

SKRIPSI

**MODUL PENDIDIKAN PADA PASIEN KUSTA DALAM
MENINGKATKAN KEMANDIRIAN**

Penelitian Deskriptif



Oleh:

LILIK SETYANINGSIH

NIM. 131011176

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

SKRIPSI
MODUL PENDIDIKAN PADA PASIEN KUSTA DALAM
MENINGKATKAN KEMANDIRIAN

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



Oleh:
LILIK SETYANINGSIH
NIM. 131011176

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012

SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, 15 Februari 2012
Yang Menyatakan

LILIK SETYANINGSIH
NIM. 131011176

PERSETUJUAN SKRIPSI

MODUL PENDIDIKAN PADA PASIEN KUSTA DALAM MENINGKATKAN
KEMANDIRIAN

TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 13 FEBRUARI 2012

Oleh

Pembimbing I

Dr. Nursalam, M nurs (Hons)
NIP. 19661225 198903 1 004

Pembimbing II

Abu Bakar, M Kep., Sp KMB
NIP. 19800427 200912 1 002

Mengetahui
Plh Wakil Dekan I
Fakultas Keperawatan
Wakil Dekan II

Yuni Sufyanti Arief, S.Kep, M. Kes
NIP. 19780606 200112 2 001

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

**SKRIPSI
MODUL PENDIDIKAN PADA PASIEN KUSTA DALAM MENINGKATKAN
KEMANDIRIAN**

Oleh :
Lilik Setyaningsih
NIM : 131011176

Telah diuji
Pada tanggal, 15 Februari 2012

PANITIA PENGUJI

Ketua : Sriyono, M. Kep., Ns., Sp.Kep.M.B (.....)
NIP. 19701120 200604 1 001

Anggota : 1. Dr. Nursalam, M Nurs (Hons) (.....)
NIP. 19661225 198903 1 004

2. Abu Bakar, M.Kep.,Sp.KMB (.....)
NIP. 19800427 200912 1 002

Mengetahui
Plh Wakil Dekan I
Fakultas Keperawatan
Wakil Dekan II

Yuni Sufyanti Arief, S.Kep, M. Kes
NIP. 19780606 200112 2 001

MOTTO

Dengan hati baikmu

Dengan pikiran sehatmu

Dan dengan tubuh tegapmu

Lakukanlah yang mungkin

Untuk mencapai yang tadinya tidak mungkin

You have my confidence..... You can do it!

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan limpahan karunia-Nya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “**modul pendidikan pada pasien kusta dalam meningkatkan kemandirian**”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

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

1. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan studi.
2. Mira Triharini, S.Kp., M.Kep, selaku Penjabat Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan yang telah memberikan kemudahan dalam proses pengerjaan skripsi.
3. Dr. Nursalam M.Nurs (Hons), selaku dosen pembimbing I yang telah berkenan meluangkan waktu dan pikiran, motivasi dalam pemantapan konsep, serta stimulus-stimulus yang sangat bermanfaat dalam proses pengerjaan skripsi.
4. Abu Bakar, M.Kep., Sp KMB, selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan dukungan dan motivasi yang luar biasa dalam pemantapan konsep, serta koreksi dalam skripsi ini.
5. dr. Nanang Koesnartedjo, selaku Kepala UPT Rumah Sakit Kusta Sumberglagah yang telah memberikan izin tugas belajar dan memberikan izin sebagai tempat penelitian.

6. Seluruh dosen, staf perpustakaan, TU, di Fakultas Keperawatan yang telah memberikan kemudahan, bantuan dan pengertiannya selama proses penyelesaian skripsi ini.
7. Suami, anak-anakku dan orang tuaku tercinta yang senantiasa memberikan doa serta dukungan moril dan materiil dalam penyusunan proposal ini.
8. Teman-teman IGD Rumah Sakit Kusta Sumberglagah yang telah memberikan dukungan moril .
9. Teman-teman B13 yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah memberikan semangat, semoga kita selalu diberikan kemudahan dan kekompakan baik saat pendidikan maupun setelah lulus nanti.

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

Surabaya, 15 Februari 2012

Penulis

ABSTRACT**EDUCATION MODULE IN LEPROSY PATIENTS
IN INCREASING INDEPENDENCE****A Cross Sectional Descriptive Study at Sumberglagah Leprosy Hospital****Lilik Setyaningsih**

Counseling and health education have been implemented but there is no educational modules that focus on the empowerment of leprosy patients in improving self-care independence. This study aims was to develop educational modules by analyzing the relationship of the factors of nurse and patients in the patients' self-care independence.

This study used descriptive design with cross-sectional type. The population of this study were all nurses and leprosy patients at Melati Room, Leprosy Hospital, Sumberglagah. The samples were obtained through purposive sampling, comprising eight nurses, 18 patients, and one functional task force coordinator. Data were collected through questionnaires and interviews.

The results showed that there was no correlation between nursing education and patients' independence ($p = 0.410$). There was no correlation between nurse's knowledge and patient's independence ($p = 0.167$) and there was no relationship between duration of employment and patient's independence ($p = 0.66$). Patient education was found to have correlation with independence ($p = 0.036$), there was correlation between knowledge and independence ($p = 0.015$), and there was also correlation between family support and independence ($p = 0.015$).

In conclusion, there is no correlation between education, knowledge, and the length of nurse employment with the independence of patients, while there is correlation between education, knowledge and support for patient's families with self-care independence. Health education should be implemented based on the module with the active participation of patients and families to achieve independence in self care that aims to reduce disability and increase confidence in leprosy patients.

Keywords: *education module, leprosy patients, self-reliance*

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Dalam.....	i
Surat Pernyataan Keaslian Penelitian	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Motto	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Abstract	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Singkatan	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan umum	3
1.3.2 Tujuan khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Teoritis	4
1.4.2 Praktis	4
1.5 Keaslian Penelitian	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Penyakit Kusta	6
2.1.1 Definisi kusta	6
2.1.2 Penyebab kusta	6
2.1.3 Manifestasi klinis	7
2.1.4 Klasifikasi kusta	8
2.1.5 Gambaran klinis organ tubuh yang dapat diserang	10
2.1.6 Tanda sisa penyakit kusta	12
2.1.7 Pengobatan penyakit kusta	12
2.2 Konsep Cacat pada Kusta	16
2.2.1 Patogenesis cacatan	16
2.2.2 Cacat akibat kusta	17
2.2.3 Jenis cacat kusta	17
2.2.4 Klasifikasi cacat pada kusta	18
2.2.5 Faktor yang mempengaruhi kecacatan	18
2.2.6 Pencegahan cacat	19
2.3 Konsep Teori Orem (<i>self-care</i>)	20
2.3.1 Definisi Teori <i>self Care</i>	20
2.3.2 Teori sistem keperawatan	22

2.3.3	Penjelasan skema model konsep	22
2.3.4	Asumsi mayor	26
2.4	Konsep Kemandirian Perawatan diri Pada Pasien Kusta	26
2.4.1	Definisi	27
2.4.2	Kemandirian Perawatan Diri Pada Pasien Kusta Dalam Upaya Pencegahan Kecacatan	27
2.5	Konsep Pendidikan Kesehatan Pada Pasien	28
2.5.1	Tujuan Pendidikan Klien	29
2.5.2	Faktor yang mempengaruhi Keberhasilan Pendidikan Kesehatan Kepada Pasien	30
2.6	Modul	33
2.6.1	Pengertian modul	33
2.6.2	Tujuan penulisan modul	34
2.6.3	Cara penyusunan modul.....	35
BAB 3	KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	38
3.1	Kerangka Konseptual	38
3.2	Hipotesis	39
BAB 4	METODOLOGI PENELITIAN	40
4.1	Rancangan Penelitian	40
4.2	Populasi, Sampel Dan Sampling	40
4.2.1	Populasi	40
4.2.2	Sampel	40
4.2.3	Tehnik pengambilan sampel.....	41
4.3	Variabel Penelitian	42
4.3.1	Defenisi operasional	42
4.4	Instrumen Penelitian	43
4.5	Lokasi Dan Waktu Penelitian	44
4.6	Prosedur Pengambilan Atau Pengumpulan Data	44
4.7	Kerangka Operasional	44
4.8	Analisis Data	44
4.9	Etika Penelitian	45
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	46
5.1	Hasil Penelitian	46
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	46
5.1.2	Data Variabel Penelitian	47
5.1.3	Hubungan Faktor Perawat Dengan Kemandirian Pasien Dalam Perawatan Diri	49
5.1.4	Hubungan Faktor pasien Dengan Kemandirian Perawatan Diri	50
5.2	Pembahasan	52
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN	56
6.1	Kesimpulan	56
6.2	Saran	57
	Daftar Pustaka	58
	Lampiran	60

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Obat dan Dosis Rejimen MDT-PB	13
Tabel 2.2	Obat dan Dosis rejiman MDT-MB	13
Tabel 2.3	Obat dan Dosis rejiman MDT-PB lesi tunggal	13
Tabel 2.4	Pengobatan kusta yang tidak tahan rifampicin	14
Tabel 2.5	Pengobatan kusta yang tidak tahan efek samping DDS	14
Tabel 2.6	Tingkat cacat pada penderita kusta.....	18
Tabel 4.1	Definisi Operasional	42
Tabel 5.1	Karakteristik responden perawat di ruang rawat inap melati.....	47
Tabel 5.2	Karakteristik pasien kusta di ruang rawat inap melati.....	48
Tabel 5.3	Kemandirian perawatan mata, tangan dan kaki.....	48
Tabel 5.4	Tabulasi silang pendidikan perawat dengan kemandirian pasien	49
Tabel 5.5	Tabulasi silang pengetahuan perawat dengan kemandirian pasien... ..	49
Tabel 5.6	Tabulasi silang lama kerja perawat dengan kemandirian pasien.....	50
Tabel 5.7	Tabulasi silang pengetahuan pasien dengan kemandirian.....	50
Tabel 5.8	Tabulasi silang dukungan keluarga dengan kemandirian.....	51
Tabel 5.9	Tabulasi silang pendidikan pasien dengan kemandirian.....	51

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patogenesis Kecacatan.....	16
Gambar 2.2 Akibat Cacat Kusta.....	17
Gambar 2.3 Basic Nursing System	24
Gambar 2.4 Konsep Keperawatan menurut Orem.....	25
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	38
Gambar 4.1 Kerangka Operasional.....	44

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Lembar Permohonan bantuan fasilitas penelitian.....	60
Lampiran 2.	Surat Keterangan Melaksanakan Penelitian	61
Lampiran 3.	Lembar Penjelasan penelitian.....	62
Lampiran 4.	Lembar Persetujuan Responden.....	63
Lampiran 5.	Lembar Kuesioner Organisasi	64
Lampiran 6.	Lembar Kuesioner Perawat	65
Lampiran 7.	Lembar wawancara Pasien	67
Lampiran 8.	Tabulasi data	71

DAFTAR SINGKATAN

BB	: Borderline
BL	: Borderline Lepromatous
BT	: Borderline Tuberkuloid
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
LL	: Lepromatous
MB	: Multibasillari
MDT	: Multi Drug Therapy
PB	: Pausibasillari
POD	: Prevention Of Disabilities
TB	: Tuberkulosis
TT	: Tuberkuloid-tuberkuloid
WHO	: World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kusta merupakan penyakit kronis yang bersifat permanen dan tidak dapat disembuhkan yang memberi stigma sangat besar pada masyarakat (Harahap M, 2000), sehingga 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 yang mengakibatkan akan ada perubahan mendasar pada kepribadian dan tingkah lakunya. Kusta memerlukan pengobatan secara terus menerus dan paripurna sampai dapat mencapai kemandirian perawatan diri. Menurunnya lama rawat di rumah sakit waktu untuk memberikan penyuluhan dan pendidikan kesehatan kepada pasien juga semakin sedikit, sehingga perawat perlu membuat rencana tindak lanjut yang tepat untuk pasien di rumah (Kozier, 2010). Di rumah sakit kusta Sumberglagah penyuluhan dan pendidikan kesehatan sudah dilaksanakan tetapi belum ada modul pendidikan yang berfokus pada pemberdayaan penderita kusta dalam meningkatkan kemandirian perawatan diri.

Indonesia masih menduduki peringkat ketiga dunia sebagai negara dengan penderita kusta baru terbanyak setelah India dan Brazil. Masih ada 14 propinsi dan 150 kabupaten yang belum mencapai eliminasi penyakit kusta (Depkes, 2010). 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). Angka Kecacatan tingkat 2 di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah pada tipe *Multibasillari* (MB) sebesar 89,5% dan pada tipe *Pausibasillari* (PB) 10,5%. Sementara itu untuk kusta di Jawa Timur menduduki

ranking pertama dalam penemuan kasus kusta di Indonesia, dan terdapat 15 kabupaten/kota yang berada dipantai utara pulau Jawa dan Madura dengan prevalensi yang tinggi diatas 1 per 100.000 penduduk (Depkes, 2009). Frekuensi tertinggi penderita kusta terdapat pada kelompok usia produktif antara 25-35 tahun.

Cacat pada penderita kusta disebabkan oleh aktivitas penyakitnya sendiri yang meliputi kerusakan akibat respon jaringan terhadap kuman penyebab. Pada penyakit kusta kuman akan menginvasi aliran darah yang memungkinkan terjadinya penyebaran keseluruh tubuh. Pada sebagian besar jaringan kuman bersifat simbiose sehingga tidak menimbulkan kerusakan pada jaringan tersebut, tetapi pada jaringan tertentu seperti saraf kuman akan menginvasi dalam jumlah besar dan menyebabkan kerusakan akibat dari respon tubuh terhadap kuman. Besarnya kerusakan saraf ditentukan oleh intensitas respon seluler dari tubuh terhadap kuman penyebab. Tidak semua saraf tepi diserang oleh kuman kusta tetapi hanya terbatas pada saraf perifer yang letaknya superficial, berdekatan dengan tulang, terletak pada celah osteofasial yang *rigid*, yang memungkinkan terjadinya kontriksi dan letaknya memungkinkan *stretch angulation strain* yang dapat menyebabkan cacat primer (Amiruddin D, 2003)

Kemandirian perawatan diri pada penderita kusta dapat mencegah kerusakan bertambah berat, pengetahuan dan ketrampilan baru dibutuhkan klien untuk lebih mandiri dalam mempertahankan kesehatannya. Pendidikan kesehatan tentang perawatan diri sangat dibutuhkan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan pasien dalam mempertahankan kesehatannya. Pemilihan modul pendidikan pasien mempengaruhi keberhasilan dan motivasi pasien dalam mempertahankan kesehatan. Dalam penelitian ini akan disusun modul pendidikan perawatana diri berdasarkan teori *Self-Care Orem* pada pasien kusta yang bertujuan untuk memberdayakan penderita kusta dalam melakukan perawatan mandiri mempersiapkan manajemen

perawatan diri di luar lingkungan kesehatan sehingga dapat meningkatkan rasa percaya diri, berprestasi serta menghilangkan diskriminasi dan stigmasi masyarakat terhadap penderita kusta dan keluarganya.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah modul pendidikan pada pasien kusta dalam meningkatkan kemandirian di rumah sakit Kusta Sumberglagah?

