

SKRIPSI

**PENGARUH KUNJUNGAN RUMAH PERAWAT TERHADAP
SIKAP KETERATURAN PENDERITA KUSTA DALAM
MENGIKUTI PROGRAM PENGOBATAN
MULTI DRUG THERAPY (MDT)
DI PUSKESMAS ALAK – KOTA KUPANG NTT**

PENELITIAN *QUASY EXPERIMENTAL*

**Diajukan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep)
pada Program Studi Pendidikan Ners
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

MUHAMAD ZAINUDIN

NIM:131211123025

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2014

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penelitian ini yang berjudul “Pengaruh Kunjungan Rumah Perawat terhadap Sikap Keteraturan Penderita Kusta dalam Mengikuti Program Pengobatan *Multi Drug Therapy* (MDT) di Puskesmas Alak Kota Kupang NTT”.

Penulis banyak mendapatkan motivasi serta bimbingan dari berbagai pihak dalam menyelesaikan penelitian ini, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Purwaningsih, S.Kp, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas dalam menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
2. Mira Triharini, S.Kp, M.Kep, selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan dalam menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
3. Dr. Kusnanto, S.Kp, M.Kes, selaku pembimbing ketua yang telah memberikan bimbingan, motivasi dan perhatian dalam menyelesaikan skripsi.
4. Elida Ulfiana, S.Kp, Ns, M.Kep, selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, motivasi dan perhatian dalam menyelesaikan skripsi.
5. Seluruh Staf pendidikan, ruang baca dan tata usaha Program Studi Ilmu Keperawatan yang tidak dapat disebutkan satu persatu dalam penyelesaian skripsi.

6. Bapak Hari, selaku pegawai RS. Kusta Sumberglagah Pacet Mojokerto yang telah memberikan bimbingan dan bantuan dalam melakukan uji validitas dan reliabilitas.
7. Kepala Puskesmas Alak yang telah memberikan ijin tempat penelitian.
8. Bapak Piter, selaku pengelola kusta di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT yang telah bersedia memberikan data awal penelitian.
9. Para responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian
10. Bapak, mamak, dan mbak-mbakku yang selalu mendoakan, memberikan semangat, dukungan material, dan sebagainya dalam menyelesaikan skripsi.
11. Teman-teman seperjuangan angkatan 2012/BXV BISA yang selalu memberikan semangat, pengetahuan, waktu untuk melewati suka duka dalam menyelesaikan skripsi.

Akhirnya semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang terlibat dalam penyelesaian skripsi ini. Segala saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan demi perbaikan skripsi sehingga memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan kemudian hari.

Surabaya, Februari 2014

Penulis

ABSTRACT

THE EFFECT OF NURSE HOME VISIT ON ATTITUDE REGULARLY PATIENT IN FOLLOW TREATMENT PROGRAM MULTI DRUG THERAPY (MDT) IN PHN ALAK-CITY OF KUPANG EAST NUSA TENGGARA

Quasy Experimental Study at PHC Alak-City of Kupang, East Nusa Tenggara

By : Muhamad Zainudin

Leprosy is a contagious disease that poses a complex problem and is generally found in developing countries due to limitations in providing adequate services. Patient regularly is needed in the follow treatment program of Multi Drug Therapy (MDT). Irregular treatment can increase the default case. The purpose of this study research was to analyze effect of nurse home visit to attitude regularly patient in follow treatment Multi Drug Therapy in PHN Alak-City of Kupang, East Nusa Tenggara.

This research was a quasy-experimental study with pre and post-test control group design. Population in this study comprised Paucibacillary and Multibacillary leprosy patient. They were enrolled using totally sampling. Sixteen respondents were available. Eight respondents served as the treatment group and control group consisted of the other 8 respondents. Instrument on the independent variables of this research was the implementation of nurse home visit strategies in the follow treatment Multi Drug Therapy, while the instrument in the dependent variable was the attitude regularly. Data were analyzed using the Wilcoxon Signed Rank Test and Mann-Whitney U Test.

The result of the nurse home visit to attitude regularly leprosy patient in PHC Alak-City of Kupang, East Nusa Tenggara revealed difference between pre-test and post-test in the treatment group and the result was significant ($p=0,011$). Whereas, in control group pre-test and post-test result were not significant ($p=0,206$). The relationship between treatment group and control group was significant ($p=0,000$), showing the effect of the nurse home visit on the attitude regularly among leprosy patients in PHC Alak-City of Kupang, East Nusa Tenggara.

It can be concluded that nurse home visit can affect the attitude regularly patient in follow treatment program Multi Drug Therapy in leprosy patient. It was suggested that nurse should do a home visit and give health education. Further research should involve behavior in follow treatment Multi Drug Therapy.

Keywords : attitude regularly, nurse home visit, leprosy treatment

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Lembar Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar Pengesahan	v
Motto	vi
Ucapan Terimakasih	vii
Abstrak	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xv
Daftar Singkatan	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan umum	6
1.4.2 Tujuan khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Teoritis	6
1.5.2 Praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit Kusta	8
2.1.1 Pengertian	8
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Manifestasi klinis	8
2.1.4 Klasifikasi	10
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang	10
2.1.6 Program Pengobatan <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT)	12
2.2 Konsep Keperawatan Kesehatan Masyarakat	19
2.2.1 Pengertian	19
2.2.2 Tujuan	19
2.2.3 Lingkup Pelayanan	20
2.2.4 Sasaran	20
2.2.5 Strategi Penyelenggaraan	20
2.2.6 Pokok Kegiatan	21
2.2.7 Pelaksana	23
2.3 Konsep Kunjungan Rumah	23
2.3.1 Pengertian	23
2.3.2 Tujuan	23

2.3.3	Permasalahan dan Hasil yang diharapkan	24
2.3.4	Fase	24
2.3.5	Dokumentasi	27
2.3.6	Keuntungan dan Kerugian	27
2.3.7	Indikasi Keberhasilan	28
2.4	Konsep Sikap	29
2.3.1	Pengertian	29
2.3.2	Proses Terbentuk Sikap	29
2.3.3	Komponen Pokok	30
2.3.4	Tingkatan Sikap	30
2.5	Konsep Model Studi Yale	31
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	33
3.1	Kerangka Konseptual Penelitian	33
3.2	Hipotesis	35
BAB 4	METODE PENELITIAN	36
4.1	Desain Penelitian	36
4.2	Populasi dan Sampel	36
4.2.1	Populasi	36
4.2.2	Sampel	37
4.2.3	Sampling	37
4.3	Variabel Penelitian	37
4.3.1	Variabel independen	37
4.3.2	Variabel dependen	38
4.4	Definisi Operasional	38
4.5	Instrumen Penelitian	40
4.6	Lokasi dan waktu penelitian	41
4.7	Prosedur dan Cara Pengumpulan Data	41
4.8	Kerangka Operasional	43
4.9	Analisis Data	44
4.10	Etika Penelitian	46
4.11	Keterbatasan	47
BAB 5	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	48
5.1	Hasil Penelitian	48
5.1.1	Data Umum	48
5.1.2	Data Khusus	53
5.2	Pembahasan	55
BAB 5	KESIMPULAN DAN SARAN	61
6.1	Kesimpulan	61
6.2	Saran	62
	DAFTAR PUSTAKA	63

DAFTAR TABEL

Tabel	1.1	Kondisi penderita kusta yang sedang mengikuti program pengobatan MDT di Puskesmas Alak-Kota kupang sejak tahun 2010 sampai dengan Nopember 2013	3
Tabel	2.1	Tanda utama kusta pada tipe PB dan MB	10
Tabel	2.2	Pedoman MDT tipe PB	13
Tabel	2.3	Pedoman MDT tipe MB	14
Tabel	2.4	Efek samping obat-obat MDT dan penanganannya	16
Tabel	2.5	Tindakan untuk pasien <i>default</i> yang kemudian kembali lagi	18
Tabel	2.6	Masalah dan hasil yang diharapkan dalam kunjungan rumah.....	24
Tabel	2.7	Keuntungan dan kerugian kunjungan rumah	27
Tabel	4.1	Desain penelitian pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT di Puskesmas Alak kota Kupang-NTT	36
Tabel	4.2	Definisi operasional pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT di Puskesmas Alak-Kota Kupang	39
Tabel	5.1	Distribusi sikap keteraturan dan uji statistik di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT	54

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Identifikasi masalah pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan Multi Drug Therapy (MDT)	5
Gambar 2.1	Contoh blister PB dan MB (dewasa dan anak)	15
Gambar 2.2	Proses terbentuknya sikap	29
Gambar 2.3	Pendekatan Komunikasi dan Persuasi menurut Model Studi Yale	32
Gambar 3.1	Kerangka konseptual pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap keteraturan penderita Kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT	33
Gambar 4.1	Kerangka operasional pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap keteraturan penderita Kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT di Puskesmas Alak Nopember 2013	43
Gambar 5.1	Distribusi responden berdasarkan umur di Puskesmas Alak- Kota Kupang NTT	49
Gambar 5.2	Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT	50
Gambar 5.3	Distribusi responden berdasarkan pendidikan di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT	50
Gambar 5.4	Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT	51
Gambar 5.5	Distribusi responden berdasarkan status perkawinan di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT	51
Gambar 5.6	Distribusi responden berdasarkan jumlah orang yang tinggal serumah di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT	52
Gambar 5.7	Distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT	52
Gambar 5.8	Distribusi sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT sebelum kunjungan rumah perawat di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT	53

Gambar 5.9 Distribusi sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT sesudah kunjungan rumah perawat di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT 53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	1	Lembar Permohonan Menjadi Responden	65
Lampiran	2	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	66
Lampiran	3	Lembar Kuisisioner	67
Lampiran	4	Satuan Acara Pembelajaran Kunjungan Rumah Perawat ...	72
Lampiran	5	Materi Pembelajaran Program Pengobatan MDT Kusta	78
Lampiran	6	Lembar Materi pembelajaran Program Pengobatan MDT Kusta	83
Lampiran	7	Tabulasi Data	86
Lampiran	8	Hasil Uji Statistik Wilcoxon dan Mann Whitney U Test ...	90
Lampiran	9	Surat Permohonan Bantuan Pengambilan Data Awal	93
Lampiran	10	Surat Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas dan hasil	94
Lampiran	11	Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian	95
Lampiran	12	Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian	96

DAFTAR SINGKATAN

BTA	=	Basil Tahan Asam
DDS	=	Diaminodifenil Sulfon
Kemenkes	=	Kementrian kesehatan
MB	=	<i>Multi Basiler</i>
MDT	=	<i>Multi Drug Therapy</i>
P2PL	=	Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
P2 ISPA	=	Pengendalian Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut
PB	=	<i>Pausi Basiler</i>
Perkesmas	=	Keperawatan kesehatan masyarakat
Puskesmas	=	Pusat kesehatan masyarakat
RFT	=	<i>Release from Treatment</i>
UKM	=	Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	=	Upaya Kesehatan Perseorangan
WHO	=	<i>World Health Organization</i>

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1**PENDAHULUAN****1.1 Latar Belakang**

Kusta merupakan salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah kompleks dan umumnya terdapat di negara berkembang dikarenakan keterbatasan dalam memberikan pelayanan yang memadai (Kemenkes RI, 2012). Upaya penanggulangan penyakit kusta dipengaruhi oleh ketidakteraturan berobat dan menghilangnya penderita tanpa melanjutkan program pengobatan *Multi Drug Therapy* (MDT). Beberapa hal yang berpengaruh terhadap ketidakteraturan berobat meliputi pengetahuan, sikap penderita, peran petugas kesehatan, dukungan keluarga dan ketersediaan obat di puskesmas (Hutabarat, 2008). Ketidakteraturan berobat dapat menimbulkan suatu kondisi putus obat (*default*). Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan pengelola program Kusta di Puskesmas Alak didapatkan bahwa pemberian informasi mengenai program pengobatan MDT selalu diberikan kepada penderita setelah didiagnosis dan akan memulai pengobatan. Hal ini diharapkan akan mengarahkan sikap dan tindakan penderita agar teratur dalam pengobatan. Pelacakan kasus oleh petugas Puskesmas dilakukan untuk menemukan kasus *default* pada penderita kusta. Menurut pengelola program kusta, tingkat pengetahuan penderita kusta mengenai pengobatan MDT sudah pernah diteliti dengan hasil cukup dan hal yang berpengaruh terhadap ketidakteraturan berobat adalah sikap penderita yang kurang kuat dalam melanjutkan program pengobatan MDT sehingga masih ditemukan kasus *default*.

Niven (2000), sikap penderita merupakan komponen yang sangat penting dalam perilaku kesehatan yang kemudian diasumsikan bahwa adanya hubungan langsung antara sikap dan perilaku seseorang. Sikap positif seseorang terhadap kesehatan kemungkinan tidak otomatis berdampak pada perilaku seseorang menjadi positif, tetapi sikap yang negatif terhadap kesehatan hampir pasti dapat berdampak negatif pada perilakunya. Sikap meliputi 3 komponen pokok yaitu (1) kognitif, mengandung pemikiran atau kepercayaan terhadap suatu objek (2) afektif, evaluasi terhadap suatu objek, serta (3) konatif, kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), dimana sikap dapat diukur secara langsung. Melihat kondisi tersebut peneliti ingin melihat sikap penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT.

Laporan mingguan epidemiologi organisasi kesehatan dunia (WHO), situasi global kusta kuartal pertama tahun 2012 menunjukkan Indonesia dengan jumlah penderita kusta mencapai 23.169 orang. Sesuai data Profil P2PL Kemenkes RI tahun 2011, jumlah penderita kusta yang terdaftar sampai dengan akhir tahun 2011 sebesar 23.169 kasus. Berdasarkan profil kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) tahun 2011, jumlah penderita kusta yang termasuk dalam 3 besar di wilayah NTT adalah Kota Kupang 78 orang, Belu 28 orang serta Flores timur 15 orang sehingga Kota Kupang menempati peringkat pertama sekaligus menjadi daerah endemis kusta berdasarkan data profil kesehatan Kota Kupang 2012. Di tingkat Puskesmas Alak sesuai data pada buku Register Penderita kusta dan Frambusia, jumlah penderita kusta dari tahun 2012 sampai dengan Nopember 2013 mengalami peningkatan dengan kasus *default* yang tetap ditemukan. Upaya dalam gedung yang sudah dilaksanakan Puskesmas berupa

penyuluhan ketika pasien memulai pengobatan pertama kali. Selain upaya dalam gedung, kunjungan rumah sebagai bentuk upaya luar gedung dilaksanakan hanya sebatas untuk mengatasi penderita yang mengalami *default* tetapi belum pada upaya mencegah agar penderita tetap teratur mengikuti program pengobatan MDT sehingga kasus *default* dapat dicegah. Kasus default ini disebabkan seluruh pasien kusta tipe PB dan MB tidak teratur dalam pengobatan MDT yaitu lebih dari 6 bulan dan 12 bulan.

Tabel 1.1 Kondisi penderita kusta yang sedang mengikuti program pengobatan MDT di Puskesmas Alak Kota kupang sejak tahun 2010 sampai dengan Nopember 2013

Tahun	Jumlah				RFT	Dalam pengobatan	Pindah	Default			
	PB		MB					PB	%	MB	%
	Lama	Baru	Lama	Baru							
2010	1	6	1	9	1	13	1	17	1	11	
2011	1	8	2	13	18	6	0	0	0	0	
2012	0	8	1	12	7	12	0	1	13	1	8
s/d Nopember 2013	1	4	3	16	5	16	1	1	25	1	6

Sumber: Puskesmas Alak, (2013). Buku Register Kusta dan Frambusia Tingkat Puskesmas Alak

Kusta merupakan penyakit infeksi kronik yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*. Saraf perifer sebagai afinitas pertama, lalu kulit dan mukosa traktus respiratorius bagian atas, kemudian dapat ke organ lain kecuali susunan saraf pusat (Kosasih, dkk, 2007). WHO membagi kusta dalam 2 tipe yaitu tipe *Pausi Basiler* (PB) dan *Multi Basiler* (MB) dengan lama pengobatan pasien Kusta tipe PB selama 6-9 bulan sedangkan tipe MB selama 12-18 bulan. Program pengobatan menggunakan MDT sudah dimulai sejak tahun 1992 secara teratur sampai selesai sesuai dengan dosis dan waktu yang ditentukan untuk semua penderita kusta hingga dinyatakan RFT (*Release from Treatment*). Jika

seorang pasien PB tidak mengambil atau minum obat lebih dari 3 bulan dan pasien MB lebih dari 6 bulan secara akumulatif maka yang bersangkutan dinyatakan default. Pada awalnya pengobatan kusta menggunakan DDS (*diaminodifenil sulfon*) atau dapson sebagai obat tunggal (Kemenkes RI, 2012).

Program pengobatan MDT dimulai segera setelah seseorang didiagnosis menderita penyakit kusta. Selama mengikuti pengobatan MDT, penderita harus mengambil obat dalam bentuk blister untuk satu bulan secara teratur di puskesmas. Obat dalam bentuk blister wajib diminum sekali didepan petugas dan selanjutnya diteruskan di rumah hingga habis. Untuk mengikuti pengobatan penderita kusta di rumah dapat dilakukan melalui kegiatan luar gedung yaitu kunjungan rumah. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Triasih, dkk. (2007) tentang pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap kepatuhan pengobatan penderita pneumonia dengan hasil kepatuhan pengobatan pada penderita Pneumonia balita dapat dipengaruhi oleh kunjungan rumah perawat sesuai program P2 ISPA. Penelitian di atas menunjukkan adanya hubungan antara kunjungan rumah dengan kepatuhan penderita untuk mengikuti program pengobatan. Kunjungan rumah perawat yang terintegrasi dalam upaya pengembangan keperawatan kesehatan masyarakat dilakukan untuk meningkatkan perhatian, pemahaman, dan penerimaan akan program pengobatan MDT dan diharapkan terjadi perubahan sikap ke arah keteraturan yang meliputi penderita tahu tentang program pengobatan MDT serta merasakan manfaat dari MDT sehingga penderita akan teratur mengikuti program pengobatan.

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti merasa perlu untuk melakukan penelitian tentang pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi masalah pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan Multi Drug Therapy (MDT)

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT di Puskesmas Alak Kota Kupang NTT ?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi sikap keteraturan penderita kusta di Puskesmas Alak pada kelompok perlakuan dan kontrol dalam mengikuti program pengobatan MDT sebelum kunjungan rumah perawat .
2. Mengidentifikasi sikap keteraturan penderita kusta di Puskesmas Alak pada kelompok perlakuan dan kontrol dalam mengikuti program pengobatan MDT sesudah kunjungan rumah perawat.
3. Menganalisis pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap keteraturan penderita kusta di Puskesmas Alak pada kelompok perlakuan dan kontrol dalam mengikuti program pengobatan MDT.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai kerangka dalam membangun ilmu keperawatan komunitas yang berhubungan dengan sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT melalui kegiatan kunjungan rumah perawat yang terintegrasi dengan kegiatan keperawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas).

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi perawat, hasil penelitian diharapkan dapat meningkatkan pemahaman tentang pengaruh kunjungan rumah terhadap sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT.
2. Bagi penanggung jawab program kusta di Dinas Kesehatan, hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk memfasilitasi perawat menjalankan kunjungan rumah secara menyeluruh tanpa dibebani kegiatan lain.
3. Bagi penanggung jawab program kusta di Puskesmas, hasil penelitian diharapkan dapat menjadi acuan dalam merencanakan secara berkelanjutan kegiatan kunjungan rumah perawat.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Kusta

2.1.1 Pengertian

Penyakit kusta adalah penyakit menular, menahun dan disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium leprae*) yang bersifat intraselular obligat. Saraf tepi atau perifer sebagai afinitas pertama, lalu kulit dan mukosa saluran napas bagian atas, kemudian dapat ke organ tubuh lainnya kecuali susunan saraf pusat sehingga untuk mendiagnosis kusta dicari kelainan yang berhubungan dengan gangguan saraf tepi dan kelainan yang tampak pada kulit (Kemenkes RI, 2012).

