.

Diagram batang pada gambar 5.2 terlihat dalam kelompok perlakuan mayoritas pasien berusia 31 – 40 tahun sejumlah 5 responden (62,5%). Sedangkan pada kelompok kontrol usia yang mendominasi antara 41 – 50 tahun, yakni 5 responden (62,5%).

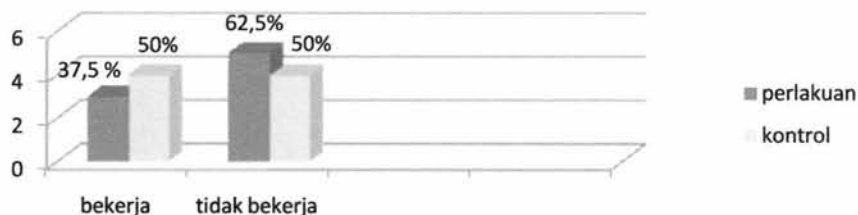
3. Distribusi responden berdasarkan pendidikan



Gambar 5.3 Diagram batang distribusi pasien berdasarkan pendidikan di Rumah Sakit Sumberglagah, Mojokerto tanggal 28 Mei – 11 Juni.

Diagram batang pada gambar 5.3 menjelaskan tentang tingkat pendidikan responden pada kelompok perlakuan, ternyata tingkat pendidikan terbanyak adalah responden dengan tamatan sekolah dasar (SD). 4 responden (50%) pada kelompok perlakuan dan 5 responden (62,5%) pada kelompok kontrol.

4. Status Pekerjaan



Gambar 5.4 Diagram batang distribusi pasien kusta cacat tingkat II berdasarkan pekerjaan di Rumah Sakit Sumberglagah, Mojokerto pada tanggal 28 Mei – 11 Juni 2012.

Diagram batang pada gambar 5.4 menjelaskan bahwa pada kelompok perlakuan terdapat 3 responden (37,5%) yang bekerja dan 5 responden (62,5%) lainnya tidak bekerja. Sedangkan pada kelompok kontrol 4 responden 50% bekerja dan 4 responden yang tidak bekerja juga dalam jumlah yang sama yakni 4

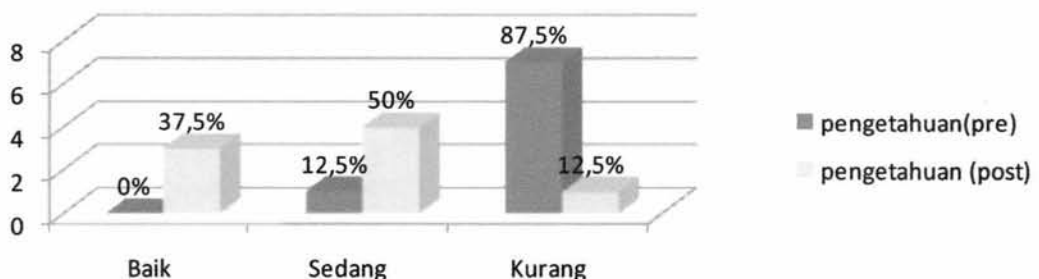
orang (50%). Responden yang tidak bekerja kebanyakan adalah ibu rumah tangga yang kesehariannya mengurus rumah.

5.1.3 Data khusus atau variabel yang diukur

Pada bab ini akan diuraikan data tentang kemandirian pasien sebelum dan sesudah dilakukan intervensi berupa pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi pada kelompok perlakuan dan kontrol. Kemandirian dalam hal ini sangat erat kaitannya dengan pengetahuan pasien seperti pada penelitian sebelumnya yang menunjukkan hubungan antara pengetahuan dan kemandirian perawatan diri pada pasien kusta.

Kemandirian yang didukung oleh pengetahuan pasien diketahui melalui kuesioner yang disebar pada 16 pasien, yang terbagi dalam 2 kelompok. 8 pasien masuk ke dalam kelompok perlakuan dan 8 sisanya sebagai kelompok kontrol.

1. Pengetahuan pasien sebelum dan sesudah diberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi pada kelompok perlakuan.

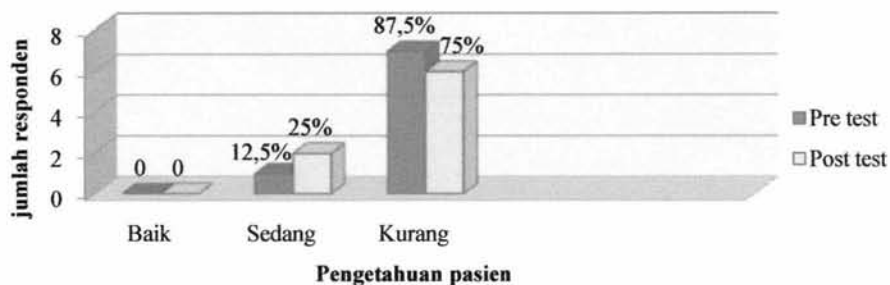


Gambar 5.5 Diagram batang tingkat pengetahuan pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah Mojokerto 28 Mei – 11 Juni 2012 pada kelompok perlakuan.

Diagram batang pada gambar 5.5 menunjukkan hasil *pre test* dan *post test* kelompok perlakuan. Terdapat perubahan yang signifikan antara kelompok *pre*

test dan *post test*. Pada saat *pre test* mayoritas responden memiliki pengetahuan kurang, yakni sejumlah 7 responden (87,5%). Namun setelah diberi intervensi dengan metode demonstrasi, terjadi peningkatan pada saat *post test*, sejumlah 4 responden (50%) berada dalam kategori sedang, dan 3 responden (37,5%) dalam kategori baik.

2. Pengetahuan pasien sebelum dan sesudah diberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi pada kelompok kontrol.

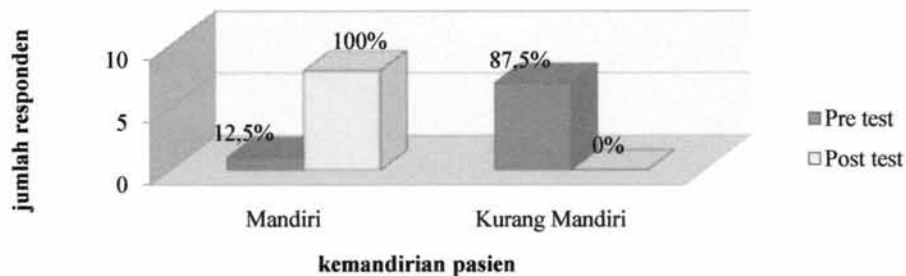


Gambar 5.6 Diagram batang tingkat pengetahuan pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah Mojokerto tanggal 28 Mei – 11 Juni 2012 pada kelompok kontrol.

Diagram batang pada gambar 5.6 menunjukkan hasil *pre test* dan *post test* kelompok kontrol tidak mengalami banyak perubahan. Pengetahuan kurang yang diperoleh ketika *pre test* berjumlah 7 orang (87,5%), sedangkan hanya 1 orang yang memiliki tingkat pengetahuan sedang (12,5%). Tetapi terdapat sedikit perubahan pada hasil *post test* karena responden dengan pengetahuan sedang mengalami peningkatan menjadi 2 orang (25%) dan 6 orang (75%) lainnya tetap dalam kategori pengetahuan kurang.

Berikut ini merupakan bagan tindakan kemandirian pasien baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol dengan intervensi pendidikan kesehatan metode demonstrasi.