1. Apakah ada hubungan faktor perawat dengan kemandirian pasien?
2. Apakah ada hubungan faktor pasien dengan kemandirian?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menyusun modul pendidikan kesehatan pada penderita kusta dalam meningkatkan kemandirian.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi faktor organisasi: kebijakan rumah sakit tentang pendidikan kesehatan, kebijakan rumah sakit tentang promosi kesehatan.
2. Mengidentifikasi faktor perawat: lama kerja, pendidikan dan pengetahuan.
3. Mengidentifikasi faktor pasien: pendidikan, pengetahuan, dukungan keluarga.
4. Mengidentifikasi kemandirian pasien dalam perawatan mata, tangan dan kaki.
5. Menganalisis hubungan faktor perawat dengan kemandirian pasien.
6. Menganalisis hubungan faktor pasien dengan kemandirian.

7. Menyusun modul pendidikan pada pasien kusta.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Adanya modul pendidikan berdasarkan teori keperawatan dari Orem yang digunakan sebagai dasar dalam meningkatkan kemandirian kepada pasien.

1.4.2 Praktis

Modul pendidikan dapat digunakan sebagai pedoman pelaksanaan perawatan diri pada pasien kusta di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah dan dapat diterapkan dalam kehidupan sehari –hari setelah keluar dari rumah sakit untuk meningkatkan kemandirian dalam mempertahankan kesehatan.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian tentang kusta sudah beberapa kali dilakukan dan masing-masing mempunyai spesifikasi dan variable yang berbeda. Adapun beberapa penelitian tentang kusta yang sudah pernah dilakukan adalah sebagai berikut :

Judul Penelitian	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
Faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat dalam upaya penyembuhan luka pada penderita kusta di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto (Lukas, 2005)	- Umur - Pendidikan - Sosial ekonomi	Cross sectional	Penderita dengan pendidikan dan social ekonomi rendah akan cenderung bersikap untuk tidak patuh dalam pengobatan.
Pelaksanaan personal hygiene pada pasien kusta di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto (Diah Rahmawati, 2009)	- Perawatan kulit - Perawatan perineum - Perawatan kaki dan kuku - Perawatan mulut dan gigi	Case Studies	Sebagian besar penderita kusta yang rawat inap di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto telah melaksanakan personal hygiene dengan

	<ul style="list-style-type: none"> - Perawatan rambut - Perawatan telinga - Perawatan hidung - Perawatan mata 		baik.
Pengaruh pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga terhadap pengetahuan dan pencegahan kecacatan pasien kusta (Indra Alamsyah, 2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan - Sikap - Tindakan 	Pra experimental	Palaksanaan asuhan keperawatan keluarga dengan pencegahan cacat dini dan perawatan cacat lanjut berdampak pada peningkatan pengetahuan, pencegahan kecacatan, dan reaksi pada pasien kusta.
Analisi Faktor yang berhubungan dengan Reaksi Kusta di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah (Noviana Ariani, 2011).	<ul style="list-style-type: none"> - Umur - Jenis kelamin - Tipe kusta - Pendidikan - Pekerjaan - Lama pengobatan - Keteraturan berobat 	Case control	Ada hubungan lama pengobatan dengan kejadian reaksi pada pasien kusta.

Penelitian yang akan dilakukan peneliti saat ini adalah tentang Modul Pendidikan Pada Pasien Kusta Dalam meningkatkan Kemandirian di Rumah Sakit kusta Sumberglagah Pacet mojokerto. Variabel yang digunakan terdiri dari beberapa faktor. Faktor organisasi yang meliputi adanya kebijakan rumah sakit tentang pendidikan kesehatan dan kebijakan tentang promosi kesehatan, Faktor perawat meliputi lama kerja, pendidikan dan pengetahuan, Faktor pasien meliputi pendidikan, pengetahuan dan dukungan keluarga.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Kusta

2.1.1 Definisi Kusta

Penyakit kusta adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium leprae* yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernapasan bagian atas, system retikulo endothelial, mata, otot, tulang dan testis kecuali susunan saraf pusat (Harahap, 2000).

2.1.2 Penyebab Kusta

Penyebab penyakit kusta adalah *mycobacterium leprae*. Secara morfologik, *M leprae* berbentuk pleomorf lurus, batang panjang, sisi parallel dengan kedua ujung bulat, ukuran 0,3 – 0,5 x 1 – 8 mikron. Basil ini bergerak dan tidak berspora, dapat tersebar atau dalam berbagai ukuran bentuk kelompok, termasuk massa ireguler besar roskop electron (Harahap, 2000).

M. leprae adalah basil obligat intraseluler yang terutama dapat berkembang biak dalam sel Schwann saraf dan makrofag kulit. Basil ini dapat ditemukan dimana-mana, misalnya di dalam tanah, air, udara dan pada manusia terdapat dipermukaan kulit, rongga hidung dan tenggorokan. Basil ini dapat berkembang biak di dalam otot polos atau otot bergaris sehingga dapat ditemukan pada erektor pili, otot dan endotel kapiler, otot di skrotum dan otot di iris mata. Basil ini juga dapat ditemukan dalam

folikel rambut, kelenjar keringat, secret hidung, mukosa hidung, dan daerah erosi atau ulkus pada penderita tipe *borderline* dan *lepromatous*.

Adanya distribusi lesi yang secara klinik predominan pada kulit, mukosa hidung dan saraf perifer superficial menunjukkan pertumbuhan basil ini cenderung pada suhu yang rendah kurang dari 37°C. Bagian tubuh yang dingin seperti saluran pernafasan, testis, ruang anterior mata dan kulit terutama cuping telinga dan jari merupakan tempat yang biasa diserang.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis penyakit kusta biasanya menunjukkan gambaran yang jelas pada stadium yang lanjut dan diagnosis cukup ditegakkan dengan pemeriksaan fisik saja (Harahap, 2000). Penderita kusta adalah seseorang yang menunjukkan gejala klinis kusta dengan atau tanpa pemeriksaan bakteriologis dan perlu pengobatan. Gejala dan keluhan penyakit bergantung pada :

- a. Multiplikasi dan diseminata kuman *M. leprae*
- b. Respon imun penderita terhadap kuman *M. leprae*
- c. Komplikasi yang disebabkan oleh saraf perifer

Ada 3 tanda kardinal. Jika kalau salah satunya ada sudah cukup untuk menetapkan diagnosis dari penyakit kusta (Harahap, 2000) :

- a. Lesi kulit yang anestesi
- b. Penebalan saraf perifer
- c. Ditemukanya *M. leprae* (bakteriologis positif).

2.1.4 Klasifikasi Kusta

Klasifikasi yang banyak digunakan adalah klasifikasi menurut Ridley & Jopling (1962) klasifikasi ini berdasarkan gambaran klinis, bakteriologis, hispatologis dan imunologis yang membagi penyakit kusta dalam 5 tipe (Harahap M, 2000) :

1. Tipe *tuberkuloid-tuberkuloid (TT)*

Lesi ini mengenai kulit maupun saraf. Lesi ini bisa satu atau beberapa, dapat berupa macula atau plakat, batas jelas dan pada bagian tangan dapat ditemukan lesi yang mengalami regresi atau penyembuhan ditengah. Permukaan lesi dapat bersisik atau permukaan meninggi bahkan dapat menyerupai gambaran psoriasis. Dapat disertai penebalan saraf perifer yang biasanya teraba, kelemahan otot dan sedikit rasa gatal (Harahap M, 2000).

2. Tipe *borderline tuberkuloid (BT)*

Lesi pada tipe ini menyerupai tipe *tuberkuloid* yaitu berupa makula anestesi atau plak yang seri g disertai lesi satelit di pinggirnya, jumlah lesi satu atau beberapa, tetapi gambaran hipopigmentasi, kekeringan kulit atau skuama tidak jelas seperti pada tipe *tuberkuloid*. Gangguan saraf tidak seberat pada tipe *tuberkuloid* dan biasanya asimetris. Lesi satelit biasanya ada dan terletak dekat saraf perifer yang menebal (Harahap M, 2000).

3. Tipe *borderline (BB)*

Merupakan tipe yang paling tidak stabil dari semua spektrum penyakit kusta. Disebut juga sebagai bentuk dimorfik dan bentuk ini jarang dijumpai. Lesi dapat berbentuk macula infiltrate. Permukaan lesi dapat mengkilat, batas lesi kurang jelas dengan jumlah lesi yang melebihi tipe BT dan cenderung simetris. Lesi sangat bervariasi baik dalam ukuran, bentuk ataupun distribusinya. Bisa didapatkan adanya

lesi *punched-out* yaitu hipopigmentasi yang oval pada bagian tengah, batas jelas yang merupakan cirri khas tipe ini (Harahap M, 2000).

Yang paling spesifik yaitu adanya sel epiteloid yang difus dan tersebar ke dalam granuloma dan tidak terfokus dalam zona sel epiteloid, sel epiteloid menjadi lebih besar tetapi tidak seberat pada tipe BT, tanpa sel raksasa Langerhans.

4. Tipe *boberline lepromatous (BL)*

Secara klasik lesi dimulai dengan makula. Awalnya hanya dalam jumlah sedikit dan dengan cepat menyebar ke seluruh badan. Makula disini lebih jelas dan lebih bervariasi bentuknya. Walau masih kecil, papal dan nodus lebih tegas dengan distribusi lesi yang hampir simetris dan beberapa nodus nampaknya meleku pada bagian tengah. Lesi bagian tengah sering Nampak normal dengan pinggir dalam infiltrat lebih jelas dibanding pinggir luarnya dan beberapa plak tampak seperti *punched-out*. Tanda-tanda kerusakan saraf berupa hilangnya sensasi, hipopigmentasi, berkurangnya keringat dan gugurnya rambut lebih cepat muncul dibanding tipe LL dengan penebalan saraf yang dapat teraba pada tempat predileksi (Harahap M, 2000).

5. Tipe *lepromatous (LL)*

Jumlah lesi sangat banyak, simetris, permukaan halus, lebih eritem, mengkilat, berbatas tidak tegas dan tidak ditemukan gangguan anesthesia dan anhidrosis pada stadium dini. Distribusi lesi khas yakni di wajah, dahi, pelipis, dagu, cuping telinga sedang di badan mengenai bagian belakang yang dingin, lengan, punggung tangan dan permukaan ekstensor tungkai bawah. Pada stadium lanjut tampak penebalan kulit yang progresif, cuping telinga menebal, garis muka menjadi kasar dan cekung membentuk *facies leonine* yang dapat disertai madarosis, iritis dan keratitis. Lebih lanjut dapat terjadi *deformitas* pada hidung. Dapat dijumpai pembesaran kelenjar limfe, orkitis, yang selanjutnya dapat menjadi atropi testis.

Kerusakan saraf dermis menyebabkan gejala *stocking* dan *glove anaesthesia* (Harahap M, 2000).

Bila penyakit ini menjadi progresif, macula dan papula baru muncul, sedangkan lesi yang lama menjadi plak dan nodul. Pada stadium lanjut, serabut-serabut saraf perifer mengalami degenerasi hialin atau fibrosis yang menyebabkan anestesi dan pengecilan otot pada tangan dan kaki.

Salah satu tipe kusta yang tidak termasuk dalam klasifikasi Ridley dan Jopling, tetapi diterima secara luas oleh para ahli kusta adalah tipe *intermediate* (I). Tipe ini ditandai dengan jumlah lesi sedikit, asimetrik, macula hipopigmentasi dengan sisik yang sedikit, kulit sekitar normal. Lokalisasi biasanya di bagian ekstensor ekstremitas, bokong atau muka. Kadang-kadang dapat ditemukan bentuk macula hipestesi atau sedikit penebalan saraf. Diagnosis tipe ini hanya dapat ditegakkan bila dengan pemeriksaan histopatologik didapatkan basil atau terdapat infiltrate di sekitar saraf. Pada 20-80% kasus penderita kusta didapatkan tipe ini, merupakan tanda pertama dan sebagian besar akan sembuh spontan (Harahap M, 2000).

2.1.5 Gambaran klinis organ tubuh yang dapat diserang

Menurut Amirudin D (2003) gambaran klinis organ tubuh yang diserang *M. leprae* adalah sebagai berikut:

1. Mata
 - Irits, iridisiklitis, gangguan visus sampai kebutaan.
2. Hidung
 - Epistaksis, hidung pelana.
3. Tulang dan sendi
 - Aborsi, mutilasi, arthritis.

4. Lidah

- Ulkus, Nodus

5. Larings

- Suara parau.

6. Testis

- Ginekomastia, epididimitis akut, orkitis, atrofi.

7. Kelenjar limfe

- Limfadenitis.

8. Rambut

- Alopesia, madarosis.

9. Ginjal

- Glomerulonefritis, amiloidosis ginjal, pielonefritis, nefritis interstitial.

10. Predileksi lesi kulit

- Kuman *M. leprae* berpredileksi pada bagian tubuh yang bersuhu relative lebih dingin, misalnya pada muka, hidung, telinga, dan bagian tubuh yang terbuka.

11. Predilaksi kerusakan saraf tepi

- Lebih sering menyerang saraf tepi yang letaknya superficial dengan suhu yang relatif dingin dan menimbulkan berbagai kelainan yaitu :

N. fasialis : Lagoftalmus, mulut mencong

N. Trigemini : anestesi kornea.

N. Aurikularis magnus

N. Radialis : tangan lunglai (*drop wrist*).

N Ulnaris : anestesi dan paresis/paralisis otot tangan jari V dan sebagian jari IV.

- N. Medianus : anestesi dan paresis /paralisis otot jari tangan I, II, III, dan sebagian jari IV. Kerusakan N. Ulnaris dan medianus menyebabkan jari kiting (*clow toes*) dan tangan cakar (*clow hand*).
- N. peroneus komunis : kaki simper (*drop foot*).
- N. tibialis posterior : mati rasa telapak kaki dan jari kiting (*clow toes*)

2.1.6 Tanda sisa penyakit kusta

1. Kulit

- Atrofi, keriput, non repigmentasi, dan bulu hilang.

2. Saraf

- Mati rasa persisten, paralisis, kontraktur, dan atrofi otot.

2.1.7 Pengobatan Penyakit Kusta

Berdasarkan klasifikasi WHO (1997) untuk pengobatan penderita kusta dibagi menjadi tiga grup. Oleh sebab itu skema rejimen MDT-WHO menjadi sebagai berikut:

1. Rejimen *Pausibasillari* dengan lesi kulit 2-5 buah, terdiri atas rifampisin 600 mg sebulan sekali, dibawah pengawasan, ditambah dapson 100 mg/hari (1-2 mg/kg berat badan) swakelola, selama 6 bulan.
2. Rejimen *Multibasillari* dengan lesi kulit lebih dari 5 buah, terdiri atas kombinasi rifampisin 600 mg sebulan sekali di bawah pengawasan, dapson 100 mg/hari swakelola, ditambah klozimin 300 mg sebulan sekali diawasi dan 50 mg/hari swakelola. Lama pengobatan 1 tahun.
3. Rejimen *Pausibasillari* dengan lesi tunggal, terdiri atas rifampisin 600 mg ditambah dengan ofloksasin 400 mg dan minosiklin 100 mg (ROM) dosis tunggal.

Tabel : 2.1 Obat dan dosis rejimen MDT-PB

	Dapson	Rifampisin
Dewasa	100 mg/hari	600 mg/bulan, diawasi
Anak – anak (10-14 tahun)	50 mg/hari	400 mg/bulan, diawasi

(Sumber FKUI, 2003)

Bagi anak – anak usia dibawah 10 tahun dosis disesuaikan . Dapson 25 mg/hari dan rifampisin 300 mg/bulan (diawasi).