2.1.2 Etiologi

Kosasih, dkk (2007), menyebutkan bahwa kuman penyebab kusta adalah *Mycobacterium leprae* yang ditemukan oleh G.A. Hansen yang sampai sekarang belum juga dapat dibiakkan dalam media artifisial. *M. leprae* berbentuk basil dengan ukuran 3-8 Um x 0,5 Um, tahan asam dan alkohol serta gram-positif.

2.1.3 Manifestasi klinis

Kemenkes RI (2007), menetapkan tanda-tanda utama (*cardinal signs*) kusta yaitu:

1. Kelainan lesi yang mati rasa

Kelainan lesi dapat berbentuk bercak putih (hipopigmentasi) atau kemerahan (eritema) yang mati rasa (anestesi).

2. Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf.

Gangguan fungsi saraf ini merupakan akibat dari peradangan saraf tepi (neuritis perifer) kronis. Gangguan fungsi saraf ini dapat berupa:

- 1) Gangguan fungsi sensoris, mati rasa.
 - 2) Gangguan fungsi motoris, kelemahan (paresis) atau kelumpuhan (paralisis) otot.
 - 3) Gangguan fungsi otonom, kulit kering dan retak-retak.
3. Adanya basil tahan asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (*slit skin smear*)

Seseorang dinyatakan sebagai penderita kusta bilamana terdapat satu dari tanda-tanda utama di atas. Jika masih ragu orang tersebut dianggap sebagai penderita yang dicurigai (suspek). Tanda-tanda tersangka Kusta:

1. Tanda-tanda pada kulit

- 1) Bercak kulit yang merah atau putih (gambaran yang paling sering ditemukan) dan atau plak pada kulit, terutama di wajah dan telinga
- 2) Bercak kurang atau mati rasa.
- 3) Bercak yang tidak gatal.
- 4) Kulit mengkilap atau kering bersisik.
- 5) Adanya kelainan kulit yang tidak berkeringat dan atau tidak berambut.
- 6) Lepuh tidak nyeri.

2. Tanda-tanda pada syaraf

- 1) Nyeri tekan dan atau spontan pada saraf.
- 2) Rasa kesemutan, tertusuk-tusuk dan nyeri pada anggota gerak.
- 3) Kelemahan anggota gerak dan atau wajah.

- 4) Adanya cacat (deformitas).
 - 5) Luka (ulkus) yang sulit sembuh.
3. Lahir dan tinggal di daerah endemis kusta dan mempunyai kelainan kulit yang tidak sembuh dengan pengobatan rutin, terutama bila terdapat keterlibatan saraf tepi

2.1.4 Klasifikasi

WHO mengembangkan klasifikasi kusta untuk memudahkan pengobatan. Dalam klasifikasi ini seluruh pasien kusta hanya dibagi dalam 2 tipe yaitu

1. Tipe PB (*Pausibasilar*)
2. Tipe MB (*Multibasilar*)

Untuk membedakan kedua tipe kusta, WHO menyusun pedoman untuk menentukan klasifikasi sebagai berikut:

Tabel 2.1 Tanda utama kusta pada tipe PB dan MB

Tanda utama	PB	MB
Bercak kusta	Jumlah 1-5	Jumlah > 5
Penebalan saraf tepi disertai gangguan fungsi (mati rasa dan atau kelemahan otot, di daerah yang dipersarafi saraf yang bersangkutan)	Hanya 1 saraf	Lebih dari 1 saraf
Kerokan jaringan kulit	BTA negatif	BTA positif

Sumber: Kemenkes RI, (2012). Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta

2.1.5 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang terdiri dari 3 macam, yaitu

1. Pemeriksaan gambaran klinis
 - 1) Uji kulit

Uji ini paling sering dilakukan dan caranya mudah sehingga semua petugas kesehatan dapat melakukannya. Terlebih dahulu penderita

diberitahu dan dijelaskan tentang prosedur yang akan dilakukan. Penggunaan jarum untuk mengetahui rasa nyeri dilakukan dengan meminta klien menyebutkan tempat mana yang lebih sakit atau lebih terasa. Kita dapat pula menggunakan kapas atau bulu ayam untuk mengetahui sensasi raba. Jika masih belum jelas, kita lakukan pengujian terhadap sensasi suhu, yaitu panas dan dingin, dengan menggunakan dua tabung reaksi yang disentuhkan secara bergantian dengan catatan penderita tidak melihat pada waktu pengujian dilakukan dan menyebutkan rasa apa yang dirasakan.

2) Uji keringat

Pada penderita kusta ditemukan anhidrosis karena rusaknya kelenjar keringat. Uji ini dilakukan dengan cara menggores lesi dengan pensil tinta mulai dari beberapa cm diluar lesi melewati permukaan lesi dan keluar batas lesi. Hasilnya, pada bagian luar lesi goresan pensil akan mengembang berwarna ungu, sedangkan di daerah lesi tidak.

3) Uji lepromin

Ini dilakukan untuk menentukan diagnosis dan klasifikasi penyakit kusta I, T dan BT menunjukkan uji lepromin positif. Tipe BB, BL, LL menunjukkan uji lepromin negatif.

2. Pemeriksaan bakterioskopis

Pemeriksaan bakterioskopik digunakan untuk membantu menegakkan diagnosis dan pengamatan pengobatan. Sediaan dibuat dari kerokan jaringan kulit atau usapan dan kerokan mukosa hidung yang diwarnai dengan pewarnaan terhadap basil tahan asam, antara lain dengan ZIEHL – NEELSEN.

3. Pemeriksaan hispatologis

Makrofag dalam jaringan yang berasal dari monosit didalam darah ada yang mempunyai nama khusus, antara lain sel kupffer dari hati, sel alveolar dari paru, sel glia dari otak, dan yang dari kulit disebut histiosit. Salah satu tugas makrofag adalah melakukan fagositosis. Bila ada kuman (*M.leprae*) masuk, akibatnya akan bergantung pada Sistem Imunitas Seluler (SIS) orang itu. Apabila SIS-nya tinggi, makrofag akan mampu memfagositosis *M. Leprae*. Gambaran histopatologik tipe tuberkuloid adalah tuberkel dan kerusakan saraf yang lebih nyata, tidak ada basil atau hanya sedikit dan non solid.

2.1.6 Program pengobatan *Multi Drug Therapy* (MDT)

1. Kemoterapi kusta dimulai tahun 1949 dengan DDS sebagai obat tunggal (monoterapi DDS). DDS harus diminum selama 3-5 tahun untuk PB, sedangkan untuk MB 5-10 tahun, bahkan seumur hidup. Kekurangan monoterapi DDS adalah terjadinya resistensi, timbulnya kuman *persisters* serta terjadinya pasien *defaulter*. Pada tahun 1964 ditemukan resistensi terhadap DDS. Oleh sebab itu pada tahun 1982 WHO merekomendasikan pengobatan Kusta dengan *Multi Drug Therapy* (MDT) untuk tipe PB dan MB.
2. MDT adalah kombinasi dua atau lebih obat anti kusta, salah satunya rifampisin sebagai anti kusta yang bersifat bakterisidal kuat sedangkan obat anti Kusta lain bersifat bakteriostatik.
3. Tujuan pengobatan MDT
 - 1) Memutus mata rantai penularan
 - 2) Mencegah resistensi obat
 - 3) Memperpendek masa pengobatan

- 4) Meningkatkan keteraturan berobat
 - 5) Mencegah terjadinya cacat atau mencegah bertambahnya cacat yang sudah ada sebelum pengobatan
4. Berikut ini merupakan kelompok orang yang membutuhkan MDT:
- 1) Pasien yang baru didiagnosis kusta dan belum pernah mendapat MDT
 - 2) Pasien ulangan, yaitu pasien yang mengalami hal-hal di bawah ini:
 - (1) Relaps adalah penderita diobati kembali dengan regimen pengobatan PB atau MB.
 - (2) Masuk kembali setelah default adalah penderita yang datang kembali setelah dinyatakan default baik PB maupun MB.
 - (3) Pindahan (pindah masuk) adalah harus dilengkapi dengan surat rujukan berisi catatan pengobatan yang telah diterima hingga saat tersebut. Penderita ini hanya membutuhkan pengobatan yang belum lengkap.
 - (4) Ganti tipe adalah penderita dengan perubahan klasifikasi.
5. Regimen MDT

1) Tipe PB

Tabel 2.2 Pedoman MDT tipe PB

Jenis obat	< 5 thn	5 – 9 thn	10 – 14 thn	> 15 thn	Keterangan
Rifampisin		300 mg/bln	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
DDS atau dapson	Berdasarkan berat badan	25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di depan petugas
		25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di rumah

Sumber: Kemenkes RI, (2012). Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta

Dewasa

Pengobatan bulanan: hari pertama terdiri dari 1 tablet rifampisin dan 1 tablet dapson diminum di depan petugas.

Pengobatan harian: hari ke 2-28 terdiri dari 1 tablet dapson/DDS diminum di rumah.

1 blister untuk 1 bulan di mana lama pengobatan 6 Blister diminum selama 6 - 9 bulan.

2) Tipe MB

Tabel 2.3 Pedoman MDT tipe MB

Jenis obat	< 5 thn	5 – 9 thn	10 – 14 thn	> 15 thn	Keterangan
Rifampisin		300 mg/bln	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
Dapson/DDS		25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di depan petugas
	Berdasarkan berat badan	25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di rumah
		100 mg/bln	150 mg/bln	300 mg/bln	Minum di depan petugas
Lampren		50 mg 2x seminggu	50 mg setiap 2 hari	50 mg per hari	Minum di rumah

Sumber: Kemenkes RI, (2012). Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta

Dewasa

Pengobatan bulanan: hari pertama terdiri dari 2 tablet rifampisin, 1 tablet DDS, 3 tablet lampren diminum di depan petugas.

Pengobatan harian: hari 2-28 terdiri dari 1 tablet dapson/DDS dan 1 tablet lampren diminum di rumah.

1 blister untuk 1 bulan di mana lama pengobatan 12 blister diminum selama 12 - 18 bulan.

- (2) Bersifat bakteriostatik, bakterisidal lemah, dan antiinflamasi
- (3) Cara pemberian secara oral, diminum sesudah makan untuk menghindari gangguan gastrointestinal

3) Rifampisin

- (1) Sediaan berbentuk kapsul 150 mg, 300 mg, 450 mg dan 600 mg
- (2) Bersifat bakterisidal, 99% kuman Kusta mati dalam satu kali pemberian
- (3) Cara pemberian secara oral, diminum setengah jam sebelum makan agar penyerapan lebih baik

4) Obat penunjang (vitamin/roboransia)

Obat neurotropik seperti B1, B6, dan B12 dapat diberikan

7. Efek samping dan penanganannya

Tabel 2.4 Efek samping obat-obat MDT dan penanganannya

Masalah	Nama obat	Penanganan
Ringan		
Air seni berwarna merah	Rifampisin	<i>Reassurance</i> (menenangkan penderita dengan penjelasan yang benar) konseling
Perubahan warna kulit menjadi coklat	Clofazimin	Konseling
Masalah gastrointestinal	Semua obat (3 obat dalam MDT)	Obat diminum bersama dengan makanan (atau setelah makan)
Anemia	Dapson	Berikan tablet Fe dan asam folat
Serius		
Ruam kulit yang gatal	Dapson	Hentikan dapson, rujuk
Alergi urtikaria	Dapson atau rifampisin	Hentikan keduanya, rujuk
Ikterus (kuning)	Rifampisin	Hentikan rifampisin, rujuk
Shock, purpura, gagal ginjal	Rifampisin	Hentikan rifampisin, rujuk

Sumber: Kemenkes RI, (2012). Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta

8. Monitoring dan evaluasi program

- 1) Setiap petugas harus memonitor tanggal pengambilan obat
- 2) Apabila pasien terlambat mengambil obat paling lama dalam 1 bulan harus dilakukan pelacakan
- 3) RFT dapat dinyatakan setelah dosis dipenuhi tanpa diperlukan pemeriksaan laboratorium. Setelah RFT pasien dikeluarkan dari register kohort
- 4) Pasien yang sudah RFT namun memiliki faktor resiko:
 - (1) Cacat tingkat 1 atau 2
 - (2) Pernah mengalami reaksi
 - (3) BTA pada awal pengobatan positif >3 (ada nodul atau infiltrat)
- 5) Pasien PB yang telah mendapatkan pengobatan 6 dosis (blister) dalam waktu 6-9 bulan dinyatakan RFT, tanpa harus pemeriksaan laboratorium
- 6) Pasien MB yang telah mendapatkan pengobatan MDT 12 dosis (blister) dalam waktu 12-18 bulan dinyatakan RFT, tanpa harus pemeriksaan laboratorium
- 7) *Default*

Jika seorang pasien PB tidak mengambil atau minum obat lebih dari 3 bulan dan pasien MB lebih dari 6 bulan secara akumulatif maka yang bersangkutan dinyatakan *default*.

Tindakan bagi pasien *defaulter*:

- (1) Dikeluarkan dari register kohort
- (2) Bila kemudian datang kembali, lakukan pemeriksaan klinis ulang dengan teliti. Bila hasil pemeriksaan ditemukan tanda-tanda klinis

yang aktif maka pasien mendapat pengobatan ulang sesuai klasifikasi saat itu.

- (3) Bila tidak ada tanda-tanda aktif maka pasien tidak perlu diobati lagi. Ada kalanya jika pasien yang setelah dinyatakan default kemudian berobat kembali, tetapi tetap belum memahami tujuan pengobatan sehingga berhenti atau tidak lagi mengambil obatnya sampai lebih dari 3 bulan maka dinyatakan default kedua. Pasien default kedua tidak dikeluarkan dari register kohort dan hanya dilanjutkan pengobatan yang tersisa hingga lengkap. Untuk pasien yang default yang lebih dari dua kali, diperlukan tindakan dan penanganan khusus.

Tabel 2.5 Tindakan untuk pasien default yang kemudian kembali lagi

Jika	Tindakan	Hasil	Pengobatan	Dalam reg. Monitoring
Default pertama kali	Pemeriksaan fisik	Masih ada tanda aktif	Obat kembali dari awal dengan regimen sesuai dengan hasil pemeriksaan	Masukkan dalam monitoring pengobatan kolom ulangan sebagai masuk kembali
		Bila tidak ada tanda aktif	Tidak perlu diobati lagi	
Default kedua kali			Teruskan sisa pengobatan sampai lengkap	Teruskan monitoring pengobatan hingga lengkap
Penderita lebih dari 2 kali default (habitual defaulter)	Rujuk untuk menentukan pengobatan	Perlu pengobatan Tidak perlu pengobatan	Sesuai hasil rujukan	Sesuai hasil rujukan
	Jika rujukan tidak memungkinkan		Konseling dan lengkapi sisa pengobatan terakhir yang kurang	Teruskan monitoring pengobatan hingga lengkap

Sumber: Kemenkes RI, (2012). Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta

- 8) Indikasi pengeluaran pasien dari register kohort adalah: RFT, meninggal, pindah, salah diagnosis, ganti klasifikasi, default.
- 9) Pada keadaan-keadaan khusus (misalnya akses yang sulit ke pelayanan kesehatan) dapat diberikan sekaligus beberapa blister disertai dengan penyuluhan lengkap mengenai efek samping, tanda-tanda reaksi, agar secepatnya kembali ke pelayanan kesehatan.

2.2 Konsep Keperawatan Kesehatan Masyarakat

2.2.1 Pengertian

Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) merupakan pelayanan keperawatan profesional yang merupakan perpaduan antara konsep kesehatan masyarakat dan konsep keperawatan yang ditujukan pada seluruh masyarakat dengan penekanan pada kelompok resiko tinggi (Kemenkes RI, 2006) . Upaya perkesmas dilaksanakan secara terpadu baik upaya kesehatan perseorangan maupun kesehatan masyarakat dalam enam upaya kesehatan wajib puskesmas (promosi kesehatan, KIA/KB, gizi, P2M, kesehatan lingkungan dan pengobatan) maupun upaya pengembangan yang wajib dilaksanakan di daerah tertentu (Achjar, 2010).

2.2.2 Tujuan

Meningkatkan kemandirian masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan khususnya masalah keperawatan kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

2.2.3 Lingkup pelayanan

Lingkup pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat meliputi upaya kesehatan perseorangan (UKP) maupun upaya kesehatan masyarakat (UKM). Pelayanan kesehatan yang diberikan lebih difokuskan pada promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif.

2.2.4 Sasaran

Sasaran keperawatan kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan akibat faktor ketidaktahuan, ketidakmauan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya. Prioritas sasaran adalah yang mempunyai masalah kesehatan terkait dengan masalah kesehatan prioritas daerah, terutama:

1. Belum kontak dengan sarana pelayanan kesehatan (puskesmas serta jaringannya).
2. Sudah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan tapi memerlukan tindak lanjut keperawatan di rumah.

2.2.5 Strategi penyelenggaraan

Penyelenggaraan keperawatan kesehatan masyarakat di puskesmas dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan sumber daya yang dimiliki oleh puskesmas. Strategi yang diterapkan adalah

1. Puskesmas sebagai bagian integral upaya kesehatan puskesmas baik upaya kesehatan wajib maupun pengembangan.
2. Puskesmas sebagai upaya kesehatan pengembangan.

2.2.6 Pokok kegiatan

1. Kegiatan dalam gedung puskesmas
 - 1) Asuhan keperawatan terhadap pasien rawat jalan dan rawat inap.
 - 2) Penemuan kasus baru pada pasien rawat jalan.
 - 3) Penyuluhan atau pendidikan kesehatan
 - 4) Pemantauan keteraturan berobat
 - 5) Rujukan kasus atau masalah kesehatan kepada tenaga kesehatan lain di puskesmas.
 - 6) Pemberian nasehat (konseling) keperawatan.
 - 7) Kegiatan yang merupakan tugas limpah sesuai pelimpahan kewenangan yang diberikan dan atau prosedur yang telah ditetapkan.
 - 8) Menciptakan lingkungan terapiutik dalam pelayanan kesehatan di gedung puskesmas
 - 9) Dokumentasi keperawatan.
2. Kegiatan luar gedung puskesmas
 - 1) Asuhan keperawatan kasus yang memerlukan tindak lanjut di rumah (individu dalam konteks keluarga)
 - (1) Penemuan suspek atau kasus kontak serumah.
 - (2) Penyuluhan kesehatan pada individu dan keluarga.
 - (3) Pemantauan keteraturan berobat sesuai program pengobatan.
 - (4) Kunjungan rumah (*home visit/home health nursing*) sesuai rencana.
 - (5) Pelayanan keperawatan dasar langsung maupun tidak langsung.
 - (6) Pemberian nasehat (konseling) kesehatan/keperawatan.
 - (7) Dokumentasi keperawatan

- 2) Asuhan keperawatan keluarga
 - (1) Identifikasi keluarga rawan kesehatan/keluarga miskin dengan masalah kesehatan di masyarakat.
 - (2) Penemuan dini suspek/kasus kontak serumah.
 - (3) Pendidikan/penyuluhan kesehatan terhadap keluarga.
 - (4) Kunjungan rumah sesuai rencana.
 - (5) Pelayanan keperawatan dasar langsung maupun tidak langsung.
 - (6) Pelayanan kesehatan sesuai rencana.
 - (7) Pemberian nasehat.
 - (8) Dokumentasi keperawatan.
- 3) Asuhan keperawatan kelompok khusus
 - (1) Identifikasi faktor-faktor resiko terjadinya masalah kesehatan di kelompok.
 - (2) Pendidikan/penyuluhan kesehatan sesuai kebutuhan.
 - (3) Pelayanan keperawatan langsung pada penghuni yang memerlukan keperawatan.
 - (4) Memotivasi pembentukan, membimbing, dan memantau kader-kader kesehatan sesuai jenis kelompoknya.
 - (5) Dokumentasi keperawatan.
- 4) Asuhan keperawatan masyarakat di daerah binaan
 - (1) Identifikasi masalah kesehatan yang terjadi di suatu daerah dengan masalah kesehatan spesifik.
 - (2) Meningkatkan partisipasi masyarakat melalui kegiatan memotivasi masyarakat untuk membentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat.