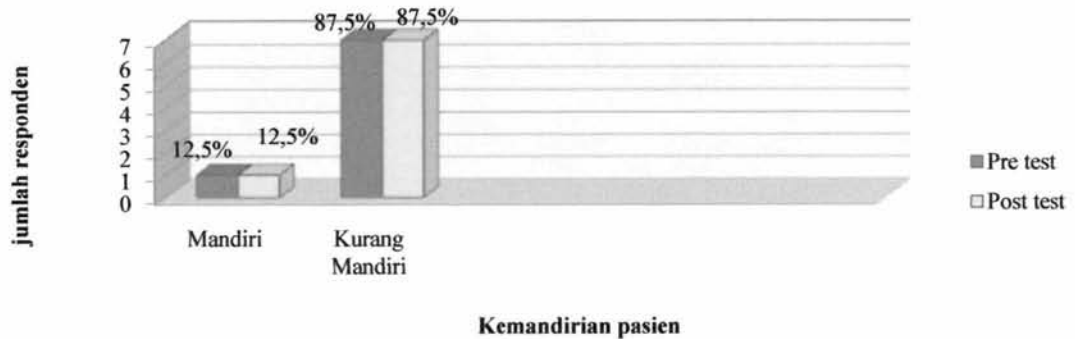
3. Kemandirian pasien sebelum dan sesudah diberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi pada kelompok perlakuan.



Gambar 5.7 Diagram batang kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah Mojokerto 28 Mei – 11 Juni 2012 pada kelompok perlakuan.

Diagram batang pada gambar 5.7 menjelaskan hasil *pre test* dan *post test* pada kelompok perlakuan ditemukan banyak responden yang mengalami perubahan kemandirian, sebelumnya 7 responden (87,5%) memiliki kemandirian perawatan diri kurang baik, sedangkan hanya 1 responden (12,5%) memiliki kemandirian dalam kategori baik. Namun setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi, terdapat peningkatan kemandirian pada pasien. Sejumlah 8 responden (100%) akhirnya memiliki kemandirian dalam kategori baik.

4. Kemandirian pasien pada kelompok kontrol.



Gambar 5.8 Diagram batang kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah Mojokerto 28 Mei – 11 Juni 2012 pada kelompok kontrol.

Diagram batang pada gambar 5.8 menunjukkan hasil *pre test* dan *post test* kelompok kontrol tidak mengalami perubahan. Kemandirian dalam kategori kurang yang didapat ketika *pre test* dan *post test* berjumlah 7 orang (87,5%), sedangkan hanya 1 orang yang memiliki kemandirian dalam kategori baik (12,5%).

5. Tingkat kemandirian perawatan diri pasien kusta cacat tingkat II sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan metode demonstrasi.

Tabel 5.1 Kemandirian perawatan diri sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan metode demonstrasi di Rumah Sakit Sumberglagah, Pacet, Mojokerto tanggal 28 Mei – 18 Juni 2012

NO	Skor Tindakan Kemandirian Perawatan Diri					
	Perlakuan			Kontrol		
	Pre	Post	Peningkatan skor	Pre	Post	Peningkatan skor
1	5	10	5	5	5	0
2	7	9	2	4	5	1
3	5	10	5	6	6	0
4	6	11	5	5	7	2
5	5	10	5	5	7	2
6	6	9	3	4	4	0
7	6	9	3	9	9	0
8	12	11	-1	6	6	0
Mean	6.50	9.87		5.50	6.12	
SD	2.3299 3	0.8345 2		1.6035 7	1.55265	
	Σ		27	Σ		5
Analisis	<i>Wilcoxon Sign Rank Test</i> $\alpha \leq 0.05$ p= 0.016			<i>Wilcoxon Sign Rank Test</i> $\alpha \leq 0.05$ p= 0.102		

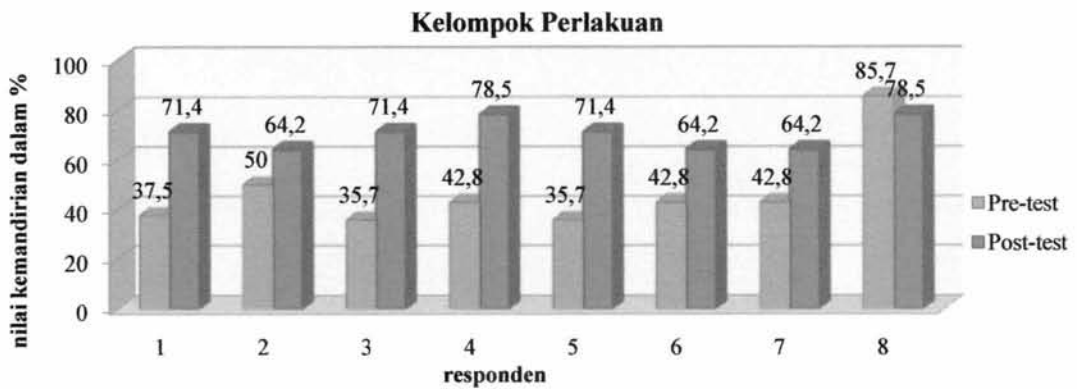
Pada tabel 5.2 diketahui rata-rata nilai *pre test* kelompok perlakuan adalah 6,5 dengan standart deviasi 2,32993 sedangkan rata-rata nilai *post test* adalah 9,87 dengan standart deviasi 0,83452. Uji statistik menggunakan *Wilcoxon Sign Rank Test* ditemukan adanya kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II saat sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan metode demonstrasi dengan nilai $p = 0.016$. Itu artinya $p < \alpha < 0.05$, maka H_1 diterima artinya ada pengaruh yang signifikan yaitu intervensi pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap peningkatan kemandirian pasien kusta cacat tingkat II. Pada kelompok kontrol tidak ditemukan perubahan tingkat

kemandirian yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi karena nilai p yang diperoleh adalah 0.102 yang artinya $p > \alpha > 0.05$ sehingga tidak signifikan.

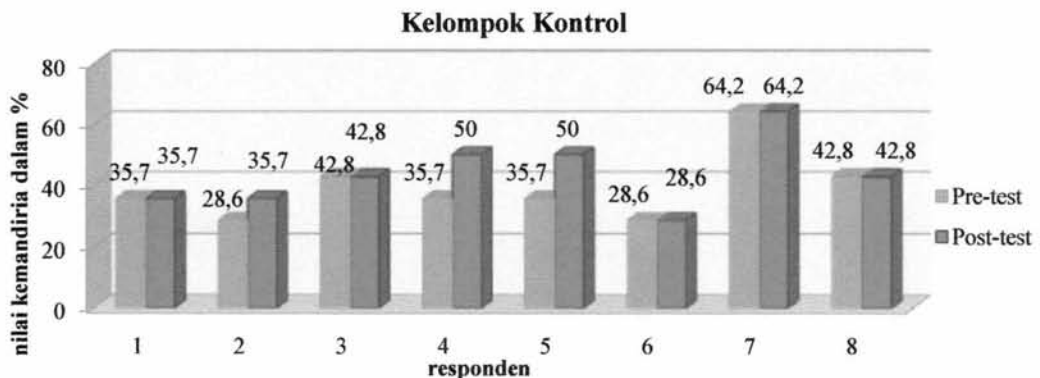
Tabel 5.2 Tabel *Mann Whitney* Kemandirian perawatan diri pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan intervensi pendidikan kesehatan metode demonstrasi di Rumah Sakit Sumberglagah, Pacet, Mojokerto tanggal 28 Mei – 18 Juni 2012.

Perlakuan	Kontrol
Post	Post
10	5
9	5
10	6
11	7
10	7
9	4
9	9
11	6
9.87	6.12
0.83452	1.55265
<i>Mann Whitney Test</i> $\alpha \leq 0.05$	
$p = 0.001$	

Hasil uji statistik *Mann Whitney Test* diperoleh nilai $p = 0.001$ yang artinya $p < \alpha < 0.05$ sehingga ada perbedaan yang cukup signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, itu artinya ada pengaruh intervensi pendidikan kesehatan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pasien kusta cacat tingkat II.



Gambar 5.9 Perbedaan tingkat kemandirian perawatan diri pasien kusta cacat tingkat II pada kelompok perlakuan dari hasil *pre test* dan *post test* di Rumah Sakit Sumberglagah, Pacet, Mojokerto 28 Mei – 18 Juni 2012.



Gambar 5.10 Perbedaan tingkat kemandirian perawatan diri pasien kusta cacat tingkat II pada kelompok kontrol dari hasil *pre test* dan *post test* di Rumah Sakit Sumberglagah, Pacet, Mojokerto 28 Mei – 18 Juni 2012.