Tabel 2.2 : Obat dan rejimen MDT-MB

	Dapson	Rifampisin	Klofazimin
Dewasa	100 mg/hari	600 mg/bulan	50 mg/hari dan 300 mg/bulan,
Anak – anak (10-14 tahun)	50 mg/hari	diawasi 450 mg/bulan diawasi	diawasi 50 mg selang sehari dan 150 mg/bulan diawasi

(Sumber FKUI, 2003)

Bagi anak – anak usia dibawah 10 tahun dosis disesuaikan. Dapson 25 mg/hari dan rifampisin 300 mg/bulan (diawasi), klofazimin 50 mg 2 kali seminggu, dan klofazimin 100 mg/bulan (diawasi).

Tabel 2.3 : Obat dosis rejimen MDT-PB lesi tunggal (dosis tunggal dan di makan bersamaan)

	Rifampisin	Ofloksasin	Minosiklin
Dewasa	600 mg	400 mg	100 mg
Anak – anak (5-14 tahun)	300 mg	200 mg	50 mg

(Sumber FKUI, 2003)

Tidak direkomendasikan pada wanita hamil atau anak-anak kurang dari 5 tahun.

Kalau MDT-WHO tidak dapat dilaksanakan karena pelbagai alasan, WHO Expert Committee (1997) mempunyai rejimen untuk situasi khusus sebagai berikut

1. Pengobatan kusta yang tidak tahan rifampicin (alergi, adanya penyakit penyerta, resisten terhadap rifampicin).

Tabel 2.4 : Pengobatan kusta yang tidak tahan rifampicin

Lama pengobatan	Jenis obat	Dosis
6 bulan	Klofazimin	50 mg/hari
	Ofloksasin	400 mg/hari
	Minosiklin	100 mg/hari
Diikuti dengan 18 bulan	Klofazimin dengan	50 mg/hari
	Ofloksasin atau	400 mg/hari
	Minosiklin	100 mg/hari

(Sumber FKUI, 2003)

2. Penderita yang menolak klofazimin

Klofazimin pada MDT-WHO MB dapat diganti dengan ofloksasin 400 mg/hari selama 12 bulan atau minosiklin 100mg/hari selama 12 bulan. Rekomendasi dari WHO Expert Committe on Leprosy (1997) dapat menggunakan rejimen MDT-MB alternatif selama 24 bulan, yaitu :

- Rifampicin, 600 mg sekali sebulan selama 24 bulan
- Ofloxacin, 400 mg sekali sebulan selama 24 bulan
- Minosiklin, 100 mg sekali sebulan selama 24 bulan

3. Pengobatan kusta untuk penderita yang tidak tahan efek samping DDS

Tabel 2.5 : Pengobatan kusta untuk penderita yang tidak tahan efek samping DDS

	Rifampisin	Klofazimin
Dewasa	600 mg/bulan, diawasi	50mg/hari dan 300mg/bulan,
Anak – anak (10-14 tahun)	450 mg/bulan, diawasi	diawasi 50 mg selang serhari, diawasi dan 150 mg/bulan, diawasi

(Sumber FKUI, 2003)

4. Pengobatan kusta selama kehamilan dan menyusui

Pada kehamilan obat MDT harus tetap diberikan untuk mencegah eksaserbasi. WHO menyatakan obat MDT aman dikonsumsi untuk ibu hamil dan bayinya tanpa mengubah dosis. Untuk obat dosis tunggal bagi bercak tunggal ditunggu pemakaiannya sampai bayinya lahir.

5. Pengobatan kusta pada penderita yang menderita tuberculosis (TB) saat yang sama.

Pada penderita kusta yang menderita TB aktif tetap diberikan obat anti TB yang memadai sebagai tambahan terhadap MDT. Rifampisin tetap diberikan sesuai dosis TB.

6. Pengobatan pada penderita kusta yang disertai dengan infeksi HIV pada saat yang sama.

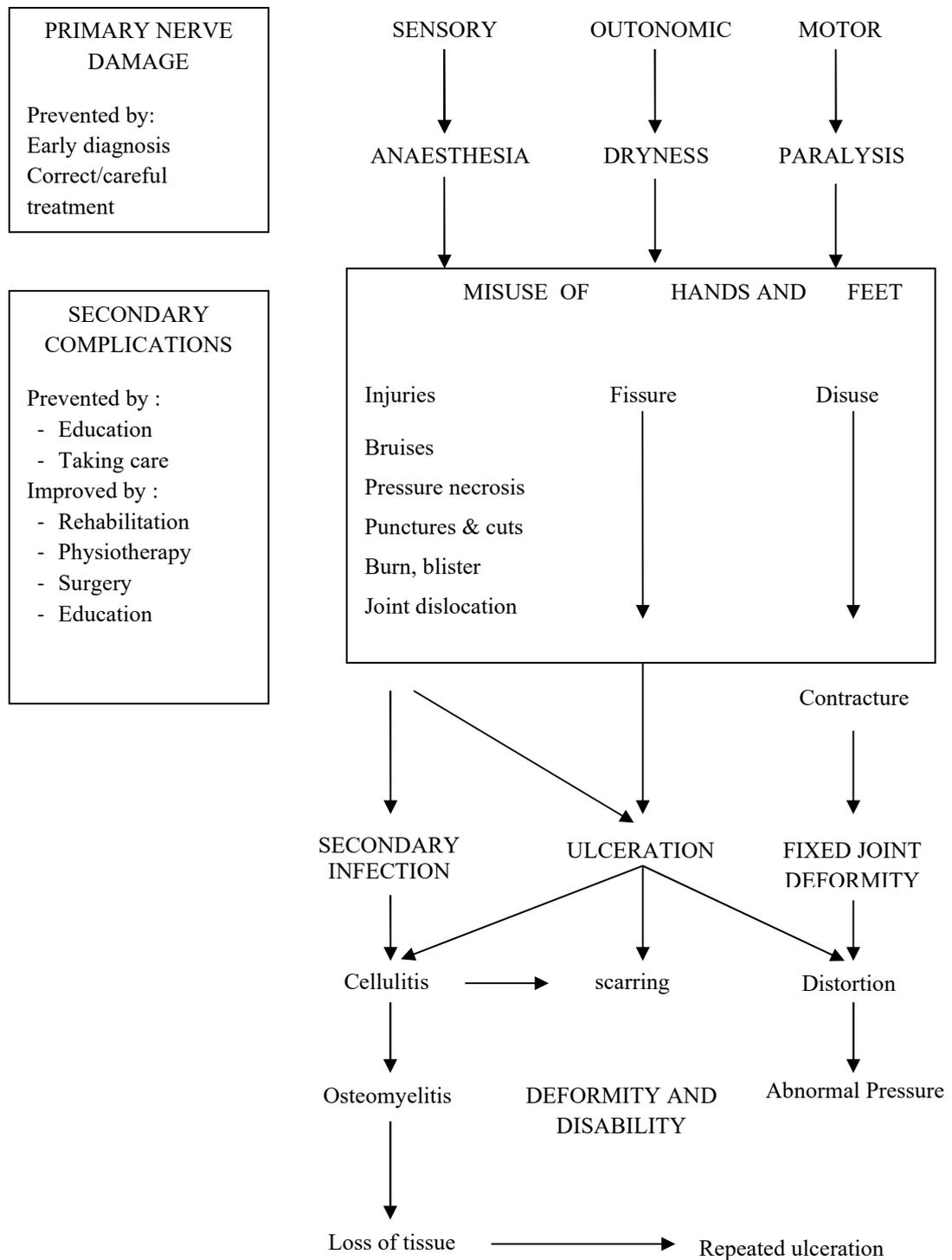
Prinsip pengobatan sama dengan manajemen untuk penderita non kusta.

7. Penderita kusta dengan situasi khusus.

Apabila terjadi reaksi kusta atau neuritis pada penderita yang telah menyelesaikan MDT. Pengobatan dapat dilakukan dengan pemberian prednison dengan dosis yang sama seperti reaksi pada saat masih dalam MDT. Untuk mencegah kemungkinan terjadinya relap akibat pemberian kortikosteroid maka direkomendasikan pemberian klofazimin 50 mg/hari sebagai profilaksis bila pemberian steroid diperkirakan lebih dari 4 bulan.

2.2 Konsep Cacat Pada Kusta

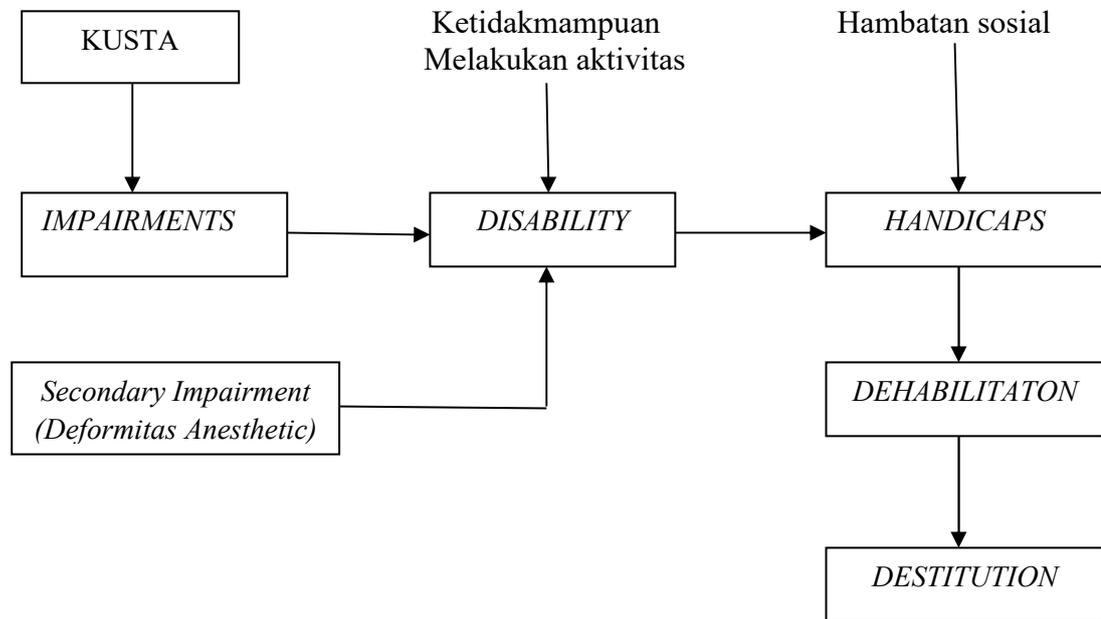
2.2.1 Patogenesis Kecacatan



Gambar 2.1 : Patogenesis Disabilitas Pada penyakit kusta (Amiruddin D, 2003)

2.2.2 Cacat Akibat Kusta

Cacat Akibat Kusta



Gambar 2.2 : Akibat cacat kusta (FKUI, 2003)

2.2.3 Jenis Cacat Kusta

Cacat kusta dibagi menjadi dua kelompok (Amiruddin D, 2003) :

1. Cacat Primer

Cacat yang disebabkan langsung oleh aktivitas penyakit, terutama kerusakan akibat respon jaringan terhadap *M.leprae* .

2. Cacat Sekunder

Cacat sekunder 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,

dan memudahkan terjadinya luka. Kelumpuhan saraf otonom menyebabkan kulit kering dan elastisitas berkurang.

2.2.4 Klasifikasi Kecacatan

Tabel 2.6 : Derajat Cacat Kusta (WHO, 1988)

Tingkat cacat	Tangan	Kaki	Mata
Tingkat 0	Tidak ada anestesi dan kelainan anatomis	Tidak ada anestesi dan kelainan anatomis	Tidak ada kelainan pada mata
Tingkat I	Ada anestesi tanpa kelainan anatomis	Ada anestesi tanpa kelainan anatomis	Ada anestesi Ada kelainan pada mata, tetapi tidak terlihat, visus sedikit berkurang.
Tingkat II	Terdapat kelainan anatomis	Terdapat kelainan anatomis	Ada lagofthalmos dan visus sangat terganggu (visus6/60; dapat menghitung jari-jari pada jarak 6 meter.

(Sumber FKUI, 2003)

2.2.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Kecacatan

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kecacatan dan perjalanannya antara lain yang berhubungan dengan penderitanya sendiri, dengan penyakitnya dan faktor lain (Amiruddin D, 2003). Hal ini akan dijelaskan sebagai berikut :

1. Faktor yang berhubungan dengan penderitanya sendiri.
 - 1) Umur : Anak-anak dan dewasa muda lebih jarang dari pada orang tua.
 - 2) Jenis kelamin : Pria lebih sering dari pada wanita.
2. Faktor yang berhubungan dengan penyakit.
 - 1) Lamanya menderita sakit.
 - 2) Tipe penyakitnya.

- 3) Saraf perifer yang diserang.
3. Faktor-faktor lain
 - 1) Pengobatan.
 - 2) Pekerjaan.
 - 3) Intelegensi/pengetahuan

2.2.6 Pencegahan Cacat Pada Kusta.

Pencegahan cacat kusta jauh lebih baik dan lebih ekonomis daripada penanggulangannya. Pencegahan harus dilakukan sedini mungkin, baik oleh petugas kesehatan maupun oleh klien dan keluarganya. Disamping itu perlu mengubah stigma dari masyarakat bahwa kusta identik dengan deformitas atau *disability* (Martodiharjo, 2003)

Tujuan Pencegahan cacat pada kusta :

1. Mencegah timbulnya cacat (*disability atau deformitas*) pada saat diagnosis kusta ditegakkan dan diobati. Untuk tujuan ini diagnosis dini dan terapi yang rasional perlu ditegakkan dengan cepat dan tepat.
2. Mencegah agar cacat yang telah terjadi jangan menjadi lebih berat. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan berbagai cara, antara lain :
 - 1) Melindungi dan menjaga tangan yang anestesi (mungkin pula yang telah cacat).
 - 2) Melindungi dan menjaga kaki yang anestesi (mungkin pula yang telah cacat).
 - 3) Melindungi mata dari kerusakan dan menjaga pengelihatan.
 - 4) Menjaga fungsi saraf.
 - 5) Menjaga agar cacat tidak kambuh lagi.

Pencegahan terjadinya transisi dari *disability* ke *handicap* dapat dilakukan antara lain dengan penyuluhan, adaptasi sosial, dan latihan.

Upaya Pencegahan Cacat terdiri atas :

1. Upaya pencegahan cacat primer
 - 1) Diagnosis dini.
 - 2) Pengobatan secara teratur dan adekuat.
 - 3) Diagnosis dini dan penatalaksanaan neuritis, termasuk *silent neuritis*.
 - 4) Diagnosis dini dan penatalaksanaan reaksi.
2. Upaya pencegahan cacat sekunder
 - 1) Perawatan diri sendiri untuk mencegah luka.
 - 2) Latihan fisioterapi pada otot yang mengalami kelumpuhan untuk mencegah terjadinya kontraktur.
 - 3) Bedah rekontruksi untuk koreksi otot yang mengalami kelumpuhan agar tidak mendapat tekanan yang berlebihan.
 - 4) Bedah septik untuk mengurangi perluasan infeksi, sehingga pada proses penyembuhan tidak terlalu banyak jaringan yang hilang.
 - 5) Perawatan mata, tangan dan kaki yang anastesi atau mengalami kelumpuhan otot.

2.3 Konsep Teori Orem (*Self Care*)

2.3.1 Definisi Teori *Self Care*

Teori ini memandang bahwa seorang individu akan selalu menginginkan adanya keterlibatan dirinya terhadap perawatan diri dan bahwa individu tersebut juga mempunyai keinginan untuk dapat merawat dirinya secara mandiri (Alligood, 2006).