- (3) Pendidikan/penyuluhan kesehatan masyarakat.
- (4) Memotivasi pembentukan, mengembangkan dan memantau kader-kader kesehatan di masyarakat.
- (5) Ikut serta melaksanakan dan memonitor kegiatan PHBS.
- (6) Dokumentasi keperawatan.

2.2.7 Pelaksana

Pelaksana utama kegiatan keperawatan kesehatan masyarakat adalah semua perawat fungsional keperawatan di puskesmas.

2.3 Konsep Kunjungan Rumah

2.3.1 Pengertian kunjungan rumah

Chairani, dkk (2011), mendefinisikan kunjungan rumah sebagai perwujudan kepedulian perawat (caring) terhadap masalah kesehatan yang dihadapi klien, perawat berkewajiban membantu klien dan keluarga sampai ke tingkat kemandiriannya. Sementara itu menurut Ekowati, dkk (2011), program kunjungan rumah dapat menjadi sarana atau penghubung antara petugas kesehatan terhadap pasien/keluarga yang menimbulkan dampak positif dan efektif dalam mencapai perawatan yang optimal.

2.3.2 Tujuan kunjungan rumah

Maurer & Smith (2009), kunjungan rumah mempunyai beberapa tujuan sebagai berikut:

1. Meningkatkan sistem pendukung yang ada agar efektif dan adekuat sebagai upaya pencapaian kesehatan keluarga

2. Meningkatkan efektifitas perawatan yang memadai dan efektif untuk seluruh anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan spesifik yang berhubungan dengan kesakitan atau ketidakmampuan
3. Mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga serta memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kesehatan dan pencegahan penyakit
4. Memperkuat kekuatan fungsi dan hubungan keluarga
5. Meningkatkan lingkungan yang sehat

2.3.3 Permasalahan dan hasil yang diharapkan pada kunjungan rumah

Maurer & Smith (2009), mengklasifikasikan masalah dan hasil yang diharapkan.

Tabel 2.6 Masalah dan hasil yang diharapkan dalam kunjungan rumah

No	Masalah	Hasil yang diharapkan
1	Gaya hidup dan sumber daya	Meningkatkan sistem pendukung dan sumber daya yang ada
2	Penyimpangan status kesehatan	Meningkatkan perawatan keluarga yang efektif bagi anggota yang sakit atau mengalami ketidakmampuan
3	Memelihara pola dan pengetahuan tentang kesehatan	Mendorong pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga, peningkatan kesehatan, dan pencegahan kesakitan
4	Struktur dan dinamika keluarga	Memperkuat hubungan dan fungsi keluarga

Sumber: Maurer & Smith, (2009). *Community/Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations*

2.3.4 Fase kunjungan rumah

Menurut Maurer & Smith (2009), hubungan dan komunikasi antara perawat dan klien adalah hal yang mendasar dalam perawatan. Redrawn dalam Smith (1980), membagi fase kunjungan rumah sebagai berikut:

1. Fase *preinitiation*

- 1) Mempunyai nama, alamat, dan nomor telepon keluarga disertai petunjuk arah atau peta
- 2) Mempunyai nomor telepon kantor sehingga dapat memberitahu atasan
- 3) Mempunyai nomor telepon emergensi seperti polisi, pemadam kebakaran, dan tim SAR
- 4) Mengklarifikasi kepada keluarga maksud kunjungan rumah
- 5) Perawat bersama keluarga membicarakan hasil yang ingin dicapai berdasarkan masalah kesehatan serta menjelaskan tujuan kunjungan rumah
- 6) Mempertimbangkan apakah tindakan pencegahan masalah kesehatan yang diperlukan
- 7) Mempunyai rencana aktifitas untuk kunjungan rumah
- 8) Menyiapkan instrument yang diperlukan
- 9) Mempersiapkan format pengkajian atau format persetujuan yang diperlukan
- 10) Mempersiapkan informasi dan alat pengajaran untuk memberikan pendidikan kesehatan
- 11) Mempunyai informasi tentang sumber daya komunitas yang sesuai
- 12) Mempersiapkan alat transportasi
- 13) Meninggalkan jadwal kunjungan rumah di kantor
- 14) Melakukan kunjungan dengan penuh kepercayaan diri dan penuh perhatian

2. Fase *initiation*

- 1) Ketuk pintu dan memperhatikan keadaan rumah
- 2) Memperkenalkan diri seperti nama dan asal kantor

- 3) Bertanyalah dengan orang yang telah membuat perjanjian sebelumnya
- 4) Mengamati lingkungan sambil memberi salam
- 5) Memperkenalkan diri kepada seluruh anggota keluarga
- 6) Duduklah setelah keluarga mempersilahkan duduk
- 7) Diskusikan tujuan dari kunjungan, pada kunjungan awal, diskusikan pelayanan yang telah diterima sebelumnya
- 8) Memberikan format persetujuan dengan sebelumnya menjelaskan tindakan yang akan diberikan

3. Fase *implementation*

- 1) Lengkapi data dasar pengkajian kesehatan
- 2) Pada kunjungan ulang, kaji perubahan sejak pertemuan terakhir. Mengeksplorasi tingkat kemampuan keluarga untuk mengikuti rencana kunjungan sebelumnya. Eksplorasi hambatan jika tidak dapat mengikuti
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah melaksanakan pemeriksaan fisik dan perawatan fisik langsung
- 4) Melaksanakan pengkajian fisik dan perawatan
- 5) Memeriksa kesehatan anggota keluarga yang lain
- 6) Mempertimbangkan nilai dan persepsi akan kebutuhan
- 7) Melaksanakan pendidikan kesehatan yang sesuai dan memberikan informasi tertulis
- 8) Diskusikan rujukan, kolaborasi, atau konsultasi bila diperlukan
- 9) Berikan kenyamanan dan konseling yang diperlukan

4. Fase *termination*

- 1) Merangkum pencapaian dari kunjungan
- 2) Mengklarifikasi rencana keluarga selanjutnya
- 3) Diskusikan rencana kunjungan selanjutnya dan kegiatan yang akan dilakukan
- 4) Meninggalkan identitas perawat dan nomor telepon yang dapat dihubungi

2.3.5 Dokumentasi kunjungan rumah

Bukit (2008), dokumentasi pada kunjungan rumah dapat dinilai dari beberapa aspek, yaitu:

1. Pengkajian lengkap dan akurat, termasuk data dari sumber lain
2. Mencakup isu kesehatan terkini
3. Sesuai dengan standar praktek
4. Menggunakan format dokumentasi
5. Dokumentasi objektif dan faktual
6. Memperhatikan legalitas kunjungan

2.3.6 Keuntungan dan kerugian kunjungan rumah

Menurut Maurer & Smith (2009), keuntungan dan kerugian kunjungan rumah sebagai berikut:

Tabel 2.7 Keuntungan dan kerugian kunjungan rumah

No	Keuntungan	Kerugian
1	Kunjungan rumah memberikan banyak kesempatan untuk pelayanan individu	Boros waktu perjalanan
2	Banyak orang lebih menyukai perawatan di rumah	Kunjungan rumah kurang efisien untuk perawat yang memiliki jadwal kunjungan yang banyak
3	Individu dan keluarga lebih menerima dan merasa nyaman karena berada di lingkungan rumahnya sendiri	Gangguan saat wawancara sulit dikontrol seperti suara televisi, anak menangis, dll
4	Pengumpulan informasi lebih akurat	Klien mungkin resisten atau takut akan

	dan valid melalui observasi	kedekatan kunjungan rumah
5	Perawatan pada anggota keluarga yang sakit dapat mengurangi kelebihan biaya masuk rumah sakit dan memperpendek lamanya waktu di rumah sakit	Keamanan perawat perlu mendapatkan perhatian saat melakukan kunjungan
6	Fokus kepada keluarga dapat difasilitasi	

Sumber: Maurer & Smith, (2009). *Community/Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations*

2.3.7 Indikasi keberhasilan dalam kunjungan rumah

Bukit (2008), ada beberapa faktor indikasi dalam kunjungan rumah yang nantinya akan mewujudkan keberhasilan pada pelaksanaannya, yaitu:

1. Identifikasi masalah dengan jelas
2. Kaji motivasi dan kebutuhan
3. Klarifikasi manfaatnya bagi keluarga
4. Memahami situasi atau masalah kesehatan keluarga
5. Perawat memiliki informasi dan keterampilan yang lebih
6. Positif *reward* kepada keluarga
7. Hindari ungkapan yang tidak mungkin tercapai
8. Memahami perbedaan nilai-nilai keluarga
9. Menunjukkan sikap empati
10. Menjadi pendengar yang baik
11. Konsisten dengan pemahaman situasi keluarga

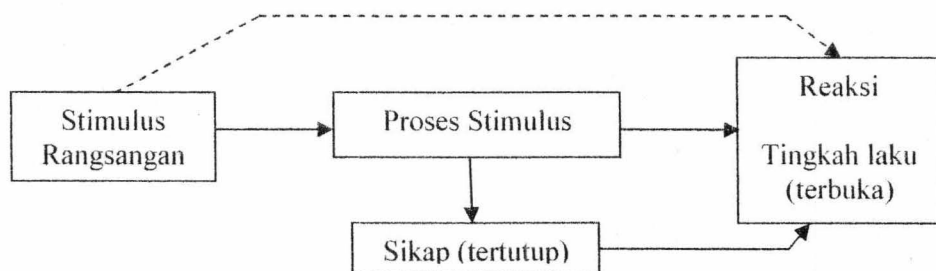
2.4 Konsep sikap

2.4.1 Pengertian

Notoadmodjo (2007), sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sementara itu menurut Azwar (2011), sikap seseorang terhadap suatu objek selalu berperan sebagai perantara antara responnya dan objek yang bersangkutan.

2.4.2 Proses terbentuknya sikap

Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan suatu predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Proses terbentuknya sikap dan reaksi dapat dilihat di bawah ini:



Gambar 2.2 Proses terbentuknya sikap.

Sumber: Notoadmodjo, (2007). Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni

2.4.3 Komponen pokok sikap

Allport (1954) dalam Notoadmodjo (2012), menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok, yaitu:

1. Kognitif (tahu)

Kepercayaan (keyakinan) dan konsep terhadap suatu objek

2. Afektif (rasa)

Evaluasi terhadap suatu objek

3. Konatif (pakai)

Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

2.4.4 Tingkatan sikap

Notoadmodjo (2012), sikap terdiri dari berbagai tingkatan, antara lain:

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2. Merespons (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*valving*)

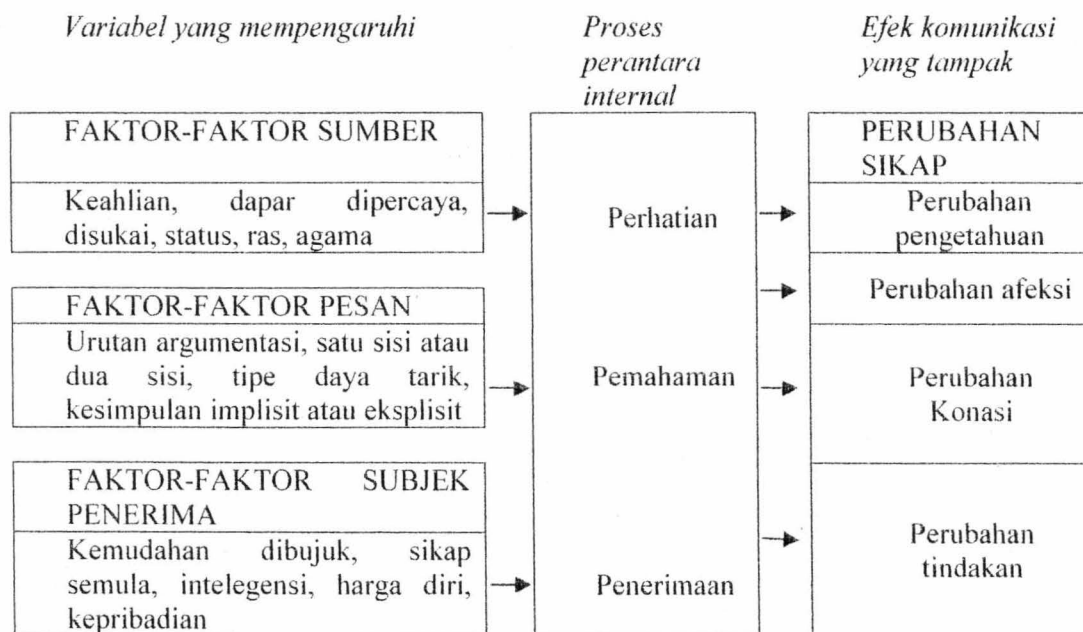
Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

2.5 Konsep model studi Yale

Studi ini dilakukan oleh Hovland dan kawan kawannya (Fishbein & Ajzen, 1975; Brehm & Kassin, 1990) yang meneliti tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi komunikasi persuasif. Dalam penelitiannya yang dilakukan di Universitas Yale, ia mendefinisikan komunikasi sebagai suatu proses yang digunakan oleh komunikator untuk menyampaikan stimuli (yang biasa dalam bentuk lisan) guna megubah sikap orang lain. Untuk mempelajari efek sumber komunikasi, yaitu komunikator, para peneliti tersebut memanipulasi berbagai karakteristik komunikator seperti sejauh mana ia dapat dipercaya, keahliannya, disukai, ras, dan agama. Kemudian dipelajari pula berbagai karakteristik pesan yang disampaikan dengan memanipulasi berbagai aspek tipe argumentasi, satu sisi atau dua sisi, kesimpulan implisit dan eksplisit. Pada sisi lain riset tersebut meneliti berbagai variabel yang ada pada diri subjek penerima pesan itu seperti kemudahannya disugesti, sikap mereka sebelum diberi pesan, intelegensi, harga diri, kompleksitas kognitif, dan berbagai sifat kepribadian lainnya.



Gambar 2.3 Pendekatan Komunikasi dan Persuasi menurut Model Studi Yale. Sumber: Azwar, (2012). Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya.

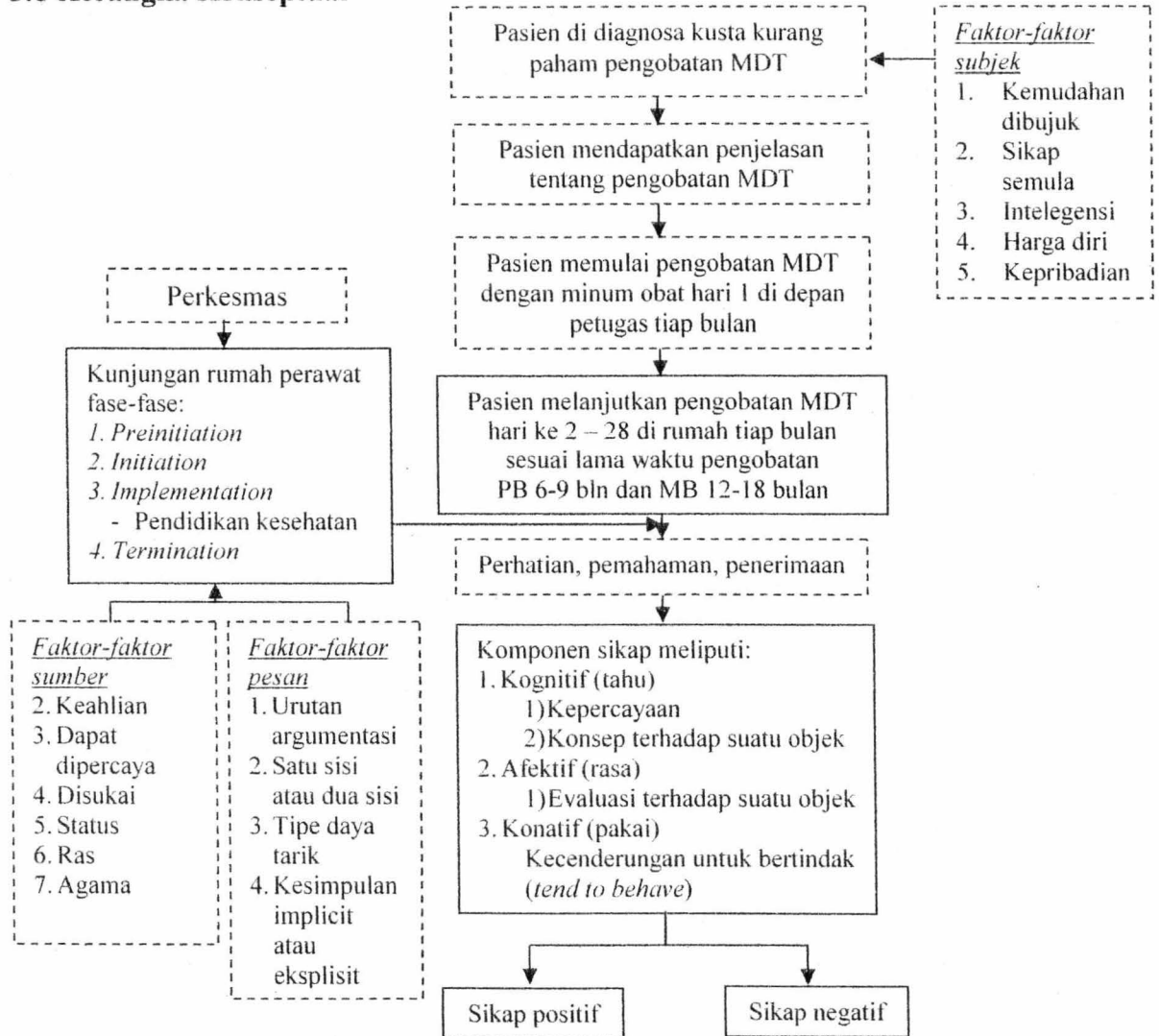
Asumsi dasar yang melandasi studi Hovland dan kawan-kawannya adalah anggapan bahwa suatu komunikasi tertentu yang berupa perubahan sikap akan tergantung sejauh mana komunikasi itu diperhatikan, difahami, dan diterima.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan : Diukur

: Tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT. Diadaptasi dari Pendekatan Komunikasi dan Persuasi menurut Model Studi Yale (diadaptasi dari Fishbein & Ajzen, 1975).

WHO membagi kusta dalam 2 tipe yaitu tipe *Pausi Basiler* (PB) dan *Multi Basiler* (MB). Pengobatan kusta yang direkomendasikan WHO menggunakan kombinasi MDT yang terdiri dari beberapa obat dan harus diminum secara teratur sampai selesai sesuai dengan dosis dan waktu yang ditentukan untuk semua penderita kusta. Untuk pengobatan Kusta tipe PB selama 6-9 bulan sedangkan tipe MB selama 12-18 bulan yang terintegrasi dengan unit Puskesmas. Sikap penderita Kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT menentukan ketidakteraturan berobat (Hutabarat, 2008). Sikap penderita kusta merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup terhadap pengobatan MDT. Menurut Hovland, et al (Fishbein & Ajzen, 1975) dalam Azwar (2011), variabel yang mempengaruhi perubahan sikap (1) faktor-faktor sumber meliputi sejauhmana dapat dipercaya, keahlian, disukai, ras, agama (2) faktor-faktor pesan yang disampaikan meliputi tipe argumentasi, satu sisi atau dua sisi, tipe daya tarik, kesimpulan implisit atau eksplisit (3) faktor-faktor subjek meliputi kemudahan dibujuk, sikap semula, intelegensi, harga diri, kepribadian. Sebelum seseorang mengalami perubahan sikap kearah positif terdapat tahapan yang dilalui meliputi komponen sikap seperti: kognitif, afektif, dan konatif sebagai dampak dari pesan yang disampaikan melalui usaha pengembangan perkesmas berupa kunjungan rumah perawat. Kunjungan rumah sebagai perwujudan kepedulian perawat (*caring*) terhadap masalah kesehatan yang dihadapi klien dan perawat berkewajiban membantu klien dan keluarga sampai ke tingkat kemandiriannya (Chairani, dkk. 2011). Selain itu kunjungan rumah juga dapat menjadi sarana atau penghubung antara petugas kesehatan terhadap pasien/keluarga yang dapat menimbulkan dampak positif untuk mencapai perawatan yang optimal.