Gambar 5.9 dan 5.10 menjelaskan bahwa tampak perbedaan antara tingkat kemandirian perawatan diri pada kelompok yang diberikan intervensi pendidikan kesehatan metode demonstrasi (perlakuan) dan yang tidak mendapatkan perlakuan (kontrol). Kelompok perlakuan tampak adanya peningkatan tingkat kemandirian perawatan diri pada 7 responden dari sebelum diberikan intervensi (*pre test*) dan

sesudah intervensi (*post test*), namun terdapat 1 responden yang memiliki kemandirian baik saat pre maupun post test.

5.2 Pembahasan

Berdasarkan studi pendahuluan dengan menggunakan kuesioner, ditemukan mayoritas pasien kusta masih memiliki pengetahuan kurang yang disertai kurangnya kemandirian dalam hal perawatan diri. Untuk mengetahui bagaimana pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemandirian, maka dilakukan penelitian pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah, Mojokerto. Hasil kemandirian perawatan diri diukur menggunakan alat ukur kuesioner kemandirian perawatan diri dari tesis Fauzin A (2009) dalam Lilik (2011). Sebelum intervensi dilakukan terdapat 7 pasien (87,5%) pada kelompok perlakuan dan 7 pasien (87,5%) pada kelompok kontrol memiliki kemandirian perawatan diri yang kurang. Hal ini terjadi karena adanya faktor-faktor seperti umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan pengetahuan.

Secara patofisiologis faktor jenis kelamin tidak begitu berpengaruh terhadap perkembangan penyakit. Namun pada penelitian diperoleh hasil bahwa responden wanita lebih banyak daripada responden laki-laki. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Ghimire (2000) di Nepal yang membuktikan bahwa dibandingkan dengan laki-laki, perempuan memiliki persentase lebih tinggi mengalami deformitas sekunder. dengan prosentase laki-laki 59%, sedangkan untuk wanita 67%. Hal ini terjadi karena pola kerja dalam budaya Nepal umumnya wanita menggunakan tangan dan kaki lebih sering daripada laki-laki untuk beraktivitas sehari-hari.

Pada penelitian ini, sebagian besar sampel yang diperoleh adalah wanita, dimana responden tersebut berprofesi sebagai ibu rumah tangga, sehingga resiko deformitas akibat bersinggungan dengan alat-alat masak dan alat rumah tangga seperti kompor, setrika, pisau, dan lain-lain juga lebih besar.

Beberapa dari masyarakat Sumberglagah adalah masyarakat produktif, sehingga waktu yang digunakan untuk merawat diri semakin sempit di samping kesadaran yang kurang pada awal sebelum mendapat intervensi. Hal ini didukung pula oleh faktor pendidikan yang rendah, bahkan pada hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden hanya mengenyam pendidikan setara sekolah dasar (SD).

Pengetahuan responden pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol pada saat dilakukan *pre test* menunjukkan hasil yang sama, yakni sebagian besar responden memiliki pengetahuan dalam kategori kurang. Sehingga pekerjaan dan pendidikan menjadi salah satu faktor yang paling berpengaruh pada masyarakat di Sumberglagah. Karena semakin tinggi pendidikan, maka kemampuan mengakses informasi semakin baik.

Berdasarkan Hasil uji X^2 pada penelitian lilik (2011) sebelumnya menunjukkan ada hubungan pengetahuan pasien dengan kemandirian. Hal ini sesuai dengan pernyataan yang menyebutkan bahwa pengetahuan merupakan domain penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dari penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan seseorang, maka semakin mudah menerima dan memahami informasi sehingga menyebabkan angka kemandirian pasien semakin tinggi. Apabila pengetahuan pasien terhadap penyakit meningkat, maka kecemasan dan ketakutan pasien akan berkurang. Selain itu dapat pula

mempengaruhi pasien untuk bertindak secara mandiri dalam melakukan perawatan diri, Notoatmodjo (2007).

Oleh karena itu, pengetahuan juga merupakan salah satu faktor yang paling berpengaruh terhadap tingkat kemandirian pasien, karena dengan pengetahuan yang baik, seseorang akan mampu menganalisis urgensi perawatan kusta sehingga pemahamannya lebih baik pula. Dengan begitu otomatis juga akan menimbulkan peningkatan kesadaran dalam hal kemandirian yang baik.

Kusta merupakan penyakit yang lambat laun mengakibatkan terjadinya kecacatan pada bagian tubuh terutama extremitas dan mata jika tidak mendapat perawatan dengan benar. Meskipun tahap untuk sampai pada tingkat kecacatan membutuhkan waktu yang cukup lama, namun perawatan diri merupakan hal yang penting agar cacat yang dialami penderita tidak bertambah berat (Depkes, 2007). Menurut hasil penelitian disebutkan bahwa penderita kusta yang tidak melakukan perawatan diri memiliki risiko empat kali lebih tinggi untuk terkena cacat dari pada penderita yang melakukan perawatan diri (Kurnianto, 2003).

Pasien pada penelitian ini mayoritas adalah pasien yang pernah rawat inap di Rumah Sakit sumberglagah. Pada saat dirawat tersebut sebetulnya pasien sudah mendapatkan pendidikan kesehatan berupa penyuluhan dengan metode ceramah, sehingga diharapkan ketika di rumah mereka dapat mengaplikasikan perawatan diri yang dilakukan secara mandiri seperti melatih, merendam, mengolesi vaselin atau minyak, dan meluruskan jari tangan dan jari kaki, serta merawat dan menjaga mata agar dapat tetap melihat dengan normal (Depkes RI, 2010). Namun kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa mayoritas pasien tidak melakukan perawatan diri secara mandiri di rumah, mereka lebih mengandalkan fasilitas yang

ada di rumah sakit. Pasien hanya melakukan perawatan diri ketika datang ke rumah sakit saja. Alasannya adalah karena tempat tinggal yang sangat dekat dengan rumah sakit. Padahal perawatan kusta harus dilakukan setiap hari dengan mandiri ketika di rumah. Tidak hanya itu, mayoritas pasien ketika ditanya mengenai hal-hal yang berkaitan dengan pengetahuan penyakit, ternyata rata-rata pertanyaan belum dapat dijawab dengan benar.

Pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap, dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perseorangan, masyarakat, dan bangsa (Machfoedz, 2007). Sehingga dengan pengaruh pendidikan kesehatan dapat terbentuk pengetahuan dan tindakan kemandirian yang bermanfaat bagi individu, kelompok, pihak rumah sakit, dan dampak terbesarnya adalah penurunan tingkat perkembangan penyakit kusta. dimana kita tahu indonesia merupakan endemik kusta terbesar ke tiga di dunia (Tarigan, 2012). Pada saat kegiatan demonstrasi, fasilitator menyampaikan materi dengan menggunakan alat peraga seperti ember untuk rendam, phantom, dan peralatan peraga lain seperti pada definisi demonstrasi, yakni pertunjukan tentang proses terjadinya suatu peristiwa atau benda sampai pada penampilan tingkah laku yang dicontohkan agar dapat diketahui dan dipahami oleh peserta didik secara nyata atau tiruannya (Sagala, 2010). Sehingga dalam demonstrasi peralatan peraga sangat diperlukan.

Pendidikan kesehatan memiliki peran penting dalam pengendalian kusta. Salah satu pendidikan kesehatan adalah metode demonstrasi yang dilakukan oleh petugas kesehatan mengenai perawatan diri. Metode ini dipilih dalam menyampaikan pendidikan kesehatan agar dapat menambah pengetahuan pasien

rawat jalan terkait penyakit kusta beserta tehnik perawatan diri. Metode ini dianggap paling efektif terhadap keadaan pasien rawat jalan, dimana beberapa pasien sebetulnya mengetahui bagaimana perawatan diri tetapi tidak mau atau malas mengaplikasikan sendiri di rumah. Dengan metode ini diharapkan efek positif dapat timbul dalam tindakan pasien terhadap penyakitnya.