Tujuan dari teori Orem tersebut adalah membantu klien melakukan perawatan diri sendiri (Potter&Perry, 2005). Asuhan keperawatan diperlukan ketika klien tidak mampu memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, perkembangan dan sosial. Dan tujuan dari keperawatan adalah untuk meningkatkan kemampuan klien memenuhi kebutuhannya secara mandiri (Hartweg 1995). Kebutuhan seorang individu untuk terlibat dan merawat dirinya sendiri inilah yang disebut sebagai *self care therapeutic demand* atau disebut juga *self care requisites* (Parker, 2001). *Self care* merupakan sesuatu yang dapat dipelajari dan kemampuan individu untuk tindakan yang diambil sebagai respon dari adanya kebutuhan. *Self care requisite* terdapat tiga macam (Ladner, 2002) yaitu :

1. *Universalself care requisite*

Universal self-care requisites adalah kebutuhan dasar setiap manusia yaitu kebutuhan akan: udara, makanan, air, eliminasi, keseimbangan aktivitas dan istirahat, keseimbangan untuk menyendiri dan berinteraksi sosial , bebas dari ancaman, dan pengembangan pribadi dalam kelompok sesuai dengan kemampuan masing-masing individu (Alligood, 2006).

2. *Developmental self care requisite*

Developmental self-care requisites terbagi atas tiga bagian yaitu: penurunan kondisi yang memerlukan suatu pengembangan, keterlibatan dalam pengembangan diri, perlindungan terhadap kondisi, yang mengancam pengembangan diri (Alligood, 2006).

3. *Health deviation self care requisite.*

Health deviation of self-care requisites adalah kebutuhan akan self-care yang muncul karena seseorang dalam keadaan sakit atau terluka, mempunyai bentuk

patologis yang spesifik termasuk ketidakmampuan dan berada pada diagnose dan penatalaksanaan medis tertentu (Alligood, 2006).

Kebutuhan *self care* yang harus dipenuhi dalam jangka waktu tertentu disebut dengan *therapeutic demand*. Untuk memenuhinya digunakan 2 metode yaitu mengatur faktor yang diidentifikasi mengalami kekurangan yang akan mengganggu fungsi seorang manusia (air, udara, makanan) dan memenuhi elemen aktivitas (Maintenance, promosi, preventif dan provision).

Seorang individu mempunyai kekuatan untuk melaksanakan perawatan diri sendiri, kekuatan tersebut dinamakan *self care agency* yang dapat berubah setiap waktu dipengaruhi oleh kondisi kesehatan seorang individu.

2.3.2 Teori Sistem Keperawatan

Teori system keperawatan inilah yang menghubungkan antara tindakan dan peran perawat dengan tindakan dan peran klien (Hartweg, 1995). Sistem keperawatan adalah serangkaian tindakan keperawatan yang berkoordinasi dengan klien untuk mengenali dan memenuhi kebutuhan akan therapeutic self-care serta menjaga kemampuan klien untuk melaksanakan *self-care* (Alligood, 2006).

2.3.3 Penjelasan Skema Model Konsep Teori system Keperawatan

Teori Sistem Keperawatan merupakan teori yang menguraikan secara jelas bagaimana kebutuhan perawatan diri klien terpenuhi oleh perawat atau klien sendiri (Alligood, 2006)

Dalam pandangan sistem ini, Orem memberikan identifikasi dalam system pelayanan keperawatan diantaranya:

1. Sistem Bantuan Secara Penuh (*Wholly Copensatory System*)

Suatu tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan secara penuh pada klien dikarenakan ketidakmampuan klien dalam memenuhi tindakan

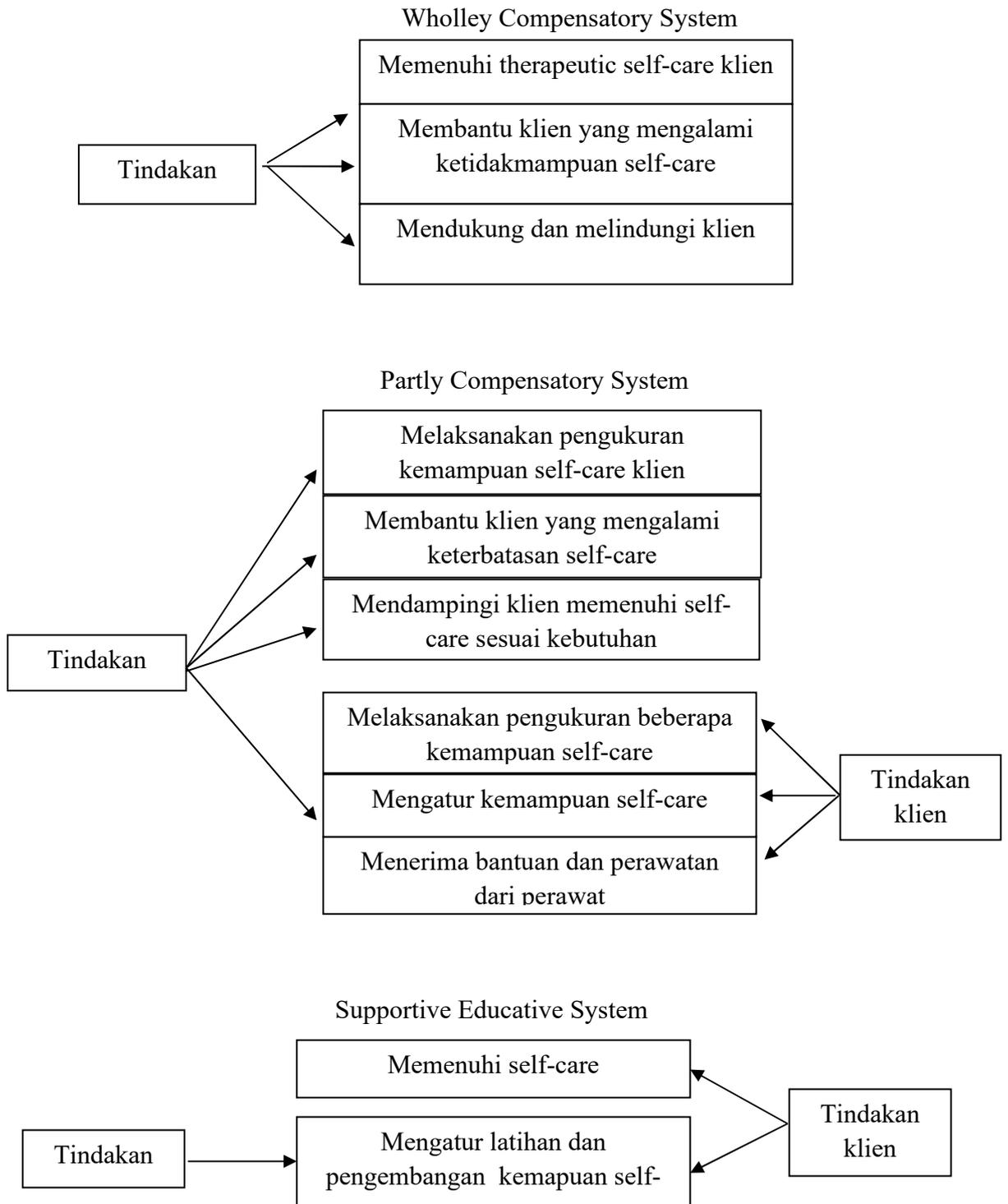
perawatan secara mandiri yang memerlukan bantuan dalam pergerakan, pengontrolan, dan ambulansi serta adanya manipulasi gerakan.

2. Sistem Bantuan Sebagian (*Partially Compensatory System*)

Sistem dalam pemberian perawatan diri sendiri secara sebagian saja dan ditujukan kepadaklien yang memerlukan bantuan secara minimal. Contoh: perawatan pada klien post operasi abdomen dimana klien tidak memiliki kemampuan untuk melakukan perawatan luka.

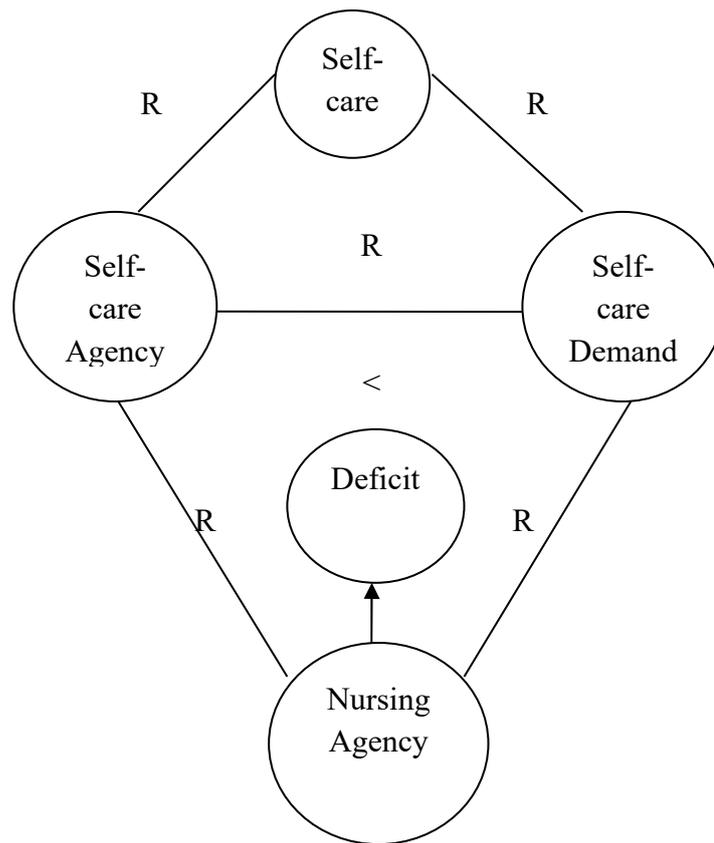
3. Sistem Supportif dan Edukatif

Sistem bantuan yang diberikan klien mampu memerlukan perawatan secara mandiri. Sistem ini dilakukan agar klien mampu melakukan tindakan keperawatan setelah dilakukan pembelajaran.



Gambar 2.3 Basic Nursing System (from Orem, D. E. (2001). Nursing Concept of Practice (6th Ed). St. Louis: Mosby).

Orem menciptakan konsep umum tentang keperawatan. Konsep umum tersebut memungkinkan pemikiran induktif dan deduktif dalam keperawatan. Bentuk dari teori disajikan dalam berbagai model yang dikembangkan oleh Orem dan ahli lain.



Gambar 2.4 Konsep Keperawatan menurut Orem (Tomey & Alligood, 2006)

Salah satu contoh model konsep umum tersebut tampak pada gambar 2.3 Orem mendeskripsikan model dan pentingnya model tersebut untuk pengembangan dan pemahaman terhadap realitas yang ada. Model konsep umum diatas secara operasional dapat dilaksanakan untuk membangun sistem keperawatan dan sistem keperawatan bagi individu, unit perawatan dependen atau komunitas (Alligood, 2006)

2.3.4 Asumsi Mayor

Orem menetapkan lima asumsi dasar untuk teori keperawatan (Alligood, 2006) yaitu:

1. Manusia membutuhkan masukan secara kontinyu untuk dirinya dan lingkungannya sehingga dapat memenuhi kebutuhan alamiahnya.
2. Human agency, yaitu kemampuan manusia dilatih untuk melaksanakan pada dirinya sendiri dan orang lain serta mengenali dan menyediakan kebutuhan yang diperlukan.
3. Manusia dewasa mengalami kekurangan dalam bentuk ketidakmampuan melaksanakan perawatan diri sendiri dan orang lain serta terlibat dalam mempertahankan kehidupan dan pengaturan fungsi masukan.
4. Human agency dilatih untuk menemukan, mengembangkan dan menyampaikan cara dan maksud dalam mengidentifikasi kebutuhan dan memenuhi kebutuhan untuk diri sendiri dan orang lain.
5. Kelompok manusia yang berhubungan satu dengan lainnya mempunyai tugas dan kewajiban untuk memenuhi perawatan diri bagi anggota kelompok yang mengalami kekurangan, memenuhi kebutuhan untuk diri sendiri dan orang lain.

2.4 Konsep Kemandirian Perawatan Diri Pada Pasien Kusta

2.4.1 Definisi

Kemandirian didefinisikan sebagai hal atau keadaan dapat berdiri sendiri tanpa bergantung kepada orang lain (Depdiknas, 2000). kemandirian merupakan perilaku yang terdapat pada seseorang yang timbul karena dorongan dari dalam dirinya sendiri, bukan karena pengaruh orang lain. Tingkat kemandirian seseorang dapat dibedakan antara orang yang mempunyai tingkat kemandirian tinggi dan rendah.

2.4.2 Kemandirian Perawatan diri Pada pasien Kusta Dalam Upaya pencegahan Kecacatan.

Merawat diri sendiri memungkinkan seseorang mengambil tanggung jawab untuk mencegah gangguan fungsi tidak menjadi lebih buruk. Pencegahan dan perawatan untuk mencegah terjadinya cacat kusta dapat dilakukan secara mandiri oleh klien sendiri atau keluarganya adalah sebagai berikut (Martodiharjo, 2003) :

1. Mengamati dan melaporkan kepada petugas kesehatan adanya :
 - 1) Perubahan rasa, berkurangnya kekuatan otot, nyeri saraf.
 - 2) Timbul luka, kulit retak-retak, atau kekuatan sendi.
 - 3) Luka yang tidak sembuh-sembuh.
 - 4) Perlu perbaikan/ganti alat bantu atau alat pelindung.
2. Perawatan Tangan dan Kaki
 - 1) Bila ada kelemahan otot maka perlu latihan secara aktif, akan tetapi bila kekuatan otot sudah tidak ada atau hampir hilang, dapat dilakukan latihan secara pasif.
 - 2) Pertahankan ROM (*range of motion*) sendi-sendi tangan dengan latihan ROM baik pasif maupun aktif. Bila telah timbul kontraktur harus dilakukan latihan peregangan.
 - 3) Bila ada *insensitive hand and foot* dilakukan perawatan sebagai berikut :
 - a. Rendam dalam air bersih selama 30 menit.
 - b. Beri minyak agar tetap lembab.
 - c. Haluskan bagian kulit yang kering dan tajam dengan menggunakan sikat lembut.
 - d. Hindari benda-benda yang tajam dan panas.
 - e. Bila berjalan harus selalu memakai alas kaki lunak.

- f. Bila perlu pakai alat bantu jalan (tongkat).
- g. Bila timbul ulkus, rawat setiap hari.

3. Perawatan mata

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

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

2.5 Konsep Pendidikan Kesehatan Pada Pasien.

Tren terbaru dalam perawatan kesehatan menyatakan bahwa klien dan keluarganya harus siap memikul tanggung jawab untuk pengelolaan perawatan diri (Potter & Perry, 2005). Fokusnya adalah hasil baik berupa keberhasilan pasien dan keterampilan dasar untuk perawatan diri. *The Joint Commission on Accreditation of healthcare Organization (JCAHO)* (1995) menggambarkan standar berikut bagi pendidikan klien/keluarga :

1. Klien dan keluarga diberi pendidikan yang dapat meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan perilaku yang diperlukan untuk memberikan keuntungan penuh dari intervensi kesehatan yang dilakukan oleh institusi.

2. Organisasi merencanakan dan mendorong pengawasan dan koordinasi aktivitas dan sumber pendidikan klien/keluarga.
3. Klien dan keluarga mengetahui kebutuhan belajar, kemampuan dan kesiapan untuk belajar.
4. Proses pendidikan klien dan keluarga bersifat interdisiplin sesuai dengan rencana asuhan keperawatan.
5. Klien dan keluarga mendapatkan pengkajian yang spesifik sesuai dengan hasil pengkajian, kemampuan, dan kesiapannya. Pendidikan kesehatan meliputi pemberian obat-obatan, penggunaan alat medis, pemahaman tentang interaksi makanan/obat dan modifikasi makanan, rehabilitasi, serta bagaimana melakukan pengobatan selanjutnya.
6. Informasi mengenai intruksi pulang yang diberikan kepada klien/keluarga diberikan oleh institusi atau individu yang bertanggung jawab terhadap kesinambungan perawatan klien.