Kunjungan rumah dilakukan dengan tahapan *preinitiation*, *initiation*, *implementation*, dan *termination*. Pada kunjungan rumah dilakukan kegiatan berupa pendidikan kesehatan mulai dari pengertian MDT sampai dengan penatalaksanaan pengobatan MDT. Setelah penderita mendapatkan pendidikan kesehatan terkait program pengobatan MDT maka akan terjadi perubahan sikap ke arah positif yang meliputi penderita tahu tentang program pengobatan MDT maka penderita akan memakai MDT sebagai pengobatan kusta.

3.2 Hipotesis

H1: Ada pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Menurut Nursalam (2013), desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil. Penelitian ini menggunakan desain *Quasy Experiment* jenis *Pre-Post Test Control Group Design*.

Tabel 4.1 Desain penelitian pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT di Puskesmas Alak-kota Kupang-NTT

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca-test
K-A	0	1	01-A
K-B	0	-	01-B
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan:

- K-A : Subjek (pasien kusta) perlakuan
- K-B : Subjek (pasien kusta) kontrol
- : Aktifitas lainnya (pengobatan MDT sesuai program)
- 0 : Penilaian sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT sebelum kunjungan rumah perawat
- 1 : Intervensi (kunjungan rumah perawat)
- 01 (A+B) : Penilaian sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT sesudah kunjungan rumah perawat (kelompok perlakuan dan kontrol)

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah subjek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2013). Populasi penelitian ini adalah seluruh penderita Kusta yang sudah didiagnosis kusta dan sedang menjalani program

pengobatan MDT tipe PB dan MB di Puskesmas Alak-Kota Kupang-NTT pada bulan Nopember tahun 2013 yaitu sebanyak 16 penderita.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2013). Seluruh penderita kusta sebanyak 16 orang dijadikan sampel dalam penelitian ini karena masih dalam jangkauan peneliti sehingga tidak memiliki kriteria inklusi dan eksklusi.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik *sampling* merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2013). Teknik *sampling* penelitian ini adalah *total sampling*. Sugiyono (2012), total sampling digunakan karena jumlah populasi relatif kecil, kurang dari 30 orang, dan untuk membuat generalisasi dengan kesalahan yang sangat kecil.

4.3 Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (Nursalam, 2013).

4.3.1 Variabel independen

Variabel independen (bebas) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2013). Variabel independen penelitian ini adalah kunjungan rumah perawat.

4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen (terikat) adalah variabel yang dipengaruhi nilainya oleh variabel lain (Nursalam, 2013). Variabel dependen penelitian ini adalah sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT.

4.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2013). Definisi operasional penelitian ini seperti pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Definisi operasional pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT di Puskesmas Alak Kota Kupang, tanggal 21 Desember 2013 s/d 04 Januari 2014

No	Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Kriteria skor
1	Variabel independen: kunjungan rumah perawat	Suatu bentuk pelayanan yang diberikan oleh perawat kepada individu yang mengalami masalah kesehatan di rumah dengan melaksanakan pendidikan kesehatan	Fase kunjungan rumah perawat: 1. <i>Preinitiation</i> 2. <i>Initiation</i> 3. <i>Implementation</i> 4. <i>Termination</i>	SAK		
2	Variabel dependen: sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT	Suatu kondisi dimana seseorang menunjukkan positif atau negatif dalam mengikuti program pengobatan MDT	Perubahan sikap: 1. Kognitif 1) Kepercayaan tentang MDT 2) Konsep tentang MDT 2. Afektif Evaluasi tentang MDT 3. Konatif Kecenderungan untuk teratur mengikuti program pengobatan MDT	Kuesioner berbentuk skala likert	Ordinal	<p>Pernyataan sikap positif penilaian: STS = 1, TS = 2, TT = 3, S = 4, SS = 5</p> <p>Pernyataan sikap negatif penilaian: SS = 1, S = 2, TT = 3, TS = 4, STS = 5</p> <p>Skor dinilai dengan rumus: $T = 50 + 10 \left[\frac{X - X'}{s} \right]$</p> <p>Kategori hasil : Sikap Positif $T \geq \text{Mean}$</p> <p>Sikap negatif $T < \text{Mean}$</p>

4.5 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini instrument yang digunakan adalah

1. Kunjungan rumah perawat menggunakan instrument satuan acara kegiatan (SAK)
2. Sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT menggunakan instrument kuisioner skala likert dan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh peneliti pada tanggal 8 Nopember 2013 dengan jumlah responden 10 orang di Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto dengan tingkat validitas total 0,028 dan reliabilitas 0,805. Pernyataan positif berjumlah 12 butir dengan perincian sebagai berikut nomor 1,2,3,4 (kognitif), nomor 9,10,11,12 (afektif), dan nomor 17,18,19,20 (konatif). Pernyataan negatif berjumlah 12 butir dengan perincian nomor 5,6,7,8 (kognitif), nomor 13,14,15,16 (afektif), dan nomor 21,22,23,24 (konatif). Skor tiap-tiap butir pertanyaan selanjutnya dihitung menggunakan skor standar yang biasa digunakan dalam skala model likert adalah skor-T, yaitu:

$$T = 50 + 10 \left[\frac{X - \bar{X}}{s} \right]$$

Keterangan:

X = Skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi T skor.

\bar{X} = Mean skor kelompok

S = Deviasi standar skor kelompok

Distribusi skor mean T = 50

Deviasi standar $S_T = 10$

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

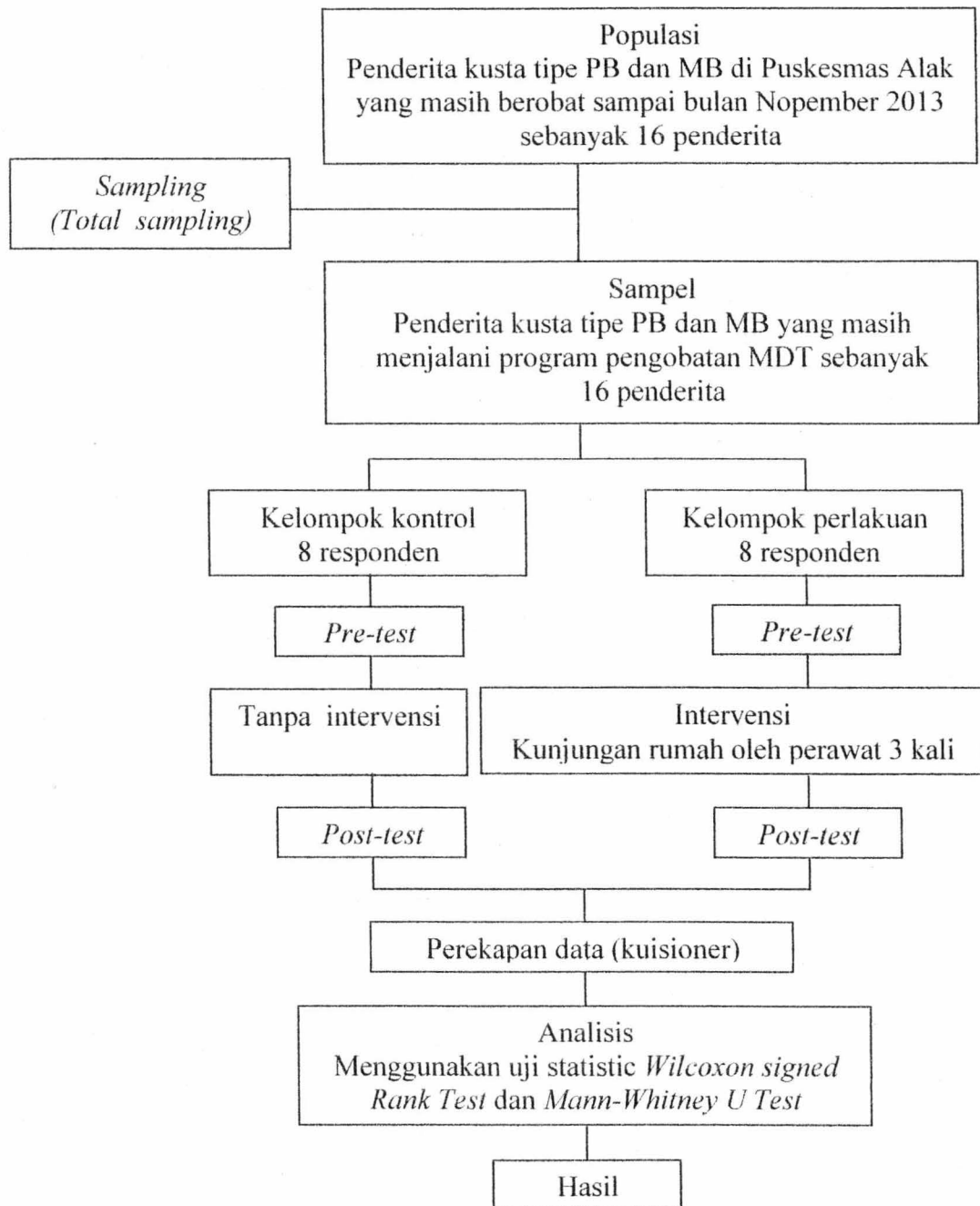
Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT sejak tanggal 21 Desember 2013 s/d 04 Januari 2014

4.7 Prosedur dan Cara Pengumpulan Data

Setelah mendapat rekomendasi dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya diteruskan ke Bakesbanglinmas Kota Kupang melalui Kantor Perijinan Pusat Terpadu Satu Pintu untuk mendapatkan surat ijin lokasi penelitian. Setelah mendapat surat ijin lokasi penelitian, surat tersebut diteruskan ke Camat Alak dan Kepala Puskesmas Alak sebagai bukti akan dilakukan penelitian. Setelah Kepala Puskesmas Alak menyetujui barulah penelitian dimulai. Langkah awal adalah responden yang akan diteliti dilakukan klarifikasi terlebih dahulu alamat rumah. Setelah didapatkan alamat rumah yang jelas maka selanjutnya peneliti membagi penderita kusta menjadi 2 kelompok yaitu 8 responden sebagai kelompok perlakuan dan 8 responden sebagai kelompok kontrol. Pembagian didasarkan pada letak Puskesmas yang berada di antara pesisir pantai dan dataran tinggi di mana kelompok kontrol terdiri dari 4 responden yang berdomisili di pesisir pantai dan 4 responden yang berdomisili di dataran tinggi, begitu pula dengan kelompok perlakuan. Pada kunjungan pertama, peneliti didampingi perawat Puskesmas Alak yang merupakan pengelola program kusta untuk menjelaskan maksud dan tujuan penelitian dan memberikan *informed consent* kemudian memberikan kuisioner beserta petunjuk pengisian yang disertai penjelasan oleh peneliti. Kuisioner diberikan setelah responden bersedia dan menandatangani *informed consent*. Selanjutnya kedua kelompok dilakukan *pre*

test untuk mendapatkan skor awal dengan memberikan kuisioner untuk mengetahui sikap responden terhadap program pengobatan MDT. Setelah dilakukan *pre test*, kelompok perlakuan diberikan pendidikan kesehatan tentang program pengobatan MDT berupa pengertian, tujuan dan jenis pengobatan MDT serta dibekali lembar materi dari peneliti sementara untuk kelompok kontrol melakukan aktivitas pengobatan seperti biasanya di rumah hingga dilakukan *post test* di hari ketiga. Sehari setelah kunjungan pertama, dilakukan kunjungan kedua pada kelompok perlakuan dimana peneliti memberikan pendidikan kesehatan berupa kegunaan, efek samping, cara minum obat MDT dan *default*. Pada kunjungan ketiga dilakukan 3 hari setelah kunjungan kedua kelompok perlakuan dimana peneliti mengevaluasi dan memberi penekanan pada hal-hal penting. Diakhir aktivitas kunjungan ketiga peneliti melakukan *post test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Diberikan jeda jarak 3 hari agar responden lebih memahami tentang program pengobatan MDT yang telah diterapkan peneliti.

4.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka operasional pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT di Puskesmas Alak, tanggal 21 Desember 2013 s/d 04 Januari 2014

4.9 Analisa Data

Analisa data pada penelitian ini melalui tahap-tahap sebagai berikut:

1. *Editing*

- 1) Melakukan pengecekan kelengkapan identitas responden untuk menghindari kekurangan data identitas sampel.
- 2) Melakukan pengecekan pertanyaan pada kuisisioner sudah terisi atau belum.
- 3) Melakukan pengecekan apakah jawaban atau tulisan masing-masing pertanyaan cukup jelas atau terbaca.
- 4) Melakukan pengecekan apakah jawaban relevan dengan pertanyaan.

2. *Coding*

Setelah semua kuisisioner diedit, selanjutnya dilakukan pemberian kode yaitu mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan dimana pemberian kode ini sangat berguna dalam memasukkan data (*data entry*).

3. Memasukkan data (*data entry*) atau *processing*

Data yang merupakan jawaban-jawaban dari masing-masing responden dalam bentuk kode dimasukkan ke dalam program komputer. Dalam proses ini dituntut ketelitian dari peneliti agar tidak terjadi kesalahan dalam memasukkan data.

4. Pembersihan data (*cleaning*)

Pembersihan data dilakukan untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan sehingga dapat dilakukan pembetulan atau koreksi.

5. Data diolah dan dianalisis

1) *Analisis univariate* (deskriptif)

Analisis akan menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, dan jumlah anggota yang tinggal serumah.

2) *Analisis bivariate* (inferensial)

Uji statistik yang dipakai dalam penelitian ini adalah

(1) *Wilcoxon Signed Rank Test (two related samples tests)*

Digunakan untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan antara dua variabel yang berpasangan atau berhubungan. Perbedaan dalam uji ini adalah perbedaan sikap antara sebelum dan setelah adanya kunjungan rumah perawat. Uji ini dilakukan untuk mengukur data berskala ordinal dan tidak mensyaratkan data berdistribusi normal. Priyatno (2009), kriteria pengujian jika signifikansi $< 0,05$ maka H_1 diterima.

(2) *Mann – Whitney U (two independent samples test)*

Digunakan untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan antara dua kelompok data yang independen. Perbedaan dalam uji ini adalah sikap penderita Kusta terhadap kelompok perlakuan dan kontrol. Uji ini hanya dilakukan untuk mengukur data berskala ordinal dan tidak mensyaratkan data berdistribusi normal. Priyatno (2009), kriteria pengujian jika signifikansi $< 0,05$ maka H_1 diterima.

4.10 Etika Penelitian

Peneliti dalam melakukan penelitian memegang teguh pada etika penelitian yang meliputi empat prinsip (Notoatmodjo, 2010) antara lain:

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subjek penelitian untuk mendapatkan informasi tentang tujuan peneliti melakukan penelitian. Disamping itu, peneliti juga memberikan kebebasan kepada subjek untuk memberikan informasi atau tidak memberikan informasi (berpartisipasi). Secara nyata bentuk peneliti menghormati harkat dan martabat subjek penelitian, peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subjek (*inform consent*).

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*)

Peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan identitas subjek. Peneliti seyogianya cukup menggunakan *coding* sebagai pengganti identitas responden.

3. Keadilan dan inklusivitas/keterbukaan (*respect for justice an inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dan adil perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Untuk itu, lingkungan peneliti perlu dikondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan, yakni dengan menjelaskan prosedur penelitian. Prinsip keadilan menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama, tanpa membedakan jender, agama, etnis, dan sebagainya.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*)

Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat pada umumnya, dan subjek penelitian pada khususnya. Peneliti hendaknya meminimalkan dampak yang merugikan bagi subjek. Oleh karena itu, pelaksanaan penelitian harus dapat mencegah atau paling tidak mengurangi rasa sakit, cedera, stres, maupun kematian subjek penelitian.

4.11 Keterbatasan

Keterbatasan adalah suatu yang mungkin akan mengurangi secara umum dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008). Keterbatasan dalam penelitian ini adalah

1. Pada saat kunjungan rumah sebagian besar hanya bertemu responden tanpa keterlibatan seluruh anggota keluarga sehingga mengurangi *support system*.
2. Kesibukan responden mengakibatkan peneliti mengurangi langkah-langkah pada setiap fase kunjungan rumah .
3. Penelitian hanya memfokuskan pada sikap keteraturan tanpa memperhatikan perilaku yang dihasilkan.

BAB 5
HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan dijelaskan hasil penelitian tentang pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT. Hasil penelitian yang disajikan meliputi data umum dan data khusus. Data umum menjelaskan mengenai gambaran umum lokasi penelitian dan data demografi responden penelitian (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, jumlah orang yang tinggal serumah, dukungan keluarga). Data khusus meliputi identifikasi sikap keteraturan sebelum dan sesudah kunjungan rumah serta analisis pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Data Umum

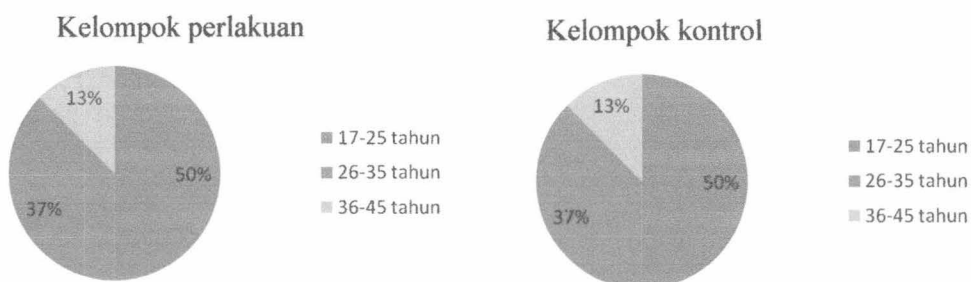
1. Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT yang terletak di jalan Sangkar Mas dengan jarak 3 km dari pusat kota kecamatan. Batas wilayah sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Kupang, sebelah utara berbatasan dengan Teluk Kupang, sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Kupang, dan sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Kota Lama. Wilayah kerja Puskesmas Alak terdiri dari 6 kelurahan yang terbagi menjadi 2 bagian yaitu sebagian berada di sekitar pesisir pantai dan sebagian lain berada di dataran

tinggi. Puskesmas Alak merupakan Puskesmas rawat inap dengan 5 pustu serta memiliki staf sebanyak 53 orang yang terdiri dari 4 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, 24 orang perawat, 2 orang perawat gigi, 12 orang bidan, 2 orang asisten apoteker, 1 orang analis kesehatan, 1 orang tenaga gizi, 2 orang kesling, 2 orang kesehatan masyarakat, dan 2 orang tenaga administrasi. Program kusta di Puskesmas Alak dikelola oleh seorang perawat yang telah mengikuti pelatihan tentang kusta. Pelayanan kusta dilakukan setiap hari di poli umum. Setiap pasien yang dicurigai menderita penyakit kusta akan dirujuk ke RS.W.Z. Johannes Kupang untuk mendapatkan diagnosis pasti. Berdasarkan diagnosis pasti tersebut, pengelola kusta Puskesmas Alak mulai memberikan terapi MDT dengan sebelumnya diberikan penjelasan mengenai obat MDT, cara minum obat, dan jadwal pengambilan obat tiap bulannya. Penderita mengambil blister MDT tiap bulan sampai selesai pengobatan. Selain upaya kuratif, upaya promotif di Puskesmas Alak berupa penyuluhan kesehatan belum maksimal dilakukan. Pendidikan kesehatan hanya diberikan pada penderita saat mengambil obat ke puskesmas.