Materi yang disampaikan pada saat demonstrasi berlangsung ternyata memang tak hanya murni segala hal yang berkaitan dengan perawatan diri saja. Melainkan perlu beberapa hal yang berkaitan dengan motivasi. Motivasi sangat dibutuhkan pasien, meskipun sebagian besar dari mereka sudah lama menderita kusta, tetapi sebagian besar pasien masih memiliki kepercayaan diri yang masih labil, sehingga ketika membahas mengenai perjalanan penyakit terdahulu sampai saat ini, membuat beberapa orang dari pasien teringat kembali terhadap hal-hal buruk dari penyakit kusta yang mereka alami. Masa lalu tersebut rupanya mempengaruhi motivasi pasien dalam tindakan perawatan diri sehingga akhirnya dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Menurut *Leprosy Review* (2005) dalam Soedarjatmi (2009) menyatakan bahwa penyakit kusta mempunyai pengaruh yang luas pada kehidupan penderita mulai dari perkawinan, pekerjaan, hubungan antar pribadi, kegiatan bisnis, serta peran mereka di lingkungan masyarakat. Penyakit kusta juga menimbulkan masalah yang sangat kompleks, masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi, psikologis, budaya, keamanan dan ketahanan nasional (Depkes RI, 2005). Kecacatan yang berlanjut dan tidak mendapatkan perhatian serta penanganan yang baik akan menimbulkan ketidakmampuan melaksanakan fungsi sosial yang normal serta kehilangan status

sosial secara progresif, terisolasi dari masyarakat, keluarga dan teman-temannya (Munir, 2001). Berasal dari kehilangan fungsi sosial dan status sosial yang normal, dapat mempengaruhi ketidakmauan melaksanakan perawatan diri secara mandiri.

Setelah dilakukan intervensi pasien kembali diminta untuk mengisi kuesioner. Hasil *post test* pasca diberikan intervensi pendidikan kesehatan metode demonstrasi menunjukkan bahwa mayoritas responden pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan pengetahuan dan kemandirian yang cukup signifikan, yakni berada dalam kategori baik dan sedang. Namun pada kelompok kontrol tidak mengalami peningkatan yang signifikan karena mayoritas pasien tetap berada pada kategori kurang.

Sesuai dengan teori tentang pendidikan menurut Kuntjoroningrat (1997) yang dikutip Nursalam (2001) bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah seseorang menerima informasi. Dengan latar belakang pendidikan yang baik maka akan berpengaruh dalam penerimaan informasi dan motivasi pasien, serta dalam menerapkan pengajaran, bertanggung jawab dan mampu merubah perilaku pasien dan keluarga dalam memelihara perilaku sehat, dan berperan aktif dalam perawatan diri, sehingga pasien mampu mendayagunakan kemampuan yang dimiliki saat sakit ataupun setelah sakit.

Pendidikan kesehatan metode demonstrasi dapat menjadi sarana yang efektif dalam menambah pengetahuan pasien terkait hal-hal mengenai kusta, karena pada metode ini tak hanya penyampaian materi saja, namun juga disertai pelatihan bersama untuk tindakan merawat diri pada kusta. Sehingga responden yang memang mengenyam pendidikan sebelumnya, maupun responden yang

sama sekali tidak menganyam pendidikan sama-sama dapat memahami lebih jauh segala hal mengenai pengetahuan penyakit, serta dapat meningkatkan kemandirian perawatan diri. Seperti halnya sebuah pekerjaan, ada pekerjaan yang membutuhkan pendidikan, dan ada yang pekerjaan yang hanya membutuhkan pelatihan.

Hasil uji statistik dengan menggunakan *Wilcoxon Sign Rank Test* ditemukan adanya peningkatan kemandirian perawatan diri pasien kusta cacat tingkat II pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan metode demonstrasi dengan nilai $p=0,016$. Berarti $p < \alpha < 0,05$, maka H_1 diterima, artinya ada pengaruh yang signifikan yaitu pendidikan kesehatan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II. Pada kelompok kontrol tidak ditemukan perubahan kemandirian perawatan diri yang berarti, baik sebelum maupun sesudah dilakukan pendidikan kesehatan metode demonstrasi. Pada kelompok kontrol dihasilkan nilai $p=0,102$, berarti $p > \alpha > 0,05$, maka H_1 ditolak, artinya tidak ada pengaruh yang signifikan. Hasil uji statistik dengan *Mann whitney* didapatkan $p = 0,001$ yang artinya $p < \alpha < 0,05$, sehingga ada perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah Mojokerto.

Pada kelompok perlakuan didapatkan hasil yang signifikan karena dipengaruhi oleh pelaksanaan kegiatan demonstrasi yang telah sesuai dengan keadaan di tempat penelitian, meskipun harus mengkondisikan pasien yang kebetulan memiliki kepentingan lain di luar Rumah Sakit. Peningkatan terjadi

pada sebagian besar pasien, yang awalnya dalam kategori kurang mandiri menjadi kategori baik / mandiri. Tetapi ditemukan 1 pasien yang pada saat *pre test* maupun *post test* hasilnya sama yakni dalam kategori kemandirian yang baik, meskipun secara penghitungan prosentase nilainya mengalami penurunan. Pasien tersebut sangat antusias pada saat proses demonstrasi berlangsung, serta suami pasien tersebut sangat mendukung dalam penyembuhan dengan cara membantu mencari informasi melalui internet, sehingga sebelum dilakukan demonstrasi pasien memang sudah lebih paham mengenai penyakit kusta dibanding pasien yang lain. Namun adanya gangguan eksternal seperti penurunan perhatian atau kondisi lingkungan berpengaruh terhadap *output* dari kegiatan demonstrasi, sehingga ada beberapa pasien yang mengalami penurunan skor tetapi masih dalam kategori mandiri, baik pada saat *pre test* maupun *post test*.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan simpulan dan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah, Mojokerto.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan maka dapat diambil simpulan dan saran sebagai berikut:

6.1 Simpulan

1. Bahwa terjadi peningkatan kemandirian pasien dalam perawatan diri karena pada akhirnya pasien mendapat pengetahuan dan pelatihan langsung, sehingga semakin jelas urgensi perawatan diri pada pasien kusta, serta makin terbiasanya pasien melakukan perawatan secara mandiri.
2. Bahwa kemandirian pasien mengalami perubahan yang signifikan setelah dilakukan intervensi berupa pendidikan kesehatan metode demonstrasi, sehingga pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi berpengaruh terhadap kemandirian perawatan diri pasien kusta cacat tingkat II, terutama pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Sumberglagah, Mojokerto.

6.2 Saran

1. Bagi pasien kusta cacat tingkat II disarankan untuk tetap melakukan perawatan diri secara mandiri karena perawatan setiap hari sesuai dengan ketentuan dapat memperlambat bahkan mengurangi resiko kecacatan

2. Bagi perawat hendaknya dapat mengembangkan intervensi pendidikan kesehatan metode demonstrasi, tidak hanya pada pasien rawat inap, tetapi juga pada pasien rawat jalan.
3. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menggali lebih dalam mengenai faktor-faktor lain penyebab kurangnya kemandirian pada pasien kusta dengan metode wawancara sehingga dapat dilihat keterkaitan antara faktor-faktor baru secara lebih luas.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S 2002. *Prosedur penelitian : suatu pendekatan praktek edisi revisi V*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Ahmadi, A 1991, *Psikologi sosial*, Universitas Indonesia Press, Jakarta.
- Azwar, S 2003. *Sikap manusia teori dan pengukurannya edisi kedua*. Yogyakarta: pustaka pelajar.
- Burns, N, Grove, SK. 1999, *Understanding nursing research*, WB Saunders Company.
- Chin, J 2006, *Manual pemberantasan penyakit menular*, Infomedika, Jakarta. hal.
- Cross, H, Choudhury, R 2005. *STEP: an intervention to address the issue of stigma related to leprosy in Southern Nepal*.
- Data RSK Sumberglagah, 2011. Data Pasien Rawat Jalan Kusta.
- Data WHO, 2010, *Kusta, lembar fakta N*101*, diakses tanggal 12 Maret 2012, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/>>
- Depkes RI, 2006, *Kusta*, Balai penerbit FKUI, Jakarta.
- Depkes RI, 2005, *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta*, Cetakan XVII, Direktorat Jendral PPM dan PLP, Jakarta.
- Djamarah dan Zain, DZ 2006, *Strategi belajar mengajar*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Djuanda, A 2007, *Ilmu penyakit kulit dan kelamin, edisi 5*, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Eremugo, E 2010, *Memahami stigma kusta edisi ke 3*, diakses tanggal 12 Maret 2012 <http://www.southsudanmedicaljournal.com/assets/files/Journals/vol_3_iss_3_aug_10/Leprosy%20stigma.pdf>.
- Estiningsih, Y 2006, *Faktor-faktor yang berhubungan dengan perawatan diri dalam upaya pencegahan kecacatan penderita kusta di puskesmas kalinyamatan*.
- Firmansyah, Arief , AF 2008, *Self care group di kusta kontrol program di Indonesia tesis untuk master public health royal tropical institute Amsterdam*, diakses tanggal 14 April 2012, <<http://www.search4dev.nl/document/185295>>.