Keberhasilan untuk memenuhi standar di atas bergantung pada partisipasi seluruh pemberi perawatan kesehatan profesional.

2.5.1 Tujuan Pendidikan klien.

Pendidikan klien yang komprehensif meliputi tiga tujuan yang setiap tujuannya mencakup tingkatan perawatan kesehatan yang berbeda (Potter & Perry, 2005) :

1. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit.

Klien yang menyadari tentang kesehatan mereka cenderung mencari pertolongan secepatnya untuk mengatasi masalah kesehatannya (Redman, 1993).

2. Perbaikan kesehatan

Klien yang dalam proses penyembuhan suatu penyakit dan yang sedang beradaptasi terhadap perubahan dirinya sering mencari informasi mengenai kondisinya, tetapi klien yang mengalami kesulitan beradaptasi terhadap perubahan dirinya mungkin menjadi pasif dan tidak tertarik untuk belajar. Peran perawat adalah mengidentifikasi keinginan klien untuk belajar dan membantu memotivasi minatnya serta melibatkan keluarga dalam mengembalikan kesehatan klien.

3. Koping terhadap gangguan fungsi

Peran keluarga dianggap sebagai salah satu variabel penting yang mempengaruhi hasil perawatan klien (Rebber, 1992). Motif utama pendidikan klien yang melibatkan anggota keluarga dalam penyelenggaraan perawatan dan proses pembuatan keputusan adalah untuk mengurangi stres selama di rawat di rumah sakit.

2.5.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pendidikan Kesehatan Kepada Pasien.

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan strategi pengajaran yaitu :

1. Faktor organisasi.
2. Faktor lingkungan.
3. Faktor klien.

Jika ketiga faktor ini kurang memadai maka akan muncul hambatan yang dapat mengurangi keefektifan intervensi pendidikan kesehatan karena adanya gangguan pada tingkat partisipasi guru atau klien.

Domain Pengajaran

Pembelajaran terbagi atas tiga domain Kozier, 2010) yaitu :

1. Pembelajaran Kognitif

Meliputi semua perilaku intelektual. Bloom (1956) mengklasifikasikan perilaku kognitif dalam urutan hirarki :

1) Pengetahuan

Dengan menggunakan pengetahuan mendapatkan fakta atau informasi yang baru dan dapat diingat kembali.

2) Pemahaman

Pemahaman adalah kemampuan untuk memahami materi yang dipelajari.

3) Aplikasi

Penggunaan ide-ide yang baru dipelajari untuk diterapkan dalam situasi yang nyata.

4) Analisis

Mengaitkan ide yang satu dengan ide yang lain dengan cara yang benar.

5) Sintesis

Merupakan kemampuan memahami sebagian informasi dari semua informasi yang diterima.

6) Evaluasi

Merupakan penilaian terhadap sejumlah informasi yang diberikan untuk tujuan yang ditetapkan.

2. Pembelajaran Afektif

Pembelajaran afektif berkaitan dengan ekspresi perasaan dan penerimaan suatu sikap, opini atau seperangkat nilai. Hirarki pembelajaran afektif (Krathwohl et al. 1964) adalah :

1) Penerimaan

Penerimaan adalah sikap terbuka untuk mengikuti petunjuk dari orang lain.

2) Menanggapi

Menanggapi berarti melibatkan partisipasi aktif melalui proses mendengarkan dan bereaksi secara verbal dan non verbal.

3) Menilai

Menilai berarti memberikan nilai pada suatu obyek atau perilaku.

4) Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah mengembangkan sistem nilai melalui identifikasi dan pengorganisasian nilai serta penyelesaian kembali konflik.

5) Pengarakterisasian

Pengarakterisasian meliputi tindakan dan respon terhadap sistem nilai yang konsisten.

3. Pembelajaran Psikomotor

Pembelajaran psikomotor meliputi pembelajaran pencapaian ketrampilan yang membutuhkan keutuhan mental dan aktivitas otot seperti kemampuan berjalan atau menggunakan alat-alat makan. Hirarki pembelajaran psikomotor (Simpson, 1972) adalah :

1) Persepsi

Persepsi merupakan keadaan yang menyadari suatu obyek atau kualitas melalui penggunaan seluruh organ indra.

2) Perangkat

Perangkat merupakan kesiapan untuk melakukan tindakan tertentu. Ada tiga perangkat yaitu mental, fisik dan emosi.

3) Respon Terbimbing

Respon terbimbing merupakan kinerja suatu tindakan di bawah bimbingan seorang instruktur. Hal ini merupakan tindakan meniru dari tindakan yang didemonstrasikan.

4) Mekanisme

Mekanisme merupakan tingkat perilaku yang lebih tinggi, dimana seseorang telah memiliki kepercayaan diri dan ketrampilan dalam melakukan perilaku tertentu.

5) Respon Kompleks Terbuka

Respon kompleks terbuka mencakup pelaksanaan ketrampilan motorik yang terdiri dari pola gerakan yang kompleks. Seseorang memperlihatkan ketrampilan secara halus dan benar tanpa ragu-ragu.

6) Adaptasi

Adaptasi terjadi bila seseorang mampu mengubah respon motorik ketika muncul masalah yang tidak diduga.

7) Keaslian

Keaslian merupakan aktivitas motorik yang paling kompleks yang mencakup penciptaan pola gerakan yang baru. Seseorang bertindak berdasarkan kemampuan dan ketrampilan psikomotor yang ada.

Program pendekatan rehabilitasi pada pasien kusta yang telah diperkenalkan oleh WHO sejak tahun 1980 yaitu Pendekatan Rehabilitasi Bersumber Daya Masyarakat (CBR) yang pelaksanaannya dengan modul dan fasilitator adalah pasien atau keluarga.

2.6 Modul

2.6.1 Pengertian Modul

Modul merupakan uraian dari pokok-pokok bahasan yang sesuai dengan tujuan pembelajaran dilengkapi dengan langkah-langkah/proses, bahan bacaan atau uraian materi, petunjuk penugasan, diskusi, studi kasus, latihan-latihan dan evaluasi

yang digunakan fasilitator/pelatih dalam menyampaikan bahan belajar dalam proses pembelajaran yang sesuai secara terperinci (Depkes 2003).

Modul dapat mengukur tingkat penguasaan materi diri sendiri, terdapat umpan balik atas penilaian peserta/responden, terdapat juga informasi tentang referensi yang mendukung materi, dan modul digunakan untuk orang lain bukan untuk penulis. Hal-hal yang perlu diperhatikan tentang karakteristik modul (Depkes, 2003) :

1. Dapat disusun tersendiri (berdiri sendiri).
2. Tujuan awal dan tujuan akhir modul harus dirumuskan secara jelas dan terukur.
3. Materi dikemas dalam unit-unit kecil dan tuntas, tersedia contoh-contoh ilustrasi yang jelas.
4. Tersedia soal-soal latihan, tugas dan sejenisnya.
5. Materinya *up to date* dan kontekstual.
6. Bahasa sederhana, lugas dan komunikatif.
7. Terdapat rangkuman materi pembelajaran.
8. Tersedia instrumen penilaian yang memungkinkan peserta/responden melakukan *self assessment*.

2.6.2 Tujuan Penulisan modul

Tujuan penulisan modul (Depkes, 2003) adalah :

1. Memperjelas dan mempermudah penyajian pesan agar tidak terlalu bersifat verbal.
2. Mengatasi keterbatasan waktu, ruang dan daya indera bagi peserta/responden maupun instruktur.
3. Dapat digunakan secara tepat dan bervariasi :
 - 1) Meningkatkan motivasi dan gairah belajar bagi peserta/responden.

- 2) Mengembangkan kemampuan peserta/responden dalam berinteraksi langsung dengan lingkungan dan sumber belajar lainnya.
- 3) Memungkinkan peserta/responden belajar mandiri sesuai kemampuan dan minatnya.
- 4) Memungkinkan peserta/responden dapat mengukur dan mengevaluasi sendiri belajarnya.

2.6.3 Cara Penyusunan Modul

Cara menyusun modul adalah sebagai berikut (Depkes 2003) :

Judul Modul : diisi dengan topik pembelajaran.

I. Deskripsi Singkat

Uraikan dengan singkat pengantar materi pembelajaran yang akan disampaikan.

II. Tujuan Pembelajaran

Tujuan pembelajaran dibagi dalam :

1. Tujuan pembelajaran umum
2. Tujuan pembelajaran khusus

III. Pokok Bahasan atau sub pokok bahasan

Jumlah pokok bahasan sama dengan jumlah item pada tujuan pembelajaran khusus.

IV. Bahan Belajar

Tuliskan bahan-bahan yang dipergunakan untuk mempelajari materi. Bahan belajar dapat berupa buku, teks, modul, peraturan, standar, pedoman, dan bahan lain berisikan informasi yang terkait dengan materi.

V. Langkah-langkah kegiatan pembelajaran

1. Jabarkan langkah-langkah kegiatan yang akan dilaksanakan dalam proses pembelajaran.
2. Uraikan prosedur dengan metode yang akan digunakan menyampaikan materi setiap pokok dan sub bahasan.
3. Gunakan metode yang sesuai dengan kompetensi yang diharapkan dapat dicapai pada sesi tersebut. Bila yang diharapkan peserta mampu menerapkan, maka metode yang paling tepat adalah praktek yang dapat dilakukan melalui simulasi, latihan maupun studi kasus.
4. Pertimbangkan metode yang dapat senantiasa melibatkan secara aktif seluruh peserta dalam setiap proses. Metode sebaiknya berganti-ganti pada setiap sesi agar motivasi peserta tetap terjaga.
5. Uraikan rencana peragaan, latihan yang sesuai dengan topik.
6. Tetapkan media dan alat bantu yang tepat disesuaikan dengan metode.
7. Tuliskan tugas-tugas atau latihan yang harus diselesaikan oleh peserta latih.
8. Persiapkan bahan-bahan penugasan (tayangan, kasus, skenario permainan) dan lampirkan pada lembar kerja secara rinci.
9. Uraikan rencana evaluasi baik kuantitatif maupun kualitatif yang akan digunakan untuk mengukur kemampuan awal peserta latih juga untuk mengukur pencapaian kompetensi sesuai tujuan pembelajaran.
10. Sediakan format evaluasi yang digunakan.
11. Perhitungkan alokasi waktu yang digunakan setiap sesi hingga kompetensi tercapai.

VI. Uraian Materi

Uraikan secara spesifik dari masing-masing pokok bahasan dan atau sub pokok bahasan.

VII. Referensi

Sebutkan buku-buku atau sumber lainnya yang digunakan dalam menyusun materi pelajaran dan yang digunakan sebagai rujukan dalam mempelajari materi pembelajaran.

VIII. Lampiran

Terdiri dari :

1. Lembar Kerja

Sediakan lembar kerja bagi fasilitator dan peserta latih. Lembar kerja memuat kegiatan fasilitator dan peserta latih secara rinci berikut bahan tayangan, diskusi, bermain peran, simulasi, studi kasus dan sebagainya.

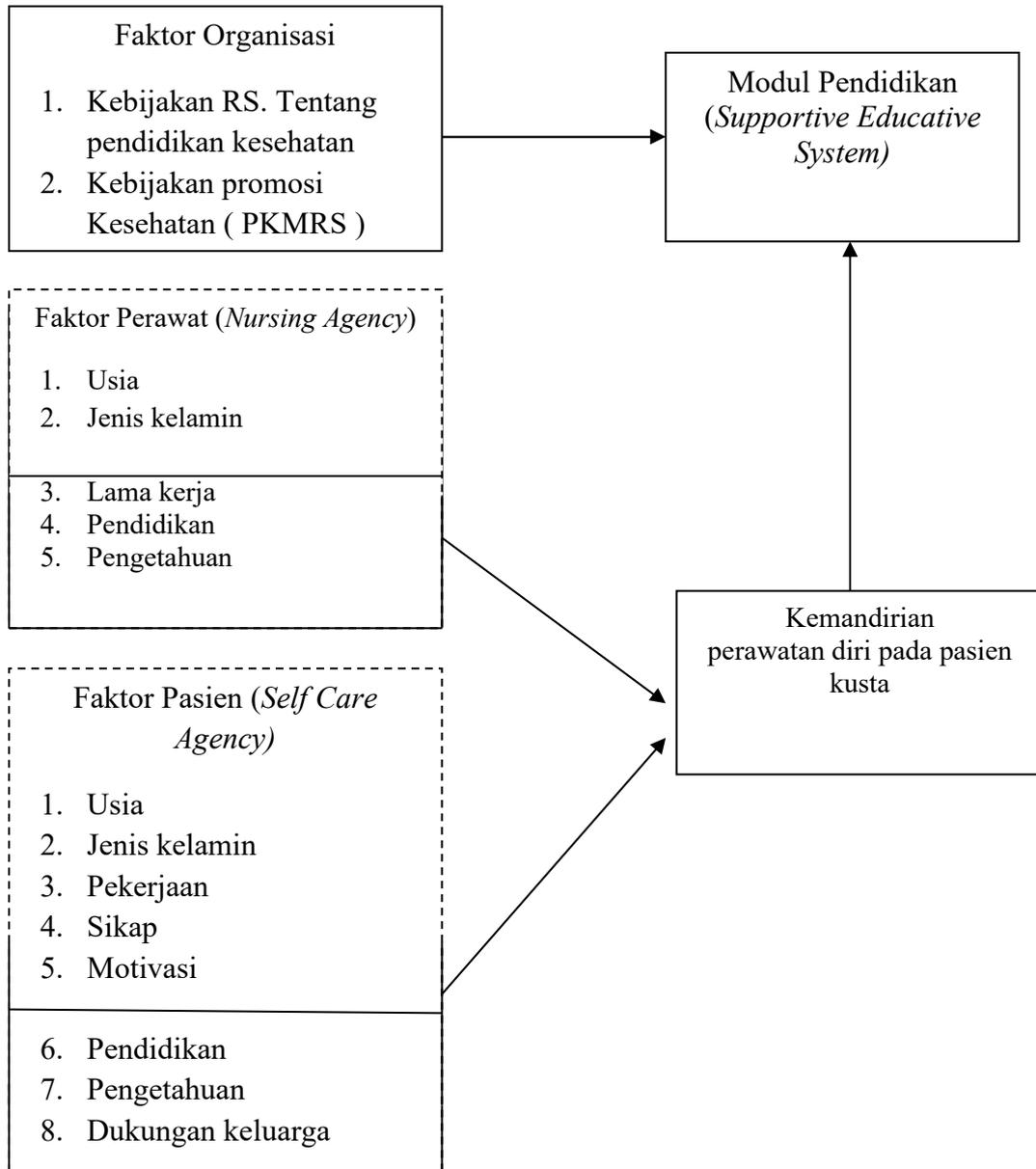
Bahan-bahan tersebut dapat berupa kasus, ilustrasi, skenario, soal, pertanyaan, jawaban, dan sebagainya.

2. Informasi yang mendukung dan tidak disampaikan di bagian lain.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

Diukur
 Tidak Diukur

Gambar 3.1 : Kerangka konseptual modul pendidikan pada pasien Kusta dalam meningkatkan kemandirian.