2. Data demografi

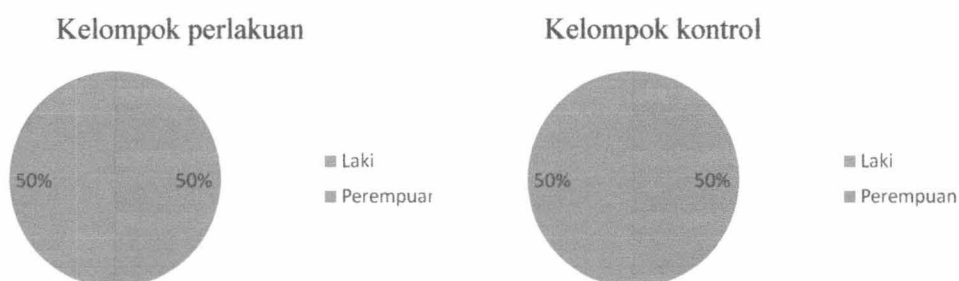
1) Distribusi responden berdasarkan umur



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT, tanggal 21 Desember 2013 s/d 04 Januari 2014

Gambar 5.1 menunjukkan bahwa pada kedua kelompok sebagian besar pada umur 17-25 tahun (50%) dan sebagian kecil pada umur 36-45 tahun (13%).

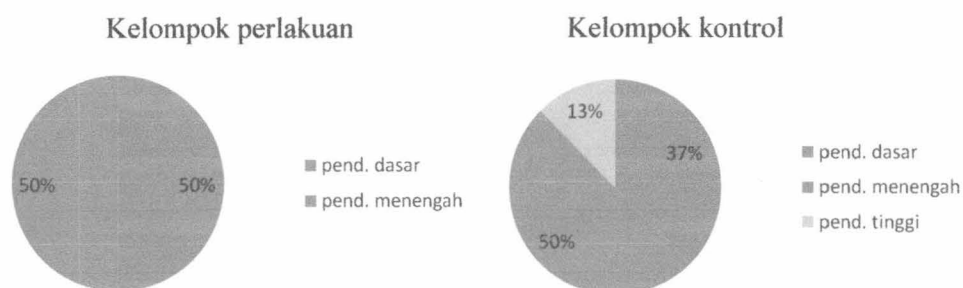
2) Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT, tanggal 21 Desember 2013 s/d 04 Januari 2014

Gambar 5.2 menunjukkan bahwa pada kedua kelompok sama berjenis kelamin laki-laki (50%) dan berjenis kelamin perempuan (50%).

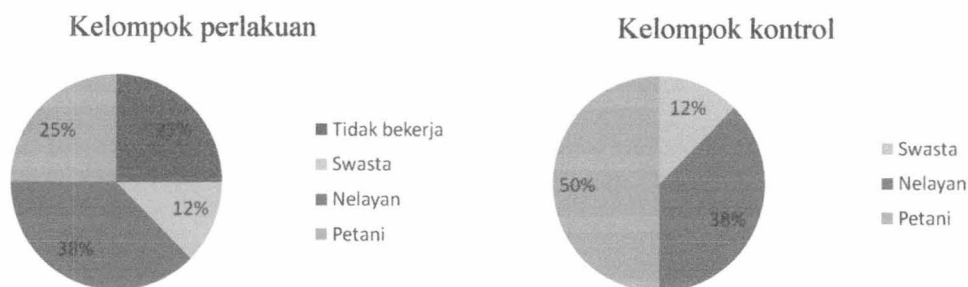
3) Distribusi responden berdasarkan pendidikan



Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan pendidikan di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT, tanggal 21 Desember 2013 s/d 04 Januari 2014

Gambar 5.3 menunjukkan bahwa pada kedua kelompok sebagian besar sama pada pendidikan dasar (50%) dan sebagian kecil kelompok perlakuan pada pendidikan menengah (50%), kelompok kontrol pada pendidikan tinggi (13%).

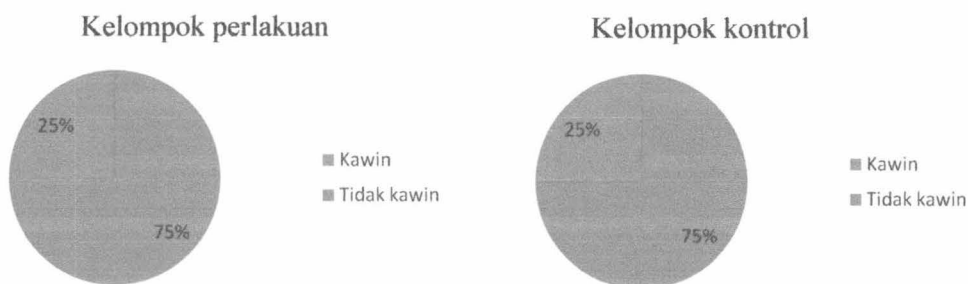
4) Distribusi responden berdasarkan pekerjaan



Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT, tanggal 21 Desember 2013 s/d 04 Januari 2014

Gambar 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar kelompok perlakuan pada pekerjaan nelayan (38%), kelompok kontrol pada pekerjaan petani (50%) dan pada kedua kelompok sebagian kecil sama pada pekerjaan swasta (12%).

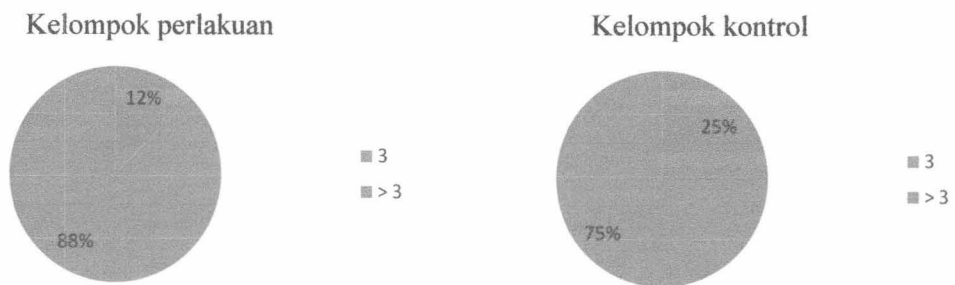
5) Distribusi responden berdasarkan status perkawinan



Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan status perkawinan di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT, tanggal 21 Desember 2013 s/d 04 Januari 2014

Gambar 5.5 menunjukkan bahwa kedua kelompok sama pada status kawin (75%) dan tidak kawin (25%).

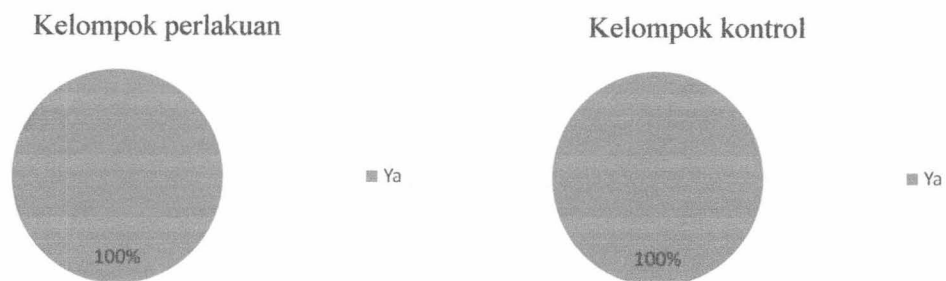
6) Distribusi responden berdasarkan jumlah orang yang tinggal serumah



Gambar 5.6 Distribusi responden berdasarkan jumlah orang yang tinggal serumah di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT, tanggal 21 Desember 2013 s/d 04 Januari 2014

Gambar 5.6 menunjukkan bahwa pada kedua kelompok sama yaitu memiliki jumlah orang yang tinggal serumah >3 (88% dan 75%) dan jumlah orang yang tinggal serumah 3 (12% dan 25%).

7) Distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga

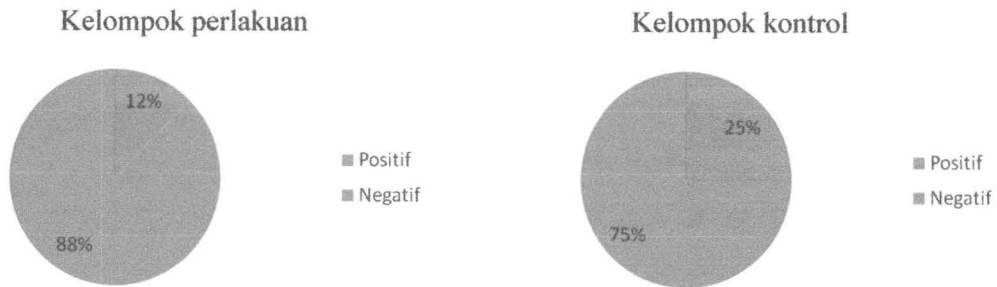


Gambar 5.7 Distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT, tanggal 21 Desember 2013 s/d 04 Januari 2014

Gambar 5.7 menunjukkan bahwa pada kedua kelompok sama mendapatkan dukungan keluarga (100%).

5.1.2 Data Khusus

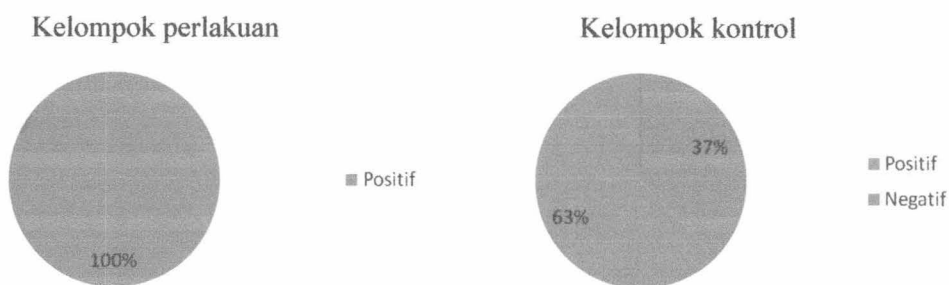
1. Identifikasi sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT sebelum kunjungan rumah perawat



Gambar 5.8 Distribusi sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT sebelum kunjungan rumah perawat di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT, tanggal 21 Desember 2013 s/d 04 Januari 2014

Gambar 5.8 menunjukkan bahwa sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT sebelum kunjungan rumah perawat pada kedua kelompok adalah sama memiliki sikap negatif (88% dan 75%) dan memiliki sikap positif (12% dan 25%).

2. Identifikasi sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT sesudah kunjungan rumah perawat



Gambar 5.9 Distribusi sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT sesudah kunjungan rumah perawat di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT, tanggal 21 Desember 2013 s/d 04 Januari 2014

Gambar 5.9 menunjukkan bahwa sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT sesudah kunjungan rumah perawat pada kelompok perlakuan adalah keseluruhan memiliki sikap positif (100%) dan pada kelompok kontrol adalah sebagian besar memiliki sikap negatif (63%), sebagian kecil memiliki sikap positif (37%).

3. Analisis pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT

Tabel 5.1 Distribusi sikap keteraturan dan uji statistik di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT

Sikap keteraturan	Kelompok perlakuan				Kelompok kontrol			
	Sebelum		Sesudah		Sebelum		Sesudah	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Positif	1	13%	8	100%	2	25%	3	37%
Negatif	7	87%	0	0%	6	75%	5	63%
Total	8	100%	8	100%	8	100%	8	100%
Wilcoxon Signed Rank Test								
Z = -2.533				Z = -1.263				
P = 0.011				P = 0.206				
Mann Whitney U Test								
Z = -3.456								
P = 0.000								

Tabel 5.1 menunjukkan distribusi sikap keteraturan kelompok perlakuan pada saat dilakukan *pre test* yaitu terdapat 1 responden (13%) dengan sikap keteraturan positif dan 7 responden (87%) dengan sikap keteraturan negatif. *Post test* pada kelompok perlakuan setelah dilakukan kunjungan rumah perawat menunjukkan seluruh penderita mengalami peningkatan skor sikap keteraturan. Peningkatan skor sikap keteraturan terlihat pada 7 responden yang semula masuk dalam sikap keteraturan negatif dan setelah dilakukan *post test* masuk dalam sikap keteraturan positif. Berdasarkan hasil uji statistik *Wilcoxon Sign Rank Test* pada kelompok perlakuan menunjukkan $p=0,011$ ($p<0,05$) artinya ada perbedaan sikap

keteraturan yang signifikan pada kelompok perlakuan setelah mendapatkan kunjungan rumah perawat.

Responden pada kelompok kontrol menunjukkan distribusi sikap keteraturan saat *pre test* yaitu terdapat 2 responden (25%) dengan sikap keteraturan positif dan 6 responden (75%) dengan sikap keteraturan negatif. Saat dilakukan *post test*, terjadi perubahan skor sikap keteraturan yaitu bertambahnya 1 responden dengan sikap keteraturan positif menjadi 3 responden (37%) dan berkurangnya sikap keteraturan negatif 1 responden menjadi 5 responden (63%). Berdasarkan hasil uji statistik *Wilcoxon Sign Rank Test* pada kelompok kontrol menunjukkan $p=0,206$ ($p>0,05$) artinya tidak terdapat perbedaan sikap keteraturan yang signifikan pada kelompok kontrol pada *pre test* dan pada *post test*.

Hasil penelitian di atas diketahui adanya perbedaan sikap keteraturan pada *post test* kelompok yang mendapat perlakuan dengan kelompok yang tidak mendapat perlakuan. Responden yang memiliki sikap keteraturan positif pada kelompok yang mendapat perlakuan yaitu 8 responden (100%) sedangkan pada kelompok yang tidak mendapat perlakuan yaitu 3 responden (37%). Kemudian dilihat dari hasil uji statistik *Mann Whitney U test* dengan $p=0,000$ ($p<0,05$) yang berarti ada pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap keteraturan penderita kusta.

5.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian di atas menunjukkan sikap keteraturan responden pada *pre test* kelompok perlakuan dan kontrol mayoritas memiliki sikap keteraturan negatif dan sebagian kecil sikap keteraturan positif. Sikap

keteraturan pada kelompok perlakuan didapatkan mayoritas negatif pada usia antara 17-25 tahun yang mana pematangan berfikir dipengaruhi anggapan masyarakat setempat yang negatif tentang penyakit kusta. Selain itu upaya penyuluhan yang masih kurang pada tingkat pendidikan menengah (SMA) dan pendidikan tinggi (PT) sehingga pengetahuan tentang pengobatan kusta masih terbatas.

Pada kelompok perlakuan diberikan intervensi berupa kunjungan rumah perawat yang terdiri dari 4 fase meliputi *preinitiation*, *initiation*, *implementation* dan *termination*. Pada fase *preinitiation*, peneliti memastikan nama, keterangan lain dari pasien, dan membuat rencana kunjungan yang kemudian dilanjutkan dengan fase *inisiation* berupa memperkenalkan diri kepada pasien, membina hubungan dengan anggota keluarga, menerima pasien dan tidak menyalahkan, mengidentifikasi anggota rumah tangga, mengkaji pemahaman pasien, menentukan dengan siapa perawat akan berkomunikasi, memulai kontrak, negosiasi kontrak, dan mengurangi gangguan selama kunjungan. Selanjutnya pada tahap *implementation*, pendidikan kesehatan tentang program pengobatan MDT diberikan meliputi pengertian, tujuan, jenis pengobatan, kegunaan pengobatan, cara minum obat, efek samping dan *default*. Fase *termination*, peneliti membatasi perpanjangan kontrak, memberi catatan berupa nama, nomor telepon, dan informasi penting lainnya, membuat ringkasan, dan mengakhiri pertemuan dengan memberikan salam.

Pada responden dengan sikap keteraturan positif dalam proses diskusi mampu terlibat secara aktif, mendengarkan dengan baik, fokus, dan mengajukan pertanyaan sederhana sedangkan responden yang termasuk dalam kategori sikap

keteraturan negatif perlu distimulasi untuk berkomunikasi agar memahami isi pembicaraan. Sementara itu responden pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan kunjungan rumah hanya meneruskan pengobatan di rumah sesuai yang sudah dianjurkan oleh petugas puskesmas.

Pada *post test* kelompok perlakuan setelah dilakukan kunjungan rumah perawat menunjukkan terjadi peningkatan skor sikap keteraturan semua responden. Responden yang awalnya masuk ke dalam kategori sikap keteraturan negatif saat *post test* berubah menjadi kategori sikap keteraturan positif sedangkan *post test* kelompok kontrol menunjukkan adanya 1 responden yang mengalami perubahan sikap keteraturan dari negatif menjadi positif dikarenakan responden tersebut mendapatkan informasi dari buku bacaan yang membahas penyakit kusta dan pengobatannya.

Hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Ranks Test* pada *pre test* dan *post test* menunjukkan signifikansi pada kelompok perlakuan untuk sikap keteraturan dengan $p= 0,011$, memberikan arti bahwa kunjungan rumah memberikan pengaruh merubah sikap keteraturan negatif menjadi positif. Analisa menggunakan uji statistik *Mann Whitney U-Test* untuk hasil *post test* sikap keteraturan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol didapatkan hasil $p=0,000$, memberikan arti bahwa kelompok yang diberikan intervensi kunjungan rumah memberikan pengaruh merubah sikap keteraturan negatif menjadi positif sedangkan kelompok yang tidak diberikan intervensi kunjungan rumah tidak memberikan pengaruh signifikan.

Kunjungan rumah merupakan kegiatan luar gedung puskesmas melalui upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat (perkesmas) memiliki tujuan

memandirikan masyarakat agar dapat mengatasi masalah kesehatan dan mencapai derajat kesehatan yang optimal dengan penekanan kelompok resiko tinggi meliputi sasaran individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Fokus pelayanan pada upaya promotif berupa pendidikan kesehatan dan preventif tanpa mengesampingkan kuratif dan rehabilitatif (Kemenkes, 2006).

Pemberian informasi melalui pendidikan kesehatan dan diskusi partisipasi akan meningkatkan pengetahuan dan menimbulkan kesadaran sehingga dapat digunakan sebagai salah satu strategi merubah sikap (Notoatmodjo, 2007). Perubahan sikap dapat dicapai apabila terjadi komunikasi persuasif yang efektif antara komunikator dan penerima informasi. Komunikasi persuasif terdiri dari tiga faktor yaitu sumber, pesan, dan subjek penerima informasi. Faktor sumber komunikator terdiri dari keahlian, dapat dipercaya, disukai, ras, dan agama. Kredibilitas sumber mempengaruhi seseorang tergantung dari keahliannya dalam bidang tertentu. Daya tarik fisik dan penampilan sifat kepribadian yang positif mengarahkan penerima informasi untuk menyukai sumber. Faktor pesan terdiri dari tipe argumentasi, satu sisi atau dua sisi, kesimpulan implisit dan eksplisit. Tipe argumentasi satu arah digunakan jika individu sudah akrab dan dapat bekerja sama dengan pembicara namun jika pendengar bersifat antagonis terhadap pembicara, maka lebih tepat menggunakan komunikasi dua sisi dengan mendengarkan pandangan yang diyakini pendengar dan kemudian meyakinkan sesuai hasil yang diharapkan pembicara. Faktor penerima informasi terdiri dari kemudahan dipengaruhi, sikap semula, intelegensi, kepribadian, dan harga diri. Faktor-faktor tersebut melalui suatu proses perantara berupa perhatian, pemahaman, dan penerimaan akan memberikan efek komunikasi berupa

perubahan kognisi, perubahan afeksi, perubahan konasi dan perubahan tindakan (Azwar, 2012).