- Ganapati, R, Pai, VV, Kingsley S, 2003, *Disability prevention and management in Leprosy: A Field experience, Indian J Dermatol Venereol Lep-ol, Volume 6.*
- Garcia, N 2008, *New approach about the current paradigm of the selfcare in leprosy. Instituto Lauro de Souza Lima: Hansenologia Internationalis*, diakses tanggal 14 Maret 2012 <<http://www.ilsl.br/revista/index.php/hi/article/viewFile/1030/1061>>.
- Ghimire, M 2000, *Bentuk Kelainan Sekunder pada Kusta-sebuah perspektif sosial ekonomi.* Diakses tanggal 10 Juli 2012, <http://www.aifo.it/english/resources/online/apdrj/apdrj102/leprosy.pdf> Nepal.
- Jepara - Undergraduate thesis, Diponegoro University, 2008, diakses tanggal 28 maret 2012, < <http://www.fkm.undip.ac.id>>.
- Kozier, B, Erb, G, Berman, A, Snyder, SJ. 2009, *Fundamental keperawatan : concepts, process dan practice*, 8th edition, Pearson International, U.S.A.
- Kurnianto, J 2002, *Faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan kecacatan penderita kusta di Kabupaten Tegal - Masters thesis Program Pascasarjana Universitas Diponegoro*, diakses tanggal 14 April 2012, <<http://eprints.undip.ac.id/14286/>>.
- Lilik, S 2011, *Modul pendidikan pada pasien Kusta dalam meningkatkan kemandirian*, skripsi mahasiswa FKp Unair, Surabaya.
- Machfoedz, M 2007, *Pendidikan kesehatan bagian dari promosi kesehatan*, Fitr'amaya, Yogyakarta.
- Meleis, AI 1997, *Theoretical nursing: Development & progress* 3rd edition, Lippincott, U.S.A.
- Mansjoer, dkk, M 2000, *Kapita selecta kedokteran edisi ke3*, Media Aesculapius, Jakarta.
- Mubarak, chayatin, Rozikin, Supradi, 2007, *Promosi kesehatan sebuah pengantar proses belajar mengajar dalam pendidikan*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Munir Baderal. 2001. *Dinamika Kelompok Penerapannya dalam laboratorium Ilmu Perilaku*. Universitas Sriwijaya. Palembang.
- Niven, N 2000, *Psikologi kesehatan pengantar untuk perawat dan profesional kesehatan lain edisi 2*. EGC, Jakarta.
- Notoatmodjo, S 2003, *Pendidikan dan perilaku kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, S 2005, *Promosi kesehatan teori dan aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta.

- Nursalam, N, Efendi, F 2008. *Pendidikan dalam keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Nursalam, N 2003, *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan, pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan*, Salemba Medika.
- Nursalam, N 2008, *Konsep & penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Potter, Perry, 2009, *Fundamentals of nursing – Fundamental keperawatan edisi ke 7*, Salemba Medika, Jakarta.
- Putra, I 2008, *Pencegahan kecacatan pada tangan penderita kusta. departemen ilmu kesehatan kulit dan kelamin fakultas kedokteran universitas sumatera utara RSUP H. Adam Malik Medan*, diakses tanggal 14 April 2012, <<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3430/1/08E00072.pdf>>.
- Sagala, S 2010, *Konsep dan makna pembelajaran*, CV Alfabeta, Bandung.
- Singhi MK., Ghiya BC., Dhruv G., Dilip K., 2004, “Disability rates in leprosy”, *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, Volume 70 (5).
- Soedarjatmi, dkk 2009, *Faktor-faktor Yang Melatarbelakangi Persepsi Penderita Terhadap Stigma Penyakit Kusta. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia Vol. 4 / No. 1 / Januari 2009*.
- Suliha, S 2002, *Pendidikan kesehatan dalam kesehatan*, EGC, Jakarta.
- Tarigan, M 2012, *Indonesia urutan ketiga terbesar kasus kusta edisi 27 Januari 2012*, diakses tanggal 12 maret 2012, Tempo, Jakarta. <<http://www.tempo.co/read/news/2012/01/27/173380099/Indonesia-Urutan-Ketiga-Terbesar-Kasus-Kusta>>.
- WHO, 1988, diakses tanggal 29 maret 2012, <<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/22370/4/Chapter%20II.pdf>>
- WHO, 2012, *Perawatan kusta*, diakses tanggal 29 maret 2012, <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2988e/9.html>>.



IR.PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail: dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 23 Mei 2012

Nomor : 1487 /H3.1.12/PP/2012
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
Kepala RSK Sumberglagah Mojokerto
di –
Mojokerto

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

Nama : Erlysa Diah Pangestuti
NIM : 010810160B
Judul Skripsi : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Metode
Demonstrasi Terhadap Kemandirian Perawatan Diri Pada
Pasien Kusta Cacat Tingkat II di Rumah Sakit
Sumberglagah Mojokerto

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Plt. Wakil Dekan I

Mira Trimarini, S.Kp., M.Kep
NIP : 197904242006042002



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN
UPT RUMAH SAKIT KUSTA SUMBERGLAGAH

Sumberglagah, Pacet, Mojokerto Pos 61372 Telp (0321) 690441, 690141, 690106 Fax (0321) 690137

SURAT KETERANGAN

NOMOR : 814/ **882** /101.14/2012

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala UPT Rumah Sakit Kusta Sumberglagah dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : ERLYSA DIAH PANGESTUTI
NIM : 010810160B
Prodi : S 1 Keperawatan

Berdasarkan surat saudara tanggal 23 Mei 2012, Nomor. 1487/H3.1.12/PP/2012 perihal Permohonan bantuan fasilitas Penelitian Mahasiswa PSIK-FKP Unair, menerangkan bahwa mahasiswa tersebut diatas benar-benar telah melaksanakan Penelitian sejak tanggal 28 Mei – 11 Juni 2012, di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah dengan judul penelitian “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Metode Demonstrasi Terhadap Kemandirian Perawatan Diri Pada Pasien Kusta Cacat Tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah Mojokerto”.

Demikian surat ini dibuat dan dipergunakan seperlunya.

Sumberglagah, 12 JUNI 2012

AN. KEPALA UPT RUMAH SAKIT KUSTA
SUMBERGLAGAH
KEPALA SUB BAGIAN TATA USAHA



LUKAS, SKM

NIP. 19660702 199203 1 010

Lampiran 3

SATUAN ACARA PENGAJARAN METODE DEMONSTRASI

Topik : Perawatan Diri Pada Kecacatan Kusta
Peserta : Pasien Kusta yang mengalami cacat tingkat II
Tempat : Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto
Hari / Tanggal : 15 Mei 2012
Waktu : 1 x 65 menit

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mendapatkan pembelajaran melalui metode demonstrasi selama 65 menit, peserta yang merupakan pasien kusta dengan kecacatan tersebut bertambah pengetahuannya mengenai cara merawat diri secara mandiri. Sehingga peserta mampu mengaplikasikannya dalam kehidupan sehari – hari dengan baik dan benar.