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan bahwa faktor organisasi yang terdiri dari kebijakan tentang pendidikan kesehatan dan kebijakan tentang promosi kesehatan /PKMRS dihubungkan dengan modul pendidikan, faktor dari perawat yang mempengaruhi kemandirian pasien meliputi lama kerja, pendidikan, pengetahuan. Faktor dari pasien yang mempengaruhi kemandirian meliputi pendidikan, pengetahuan dan dukungan keluarga.

3.2 Hipotesis

- 1 Terdapat hubungan antara faktor perawat (lama kerja, pendidikan, pengetahuan) dengan kemandirian.
- 2 Terdapat hubungan antara faktor dari pasien (pendidikan, pengetahuan, dan dukungan keluarga) dengan kemandirian.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *Deskriptif* yaitu merupakan rancangan penelitian untuk mendeskriptifkan kejadian yang terjadi pada masa sekarang yang artinya penelitian hanya melakukan pengamatan atau survey terhadap variabel penelitian. Jenis *cross-sectional*, dimana data diambil pada saat bersamaan (sekali waktu) artinya tiap subyek penelitian hanya diobservasi sekali saja.

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi perawat dalam penelitian ini adalah perawat pada unit rawat inap Melati populasi pasien adalah seluruh penderita kusta yang dirawat di ruang rawat inap Melati Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian penderita kusta yang dirawat di ruang rawat inap Melati dan perawat pada rawat inap Melati, maka ditetapkan kriteria sampel sebagai berikut :

Kriteria Inklusi :

Sampel pasien :

1. Pasien kusta dengan cacat II.
2. Pasien yang berusia diatas 15 tahun.
3. Pasien yang bersedia untuk diteliti.

Sampel perawat :

Unit populasi ruang rawat inap Melati.

Sampel Organisasi

Koordinator pokja fungsional Rumah sakit Kusta Sumberglagah.

Besar Sampel

Rumus yang dapat digunakan untuk menentukan besar sampel pasien adalah :

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

Keterangan :

N : Besar Populasi

n : Besar Sampel

d : Tingkat signifikansi (p)

$$\begin{aligned} n &= \frac{20}{1 + 20(0,05)^2} \\ &= 18 \end{aligned}$$

Besar sampel pasien :

Jumlah sampel yang didapat dari populasi pasien adalah 18 orang.

Besar sampel perawat

Unit Populasi ruang rawat inap Melati berjumlah 8 orang perawat.

Besar sampel organisasi

Koordinator Pokja Fungsional

4.2.3 Tehnik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan dengan metode *Purposive sampling*.

4.3 Variabel Penelitian

Pada penelitian ini, variabel independen yang digunakan adalah faktor kebijakan rumah sakit meliputi kebijakan rumah sakit tentang pendidikan kesehatan, kebijakan rumah sakit tentang promosi kesehatan (PKMRS) Faktor perawat meliputi pendidikan, Pengetahuan, dan faktor pasien meliputi pendidikan, pengetahuan dan dukungan keluarga. Variabel dependen yang digunakan adalah kemandirian perawatan diri pada pasien kusta.

4.3.1 Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini akan disajikan dalam bentuk variabel sebagai berikut :

Tabel 4.1 : Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Faktor Organisasi :					
1. Kebijakan rumahsakit tentang pendidikan kesehatan	Surat Keputusan Kepala UPT yang mengatur tentang pendidikan kesehatan	Adanya SK tentang Pendidikan kesehatan	wawancara	Nominal	Ada = 1 Tidak ada = 0
2. Kebijakan rumah sakit tentang PKMRS	Surat Keputusan Kepala UPT tentang PKMRS	Adanya SK tentang PKMRS	wawancara	Nominal	Ada = 1 Tidak ada = 0
Faktor perawat :					
1. Pendidikan perawat	Pendidikan formal terakhir perawat.	- SPK - D III - S I - S 2	Kuesioner	Ordinal	1 = SPK 2 = DIII 3 = SI 4 = S2

2. Pengetahuan Perawat	Pengetahuan perawat tentang kusta dan perawatan diri .	<ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan tentang <i>self care</i> - Pelaksanaan <i>self care</i> di rumah sakit 	Kuesioner	Ordinal	Baik = 8 - 10 cukup= 4 - 7 kurang = 0 - 3
3. Lama kerja	Lama kerja terhitung mulai ditempatkan di ruang rawat inap Melati	<ul style="list-style-type: none"> < 1 th 3-4 th >5th 	Kuesioner	Ordinal	1= < 1 th 2= 1-2 th 3= 3-5 th 4= >5 th
Faktor pasien :					
1. Pendidikan	Pendidikan formal tertinggi yang pernah diikuti oleh responden	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak sekolah - Tidak tamat SD - SD - SLTP - SLTA - PT 	Wawancara	Ordinal	Tdk sekolah Tdk tamat SD SD SLTP SLTA PT
2. Pengetahuan	Pengetahuan yang dimiliki oleh responden .	<ul style="list-style-type: none"> - Penyebab penyakit - Penularan - Pengobatan 	Wawancara	Ordinal	kurang =< 50 Baik=> 50
3. Dukungan keluarga	Seseorang yang memberikan dukungan dan membantu pasien selama sakit	Orang terdekat yang dilibatkan dalam pendidikan kesehatan	Wawancara	Nominal	Ada dukungan=>2 Kurang dukungan=<2
Kemandirian	Tindakan merawat diri secara mandiri	<ul style="list-style-type: none"> - Perawatan mata - Perawatan tangan - Perawatan kaki 	Wawancara	Nominal	Mandiri Kurang Mandiri

4.4 Instrumen penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah untuk responden Koordinator Pokja Fungsional dilakukan dengan wawancara,

untuk responden perawat menggunakan lembar kuesioner dan untuk responden pasien dilakukan dengan wawancara.

4.5 Lokasi dan waktu penelitian

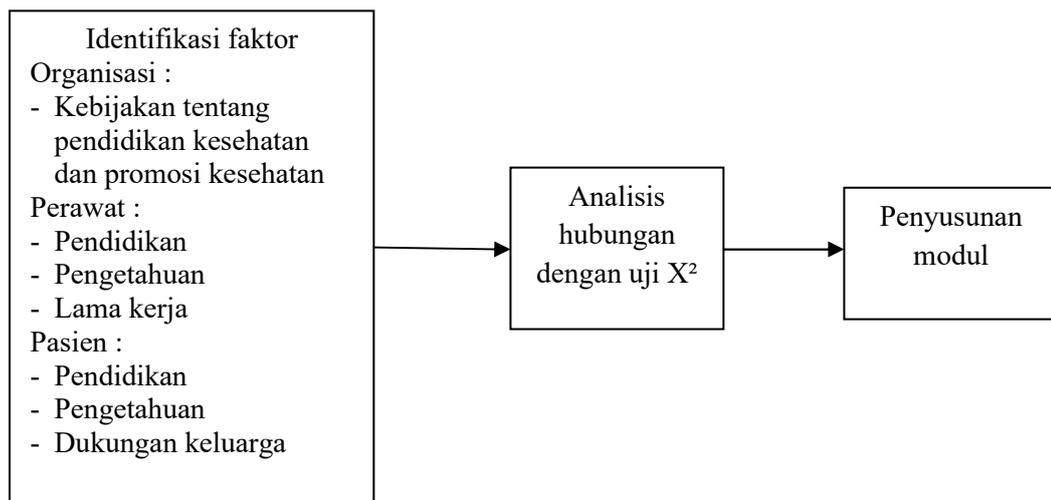
Penelitian dilaksanakan di ruang rawat inap Melati Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto yang dilaksanakan pada tanggal 27 - 29 Desember 2011.

4.6 Prosedur pengambilan dan pengumpulan data

Pengumpulan data untuk faktor organisasi dilakukan dengan melakukan wawancara dengan Koordinator Pokja Fungsional Rumah Sakit Kusta Sumberglagah. Pengumpulan data untuk perawat dilakukan dengan pengisian lembar kuesioner yang dibagikan kepada responden masing-masing sifit jaga 2 orang, dilanjutkan pengumpulan data untuk faktor pasien dilakukan dengan wawancara pada responden satu hari 9 orang responden.

4.7 Kerangka operasional

Kerangka operasional penelitian adalah sebagai berikut :



Gambar 4.1 : Gambar Kerangka Operasional

4.8 Analisa Data

Variabel penelitian disajikan dalam bentuk tabel. Untuk menganalisis hubungan variabel independen dengan variabel dependen dilakukan dengan menggunakan *Uji Chi Kuadrat (X^2)* untuk mengevaluasi frekuensi yang diselidiki atau hasil observasi dan dianalisis apakah terdapat hubungan yang signifikan.

4.9 Etika Penelitian

Penelitian dan pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan ijin dari Kepala UPT Rumah Sakit Kusta Sumberglagah dan dari responden.

4.8.1 *Informed concent* atau lembar persetujuan

Penandatanganan lembar persetujuan menjadi responden sebelum penelitian dilaksanakan pada subyek yang akan diteliti dan telah diberikan penjelasan tentang apa yang akan dilakukan dengan tujuan subyek mengetahui maksud dan tujuan penelitian.

4.8.2 Tanpa nama (*Anonymity*)

Nama responden tidak dicantumkan pada alat ukur, hanya dituliskan kode pada lembar pengumpulan data.

4.8.3 Kerahasiaan (*confidentiality*)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan hasil pengumpulan data tentang identifikasi faktor yang berpengaruh dalam penyusunan modul pendidikan pada pasien kusta dalam meningkatkan kemandirian. Data penelitian yang disajikan meliputi gambaran umum lokasi penelitian dan data khusus yang mencakup identifikasi faktor organisasi (kebijakan rumah sakit tentang pendidikan kesehatan dan kebijakan tentang PKMRS), identifikasi faktor perawat (pendidikan, lama kerja, pengetahuan), identifikasi faktor pasien (pendidikan, pengetahuan, dan dukungan keluarga) dan hasil analisis hubungan faktor organisasi terhadap modul, pengaruh faktor perawat terhadap kemandirian pasien serta hubungan faktor pasien terhadap kemandirian pasien. Data tersebut diperoleh dengan melakukan wawancara dengan koordinator Pokja Fungsional dan pasien di ruang rawat inap melati serta dengan membagikan kuesioner kepada unit populasi di ruang rawat inap Melati Rumah Sakit Kusta Sumberglagah . Kemudian dilakukan pembahasan tentang hasil yang telah didapatkan sesuai dengan teori yang telah dikemukakan.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang rawat inap Melati Rumah Sakit kusta Sumberglagah Pacet Mojokerto pada tanggal 27 – 29 Desember 2011. 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.

Model asuhan keperawatan yang digunakan di Ruang Melati saat ini yaitu menerapkan model asuhan keperawatan profesional tim, tetapi belum sempurna seperti yang diharapkan. Semua pembiayaan diruang Melati mulai dari biaya Pengadaan dana bagi ruangan, Sumber dana operasional ruangan, Sumber kesejahteraan ruangan, pendanaan alat kesehatan dan pendanaan bahan kesehatan (habis pakai) di dapatkan dari APBN/APBD yang diajukan setiap sebulan sekali. Biaya perawatan pasien diruang Melati seluruhnya ditanggung oleh pemerintah melalui program JAMKESMAS dan JAMKESDA.

5.1.2 Data Variabel Penelitian

1. Faktor Organisasi

Rumah sakit kusta Sumberglagah sudah mempunyai kebijakan tentang pendidikan kasehatan dan promosi kesehatan (PKMRS).

2. Faktor Perawat

Tabel 5.1 : Karakteristik responden perawat di ruang rawat inap Melati Rumah sakit Kusta Sumberglagah menurut pendidikan, lama kerja dan pengetahuan Desember 2011.

Karakteristik	Frekuensi	Presentase (%)
Pendidikan		
- D III	6	75
- S I	2	25
Total	8	100
Lama kerja		
- < 1 tahun	3	37,5
- > 5 tahun	5	62,5
Total	8	100
Pengetahuan		
- Baik	5	62,5
- Cukup	3	37,5
- Kurang	0	0
Total	8	100

Data tabel 5.1 menunjukkan sebagian besar perawat di ruang rawat inap Melati 6 orang (75%) berpendidikan D III Keperawatan, dengan lama kerja sebagian besar 5 orang (62,5%) > 5 tahun. Pengetahuan sebagian besar perawat 5 orang (62,5%) mempunyai pengetahuan baik tentang perawatan diri pada pasien kusta.

3. Faktor Pasien

Tabel 5.2 : Karakteristik pasien kusta di ruang rawat inap Melati Rumah sakit Kusta Sumberglagah menurut pendidikan, pengetahuan dan dukungan keluarga Desember 2011.

Karakteristik	Frekuensi	Presentase (%)
Pendidikan		
- Tidak tamat SD	6	33,3
- SD	6	33,3
- SLTP	3	16,7
- SLTA	3	16,7
Total	18	100
Pengetahuan		
- Baik	8	44,4
- Kurang	10	55,6
Total	18	100
Dukungan keluarga		
- Ada dukungan	12	66,7
- Tidak ada dukungan	6	33,3
Total	18	100

Data tabel 5.2 menunjukkan sebagian besar pasien 6 orang (33,3%) berpendidikan SD dan 6 orang (33,3%) tidak tamat SD dengan pengetahuan sebagian besar 10 orang (55,6%) pasien berpengetahuan kurang dan sebagian besar 12 orang (66,7%) pasien mendapat dukungan dari keluarga.

4. Kemandirian Pasien Kusta Dalam Perawatan Diri

Tabel 5.3 : Kemandirian perawatan mata, tangan dan kaki pada pasien kusta di ruang rawat inap Melati Rumah sakit Kusta, Desember 2011.

Perawatan Diri	Mandiri	Presentase (%)	Kurang Mandiri	Presentase (%)	Total	Presentase (%)
Mata	13	72,2	5	27,8	18	100
tangan	14	77,8	4	22,2	18	100
Kaki	11	61,1	7	38,9	18	100

Data Tabel 5.3 menunjukkan sebagian besar 13 orang (72,2%) pasien mandiri dalam perawatan mata, hampir seluruh pasien 14 orang (77,8%) mandiri dalam perawatan tangan dan sebagian besar 11 orang (61,1%) pasien mandiri dalam perawatan kaki.

5.1.3 Hubungan Faktor Perawat dengan Kemandirian Pasien kusta Dalam Perawatan Diri.

Tabel 5.4 : Tabulasi silang pendidikan perawat dengan kemandirian pasien.

Pendidikan Perawat	kemandirian pasien		Total
	Mandiri	Kurang mandiri	
D III	8 61.5%	5 38.5%	13 100.0%
S I	2 40.0%	3 60.0%	5 100.0%
Total	10 55.6%	8 44.4%	18 100.0%
Uji X ²	0,678, p = 0,410		

Data tabel 5.4 menunjukkan tabulasi silang pendidikan perawat dengan kemandirian pasien didapatkan 61,5% dengan pendidikan perawat D III pasien mandiri dengan hasil uji X² diperoleh nilai X² = 0,678, p = 0,410 yang artinya tidak ada hubungan antara pendidikan perawat dengan kemandirian pasien.

Tabel 5.5 : Tabulasi silang pengetahuan perawat dengan kemandirian pasien.