Potter & perry (2005), menjelaskan selama masa remaja akhir akan terjadi pematangan pemikiran dan perluasan lingkungan, namun tanpa lingkungan pendidikan yang sesuai remaja tidak mampu mencapai perkembangan neurologis dan tidak mampu diarahkan untuk berfikir rasional. Kemampuan kognitif yang diperlihatkan remaja sangat dipengaruhi pengalaman masa lalu, pendidikan formal yang didapat, dan motivasi. Hasil penelitian Nugraeni (2005), menunjukkan ada hubungan pendidikan dengan keteraturan penderita dalam menjalani pengobatan MDT sedangkan jenis kelamin dan pekerjaan tidak memiliki pengaruh yang signifikan. Kemenkes (2012), dukungan keluarga dan penemuan kasus dapat ditingkatkan melalui pemeriksaan kontak dengan melaksanakan kunjungan rumah penderita.

Hasil *post test* kelompok perlakuan dan teori di atas menunjukkan kesesuaian yang dapat dibuktikan dengan terjadinya peningkatan skor sikap ketaraturan. Peneliti melakukan kunjungan rumah bersama pengelola program kusta Puskesmas Alak sebagai fasilitator sehingga memudahkan pencarian rumah dan penerimaan responden. Kunjungan rumah dilakukan melalui 4 fase yaitu *preinitiation*, *initiation*, *implementation* dan *termination*. Pendidikan kesehatan pada fase *implementation* diberikan menggunakan komunikasi dua arah karena responden mempunyai pandangan yang berbeda terhadap pengobatan MDT. Responden menganggap jangka waktu pengobatan terlalu lama, efek samping yang muncul sangat mengganggu aktivitas sehari-hari serta minimnya upaya promosi berupa penyuluhan kesehatan tentang kusta dari pihak Puskesmas.

Berdasarkan fakta diketahui sikap keteraturan negatif mayoritas berusia 17-25 tahun yang mana merupakan tahap remaja akhir. Hal ini sesuai dengan teori bahwa pada tahap ini terjadi pematangan pemikiran dan perluasan lingkungan namun tergantung lingkungan pendidikan. Lingkungan pendidikan tempat penelitian masih menganggap penyakit kusta sebagai penyakit keturunan yang menakutkan dan tidak dapat disembuhkan serta belum maksimalnya penyuluhan di sekolah-sekolah tingkat pendidikan menengah (SMA) maupun pendidikan tinggi (PT) atau masyarakat. Kondisi ini mempengaruhi kematangan berfikir sehingga pebelum tercapai sehingga masih tingginya sikap keteraturan negatif.. Jenis kelamin dan pekerjaan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan sikap keteraturan sedangkan dukungan keluarga memiliki hubungan namun dalam kenyataannya tidak mengarahkan penderita sikap keteraturan penderita dikarenakan keluarga hanya sebatas memberikan dukungan tanpa memiliki pengetahuan yang cukup mengenai program pengobatan MDT. Mayoritas responden sudah menikah dengan jumlah anggota keluarga >3 orang. Jumlah ini memungkinkan untuk penularan dari penderita kepada anggota keluarga yang lain sehingga perlu dilakukan pemeriksaan kontak.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Sikap keteraturan penderita kusta sebelum dan sesudah perlakuan menunjukkan suatu perubahan yang signifikan, dimana pada sebagian besar responden yang mendapat kunjungan rumah perawat mengalami perubahan sikap dari sikap negatif saat *pre test* menjadi positif saat *post test*, berdasarkan hasil uji statistik yang menunjukkan adanya perubahan yang bermakna sehingga peneliti dapat menyimpulkan bahwa kunjungan rumah perawat dapat meningkatkan sikap keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT.

Sikap keteraturan penderita kusta pada kelompok kontrol yang mengikuti program pengobatan MDT tanpa kunjungan rumah perawat, menunjukkan sebagian besar responden memiliki sikap negatif baik pada *pre test* maupun *post test*, hanya sebagian kecil responden yang mengalami perubahan sikap dari negatif saat *pre test* menjadi positif saat *post test* namun berdasarkan uji statistik perubahan tersebut tidak bermakna sehingga peneliti menyimpulkan perlu adanya kunjungan rumah perawat dalam mengikuti program pengobatan MDT pada penderita kusta.

Kunjungan rumah perawat pada penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT dapat meningkatkan sikap keteraturan di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT. Hal ini dikarenakan kunjungan rumah perawat dapat memberikan pemahaman penderita tentang pengobatan MDT dan permasalahan yang dapat muncul sehingga dapat memperbaiki keadaan penderita. Kunjungan rumah yang

terstruktur memiliki 4 fase dimana disetiap fase sudah terdapat hal-hal yang harus dilakukan saat kunjungan rumah dilakukan. Kunjungan rumah juga merupakan wujud pelaksanaan kegiatan luar gedung puskesmas dalam kerangka keperawatan kesehatan masyarakat (perkesmas).

6.2 Saran

1. Bagi perawat di Puskesmas dapat menerapkan kunjungan rumah sebagai upaya luar gedung puskesmas dalam keperawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) dalam menangani masalah kesehatan pada kelompok resiko tinggi.
2. Bagi penanggung jawab program kusta di Dinas Kesehatan dapat mempertimbangkan dan memfasilitasi kegiatan kunjungan rumah sebagai upaya wajib Puskesmas sehingga dalam pelaksanaannya menjadi prioritas dan berdampak pada penganggaran dana.
3. Bagi penanggung jawab program kusta di Puskesmas Alak dapat merencanakan dan mengordinasikan secara berkelanjutan kegiatan kunjungan rumah untuk meningkatkan keteraturan penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, 2010, *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*, Jakarta, Sagung Seto
- Azwar, S, 2011, *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, Yogyakarta, Pustaka Belajar
- Bukit, E.K, 2011, *Keperawatan Komunitas: Kunjungan Rumah*, http://ocw.usu.ac.id/course/download/1280000150-keperawatan_komunitas/pks_123_slide_keperawatan_komunitas:_kunjungan_rumah_home_visit.pdf. Diakses tanggal 1 Nopember 2013 jam. 19.00
- Chairani, dkk, 2011, *Efektivitas Home Visit Terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan Klien TBC di Wilayah Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan*, <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/hsr/article/download/2328/2183>. Diakses tanggal 19 Nopember 2013 jam 21.00
- Ekowati, dkk, 2011, *Eksplorasi Respon Pasien Gangguan Jiwa Setelah Mendapat Home Visit dari Petugas Kesehatan*, <http://jks.fkik.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/download/334/174>. Diakses tanggal 1 Nopember 2013 jam 19.15
- Hutabarat, B, 2008, *Pengaruh Faktor Internal dan Eksternal Terhadap Minum Obat Penderita Kusta di Kabupaten Asahan Tahun 2007*, <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/6740/1/057023003.pdf>, diakses tanggal 18 Oktober 2013, Jam 18.55
- Kemenkes, RI, 2006, *Pedoman Penyelenggaraan Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*, http://www.hukor.depkes.go.id/up_prod_kepmenkes/KMK%20No.%20279%20ttg%20Pedoman%20Penyelenggaraan%20Upaya%20Keperawatan%20Kesehatan%20Masyarakat%20di%20Puskesmas.pdf, diakses tanggal 4 nopember 2013 jam 09.30
- Kemenkes RI, 2012, *Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta*, Jakarta, Kemenkes RI
- Kemenkes RI, 2012, *Profil Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Tahun 2011*, <http://www.pppl.depkes.go.id/upt?id=85>, diakses tanggal 18 Oktober 2013, Jam. 19.00
- Kosasih, dkk, 2007, *Kusta*, Jakarta, Balai Penerbit FKUI
- Maurer & Smith, 2009, *Community/Public Health Nursing Practice: Health For Families and Populations*, United states, Saunders Elsevier

- Niven, Neil, 2000, *Psikologi Kesehatan: Pengantar Untuk Perawat dan Profesional Kesehatan Lain*, Jakarta, EGC
- Notoatmodjo, S, 2007, *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*, Jakarta, Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta, Rineka Cipta
- Nugraeni, 2005, *Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Penderita Kusta Dalam Pencarian Pengobatan di Puskesmas Kunduran Kabupaten Blora*, <http://eprints.undip.ac.id/15083/>, diakses tanggal 22 Januari 2014, jam. 18.30
- Nursalam, 2013, *Metodologi Penelitian ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*, Jakarta, Salemba Medika
- Pemkot Kupang, 2012, *Profil Kesehatan Kota Kupang Tahun 2012*, <http://www.dinkes-kotakupang.web.id/warta-dinkes/286-profil-kesehatan-kota-kupang-tahun-2012-diterbitkan.html>, diakses tanggal 20 Oktober 2013, Jam. 18.55
- Potter & Perry, 2005, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses & Praktek*, Jakarta, EGC
- Priyatno, D, 2009, *5 Jam Belajar Olah Data dengan SPSS 17*, Yogyakarta, Penerbit Andi
- Puskesmas Alak, 2013, *Buku Register Kusta dan Frambusia Tingkat Puskesmas Alak*, Kota Kupang-NTT
- Sugiyono, 2012, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan Kombinasi (Mixed Methods)*, Bandung, Alfabeta
- Triasih, dkk, 2007, *Pengaruh Kunjungan Rumah oleh Perawat Terhadap Tingkat Kepatuhan Pengobatan Penderita Pneumonia pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas 2 Baturaden*. <http://www.jks.fkik.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/96>, diakses tanggal 20 Oktober 2013, Jam 18.30
- WHO, 2012, *Weekly Epidemiological Record: Global Leprosy Situation 2012*, <http://www.who.int/wer/2012/wer8734/en/>, diakses tanggal 18 Oktober 2013, Jam. 18.50
- WHO, 2013, *WHO Recommended MDT Regimens*. http://www.who.int/lep/mdt/MDT_Regimens.pdf, diakses tanggal 10 Nopember 2013, jam 07.00

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muhamad Zainudin

NIM : 131211123025

Mahasiswa program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Angkatan B XV. Saya akan melakukan penelitian tentang **“Pengaruh Kunjungan Rumah Perawat Terhadap Sikap Keteraturan Penderita Kusta Dalam Mengikuti Program Pengobatan *Multi Drug Therapy* (MDT) di Puskesmas Alak-Kota Kupang-NTT”**. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis pengaruh kunjungan rumah perawat terhadap sikap penderita kusta dalam mengikuti program pengobatan MDT. Oleh karena itu, saya mohon kuisisioner ini diisi sesuai dengan keadaan yang Bapak/Ibu rasakan dengan jujur, dijamin kerahasiaan (tanpa nama) dan tidak ada pemaksaan. Saya sangat menghargai kesediaan, perhatian serta perkenaan Bapak/Ibu. Semoga jerih payah Bapak/Ibu dapat memberikan dukungan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan dan kinerja profesi di masa mendatang. Atas bantuan dan partisipasinya, saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, Desember 2013

Peneliti

(Muhamad Zainudin)

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh Muhamad Zainudin, mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul **“Pengaruh Kunjungan Rumah Perawat Terhadap Sikap Keteraturan Penderita Kusta Dalam Mengikuti Program Pengobatan *Multi Drug Therapy* (MDT) di Puskesmas Alak-Kota Kupang-NTT”** setelah mendapatkan penjelasan secukupnya tentang tujuan dan manfaat dari penelitian.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini dengan sebenar-benarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Kupang, ... Desember 2013

Responden

Lampiran 3

**KUISIONER SIKAP KETERATURAN PENDERITA KUSTA DALAM
MENGIKUTI PROGRAM PENGOBATAN *MULTI DRUG THERAPY*
(MDT) SEBELUM DAN SESUDAH KUNJUNGAN RUMAH PERAWAT**

Berilah tanda centang (\surd) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban anda dan jangan berikan tanda apa-apa pada kolom skor.

No. urut responden :

Alamat responden :

Tanggal wawancara :

A. Identitas responden

Skor

1. Nama responden :

2. Umur : tahun

3. Jenis Kelamin

1) Laki-laki :

2) Perempuan :

4. Pendidikan terakhir

1) Tidak sekolah :

2) SD :

3) SMP :

4) SMA :

5) D-III/PT :

5. Pekerjaan

1) Tidak bekerja :

2) PNS :

3) Swasta :

4) Nelayan :

5) Petani :

6) Lain-lain :

6. Status perkawinan □
- 1) Kawin :
- 2) Tidak kawin :
- 3) Janda/Duda :
7. Jumlah orang yang tinggal serumah □
- 1) Satu :
- 2) Dua :
- 3) Tiga :
- 4) Lebih dari tiga :
8. Dukungan keluarga □
- 1) Ya :
- 2) Tidak :

B. Kuisioner sikap keteraturan penderita Kusta dalam mengikuti program pengobatan *Multi Drug Therapy* (MDT) sebelum dan sesudah kunjungan rumah perawat

Berilah tanda centang (√) pada kolom sebelah kanan dan jangan memberi tanda apapun pada kolom kode.

Keterangan:

- STS : Sangat tidak setuju
 TS : Tidak setuju
 TT : Tidak tahu
 S : Setuju
 SS : Sangat setuju

No	Pernyataan	STS	TS	TT	S	SS	Kode
A	Kognitif						
1	Program pengobatan <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) merupakan upaya pemerintah untuk mengatasi penyakit kusta						

No	Pernyataan	STS	TS	TT	S	SS	Kode
3	Penularan penyakit kusta dapat dicegah dengan pengobatan <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT)						
4	Obat <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) tersedia di puskesmas secara gratis						
5	Pengobatan <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) secara dini tidak dapat mencegah kecacatan						
6	Minum obat <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) akan selalu menyebabkan reaksi alergi						
7	Tidak mengambil obat atau minum obat > 3 bln/ > 6 bln tidak akan mengalami putus obat (<i>default</i>)						
8	Obat <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) tipe PB diminum selama 12-18 bulan dan MB selama 6-9 bulan						
B	Afektif						
9	Pengobatan <i>Multi Drug Therapy</i> merupakan pilihan paling baik bagi penderita kusta						
10	Obat <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) memiliki kemasan yang mudah diingat dan praktis						
11	Pengobatan <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) dapat menyembuhkan seseorang dari penyakit kusta						
12	Minum obat <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) secara teratur dapat mempercepat penyembuhan penyakit kusta						

No	Pernyataan	STS	TS	TT	S	SS	Kode
13	Minum obat <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) disesuaikan dengan waktu luang baru minum obat						
14	Reaksi alergi yang timbul menandakan pengobatan <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) gagal						
15	Kondisi putus obat (<i>default</i>) merupakan hal wajar dalam mengikuti program pengobatan <i>Multi Drug therapy</i> (MDT)						
16	Minum obat <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) teratur selama 1 bulan sudah cukup untuk sembuh dari penyakit Kusta						
C	Konatif						
17	Saya akan mengikuti pengobatan <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) sesuai program pemerintah						
18	Saya akan teratur mengambil obat <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) tiap bulannya ke puskesmas						
19	Saya akan segera melaporkan ke petugas kesehatan bila setelah minum obat <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) muncul tanda-tanda efek samping						
20	Saya akan minum obat <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) hingga dinyatakan sembuh oleh petugas puskesmas						
21	Saya akan minum obat <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) hanya separuh saja karena terlalu banyak						

No	Pernyataan	STS	TS	TT	S	SS	Kode
22	Saya akan mengganti obat <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) dengan obat lain yang tidak menyebabkan alergi.						
23	Saya akan mengambil obat <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) di puskesmas tidak sesuai dengan jadwal yang ditentukan						
24	Saya akan berhenti minum obat <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT) jika gejala yang saya rasakan berkurang						

Lampiran 4

**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN
KUNJUNGAN RUMAH PERAWAT**

(Diadopsi dari Chichester, M., & Smith, C. (1980))

Topik	:	Program pengobatan <i>Multi Drug Therapy</i> (MDT)
Sasaran	:	Penderita dan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Alak Kota Kupang
Waktu	:	30 menit (d disesuaikan)
Tempat	:	Rumah penderita di wilayah kerja Puskesmas Alak Kota Kupang

1. Tujuan instruksional umum

Setelah dilakukan kunjungan rumah perawat, penderita dan keluarga diharapkan dapat memahami program pengobatan MDT.

2. Tujuan instruksional khusus

- 1) Pengertian pengobatan MDT
- 2) Tujuan pengobatan MDT
- 3) Jenis pengobatan MDT
- 4) Kegunaan pengobatan MDT
- 5) Cara minum obat MDT
- 6) Efek samping MDT
- 7) *Default*

3. Metode

Small group (diskusi kelompok)

4. Media

- 1) Benda asli (blister Kusta)
- 2) Lembar materi

5. Organisasi kegiatan

- 1) Penyaji : Muhamad Zainudin
- 2) Fasilitator : Pengelola Program Kusta Puskesmas Alak

6. Kegiatan kunjungan rumah perawat

Kunjungan pertama

No	Waktu	Tahap	Kegiatan perawat	Kegiatan pasien
1.	5 menit	<i>Preinitiation</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan nama dan keterangan lain dari pasien 2. Memiliki rencana kunjungan 	
2.	5 menit	<i>Initiation</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan diri kepada pasien 2. Membina hubungan dengan anggota keluarga 3. Menerima pasien dan tidak menyalahkan 4. Mengidentifikasi anggota rumah tangga 5. Mengkaji pemahaman pasien 6. Menentukan dengan siapa perawat akan berkomunikasi 7. Memulai kontrak (waktu, hari, awal/akhir minggu, kehadiran, pembatalan, maksud, apa yang perawat tawarkan, kendala, harapan, apa yang pasien butuhkan) 8. Negosiasi kontrak 9. Mengurangi gangguan selama kunjungan 	Mendengarkan, memperhatikan, memberikan jawaban
3.	15 menit	<i>Implementation</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan secara aktif 2. Mengatur jarak berkomunikasi 3. Menggali pikiran pasien 4. Kaji pemahaman tentang apa yang dikatakan perawat 5. Mencari arti dari perkataan pasien 6. Memeriksa apakah terjadi kebingungan 7. Menciptakan suasana yang tenang 8. Memeriksa komunikasi verbal dan non verbal yang sesuai 	Mendengarkan, memperhatikan, dan memberikan jawaban

			<ul style="list-style-type: none"> 9. Fokus pada diskusi 10. Memberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan meliputi: pengertian, tujuan, dan jenis pengobatan MDT 11. Mendukung perilaku yang positif 12. Menghindari ketidaksetujuan 13. Menghindari memihak salah satu 14. Menghindari menunduk saat berbicara 15. Menghindari berpura-pura 	
4	5 menit	<i>Termination</i>	<ul style="list-style-type: none"> 16. Membatasi perpanjangan kontrak 17. Memberi catatan berupa nama, nomor telepon, dan informasi penting lainnya 18. Membuat ringkasan 19. Mengakhiri pertemuan dengan memberikan salam 	Menyepakati ringkasan kunjungan rumah dan menjawab salam

Kunjungan kedua

No	Waktu	Tahap	Kegiatan perawat	Kegiatan pasien
1.	5 menit	<i>Preinitiation</i>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Memiliki rencana kunjungan 	
2.	5 menit	<i>Inisiation</i>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Menerima pasien dan tidak menyalahkan 2. Menentukan dengan siapa perawat akan berkomunikasi 3. Memulai kontrak (waktu, hari, awal/akhir minggu, kehadiran, pembatalan, maksud, apa yang perawat tawarkan, kendala, harapan, apa yang pasien butuhkan) 4. Negosiasi kontrak 5. Mengurangi gangguan selama kunjungan 	Mendengarkan, memperhatikan, memberikan jawaban
3.	15 menit	<i>Implementation</i>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan secara aktif 2. Mengatur jarak berkomunikasi 3. Menggali pikiran pasien 	Mendengarkan, memperhatikan, dan memberikan jawaban