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mendapatkan metode demonstrasi, peserta dapat :

1. Mengetahui hal – hal yang berkaitan dengan penyakit kusta dan bahayanya bila tidak merawat diri dengan baik
2. Mengetahui tehnik merawat kusta secara mandiri sesuai dengan tingkatan kecacatan. Cacat anggota gerak (tangan / kaki) dan mata.
3. Mempraktikkan dan bisa melakukan perawatan diri maupun luka kusta secara mandiri.

III. MATERI

1. Macam – macam kecacatan yang terjadi pada pasien kusta
2. Bahaya yang terjadi jika tidak merawat diri dengan baik
3. Cara dan tehnik merawat keparahan yang terjadi pada kusta. baik yang terjadi pada tangan, kaki, maupun mata, yang berpedoman pada modul perawatan diri secara mandiri.

IV. KEGIATAN PEMBELAJARAN

No	Tahap dan Waktu	Kegiatan Pendidik/Pengajar	Kegiatan Peserta
1.	Pendahuluan (5 menit)	Pembukaan : 1) Mengucapkan salam 2) Lakukan persiapan untuk demonstrasi, diantaranya persiapan tempat, pengaturan <i>setting</i> tempat, persiapan alat peraga dan lingkungan. 3) Menyebutkan topik yang akan didemonstrasikan 4) Menjelaskan tujuan demonstrasi dan hasil yang akan diharapkan. 5) Menjelaskan mengenai kontrak demonstrasi	1. Mendengarkan dan menjawab salam 2. Mendengarkan 3. Mendengarkan 4. Memperhatikan 5. Mendengarkan
2.	Kegiatan inti	Pelaksanaan :	

	(55 menit)	<p>1) 10 menit memperagakan dengan kecepatan normal mengenai tehnik perawatan diri yang benar. Mulai dari perawatan tangan, kaki, dan mata.</p> <p>2) 15 menit selanjutnya pemateri memperagakan dengan perlahan dengan penjelasan yang lebih rinci</p> <p>3) 10 menit berikutnya peserta memperagakan dengan mendeskripsikan tahapan – tahapan yang terdapat di dalamnya.</p> <p>4) 15 menit peserta melakukannya sendiri lengkap dengan deskripsi dan dinilai oleh peserta lainnya. Pemateri mengawasi</p> <p>5) 5 menit berikutnya pemateri melontarkan sejumlah pertanyaan sebagai evaluasi</p> <p>6) 5 menit terakhir digunakan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan 2. Memperhatikan 3. Memperagakan dengan disertai deskripsi 4. Memperagakan dengan disertai deskripsi dan memperhatikan peserta lain yang sedang mempraktikkan agar dapat turut mengoreksi. 5. Memperhatikan dan menjawab 6. memperhatikan
--	------------	--	---

		<p>untuk koreksi dan penutup.</p> <p>Materi yang disampaikan antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sekilas pengetahuan mengenai cacat pada penyakit kusta. - Akibat – akibat yang dapat terjadi jika kurang mandiri dalam merawat diri. - Tehnik dan tahap – tahap merawat diri secara mandiri. Mulai dari merawat kecacatan yang terjadi pada mata, tangan, maupun kaki. 	
3	<p>Penutup</p> <p>(5 menit)</p>	<p>Berupa evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memberikan kesempatan untuk bertanya kepada peserta 2. menyimpulkan dan mengakhiri pertemuan. 	<p>Peserta aktif dalam bertanya dan memperhatikan penjelasan</p>

V. STRATEGI

1. Metode : Demonstrasi
2. Media :
 - Alat peraga berupa manekin tubuh manusia

- Ember atau baskom
- Minyak atau vaselin
- Kacamata hitam

VI. KRITERIA EVALUASI

a. Kriteria Struktur

1. Peserta hadir di tempat yang telah ditentukan
2. Pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan demonstrasi dilakukan sebelum dan saat kegiatan berlangsung
3. Peserta yang hadir mengetahui tentang kemandirian perawatan diri.

b. Kriteria Proses

1. Peserta yang hadir antusias terhadap materi pendidikan kesehatan yang disampaikan
2. Peserta yang hadir aktif dalam proses demonstrasi

c. Kriteria Hasil

1. Peserta dapat mempraktekkan sendiri tehnik merawat diri
2. Peserta dapat mandiri dalam aplikasi merawat diri

VII. PENGORGANISASIAN

Pemateri/penyaji : Erlysa Diah P.

Fasilitator : Betsy dan perawat RSK Sumberglagah

Pembimbing :

1. Sriyono, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB
2. Ferry Efendi, S.Kep., Ns., MSc

VIII. EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- 1) Penyelenggaraan pendidikan kesehatan dilakukan oleh mahasiswa yang bekerja sama dengan perawat Rumah Sakit Kusta Sumberglagah
- 2) Pengorganisasian dilakukan tiga hari sebelum pelaksanaan demonstrasi.

2. Evaluasi Proses

- 1) Peserta antusias terhadap materi yang disampaikan oleh penyaji / pemateri
- 2) Peserta mau memperhatikan dengan fokus selama kegiatan berlangsung
- 3) Peserta yang hadir turut aktif dalam proses demonstrasi

3. Evaluasi Hasil

- 1) Peserta yang hadir memahami materi yang telah disampaikan
- 2) Ada umpan balik positif dari peserta seperti dapat menjawab pertanyaan yang diajukan pemateri / penyaji.

Lampiran 4

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian :

Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Demonstrasi Terhadap Kemandirian Perawatan Diri pada Pasien Kusta Cacat Tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto .

Peneliti :

Erlisa Diah Pangestuti, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menjelaskan pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap kemandirian perawatan diri pada pasien kusta cacat tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto.

Manfaat :

1. Anda mampu mengetahui lebih jelas mengenai penyakit kusta dan penyebabnya
2. Anda dapat mengetahui bagaimana dan apa – apa saja yang dapat dilakukan dalam perawatan diri secara mandiri

Untuk itu kami mohon partisipasi anda untuk menjadi responden. Kami akan menjamin kerahasiaan identitas anda. Bila anda berkenan menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar yang telah disediakan.

Partisipasi anda sangat saya harapkan dan saya ucapkan terima kasih

Surabaya,.....

Erlisa Diah P.

Lampiran 5

Kode Responden.....

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh Erlysa Diah P, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Demonstrasi Terhadap Kemandirian Perawatan Diri pada Pasien Kusta Cacat Tingkat II di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto”**.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sadar dan tanpa ada keterpaksaan.

Surabaya,.....

Responden,

Lampiran 6

No. Responden :.....

LEMBAR KUESIONER

Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Demonstrasi Terhadap Kemandirian Perawatan Diri pada Pasien Kusta Cacat Tingkat II di Rumah Sakit Sumberglagah Mojokerto.

Tanggal Pengisian :**A. Data Demografi****Petunjuk:**

- **Berilah tanda centang (√) pada jawaban yang sesuai**

1. Jenis kelamin

Laki – laki

Perempuan

2. Usia

20 – 30 Tahun

31 – 40 Tahun

41 – 50 Tahun

3. Pendidikan Terakhir

Sarjana

SMA

SMP

SD

Tidak sekolah

4. Pekerjaan

Bekerja

Tidak Bekerja

B. Kuesioner Pengetahuan (Lilik, 2011)

Petunjuk pengisian :

- **berilah tanda silang (X) pada jawaban yang menurut anda benar**
- **Jawaban yang benar hanya ada satu jawaban.**

1. Penyakit kusta adalah...
 - a. Penyakit keturunan
 - b. Penyakit menular
 - c. Penyakit bawaan
2. Apakah nama lain dari penyakit kusta?
 - a. Penyakit Lepra
 - b. Penyakit Pneumonia
 - c. Penyakit sifilis
3. Menurut anda apakah penyebab penyakit kusta?
 - a. Kutukan Tuhan
 - b. Karena adanya kuman penyakit
 - c. Karena adanya guna-guna
4. Setahu anda apakah nama bakteri penyebab penyakit kusta?
 - a. Mycobacterium leprae
 - b. Corinobacterium leprae
 - c. Mycobacterium tuberculosis
5. Di bawah ini manakah yang merupakan gejala kusta?
 - a. Merasa panas pada kulit
 - b. Tidak dapat merasakan sensasi rasa yang jelas pada kulit
 - c. Kulit berwarna putih seperti panu
6. Penularan kusta dapat terjadi dengan:
 - a. Gigitan nyamuk
 - b. Melalui jarum suntik
 - c. Melalui sentuhan kulit
7. Apa akibatnya jika tidak meminum obat kusta??
 - a. Panas hebat pada tubuh