Pengetahuan Perawat	Kemandirian pasien		Total
	Mandiri	Kurang mandiri	
Kurang	2 28.6%	5 71.4%	7 100.0%
Cukup	4 66.7%	2 33.3%	6 100.0%
Baik	4 80.0%	1 20.0%	5 100.0%
Total	10 55.6%	8 44.4%	18 100.0%
Uji X ²	3,574, p = 0,167		

Data tabel 5.5 menunjukkan tabulasi silang pengetahuan perawat dengan kemandirian pasien, sebagian besar 80% pasien bisa mandiri dengan pengetahuan

perawat baik dengan hasil uji X^2 diperoleh nilai $X^2 = 3,574$, $p = 0,167$ yang artinya tidak ada hubungan antara pengetahuan perawat dengan kemandirian pasien.

Tabel 5.6 : Tabulasi silang lama kerja perawat dengan kemandirian pasien.

Lama Kerja Perawat	kemandirian pasien		Total
	mandiri	kurang mandiri	
< 1 tahun	2 28.6%	5 71.4%	7 100.0%
>5 tahun	8 72.7%	3 27.3%	11 100.0%
Total	10 55.6%	8 44.4%	18 100.0%
Uji X^2	3,378 p = 0,066		

Data tabel 5.6 menunjukkan tabulasi silang lama kerja perawat dengan kemandirian didapatkan sebagian besar perawat bekerja > 5 tahun 72,7% pasien bisa mandiri dengan hasil uji X^2 diperoleh nilai $X^2 = 3,378$ $p = 0,066$ yang artinya tidak ada hubungan antara lama kerja perawat dengan kemandirian pasien.

5.1.4 Hubungan Faktor Pasien dengan Kemandirian Perawatan Diri

Tabel 5.7 : Tabulasi silang pengetahuan pasien dengan kemandirian pasien

Pengetahuan Pasien	kemandirian Px		Total
	mandiri	Kurang mandiri	
Kurang	3 30.0%	7 70.0%	10 100.0%
Baik	7 87.5%	1 12.5%	8 100.0%
Total	10 55.6%	8 44.4%	18 100.0%
Uji X^2	5,951, p = 0,015		

Data tabel 5.7 menunjukkan tabulasi silang pengetahuan pasien dengan kemandirian didapatkan dengan pengetahuan baik 87,5% pasien mandiri dengan hasil uji X^2 diperoleh nilai $X^2 = 5,951$, $p = 0,015$ yang artinya ada hubungan antara pengetahuan pasien dengan kemandirian.

Tabel 5.8 : Tabulasi silang dukungan keluarga dengan kemandirian pasien

Dukungan keluarga	kemandirian Px		Total
	mandiri	Kurang mandiri	
Ada dukungan keluarga	9 75.0%	3 25.0%	12 100.0%
Tidak dukungan keluarga	1 16.7%	5 83.3%	6 100.0%
Total	10 55.6%	8 44.4%	18 100.0%
Uji X ²	5,951, p = 0,015		

Data tabel 5.8 menunjukkan tabulasi silang dukungan keluarga dengan kemandirian didapatkan dengan dukungan keluarga 75 % pasien bisa mandiri dengan hasil uji X² diperoleh nilai X² = 5,951, p = 0,015 artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian.

Tabel 5.9 : Tabulasi silang pendidikan pasien kemandirian pasien

Pendidikan pasien	kemandirian pasien		Total
	mandiri	Kurang mandiri	
Tidak tamat SD	1 16.7%	5 83.3%	6 100.0%
SD	3 50.0%	3 50.0%	6 100.0%
SLTP	3 100.0%	0 0.0%	3 100.0%
SLTA	3 100.0%	0 0.0%	3 100.0%
Total	10 55.6%	8 44.4%	18 100.0%
Uji X ²	8,550, p = 0,036		

Data tabel 5.9 menunjukkan tabulasi silang pendidikan pasien dengan pendidikan SD kemandirian didapatkan 83,3% pasien kurang mandiri dan pasien dengan pendidikan SLTP dan SLTA 100% bisa mandiri, dengan hasil uji X² diperoleh nilai X² = 8,550, p = 0,036 artinya ada hubungan antara pendidikan dengan kemandirian.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Faktor Organisasi

Dari data penelitian yang diperoleh didapatkan bahwa di RS Kusta Sumberglagah sudah ada kebijakan mengenai pendidikan kesehatan dan kebijakan promosi kesehatan atau PKMRS yang di bakukan dalam surat keputusan Kepala UPT. Pelaksanaan pendidikan dan promosi kesehatan dilakukan tiap 1 bulan sekali di ruang rawat inap kusta dengan topik kusta dan topik kesehatan umum. Sebagai narasumber yaitu tim medis dan paramedis rumah sakit kusta sumberglagah, namun belum ada modul khusus tentang perawatan diri pasien kusta.

Faktor organisasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi penyusunan dan pelaksanaan modul. Dukungan bagian administratif mempengaruhi jumlah dan jenis sarana dan prasarana yang disediakan bagi pendidikan Bastable, S (2010).

Dengan adanya kebijakan tentang pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan dari organisasi diharapkan dapat memberikan motivasi perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan dan adanya dukungan finansial, materi audio visual dan peralatan instruksional, kesempatan untuk mengembangkan materi, dan tersedianya ruangan yang digunakan sebagai tempat belajar pasien yang menunjang penyusunan modul dan pelaksanaan pendidikan kesehatan kepada pasien secara konsisten, efektif dan efisien.

5.2.2 Faktor Perawat

Sebagian besar perawat 61,5% mempunyai pendidikan D3 keperawatan, menurut Luker dan Cares (1989) kebijaksanaan untuk melibatkan semua perawat dalam pendidikan pasien sangat tidak dikehendaki karena mayoritas praktisi keperawatan hanya memiliki latar belakang keperawatan dasar dari program diploma.

Sedangkan pendidikan pasien memperlihatkan sesuatu yang menyeluruh sehingga diperlukan ketrampilan spesialis. Menurut peneliti meskipun sebagian besar perawat mempunyai latar belakang pendidikan D III tetapi dengan lama kerja > dari 5 tahun dan pengetahuan baik walaupun menurut uji statistik tidak ada hubungan tetapi tetap berpengaruh terhadap kemandirian pasien.

Pengetahuan perawat tentang perawatan sebagian besar perawat mempunyai pengetahuan baik (62,5%), tetapi hasil uji X^2 menunjukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan perawat dengan kemandirian perawatan diri pasien kusta. Menurut Smith, (1989) dan Bell (1986) keberhasilan upaya pemberian pendidikan kepada pasien diukur bukan berdasarkan berapa banyak materi yang disampaikan, tetapi berdasarkan berapa banyak yang dipelajari oleh pasien, khususnya adalah suatu proses untuk membantu orang mempelajari perilaku yang ada kaitannya dengan kesehatan sehingga ia dapat menerapkannya dalam kehidupan sehari hari untuk mencapai kesehatan yang optimum dan kemandirian dalam perawatan diri. Menurut peneliti walaupun menurut uji statistik tidak ada hubungan antara pengetahuan perawat dan kemandirian pasien tetapi perawat dengan pengetahuan yang baik akan mempengaruhi dalam penyampaian kualitas informasi dan tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

Dari hasil penelitian sebagian besar perawat (62,5%) dengan lama kerja > 5 tahun, hasil uji X^2 diperoleh kesimpulan tidak ada hubungan antara lama kerja perawat dengan kemandirian perawatan diri pasien kusta. Tetapi lama kerja tetap berpengaruh terhadap kemandirian pasien dengan asumsi yang sering berlaku dan yang diyakini bahwa pegawai yang cukup senior dipandang telah memiliki kinerja tinggi dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Hal ini terjadi karena selama ini belum ada standarisasi dan kurang jelasnya materi pendidikan, pendelegasian,

pendokumentasian dan koordinasi yang kurang sehingga mempengaruhi keberhasilan penyampaian pendidikan kesehatan kepada pasien.

5.2.3 Faktor Pasien

Dari data yang diperoleh sebagian besar pasien (33,3%) berpendidikan SD dan Tidak tamat SD. Hasil uji X^2 menunjukkan ada hubungan pendidikan pasien dengan kemandirian. Hal ini sesuai dengan teori tentang pendidikan menurut Kuntjoroningrat (1997) yang dikutip Nursalam (2001) bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi. Dengan latar belakang pendidikan yang baik akan mempengaruhi pasien dalam penerimaan informasi dan motivasi pasien dalam menerapkan pengajaran, bertanggung jawab dan mampu merubah perilaku pasien dan keluarga dalam memelihara perilaku sehat serta berperan aktif dalam perawatan diri sehingga pasien mampu mendayagunakan kemampuan yang dimiliki saat sakit ataupun setelah sakit.

Dari faktor pengetahuan pasien dalam penelitian didapatkan data sebagian 44,4% pasien berpengetahuan baik. Hasil uji X^2 menunjukkan ada hubungan pengetahuan pasien dengan kemandirian. Hal ini sesuai dengan Notoadmojo (2007) menyebutkan bahwa pengetahuan merupakan domain penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dari penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan seseorang semakin mudah menerima dan memahami informasi sehingga menyebabkan angka kemandirian pasien semakin tinggi. Dengan meningkatnya pengetahuan pasien akan sakitnya kecemasan dan ketakutan pasien akan berkurang sehingga mempengaruhi pasien untuk bertindak secara mandiri dalam melakukan perawatan diri.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 10 orang pasien yang mandiri hampir seluruhnya atau 90% mendapat dukungan keluarga, dukungan keluarga

mempunyai peran penting dalam kemandirian perawatan diri pasien. Hal ini sesuai dengan Reeber (1992) mengatakan bahwa keluarga berperan sebagai salah satu variabel penting yang mempengaruhi hasil perawatan pasien. Keluarga berperan penting dalam menentukan cara atau asuhan keperawatan yang diperlukan oleh pasien baik di rumah maupun di rumah sakit sehingga akan menurunkan angka ketergantungan untuk merawat dirinya sendiri. Dengan melibatkan keluarga di dalam perawatan dan pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan untuk mempersiapkan perawatan klien di luar lingkungan rumah sakit. Pada pasien kusta dengan kecacatan fisik dukungan keluarga memberikan dampak kemandirian perawatan diri sehingga dapat mencapai kesembuhan yang lebih baik, meningkatkan kepercayaan diri pasien dan efisiensi biaya.

5.2.4 Penyusunan Modul

Setelah mengidentifikasi karakteristik dari organisasi, perawat dan pasien dan didapatkan hasil yang telah dibahas maka peneliti menyusun modul tentang perawatan diri yang didasarkan pada faktor organisasi yang terdiri dari adanya kebijakan tentang pendidikan dan promosi kesehatan serta faktor pasien yang terdiri dari pendidikan, pengetahuan dan dukungan keluarga.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian Modul Pendidikan Pada Pasien Kusta dalam Meningkatkan Kemandirian yang dilakukan tanggal 27 – 29 Desember 2011 di ruang rawat inap Melati Rumah sakit Kusta Sumberglagah.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Organisasi mempunyai kebijakan tentang pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan pada pasien di rumah sakit kusta Sumberglagah.
2. Jumlah perawat di ruang rawat inap Melati yaitu 8 orang, dengan sebagian besar berusia 21–34 tahun dan sebagian besar perempuan. Pendidikan perawat sebagian besar D III keperawatan dengan lama kerja sebagian besar > 5 tahun.
3. Dari 18 responden pasien sebagian besar berusia 35-54 tahun dan sebagian besar laki-laki. Pendidikan pasien sebagian besar SD dengan pekerjaan hampir setengahnya adalah petani. Pengetahuan pasien sebagian besar dengan pengetahuan kurang dan sebagian besar mendapat dukungan dari keluarga.
4. Sebagian besar pasien mandiri dalam perawatan mata, tangan dan kaki, hampir setengahnya kurang mandiri dalam perawatan mata, tangan dan kaki.
5. Pendidikan, pengetahuan dan lama kerja perawat tidak berhubungan dengan kemandirian perawatan diri pada pasien kusta.
6. Kemandirian pasien dipengaruhi oleh faktor organisasi dan faktor dari pasien

7. Penyusunan modul pendidikan pada pasien kusta disarkan pada faktor organisasi dan faktor pasien.

6.2 Saran

Setelah dilakukan penelitian, diperoleh hasil dan kesimpulan maka peneliti memberikan saran :

1. Bagi Institusi Kesehatan

Institusi kesehatan sebaiknya secara terus menerus dan paripurna meningkatkan pelaksanaan pendidikan kesehatan dengan melibatkan partisipasi aktif dari pasien untuk mencapai kemandirian pasien dalam perawatan diri sehingga dapat mengurangi angka kecacatan dan meningkatkan kepercayaan diri pada pasien kusta.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan untuk penelitian selanjutnya dalam meningkatkan kemandirian pasien.

3. Bagi Pasien Dan Keluarga

Bagi pasien dan keluarga dengan adanya penelitian ini diharapkan memperoleh strategi penyampaian pendidikan kesehatan baru sehingga dapat termotivasi untuk selalu melaksanakan perawatan diri di rumah guna mempercepat penyembuhan dan mencegah kecacatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, MR, Tomey, AM 2010, *Nursing Theoritists and Their Work*, 7 Edition, Westline, Industrial Drive, St. Louis, Missouri.
- Amiruddin, D 2003, *Ilmu Penyakit Kusta*, Hasanuddin University press, Makasar.
- Bastable, S 2002, *Perawat sebagai Pendidik prinsip-prinsip Pengajaran dan Pembelajaran*, EGC, Jakarta.
- Decler CQ, E 2011, *Reflections on the new WHO leprosy indicator: The rate of cases with grade 2 disabilities per 100,000 population per year*, *Lepr Rev* Vol. 82, pp 3-5, diakses tanggal 24 November 2011, <<http://www.leprahealthinaction.org/category/information/leprosy-review/>>.
- Depkes, RI 2006, *Kusta*, Balai penerbit FKUI, Jakarta.
- Depkes, RI 2003, *Pedoman Penyusunan Kurikulum & Modul Pelatihan Berorientasi Pembelajaran*, Pusdiklat Kesehatan Depkes RI, Jakarta.
- Djuanda, A 2000, *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, Edisi 5*, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Dolan, P et al 2006, *Family Support as reflective Practice*, Jessica Kingsley, London.
- Faizin, A 2009, Hubungan Tingkat Pendidikan dan lama Kerja Perawat terhadap Kinerja, tesis Magister Keperawatan, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
- Harahap, M 2000, *Ilmu Penyakit Kusta*, Hipokrates, Jakarta.
- Harris, K 2011, Pride and Predujice – Identity and stigma in leprosy work, *Lepr Rev* vol. 82, pp 135-146, diakses tanggal 24 November 2011, <<http://www.leprahealthinaction.org/category/information/leprosy-review/>>.
- Hidayat, AA 2010, *Metode Penelitian kesehatan; Paradigma Kuantitatif*, Health Books Publishing, Surabaya.
- John, AS et al 2010, Assesment of Needd and Quality Care Issues of Women with Leprosy, *Lepr rev* vol. 80, pp 34-40, diakses tanggal 24 November 2011, <<http://www.leprahealthinaction.org/category/information/leprosy-review/>>.