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Kaji pemahaman tentang apa yang dikatakan perawat 5. Mencari arti dari perkataan pasien 6. Memeriksa apakah terjadi kebingungan 7. Menciptakan suasana yang tenang 8. Memeriksa komunikasi verbal dan non verbal yang sesuai 9. Fokus pada diskusi 10. Memberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan meliputi: kegunaan, efek samping, dan cara minum obat MDT, <i>default</i> 11. Mendukung perilaku yang positif 12. Menghindari ketidaksetujuan 13. Menghindari memihak salah satu 14. Menghindari menunduk saat berbicara 15. Menghindari berpura-pura 	
4	5 menit	<i>Termination</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membatasi perpanjangan kontrak 2. Memberi catatan berupa nama, nomor telepon, dan informasi penting lainnya 3. Membuat ringkasan 4. Mengakhiri pertemuan dengan memberikan salam 	Menyepakati ringkasan kunjungan rumah dan menjawab salam

Kunjungan ketiga

No	Waktu	Tahap	Kegiatan perawat	Kegiatan pasien
1.	5 menit	<i>Preinitiation</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memiliki rencana kunjungan 	
2.	5 menit	<i>Inisiation</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menerima pasien dan tidak menyalahkan 2. Menentukan dengan siapa perawat akan berkomunikasi 3. Memulai kontrak 	Mendengarkan, memperhatikan, memberikan jawaban

			(waktu, hari, awal/akhir minggu, kehadiran, pembatalan, maksud, apa yang perawat tawarkan, kendala, harapan, apa yang pasien butuhkan) 4. Negosiasi kontrak 5. Mengurangi gangguan selama kunjungan	
3.	15 menit	<i>Implementation</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan secara aktif 2. Mengatur jarak berkomunikasi 3. Menggali pikiran pasien 4. Kaji pemahaman tentang apa yang dikatakan perawat 5. Mencari arti dari perkataan pasien 6. Memeriksa apakah terjadi kebingungan 7. Menciptakan suasana yang tenang 8. Memeriksa komunikasi verbal dan non verbal yang sesuai 9. Fokus pada diskusi 10. Mengevaluasi dan menentukan hal-hal penting yang harus diketahui pasien dan keluarga 11. Mendukung perilaku yang positif 12. Menghindari ketidaksetujuan 13. Menghindari memihak salah satu 14. Menghindari menunduk saat berbicara 15. Menghindari berpura-pura 	Mendengarkan, memperhatikan, dan memberikan jawaban
4	5 menit	<i>Termination</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membatasi perpanjangan kontrak 2. Memberi catatan berupa nama, nomor telepon, dan informasi penting lainnya 3. Membuat ringkasan 4. Mengakhiri pertemuan, memberikan salam 	Menyepakati ringkasan kunjungan rumah dan menjawab salam

6. Kriteria evaluasi kunjungan rumah

1) Evaluasi stuktur :

Penyelenggaraan kegiatan pembelajaran dilakukan di rumah penderita di wilayah kerja Puskesmas Alak Kota Kupang

2) Evaluasi proses

(1) Penderita dan keluarga antusias terhadap implementasi yang diberikan

(2) Penderita dan keluarga tetap berada di tempat sampai kegiatan kunjungan rumah selesai

(3) Penderita dan keluarga aktif dalam kegiatan kunjungan rumah

3) Evaluasi hasil

(1) Tercapainya tujuan kunjungan rumah

(2) Perubahan sikap keteraturan penderita dalam mengikuti program pengobatan MDT

Lampiran 5

MATERI PEMBELAJARAN

“PROGRAM PENGOBATAN MDT KUSTA”

(Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta, 2012)

1. Pengertian pengobatan MDT

MDT adalah kombinasi dua atau lebih obat anti kusta, salah satunya rifampisin sebagai anti Kusta yang bersifat bakterisidal kuat sedangkan obat anti Kusta lain bersifat bakteriostatik. Pengobatan MDT tersedia di Puskesmas dan gratis.

2. Tujuan pengobatan MDT

- 1) Memutus mata rantai penularan
- 2) Mencegah resistensi obat
- 3) Memperpendek masa pengobatan
- 4) Meningkatkan keteraturan berobat
- 5) Mencegah terjadinya cacat atau mencegah bertambahnya cacat yang sudah ada sebelum pengobatan

3. Jenis pengobatan MDT

1) Tipe PB

Pedoman MDT tipe PB

Jenis obat	< 5 thn	5 – 9 thn	10 – 14 thn	> 15 thn	Keterangan
Rifampisin		300 mg/bln	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
DDS atau dapson	Berdasarkan berat badan	25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di depan petugas
		25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di rumah

Sumber: Kemenkes RI, (2012). Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta

Dewasa

Pengobatan bulanan: hari pertama terdiri dari 1 tablet rifampisin dan 1 tablet dapson diminum di depan petugas.

Pengobatan harian: hari ke 2-28 terdiri dari 1 tablet dapson/DDS diminum di rumah.

1 blister untuk 1 bulan di mana lama pengobatan 6 Blister diminum selama 6 - 9 bulan.

2) Tipe MB

Pedoman MDT tipe MB

Jenis obat	< 5 thn	5 - 9 thn	10 - 14 thn	> 15 thn	Keterangan
Rifampisin		300 mg/bln	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
Dapson/DDS	Berdasarkan berat badan	25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di depan petugas
		25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di rumah
Lampren		100 mg/bln	150 mg/bln	300 mg/bln	Minum di depan petugas
		50 mg 2x seminggu	50 mg setiap 2 hari	50 mg per hari	Minum di rumah

Sumber: Kemenkes RI, (2012). Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta

Dewasa

Pengobatan bulanan: hari pertama terdiri dari 2 tablet rifampisin, 1 tablet DDS, 3 tablet lampren diminum di depan petugas.

Pengobatan harian: hari 2-28 terdiri dari 1 tablet dapson/DDS dan 1 tablet lampren diminum di rumah.

1 blister untuk 1 bulan di mana lama pengobatan 12 blister diminum selama 12 - 18 bulan.

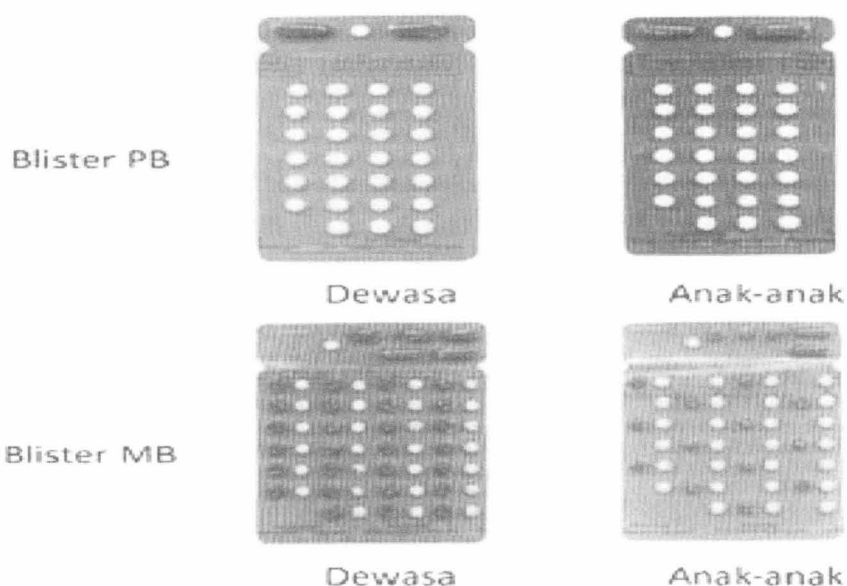
3) Dosis anak disesuaikan dengan berat badan:

(1) Rifampisin: 10-15 mg/kgBB

(2) Dapson : 1-2 mg/kgBB

(3) Lampren : 1 mg/kgBB

4) Gambar kemasan (blister)



Sumber: Kemenkes RI, (2012). Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta

6) Kegunaan pengobatan MDT

1) DDS (dapson)

(1) Singkatan dari Diamino Diphenyl Sulphone

(2) Sediaan berbentuk tablet warna putih 50 mg dan 100 mg

(3) Bersifat bakterostatik yaitu menghambat pertumbuhan kuman Kusta

(4) Dosis dewasa 100 mg/hari, anak 50 mg/hari (umur 10-15 tahun)

2) Lampren (klofazimin)

- (1) Sediaan berbentuk kapsul lunak 50 mg dan 100 mg, warna coklat
- (2) Bersifat bakteriostatik, bakterisidal lemah, dan antiinflamasi
- (3) Cara pemberian secara oral, diminum sesudah makan untuk menghindari gangguan gastrointestinal

3) Rifampisin

- (1) Sediaan berbentuk kapsul 150 mg, 300 mg, 450 mg dan 600 mg
- (2) Bersifat bakterisidal, 99% kuman Kusta mati dalam satu kali pemberian
- (3) Cara pemberian secara oral, diminum setengah jam sebelum makan agar penyerapan lebih baik

4) Obat penunjang (vitamin/roboransia)

Obat neurotropik seperti B1, B6, dan B12 dapat diberikan

7) Efek samping MDT

Efek samping obat-obat MDT dan penanganannya

Masalah	Nama obat	Penanganan
Ringan		
Air seni berwarna merah	Rifampisin	<i>Reassurance</i> (menenangkan penderita dengan penjelasan yang benar) konseling
Perubahan warna kulit menjadi coklat	Clofazimin	Konseling
Masalah gastrointestinal	Semua obat (3 obat dalam MDT)	Obat diminum bersama dengan makanan (atau setelah makan)
Anemia	Dapson	Berikan tablet Fe dan asam folat
Serius		
Ruam kulit yang gatal	Dapson	Hentikan dapson, rujuk
Alergi urtikaria	Dapson atau rifampisin	Hentikan keduanya, rujuk
Ikterus (kuning)	Rifampisin	Hentikan rifampisin, rujuk

Shock, purpura, gagal ginjal	Rifampisin	Hentikan rifampisin, rujuk
------------------------------	------------	----------------------------

Sumber: Kemenkes RI, (2012). Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta

8) *Default*

Jika seorang pasien kusta tipe PB tidak mengambil atau minum obat lebih dari 3 bulan dan tipe MB lebih dari 6 bulan secara akumulatif maka yang bersangkutan dinyatakan *default*.

Lampiran 6

PROGRAM PENGOBATAN MDT KUSTA

Apa itu MDT ??

MULTI DRUG THERAPY (MDT) ADALAH KOMBINASI DUA ATAU LEBIH OBAT ANTI KUSTA

- Tujuan**
- 1) Memutus mata rantai penularan
 - 2) Mencegah kuman kebal (resistensi) terhadap obat
 - 3) Memperpendek masa pengobatan
 - 4) Meningkatkan keteraturan berobat

Jenis pengobatan MDT

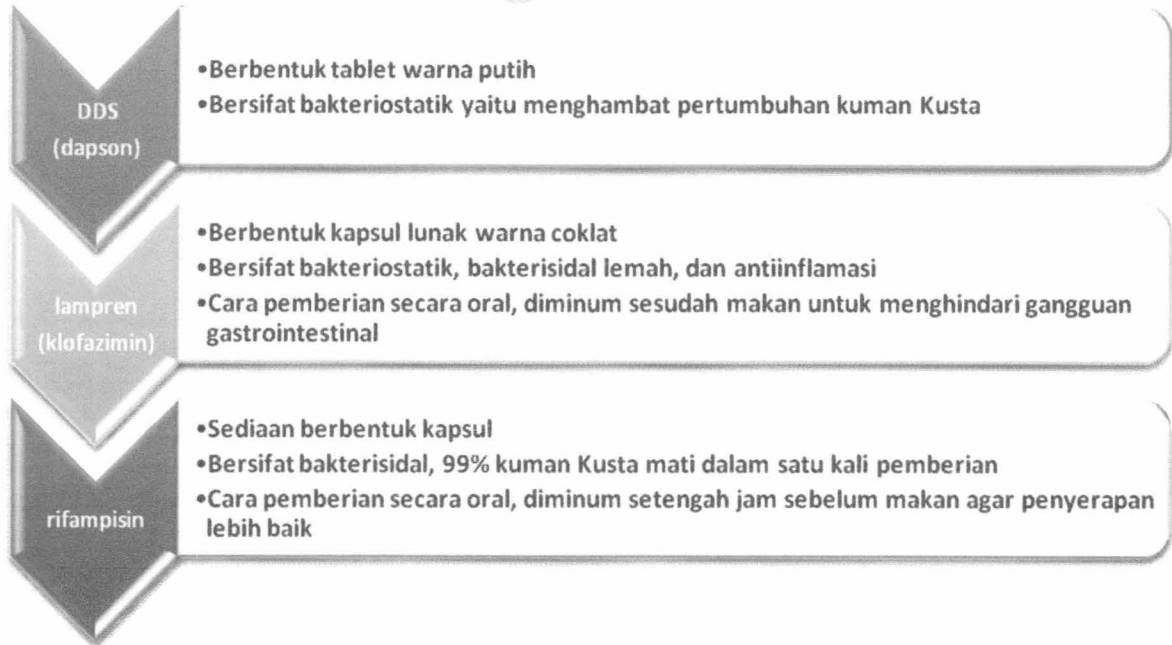
Type PB

Jenis Obat	< 5 th	5-9 th	10-15 th	> 15 th	Keterangan
Rifampisin		300 mg/ bln	450 mg/ bln	600 mg/ bln	Minum di depan petugas
DDS	Berdasarkan berat badan	25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/ bln	Minum di depan petugas
		25 mg/ hari	50 mg/ hari	100 mg/ hari	Minum di rumah

Type MB

Jenis obat	< 5 th	5-9 th	10-15 th	>15 th	Keterangan
Rifampisin		300mg/bln	450 mg/ bln	600mg/bln	Minum di depan petugas
Dapson	Berdasarkan berat badan*	25mg/bln	50mg/bln	100mg/bln	Minum di depan petugas
		25mg/bln	50mg/bln	100mg/bln	Minum di rumah
Lampren		100mg/bln	150mg/bln	300mg/bln	Minum di depan petugas
		50 mg 2x seminggu	50 mg setiap 2 hari	50 mg per hari	Minum di rumah

kegunaan MDT



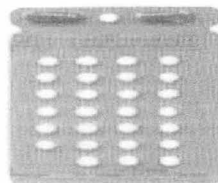
Efek samping MDT

Masalah	Nama obat	Penanganan
Ringan		
Air seni berwarna merah	Rifampisin	<i>Tetap tenang, obat tetap dilanjutkan, minta penjelasan dari petugas kesehatan akan hal tersebut</i>
Perubahan warna kulit menjadi coklat	Clofazimin	<i>Tetap tenang, obat tetap dilanjutkan, minta penjelasan dari petugas kesehatan akan hal tersebut</i>
Masalah gastrointestinal (lambung)	Semua obat (3 obat dalam MDT)	<i>Obat diminum bersama dengan makanan (atau setelah makan)</i>
Anemia	Dapson	<i>Kurangi aktivitas, makan sayur hijau, Sampaikan keluhan ke petugas kesehatan untuk</i>

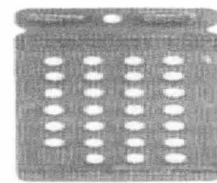
		<i>mendapatkan penanganan</i>
Serius		
kulit kemerahan yang gatal	Dapson	<i>Hentikan dan segera ke sarana pelayanan kesehatan terdekat</i>
Alergi gatal-gatal (urtikaria)	Dapson atau rifampisin	
Ikterus (kuning)	Rifampisin	
Pingsan (Shock), purpura (perdarahan), gagal ginjal	Rifampisin	

contoh blister kusta

Blister PB

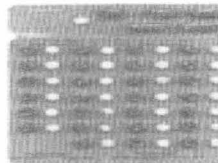


Dewasa

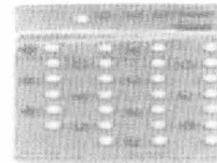


Anak-anak

Blister MB



Dewasa



Anak-anak

Penting !!!

Default

Jika seorang pasien kusta tipe PB tidak mengambil atau minum obat lebih dari 3 bulan dan tipe MB lebih dari 6 bulan secara akumulatif maka yang bersangkutan dinyatakan *default*.

**Ingat !!!
ambil obat MDT teratur di puskesmas setiap bulan ... GRATIS**

Lampiran 7

TABULASI DATA PRE TEST SIKAP KETERATURAN PADA KELOMPOK PERLAKUAN

No resp	Data demografi							No pernyataan																	X	T	Kategori							
	U	JK	Pd	Pk	SP	JO	DK	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17				18	19	20	21	22	23	24
1	2	1	3	4	2	4	1	4	3	5	4	4	5	2	5	4	5	4	4	2	4	4	2	4	4	2	3	2	4	5	4	89	63,75	Positif
2	2	2	3	4	1	3	1	2	3	4	4	2	2	2	4	4	3	4	4	2	4	2	2	4	4	4	4	2	2	2	4	74	45	Negatif
3	2	1	3	5	1	4	1	1	3	4	2	4	1	3	5	2	4	3	5	4	1	5	1	1	5	4	1	3	3	1	2	68	20,5	Negatif
4	4	1	4	5	1	4	1	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	92	44,5	Negatif
5	2	2	2	1	2	4	1	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	4	2	2	4	2	4	4	4	4	2	2	2	2	74	45	Negatif
6	3	2	4	3	1	4	1	2	2	3	3	1	1	1	4	2	4	5	5	1	4	2	2	5	4	4	4	4	4	4	4	75	46,25	Negatif
7	3	1	4	1	1	4	1	3	3	4	4	4	2	2	4	4	3	4	4	3	2	2	2	4	4	4	4	2	2	4	4	78	50	Negatif
8	3	2	4	4	1	4	1	1	1	4	2	3	2	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	77	48,75	Negatif
Jumlah																	627																	
Rata-rata																	78,4																	

Keterangan data demografi:

Umur (U)

- 1. 12-16 tahun : 1
- 2. 17-25 tahun : 2
- 3. 26-35 tahun : 3
- 4. 36-45 tahun : 4
- 5. 46-55 tahun : 5
- 6. 56-65 tahun : 6
- 7. >65 tahun : 7

Jenis kelamin (JK)

- 1. Laki-laki : 1
- 2. Perempuan : 2

Pendidikan (Pd)

- 1. Tidak sekolah : 1
- 2. SD : 2
- 3. SMP : 3
- 4. SMA : 4
- 5. D-III/PT : 5

Pekerjaan (Pk)

- 1. Tidak bekerja : 1
- 2. PNS : 2
- 3. Swasta : 3
- 4. Nelayan : 4
- 5. Petani : 5
- 6. Lain-lain : 6

Jumlah orang serumah (JO)

- 1. 1 : 1
- 2. 2 : 2
- 3. 3 : 3
- 4. >3 : 4

Status perkawinan (SP)

- 1. Kawin : 1
- 2. Tidak kawin : 2
- 3. Janda/duda : 3

Rumus skala model likert

$$T = 50 + 10 \left[\frac{\bar{X} - \bar{X}}{S} \right]$$

Keterangan:

- x : Skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi skor T
- \bar{x} : Mean skor kelompok
- s : Deviasi standar skor kelompok

Dukungan keluarga (DK)