- b. Kecacatan pada bagian tubuh
 - c. Sakit kepala
8. Pada penyakit kusta, gejala yang berupa gangguan yang terjadi pada mata adalah
- a. Penglihatan kabur
 - b. Mata terasa gatal-gatal
 - c. Mata tidak bisa terbuka
9. Keparahan atau akibat terparah yang mengenai kaki akibat kusta adalah
- a. Kaki terasa gatal
 - b. Tidak dapat berjalan
 - c. Kaki terasa dingin
10. Dibawah ini manakah yang dapat memperlambat terjadinya keparahan cacat kusta?
- a. Minum obat kusta
 - b. Minum jamu
 - c. Mengurangi konsumsi air putih
11. Keparahan penyakit kusta yang terjadi pada jari tangan umumnya adalah
- a. Kekakuan pada jari
 - b. Kulit jari berwarna kebiruan
 - c. Terasa gatal pada jari tangan
12. Perawatan penyakit kusta pada mata, apa yang harus dilakukan untuk memperkuat otot mata agar tidak lumpuh?
- a. Menutup mata dengan kompres es
 - b. Menutup mata sekuat tenaga dan menarik kulit sudut mata ke arah luar
 - c. Memainkan bola mata ke kanan dan ke kiri
13. Apa yang dapat dilakukan untuk mengurangi penguapan air mata?
- a. menetes mata dengan air hangat
 - b. Menutup mata setiap saat
 - c. Menggunakan kacamata hitam saat berada di bawah terik matahari
14. Hal-hal di bawah ini yang tidak boleh dilakukan dalam rangka mencegah keparahan pada bagian mata penderita kusta adalah...

- a. Menggosok atau mengucek mata
 - b. Menggunakan bulu mata palsu
 - c. Menggunakan kontak lensa (*Soft lense*)
15. Pada kelainan tangan pada kusta, hal – hal yang dapat dilakukan untuk merawat tangan yang mati rasa adalah dengan cara:
- a. Membiarkan tangan bersentuhan dengan benda panas maupun kasar
 - b. Membiarkan tangan terkena langsung terik matahari
 - c. Melindungi tangan dari benda panas, kasar, maupun tajam.
16. Pada keparahan yang menyerang tangan penyandang kusta, tangan yang bengkok dapat dirawat dengan mengoleskan :
- a. Vaseline atau minyak
 - b. Minyak tanah
 - c. Bedak tabur
17. Apa yang dapat dilakukan dalam rangka merawat tangan yang luka?
- a. Mengistirahatkan tangan yang luka
 - b. Menggerak – gerakkan tangan sebanyak mungkin
 - c. Menggunakan secara maksimal tangan yang mengalami luka
18. Di bawah ini usaha dalam merawat kelainan kusta pada kaki adalah
- a. Kenakan selalu alas kaki yang memiliki permukaan kasar
 - b. Biasakan tidak menggunakan alas kaki
 - c. Kenakan selalu alas kaki yang tebal dan tidak terlalu keras
19. cara merawat kaki yang lunglai pada penderita kusta adalah dengan:
- a. mengangkat kaki yang lunglai untuk melatih otot
 - b. berdiri dengan satu kaki
 - c. melompat-lompat kecil
20. Di bawah ini yang merupakan tahap merawat luka / ulkus pada kaki adalah:
- a. Membiarkan luka terbuka
 - b. Menutup sebagian luka saja
 - c. Membalut luka dengan kain bersih atau kain kasa/perban

C. LEMBAR KUESIONER KEMANDIRIAN (Lilik, 2011)

Petunjuk pengisian :

- Berilah tanda centang (√) pada jawaban yang sesuai dengan kenyataan sebenarnya

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1	Apakah anda memeriksa mata setiap hari untuk mengetahui apakah ada kotoran atau tidak?		
2	Apakah anda melindungi mata dari kekeringan dan debu?		
3	Apakah anda menjaga mata agar tetap bersih?		
4	Apakah anda memeriksa tangan tiap hari untuk melihat tanda-tanda luka?		
5	Apakah anda melakukan perawatan tangan setiap hari?		
6	Apakah anda melindungi tangan dari benda-benda tajam, panas dan kasar dengan memakai kaos tangan yang tebal dan alas kain?		
7	Apakah setiap hari anda merendam tangan dalam air dingin selama 20 menit setiap hari?		
8	Apakah setiap hari anda mengolesi tangan anda dengan minyak (kelapa atau lainnya) untuk menjaga kelembapan kulit?		
9	Apakah terdapat jari tangan anda yang bengkok?		
10	Jika ya, apakah anda memakai tangan lain untuk meluruskan sendinya tiap hari?		
11	Apakah anda melakukan perawatan kaki?		
12	Apakah anda memeriksa kaki tiap hari untuk melihat tanda-tanda luka?		
13	Jika pada bagian kaki ada yang terasa tebal dan kering, apakah anda rutin merendam kaki selama 20 menit dan mengoleskan vaselin/minyak pada bagian tersebut setiap hari?		
14	Jika pada kaki mengalami mati rasa, apakah anda selalu menggunakan alas kaki untuk melindungi agar tak terjadi luka?		

Lampiran 7

TABULASI DATA

PRE-POST PENGETAHUAN KELOMPOK PERLAKUAN

NO	ALAMAT	UMUR	JENIS KELAMIN	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	PRE - INTERVENSI			POST - INTERVENSI		
						BENAR	SALAH	PROSENTASE	BENAR	SALAH	PROSENTASE
1	Sumberglagah No.4 RT 2 Pacet	50	P	SD	Tidak bekerja	8	12	40%	14	6	70%
2	Mojokerto	35	P	SMP	Bekerja	7	13	35%	17	3	85%
3	Sumberglagah No.37 RT 2 Pacet	40	P	SMP	Tidak bekerja	8	12	40%	13	7	65%
4	Sumberglagah No.27 RT 3 Pacet	40	P	SD	Tidak bekerja	7	13	35%	13	7	65%
5	Sumberglagah RT 3 Pacet	43	P	TIDAK SEKOLAH	Bekerja	4	16	20%	17	3	85%
6	Pegagan 5, Gondang, Mojokerto	50	L	SD	Tidak bekerja	8	12	40%	11	9	55%
7	Sumberglagah RT 2 Pacet	38	L	SD	Bekerja	6	14	30%	12	8	60%
8	Kutorejo	30	P	SMP	Tidak bekerja	11	9	60%	16	4	80%

PRE-POST KEMANDIRIAN KELOMPOK PERLAKUAN

NO	ALAMAT	UMUR	JENIS KELAMIN	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	PRE - INTERVENSI			POST - INTERVENSI		
						DILAKUKAN	TIDAK	PROSENTASE	DILAKUKAN	TIDAK	PROSENTASE
1	Sumberglagah No.4 RT 2 Pacet	50	P	SD	Tidak bekerja	5	9	35,7%	10	4	71,4%
2	Mojokerto	35	P	SMP	Bekerja	7	7	50%	9	5	64,2%
3	Sumberglagah No.37 RT 2 Pacet	40	P	SMP	Tidak bekerja	5	9	35,7%	10	4	71,4%
4	Sumberglagah No.27 RT 3 Pacet	40	P	SD	Tidak bekerja	6	8	42,8%	11	3	78,5%
5	Sumberglagah RT 3 Pacet	43	P	TIDAK SEKOLAH	Bekerja	5	9	35,7%	10	4	71,4%
6	Pegagan 5, Gondang, Mojokerto	50	L	SD	Tidak bekerja	6	8	42,8%	9	5	64,2%
7	Sumberglagah RT 2 Pacet	38	L	SD	Bekerja	6	8	42,8%	9	5	64,2%
8	Kutorejo	30	P	SMP	Tidak bekerja	12	2	85,7%	11	3	78,5%