- Kozier, B, Erb, G, Berman, A, Snyder, SJ 2010, *Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik*, Edisi 7, EGC, Jakarta.
- Kerr-Pontes, LR, Barreto, ML, Evangelista CM, Rodrigues LC, Heukelbach J, Feldmeier, H 2006, Socioeconomic, environmental, and behavioural risk factor for leprosy in North-east Brazil, *International Journal of Epidemiology* Vol. 35 (4), pp. 994-1000.
- Nursalam, 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Potter, Patricia A , Perry AG 2005, *Fundamental keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik*, Edisi 4, EGC, Jakarta.
- Prado, GD et al 2011, WHO disability grade does not influence physical activity in Brazilian leprosy patients, *Lep rev* Vol. 82, pp 270-278, diakses tanggal 24 November 2011, <<http://www.leprahealthinaction.org/category/information/leprosy-review/>>.
- Sathiaraj, Y, Norman, G, Richard J 2010, Long term sustainability and efficacy of self-care education on knowledge and practice of wound prevention and management among leprosy patients, *Indian Journal Of Leprosy* Vol. 82 (2), pp. 79-83.
- Susanto, N 2006, 'Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecacatan penderita kusta', tesis Magister Keperawatan, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
- Staples, J 2011, Interrogating Leprosy “ Stigma” : Why Qualitative Insights Are Vita, *Lep rev* Vol. 82, pp 91-97, diakses tanggal 24 November 2011, <<http://www.leprahealthinaction.org/categori/information/leprosy-review/>>.
- World Health Organization 2011, *Guidelines for strengthening participation of persons affected by leprosy in leprosy services*, WHO regional office for south-east Asia, India, diakses 5 Nopember 2011, <http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Document/WHO_Publication_s/whoGuidelepAffectedPersonsParticipntn.pdf>.
- Varkevisser, CM et al 2009, Gender and Leprosy : Case Studies in Indonesia, Nigeria, Nepal and Brazil , *Lep Rev* Vol. 80. Pp 65-76, diakses tanggal 24 November 2011, <<http://www.leprahealthinaction.org/categori/information/leprosy-review/>>.

Lampiran 5

**KUESIONER
(Organisasi)**Tanggal wawancara :

I. Identitas Responden

Nama :

Jabatan :

II. Kebijakan Organisasi

Beri tanda (√) pada jawaban yang menurut anda sesuai

No	Daftar pernyataan	Ada	Tidak	Kode
1	Apakah ada kebijakan tentang pendidikan kesehatan pada pasien kusta di rumah sakit ?			Ada = 1 Tidak = 0
2	Apakah ada kebijakan tentang PKMRS?			Ada = 1 Tidak = 0

Bila ada bentuknya bentuk kebijakan bagaimana.....

.....

Lampiran 6

**KUESIONER
(Perawat)**

Tanggal wawancara :

I. Identitas responden

Nama :

Umur : Tahun

Jenis kelamin : Kode : 1. Laki-laki 2. Perempuan

Pendidikan : Kode : 1. SPK 2. D III 3. S I 4. S 2

Lama bekerja : Kode : 1. 1 - 2 th 2. 3 - 4 th 3. > 5 th

II. Pengetahuan

Beri tanda (√) pada jawaban yang menurut anda sesuai

No	Daftar Pernyataan	Benar	Salah	Kode
1	Gangguan fungsi fisik mencegah seseorang dari melakukan pekerjaan yang berguna dalam masyarakat.			Benar = 1 Salah = 2
2	Orang muda lebih banyak mengalami gangguan fungsi fisik karena kusta dari pada usia tua			Benar = 1 Salah = 2
3	Jenis kelamin ada hubungannya dengan gangguan fungsi.			Benar = 1 Salah = 2
4	Merendam kaki adalah salah satu cara merawat diri sendiri untuk orang yang hilang (mati) rasa Dan gangguan fungsi otonom.			Benar = 1 Salah = 2
5	Seseorang dengan kaki lunglai harus istirahat untuk mempermudah penyembuhan			Benar = 1 Salah = 2
6	Perawatan luka cukup dengan membersihkan dan menutup luka.			Benar = 1 Salah = 2
7	Perawatan kulit bisa dilakukan dengan mengoleskan minyak pada kulit.			Benar = 1 Salah = 2
8	Merawat diri sendiri memungkinkan seseorang untuk bertanggung jawab dan mencegah gangguan fungsi menjadi lebih berat.			Benar = 1 Salah = 2

9	Orang yang telah kena kusta dan anggota keluarga dapat menjadi fasilitator untuk memberikan pendidikan kesehatan perawatan diri			Benar = 1 Salah = 2
10	Demonstrasikan tentang cara perawatan diri dapat meningkatkan rasa percaya diri pasien .			Benar = 1 Salah = 2

Lampiran 7

**LEMBAR WAWANCARA
(Pasien)**

Tanggal wawancara :

I. Identitas responden

Nama :

Umur : Tahun

Jenis kelamin : Kode : 1. Laki-laki 2. Perempuan

Alamat :

Pendidikan :

Kode : 1. Tidak sekolah 2. Tidak tamat SD 3. SD
4. SLTP 5. SLTA 6. PT

Pekerjaan :

Kode : 1= Tidak bekerja 2=Tani 3=Wiraswasta 4= PNS
5= TNI/POLRI 6= Swasta , lainnya.....

II. 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	

III. 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	

IV. Dukungan keluarga

No	Pertanyaan	Kode jawaban	Jawab
1	Adakah orang yang paling dekat dengan anda? Siapa?	Ya = 1 Tidak = 2	
2	Apakah dia selalu menjaga atau mengunjungi ?	Ya = 1 Tidak = 2	
3	Apakah keluarga tetap menghormati saudara?	Ya = 1 Tidak = 2	

4	Apakah keluarga member pujian jika anda berhasil dalam latihan?	Ya = 1	Tidak = 2	
---	---	--------	-----------	--

Lampiran 3

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada yth,

Calon responden

Di ruang rawat inap Melati Rumah

Sakit kusta Sumberglagah, Mojokerto

Sebagai persyaratan tugas akhir penyusunan penelitian mahasiswa Fakultas keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, saya akan melaksanakan penelitian tentang :**“modul pendidikan pada pasien kusta dalam meningkatkan kemandirian”**.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mempelajari menyusun modul pendidikan dalam perawatan diri yang sesuai untuk pasien kusta di Rumah Sakit Kusta sumberglagah.

Untuk keperluan tersebut besar harapan saya kepada bapak/ ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Selanjutnya saya memohon kesediannya untuk mengisi kuisisioner ini dengan penuh kejujuran dan apa adanya. Jawaban dari bapak/ ibu akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Demikian permohonan peneliti, atas bantuan dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Mojokerto, Desember 2011

Peneliti

Lilik Setyaningsih

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh Lilik Setyaningsih, mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul “Modul pendidikan Pada Pasien Kusta Dalam Meningkatkan kemandirian”.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi dan penjelasan, sehingga saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian.

Mojokerto, Desember 2011

Responden

(Tanda tangan)

Frequencies

		kemandirian _Px	pendidikan	pengetahuan	dukungan_klg
N	Valid	18	18	18	18
	Missing	0	0	0	0

Kemandirian Px

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mandiri	10	55.6	55.6	55.6
	Kurang mandiri	8	44.4	44.4	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak tamat SD	6	33.3	33.3	33.3
	SD	6	33.3	33.3	66.7
	SLTP	3	16.7	16.7	83.3
	SLTA	3	16.7	16.7	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang (<50)	10	55.6	55.6	55.6
baik (>50)	8	44.4	44.4	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Dukungan Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada dukungan keluarga (>2)	12	66.7	66.7	66.7
tidak ada dukungan (<2)	6	33.3	33.3	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan * kemandirian_Px	18	100.0%	0	.0%	18	100.0%
dukungan_klg * kemandirian_Px	18	100.0%	0	.0%	18	100.0%
pendidikan * kemandirian_Px	18	100.0%	0	.0%	18	100.0%

Crosstab pengetahuan * kemandirian_Px

			kemandirian_Px		Total
			mandiri	Kurang mandiri	
pengetahuan	kurang (<50)	Count	3	7	10
		% within pengetahuan	30.0%	70.0%	100.0%
	baik (>50)	Count	7	1	8
		% within pengetahuan	87.5%	12.5%	100.0%
Total		Count	10	8	18
		% within pengetahuan	55.6%	44.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.951 ^a	1	.015		
Continuity Correction ^b	3.850	1	.050		
Likelihood Ratio	6.485	1	.011		
Fisher's Exact Test				.025	.023
Linear-by-Linear Association	5.621	1	.018		
N of Valid Cases ^b	18				

Crosstab dukungan_klg * kemandirian_Px

		kemandirian_Px		Total
		mandiri	Kurang mandiri	
dukungan ada dukungan keluarga (>2) _klg	Count	9	3	12
	% within dukungan_klg	75.0%	25.0%	100.0%
tidak ada dukungan (<2)	Count	1	5	6
	% within dukungan_klg	16.7%	83.3%	100.0%
Total	Count	10	8	18
	% within dukungan_klg	55.6%	44.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square			5.512 ^a		
Continuity Correction ^b	3.403	1	.065		
Likelihood Ratio	5.828	1	.016		
Fisher's Exact Test				.043	.032
Linear-by-Linear Association	5.206	1	.023		
N of Valid Cases ^b	18				

Crosstab pendidikan * kemandirian_Px

			kemandirian_Px		Total
			mandiri	Kurang mandiri	
pendidikan	Tidak tamat SD	Count	1	5	6
		% within pendidikan	16.7%	83.3%	100.0%
	SD	Count	3	3	6
		% within pendidikan	50.0%	50.0%	100.0%
	SLTP	Count	3	0	3
		% within pendidikan	100.0%	.0%	100.0%
	SLTA	Count	3	0	3
		% within pendidikan	100.0%	.0%	100.0%
Total	Count	10	8	18	
	% within pendidikan	55.6%	44.4%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.550 ^a	3	.036
Likelihood Ratio	11.006	3	.012
Linear-by-Linear Association	7.484	1	.006
N of Valid Cases	18		

Frequencies**Statistics**

		kemandirian pasien	Pendidikan_perawat	Penget prwt	lama kerja prwt
N	Valid	18	18	18	18
	Missing	0	0	0	0

Frequency Table**Kemandirian Pasien**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mandiri	10	55.6	55.6	55.6
	kurang mandiri	8	44.4	44.4	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Pendidikan Perawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	d3	13	72.2	72.2	72.2
	s1	5	27.8	27.8	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Pengetahuan prwt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang (0-3)	7	38.9	38.9	38.9
	cukup(4-7)	6	33.3	33.3	72.2
	baik (8-10)	5	27.8	27.8	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Lama_Kerja_Prwt

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 1 thn	7	38.9	38.9	38.9
> 5 thn	11	61.1	61.1	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Crosstabs**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendidikan_perawat * kemandirian_pasien	18	100.0%	0	.0%	18	100.0%
Penget_prwt * kemandirian_pasien	18	100.0%	0	.0%	18	100.0%
lama_kerja_prwt * kemandirian_pasien	18	100.0%	0	.0%	18	100.0%

Crosstab Pendidikan_perawat * kemandirian_pasien

			kemandirian_pasien		Total
			mandiri	kurang mandiri	
Pendidikan_perawat	d3	Count	8	5	13
		% within Pendidikan_perawat	61.5%	38.5%	100.0%
s1	Count	2	3	5	
	% within Pendidikan_perawat	40.0%	60.0%	100.0%	
Total	Count	10	8	18	
	% within Pendidikan_perawat	55.6%	44.4%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.678 ^a	1	.410		
Continuity Correction ^b	.087	1	.769		
Likelihood Ratio	.677	1	.411		
Fisher's Exact Test				.608	.382
Linear-by-Linear Association	.641	1	.423		
N of Valid Cases ^b	18				

Crosstab Penget_prwt * kemandirian_pasien

			kemandirian pasien		Total
			mandiri	kurang mandiri	
Penget_prwt	kurang (0-3)	Count	2	5	7
		% within Penget_prwt	28.6%	71.4%	100.0%
	cukup(4-7)	Count	4	2	6
		% within Penget_prwt	66.7%	33.3%	100.0%
	baik (8-10)	Count	4	1	5
		% within Penget_prwt	80.0%	20.0%	100.0%
Total	Count	10	8	18	
	% within Penget_prwt	55.6%	44.4%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.574 ^a	2	.167
Likelihood Ratio	3.713	2	.156
Linear-by-Linear Association	3.143	1	.076
N of Valid Cases	18		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.378 ^a	1	.066		
Continuity Correction ^b	1.826	1	.177		
Likelihood Ratio	3.464	1	.063		
Fisher's Exact Test				.145	.088
Linear-by-Linear Association	3.190	1	.074		
N of Valid Cases ^b	18				

Crosstab lama_kerja_prwt * kemandirian_pasien

			kemandirian_pasien		Total
			mandiri	kurang mandiri	
lama_kerja_prwt	< 1 thn	Count	2	5	7
		% within lama_kerja_prwt	28.6%	71.4%	100.0%
	> 5 thn	Count	8	3	11
		% within lama_kerja_prwt	72.7%	27.3%	100.0%
Total		Count	10	8	18
		% within lama_kerja_prwt	55.6%	44.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.378 ^a	1	.066		
Continuity Correction ^b	1.826	1	.177		
Likelihood Ratio	3.464	1	.063		
Fisher's Exact Test				.145	.088
Linear-by-Linear Association	3.190	1	.074		
N of Valid Cases ^b	18				

Lampiran 8

TABULASI DATA PERAWAT

No responden	pendidikan perawat	pengetahuan perawat	lama kerja perawat
1	2	3	4
2	3	1	1
3	2	2	4
4	3	1	1
5	2	3	4
6	2	2	4
7	2	2	4
8	2	1	1

Pendidikan :

- 2 : D III
- 3 : S I

Pengetahuan :

- 1 : Kurang
- 2 : Cukup
- 3 : Baik

Lama Kerja :

- 1 : < 1 tahun
- 4 : > 5 tahun

TABULASI DATA PASIEN

No responden	Kemandirian Pasien	Pendidikan	Pengetahuan	Dukungan Keluarga
1	1	5	2	1
2	2	2	1	2
3	2	3	1	2
4	2	3	1	2
5	1	4	2	1
6	2	2	1	2
7	1	4	2	1
8	2	2	1	2
9	2	3	1	1
10	1	5	2	2
11	1	5	1	1
12	1	4	2	1
13	1	3	1	1
14	1	3	2	1
15	1	2	1	1
16	2	2	2	1
17	1	3	2	1
18	2	2	1	1

Kemandirian :

- 1 : Mandiri
- 2 : Kurang mandiri

Pendidikan :

- 2 : Tidak tamat SD
- 3 : SD
- 4 : SLTP
- 5 : SLTA

Pengetahuan :

- 1 : Kurang
- 2 : Baik

Dukungan keluarga :

- 1 : Ada dukungan
- 2 : Tidak ada dukungan

TABULASI DATA KEMANDIRIAN

No Responden	Kemandirian perawatan mata	Kemandirian perawatan tangan	Kemandirian perawatan kaki	Total kemandirian
1	1	1	1	1
2	1	1	2	2
3	1	1	2	2
4	1	1	2	2
5	2	2	1	1
6	1	1	1	2
7	1	1	1	1
8	2	1	2	2
9	2	2	1	2
10	1	1	1	1
11	1	1	1	1
12	2	2	1	1
13	1	1	1	1
14	1	1	2	1
15	1	1	1	1
16	2	1	2	2
17	1	2	1	1
18	1	1	2	2

No Responden	Kemandirian Pasien	Pendidikan Perawat	Pengetahuan Perawat	Lama Kerja Perawat
1	1	2	3	4
2	2	3	1	1
3	2	2	2	4
4	2	3	1	1
5	1	2	3	4
6	2	2	2	4
7	1	2	2	4
8	2	2	1	1
9	2	2	3	4
10	1	3	1	1
11	1	2	2	4
12	1	3	1	1
13	1	2	3	4
14	1	2	2	4
15	1	2	2	4
16	2	2	1	1
17	1	2	3	4
18	2	3	1	1