PRE-POST PENGETAHUAN KELOMPOK KONTROL

NO	ALAMAT	UMUR	JENIS KELAM IN	PENDIDI KAN	PEKERJAAN	PRE - INTERVENSI			POST - INTERVENSI		
						BENA R	SALA H	PROSE NTASE	BEN AR	SALA H	PROSE NTASE
9	Sumberglagah RT 3 Pacet	50	L	SMP	Bekerja	13	7	65%	14	6	70%
10	Sumberglagah RT 2 Pacet	42	P	SD	Bekerja	11	9	55%	10	10	50%
11	Sumberglagah RT 2 Pacet	47	P	SD	Tidak bekerja	8	12	40%	11	9	55%
12	Sumberglagah RT 3 Pacet	20	L	TIDAK SEKOLA H	Bekerja	7	13	35%	11	9	55%
13	Tuban	49	P	TIDAK SEKOLA H	Bekerja	7	13	35%	13	7	65%
14	Wonokerto	50	P	SD	Tidak bekerja	10	10	50%	8	12	40%
15	Mojokerto	31	P	SD	Tidak bekerja	11	9	55%	11	9	55%
16	Jemirahan RT 13 RW 5 Porong	25	P	SD	Tidak bekerja	10	10	50%	7	13	35%

PRE-POST KEMANDIRIAN KELOMPOK KONTROL

NO	ALAMAT	UMUR	JENIS KELAMIN	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	PRE - INTERVENSI			POST - INTERVENSI		
						DILAKUKAN	TIDAK	PROSENTASE	DILAKUKAN	TIDAK	PROSENTASE
9	Sumberglagah RT 3 Pacet	50	L	SMP	Bekerja	5	9	35,7%	5	9	35,7%
10	Sumberglagah RT 2 Pacet	42	P	SD	Bekerja	4	10	28,6%	5	9	35,7%
11	Sumberglagah RT 2 Pacet	47	P	SD	Tidak bekerja	6	8	42,8%	6	8	42,8%
12	Sumberglagah RT 3 Pacet	20	L	TIDAK SEKOLAH	Bekerja	5	9	35,7%	7	7	50%
13	Tuban	49	P	TIDAK SEKOLAH	Bekerja	5	9	35,7%	7	7	50%
14	Wonokerto	50	P	SD	Tidak bekerja	4	10	28,6%	4	10	28,6%
15	Mojokerto	31	P	SD	Tidak bekerja	9	5	64,2%	9	5	64,2%
16	Jemirahan RT 13 RW 5 Porong	25	P	SD	Tidak bekerja	6	8	42,8%	6	8	42,8%

NPAR TEST

```
/WILCOXON=pre_test WITH post_tes. (PAIPED)
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING ANALYSIS.
```

NPar Tests

[DataSet0]

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre test tindakan kemandirian	8	6.5000	2.32993	5.00	12.00
post test tindakan kemandirian	8	9.8750	.83452	9.00	11.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test tindakan kemandirian - pre test tindakan kemandirian	Negative Ranks	1 ^a	1.00	1.00
	Positive Ranks	7 ^b	5.00	35.00
	Ties	0 ^c		
	Total	8		

- a. post test tindakan kemandirian < pre test tindakan kemandirian
- b. post test tindakan kemandirian > pre test tindakan kemandirian
- c. post test tindakan kemandirian = pre test tindakan kemandirian

Test Statistics^b

	post test tindakan kemandirian - pre test tindakan kemandirian
Z	-2.413 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.016

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

GET

FILE='G:\SKrip_DEMON\SPSS skripsi\PRG_POST_PENGETAHUAN_PERLAKUAN.sav'.

DATASET NAME DataSet0 WINDOW=FRONT.

NEW FILE.

DATASET NAME DataSet2 WINDOW=FRONT.

NPAR TEST

/WILCOXON=pre_test WITH post_test (PAIRED)

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

[DataSet2]

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre test tindakan kemandirian	8	5.5000	1.60357	4.00	9.00
post test tindakan kemandirian	8	6.1250	1.55265	4.00	9.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test tindakan kemandirian - pre test tindakan kemandirian	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	3 ^b	2.00	6.00
	Ties	5 ^c		
	Total	8		

a. post test tindakan kemandirian < pre test tindakan kemandirian

b. post test tindakan kemandirian > pre test tindakan kemandirian

c. post test tindakan kemandirian = pre test tindakan kemandirian

Test Statistics^b

	post test tindakan kemandirian - pre test tindakan kemandirian
Z	-1.633 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.102

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

DATASET NAME DataSet0 WINDOW=FRONT.

NPAR TESTS

```

/M-W= tindakan_kemandirian BY kelompok(1 2)
/STATISTICS=DESCRIPTIVES
/MISSING ANALYSIS.

```

NPar Tests

[DataSet3]

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
tindakan kemandirian	16	8.0000	2.28035	4.00	11.00
jenis kelompok	16	1.5000	.51640	1.00	2.00

Mann-Whitney Test

Ranks

jenis kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
tindakan kemandirian	kelompok perlakuan	8	12.31	98.50
	kelompok kontrol	8	4.69	37.50
	Total	16		

Test Statistics^a

	tindakan kemandirian
Mann-Whitney U	1.500
Wilcoxon W	37.500
Z	-3.246
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: jenis kelompok

NEW FILE.

DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.

NPAR TEST

/WILCOXON=pre_test WITH post_test (PAIRED)

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

[DataSet1]

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre test pengetahuan	8	7.3750	1.99553	4.00	11.00
post test pengetahuan	8	14.1250	2.29518	11.00	17.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test pengetahuan - pre test pengetahuan	Negative Ranks	0 ^a	.00
	Positive Ranks	8 ^b	36.00
	Ties	0 ^c	
	Total	8	

a. post test pengetahuan < pre test pengetahuan

b. post test pengetahuan > pre test pengetahuan

c. post test pengetahuan = pre test pengetahuan

Test Statistics^b

	post test pengetahuan - pre test pengetahuan
Z	-2.536 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.011

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

```
GET
  FILE='G:\spss\pengetahuan\WILCOXON-PENGETAHUAN-KONTROL.sav'.
DATASET NAME DataSet0 WINDOW=FRONT.
NEW FILE.
DATASET NAME DataSet2 WINDOW=FRONT.
NPAR TEST
  /WILCOXON=pre_test WITH post_test (PAIRED)
  /STATISTICS DESCRIPTIVES
  /MISSING ANALYSIS.
```

NPar Tests

[DataSet2]

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre test pengetahuan	8	9.6250	2.13391	7.00	13.00
post test pengetahuan	8	10.6250	2.32609	7.00	14.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post test pengetahuan - pre test pengetahuan	Negative Ranks	3 ^a	3.00	9.00
	Positive Ranks	4 ^b	4.75	19.00
	Ties	1 ^c		
	Total	8		

- a. post test pengetahuan < pre test pengetahuan
- b. post test pengetahuan > pre test pengetahuan
- c. post test pengetahuan = pre test pengetahuan

Test Statistics^b

	post test pengetahuan - pre test pengetahuan
Z	-.848 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.396

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

NPAR TESTS

```
/M-W= pengetahuan BY kelompok(1 2)
/MISSING ANALYSIS.
```

NPar Tests

[DataSet0]

Mann-Whitney Test**Ranks**

jenis kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
pengetahuan	kelompok perlakuan	8	11.38	91.00
	kelompok kontrol	8	5.62	45.00
	Total	16		

Test Statistics^b

	pengetahuan
Mann-Whitney U	9.000
Wilcoxon W	45.000
Z	-2.444
Asymp. Sig. (2-tailed)	.015
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.015 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: jenis kelompok

```
SAVE OUTFILE='G:\SKrip_DEMON\SPSS skripsi\MAN WHITNEY PENGETAHUAN.sav'
/COMPRESSED.
```