- 1. Ya : 1
- 2. Tidak : 2

TABULASI DATA POST-TEST SIKAP KETERATURAN PADA KELOMPOK PERLAKUAN

No resp	Data demografi							No pernyataan																								X	T	Kategori
	U	JK	Pd	Pk	SP	JO	DK	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
1	2	1	3	4	2	4	1	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	108	50	Positif
2	2	2	3	4	1	3	1	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	108	50	Positif
3	2	1	3	5	1	4	1	4	5	4	4	4	4	5	4	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	109	72	Positif
4	4	1	4	5	1	4	1	4	4	5	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	108	50	Positif	
5	2	2	2	1	2	4	1	4	4	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	4	4	5	4	4	5	4	108	50	Positif
6	3	2	4	3	1	4	1	4	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	109	72	Positif
7	3	1	4	1	1	4	1	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	5	4	4	108	50	Positif
8	3	2	4	4	1	4	1	4	4	5	5	4	5	4	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5	108	50	Positif
																Jumlah												866						
																Rata-rata												108						

Keterangan data demografi:

Umur (U)

- 1. 12-16 tahun : 1
- 2. 17-25 tahun : 2
- 3. 26-35 tahun : 3
- 4. 36-45 tahun : 4
- 5. 46-55 tahun : 5
- 6. 56-65 tahun : 6
- 7. >65 tahun : 7

Jenis kelamin (JK)

- 1. Laki-laki : 1
- 2. Perempuan : 2

Pendidikan (Pd)

- 1. Tidak sekolah : 1
- 2. SD : 2
- 3. SMP : 3
- 4. SMA : 4
- 5. D-III/PT : 5

Pekerjaan (Pk)

- 1. Tidak bekerja : 1
- 2. PNS : 2
- 3. Swasta : 3
- 4. Nelayan : 4
- 5. Petani : 5
- 6. Lain-lain : 6

Jumlah orang serumah (JO)

- 1. 1 : 1
- 2. 2 : 2
- 3. 3 : 3
- 4. > 3 : 4

Status perkawinan (SP)

- 1. Kawin : 1
- 2. Tidak kawin : 2
- 3. Janda/duda : 3

Rumus skala model likert

$$T = 50 + 10 \left[\frac{X - \bar{X}}{S} \right]$$

Keterangan:

- x : Skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi skor T
- \bar{x} : Mean skor kelompok
- s : Deviasi standar skor kelompok

Dukungan keluarga (DK)

- 1. Ya : 1
- 2. Tidak : 2

TABULASI DATA PRE-TEST SIKAP KETERATURAN PADA KELOMPOK KONTROL

No resp	Data demografi							No pernyataan																								X	T	Kategori
	U	JK	Pd	Pk	SP	JO	DK	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
1	2	2	3	5	1	4	1	2	3	4	4	2	2	1	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	4	2	4	2	2	72	44	Negatif
2	4	2	4	5	1	4	1	2	3	4	2	2	2	2	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	2	2	4	2	2	69	41	Negatif
3	3	2	4	4	1	4	1	3	3	4	4	2	2	2	2	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	4	2	4	2	4	74	46	Negatif
4	2	1	2	4	2	3	1	3	3	4	4	2	2	2	4	2	4	4	2	2	4	2	2	4	2	4	4	2	4	2	2	70	42	Negatif
5	2	1	4	3	1	4	1	4	3	4	2	3	4	4	4	4	4	2	4	4	4	2	4	5	4	5	4	2	4	4	4	88	59	Positif
6	2	1	5	4	2	3	1	3	3	4	4	2	2	2	2	4	4	4	4	2	2	4	2	4	4	4	4	2	2	4	4	76	48	Negatif
7	3	2	3	5	1	4	1	3	3	4	2	4	5	4	1	4	5	2	4	1	1	1	1	5	4	5	1	5	5	1	5	76	48	Negatif
8	3	1	4	5	1	4	1	4	5	5	4	4	4	2	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	100	71	Positif	
Jumlah																								625										
Rata-rata																								78										

Keterangan data demografi:

Umur (U)

1. 12-16 tahun : 1
2. 17-25 tahun : 2
3. 26-35 tahun : 3
4. 36-45 tahun : 4
5. 46-55 tahun : 5
6. 56-65 tahun : 6
7. >65 tahun : 7

Jenis kelamin (JK)

1. Laki-laki : 1
2. Perempuan : 2

Pendidikan (Pd)

1. Tidak sekolah : 1
2. SD : 2
3. SMP : 3
4. SMA : 4
5. D-III/PT : 5

Pekerjaan (Pk)

1. Tidak bekerja : 1
2. PNS : 2
3. Swasta : 3
4. Nelayan : 4
5. Petani : 5
6. Lain-lain : 6

Jumlah orang serumah (JO)

1. 1 : 1
2. 2 : 2
3. 3 : 3
4. >3 : 4

Status perkawinan (SP)

1. Kawin : 1
2. Tidak kawin : 2
3. Janda/duda : 3

Rumus skala model likert

$$T = 50 + 10 \left[\frac{X - \bar{X}}{S} \right]$$

Keterangan:

- x : Skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi skor T
- \bar{x} : Mean skor kelompok
- s : Deviasi standar skor kelompok

Dukungan keluarga (DK)

1. Ya : 1
2. Tidak : 2

TABULASI DATA POST-TEST SIKAP KETERATURAN PADA KELOMPOK KONTROL

No resp	Data demografi							No pernyataan																								X	T	Kategori	
	U	JK	Pd	Pk	SP	JO	DK	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
1	2	2	3	5	1	4	1	3	3	4	4	2	2	2	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	2	78	48,6	Negatif
2	4	2	4	5	1	4	1	2	3	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	2	4	2	4	4	4	4	2	4	4	2	79	49	Negatif	
3	3	2	4	4	1	4	1	3	3	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	4	2	4	2	2	76	48	Negatif	
4	2	1	2	4	2	3	1	3	3	4	4	2	2	2	4	4	4	4	4	2	2	4	3	4	4	4	4	2	2	4	2	77	48,3	Negatif	
5	2	1	4	3	1	4	1	3	3	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	2	5	4	4	4	2	4	4	4	84	51	Positif	
6	2	1	5	4	2	3	1	3	3	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	2	2	4	2	4	4	4	4	2	4	4	4	80	49,3	Negatif	
7	3	2	3	5	1	4	1	5	5	5	4	4	4	3	4	5	5	4	4	2	2	1	1	5	5	5	2	5	4	1	5	90	53	Positif	
8	3	1	4	5	1	4	1	3	2	4	4	4	4	2	4	2	4	4	7	4	2	4	4	5	4	5	4	4	4	2	4	90	53	Positif	
																	Jumlah										654								
																	Rata-rata										82								

Keterangan data demografi:

Umur (U)

- 1. 12-16 tahun : 1
- 2. 17-25 tahun : 2
- 3. 26-35 tahun : 3
- 4. 36-45 tahun : 4
- 5. 46-55 tahun : 5
- 6. 56-65 tahun : 6
- 7. >65 tahun : 7

Jenis kelamin (JK)

- 1. Laki-laki : 1
- 2. Perempuan : 2

Pendidikan (Pd)

- 1. Tidak sekolah : 1
- 2. SD : 2
- 3. SMP : 3
- 4. SMA : 4
- 5. D-III/PT : 5

Pekerjaan (Pk)

- 1. Tidak bekerja : 1
- 2. PNS : 2
- 3. Swasta : 3
- 4. Nelayan : 4
- 5. Petani : 5
- 6. Lain-lain : 6

Jumlah orang serumah (JO)

- 1. 1 : 1
- 2. 2 : 2
- 3. 3 : 3
- 4. > 3 : 4

Status perkawinan (SP)

- 1. Kawin : 1
- 2. Tidak kawin : 2
- 3. Janda/duda : 3

Dukungan keluarga (DK)

- 1. Ya : 1
- 2. Tidak : 2

Rumus skala model likert

$$T = 50 + 10 \left[\frac{X - \bar{X}}{S} \right]$$

Keterangan:

- x : Skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi skor T
- \bar{x} : Mean skor kelompok
- s : Deviasi standar skor kelompok

Lampiran 8

Uji statistik Wilcoxon kelompok perlakuan

NPar Tests

[DataSet0]

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
sebelum	8	78.3750	8.08769	68.00	92.00
sesudah	8	1.0825E2	.46291	108.00	109.00

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
sesudah - sebelum	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	8 ^b	4.50	36.00
	Ties	0 ^c		
	Total	8		

- a. sesudah < sebelum
 b. sesudah > sebelum
 c. sesudah = sebelum

Test Statistics^b

	sesudah - sebelum
Z	-2.533 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.011

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

Uji statistik Wilcoxon kelompok kontrol

NPar Tests

[DataSet0]

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
sebelum	8	78.1250	10.61586	69.00	100.00
sesudah	8	81.7500	5.62520	76.00	90.00

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
sesudah - sebelum	Negative Ranks	2 ^a	4.50	9.00
	Positive Ranks	6 ^b	4.50	27.00
	Ties	0 ^c		
	Total	8		

a. sesudah < sebelum

b. sesudah > sebelum

c. sesudah = sebelum

Test Statistics^b

	sesudah - sebelum
Z	-1.263 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.206

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Uji statistik Mann Whitney U Test

NPar Tests

[DataSet0]

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
sikap	16	95.0000	14.21736	76.00	109.00
kunjungan	16	1.5000	.51640	1.00	2.00

Mann-Whitney Test**Ranks**

kunjungan		N	Mean Rank	Sum of Ranks
sikap	tanpa kunjungan	8	4.50	36.00
	dengan kunjungan	8	12.50	100.00
	Total	16		

Test Statistics^a

	sikap
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	36.000
Z	-3.456
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001
Exact Sig. (2*(1-tailed Sig.))	.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kunjungan

Lampiran 9

Surat permohonan bantuan pengambilan data awal



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

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

Surabaya, 3 Desember 2013

Nomor : 302 UN3112 PPI 2013
Lampiran :
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas
Pengambilan Data Awal**

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengambil data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian

Nama	Muhamad Zainudin
NIM	131211123025
Judul Skripsi	Pengaruh Kunjungan Rumah Perawat terhadap Sikap Penderita Kusta dalam Mengikuti Program Pengobatan Multi Drug Therapy (MDT) di Puskesmas Alak-Kota Kupang NTT
Pembimbing 1	Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
Pembimbing 2	Elida Ulfiana, S.Kep., Ns., M.Kep

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Wakil Dekan I

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

Lembusan:
1 Kepala Puskesmas Alak Kota Kupang

Lampiran 10

Surat permohonan ijin uji validitas



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

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

Surabaya, 30 Oktober 2013

Nomor : 2874 /JIN3.1.12/PPd/2013
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Ijin Uji Validitas**
Mahasiswa Fakultas Keperawatan Unair

Kepada Yth.
Direktur RS. Sumber Glagah
Mojokerto

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini melakukan Uji Validitas dan Reliabilitas Kuisioner sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Muhammad Zainudin
NIM : 131211123025
Judul Skripsi : Pengaruh Kunjungan Rumah Perawat terhadap Sikap Penderita Kusta dalam Mengikuti Program Pengobatan Multi Drug Therapy (MDT) di Puskesmas Alak Kota Kupang - NTT

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan

Wakil Dekan I,

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

CORRELATIONS

```

/VARIABLES=s1 s2 s3 s4 s5 s6 s7 s8 s9 s10 s11 s12 s13 s14 s15 s16 s17 s18 s19 s20 s21 s22 s23 s24 total
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
    
```

Correlations

Notes

Output Created		09-Nov-2013 16:26:39
Comments		
Input	Data	D:\kuliah\semester 3\skripsi\data valid.sav
	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	10
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=s1 s2 s3 s4 s5 s6 s7 s8 s9 s10 s11 s12 s13 s14 s15 s16 s17 s18 s19 s20 s21 s22 s23 s24 total /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00.125
	Elapsed Time	00:00:00.066

[DataSet0] D:\kuliah\semester 3\skripsi\data valid.sav

Correlations

		s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8
s1	Pearson Correlation	1	1.000**	.619	.731*	-.551	1.000**	.731*	-.551
	Sig. (2-tailed)		.000	.056	.016	.099	.000	.016	.099
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s2	Pearson Correlation	1.000**	1	.619	.731*	-.551	1.000**	.731*	-.551
	Sig. (2-tailed)	.000		.056	.016	.099	.000	.016	.099
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s3	Pearson Correlation	.619	.619	1	.340	-.082	.619	.340	-.082
	Sig. (2-tailed)	.056	.056		.336	.821	.056	.336	.821
	N	10	10	10	10	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

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

Correlations

		s9	s10	s11	s12	s13	s14	s15	s16
s1	Pearson Correlation	1.000**	1.000**	.979**	.979**	-.551	.731*	.731*	.731*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.099	.016	.016	.016
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s2	Pearson Correlation	1.000**	1.000**	.979**	.979**	-.551	.731*	.731*	.731*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.099	.016	.016	.016
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s3	Pearson Correlation	.619	.619	.689*	.689*	-.082	.340	.340	.340
	Sig. (2-tailed)	.056	.056	.028	.028	.821	.336	.336	.336
	N	10	10	10	10	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

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

Correlations

		s17	s18	s19	s20	s21	s22	s23
s1	Pearson Correlation	.731*	.831**	.831**	.619	.731*	.619	.731*
	Sig. (2-tailed)	.016	.003	.003	.056	.016	.056	.016
	N	10	10	10	10	10	10	10
s2	Pearson Correlation	.731*	.831**	.831**	.619	.731*	.619	.731*
	Sig. (2-tailed)	.016	.003	.003	.056	.016	.056	.016
	N	10	10	10	10	10	10	10
s3	Pearson Correlation	.340	.440	.440	1.000**	.340	1.000**	.340
	Sig. (2-tailed)	.336	.203	.203	.000	.336	.000	.336
	N	10	10	10	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

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

Correlations

		s24	total
s1	Pearson Correlation	.619	.900**
	Sig. (2-tailed)	.056	.000
	N	10	10
s2	Pearson Correlation	.619	.900**
	Sig. (2-tailed)	.056	.000
	N	10	10
s3	Pearson Correlation	1.000**	.667*
	Sig. (2-tailed)	.000	.035
	N	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

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

Correlations

		s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8
s4	Pearson Correlation	.731*	.731*	.340	1	-.754*	.731*	1.000**	-.754*
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.336		.012	.016	.000	.012
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s5	Pearson Correlation	-.551	-.551	-.082	-.754*	1	-.551	-.754*	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.099	.099	.821	.012		.099	.012	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s6	Pearson Correlation	1.000**	1.000**	.619	.731*	-.551	1	.731*	-.551
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.056	.016	.099		.016	.099
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s7	Pearson Correlation	.731*	.731*	.340	1.000**	-.754*	.731*	1	-.754*
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.336	.000	.012	.016		.012
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s8	Pearson Correlation	-.551	-.551	-.082	-.754*	1.000**	-.551	-.754*	1
	Sig. (2-tailed)	.099	.099	.821	.012	.000	.099	.012	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s9	Pearson Correlation	1.000**	1.000**	.619	.731*	-.551	1.000**	.731*	-.551
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.056	.016	.099	.000	.016	.099
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s10	Pearson Correlation	1.000**	1.000**	.619	.731*	-.551	1.000**	.731*	-.551
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.056	.016	.099	.000	.016	.099
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s11	Pearson Correlation	.979**	.979**	.689*	.705*	-.461	.979**	.705*	-.461
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.028	.023	.180	.000	.023	.180
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s12	Pearson Correlation	.979**	.979**	.689*	.705*	-.461	.979**	.705*	-.461
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.028	.023	.180	.000	.023	.180
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s13	Pearson Correlation	-.551	-.551	-.082	-.754*	1.000**	-.551	-.754*	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.099	.099	.821	.012	.000	.099	.012	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s14	Pearson Correlation	.731*	.731*	.340	1.000**	-.754*	.731*	1.000**	-.754*
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.336	.000	.012	.016	.000	.012
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s15	Pearson Correlation	.731*	.731*	.340	1.000**	-.754*	.731*	1.000**	-.754*
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.336	.000	.012	.016	.000	.012
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s16	Pearson Correlation	.731*	.731*	.340	1.000**	-.754*	.731*	1.000**	-.754*
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.336	.000	.012	.016	.000	.012
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s17	Pearson Correlation	.731*	.731*	.340	1.000**	-.754*	.731*	1.000**	-.754*
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.336	.000	.012	.016	.000	.012
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s18	Pearson Correlation	.831**	.831**	.440	.666*	-.599	.831**	.666*	-.599
	Sig. (2-tailed)	.003	.003	.203	.036	.068	.003	.036	.068

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

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

Correlations

		s9	s10	s11	s12	s13	s14	s15	s16
s4	Pearson Correlation	.731*	.731*	.705*	.705*	-.754*	1.000**	1.000**	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.023	.023	.012	.000	.000	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s5	Pearson Correlation	-.551	-.551	-.461	-.461	1.000**	-.754*	-.754*	-.754*
	Sig. (2-tailed)	.099	.099	.180	.180	.000	.012	.012	.012
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s6	Pearson Correlation	1.000**	1.000**	.979**	.979**	-.551	.731*	.731*	.731*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.099	.016	.016	.016
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s7	Pearson Correlation	.731*	.731*	.705*	.705*	-.754*	1.000**	1.000**	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.023	.023	.012	.000	.000	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s8	Pearson Correlation	-.551	-.551	-.461	-.461	1.000**	-.754*	-.754*	-.754*
	Sig. (2-tailed)	.099	.099	.180	.180	.000	.012	.012	.012
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s9	Pearson Correlation	1	1.000**	.979**	.979**	-.551	.731*	.731*	.731*
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.099	.016	.016	.016
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s10	Pearson Correlation	1.000**	1	.979**	.979**	-.551	.731*	.731*	.731*
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.099	.016	.016	.016
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s11	Pearson Correlation	.979**	.979**	1	1.000**	-.461	.705*	.705*	.705*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.180	.023	.023	.023
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s12	Pearson Correlation	.979**	.979**	1.000**	1	-.461	.705*	.705*	.705*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.180	.023	.023	.023
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s13	Pearson Correlation	-.551	-.551	-.461	-.461	1	-.754*	-.754*	-.754*
	Sig. (2-tailed)	.099	.099	.180	.180		.012	.012	.012
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s14	Pearson Correlation	.731*	.731*	.705*	.705*	-.754*	1	1.000**	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.023	.023	.012		.000	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s15	Pearson Correlation	.731*	.731*	.705*	.705*	-.754*	1.000**	1	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.023	.023	.012	.000		.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s16	Pearson Correlation	.731*	.731*	.705*	.705*	-.754*	1.000**	1.000**	1
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.023	.023	.012	.000	.000	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s17	Pearson Correlation	.731*	.731*	.705*	.705*	-.754*	1.000**	1.000**	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.023	.023	.012	.000	.000	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s18	Pearson Correlation	.831**	.831**	.770**	.770**	-.599	.666*	.666*	.666*
	Sig. (2-tailed)	.003	.003	.009	.009	.068	.036	.036	.036

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

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

Correlations

		s17	s18	s19	s20	s21	s22	s23
s4	Pearson Correlation	1.000**	.666*	.666*	.340	1.000**	.340	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.000	.036	.036	.336	.000	.336	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10
s5	Pearson Correlation	-.754*	-.599	-.599	-.082	-.754*	-.082	-.754*
	Sig. (2-tailed)	.012	.068	.068	.821	.012	.821	.012
	N	10	10	10	10	10	10	10
s6	Pearson Correlation	.731*	.831**	.831**	.619	.731*	.619	.731*
	Sig. (2-tailed)	.016	.003	.003	.056	.016	.056	.016
	N	10	10	10	10	10	10	10
s7	Pearson Correlation	1.000**	.666*	.666*	.340	1.000**	.340	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.000	.036	.036	.336	.000	.336	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10
s8	Pearson Correlation	-.754*	-.599	-.599	-.082	-.754*	-.082	-.754*
	Sig. (2-tailed)	.012	.068	.068	.821	.012	.821	.012
	N	10	10	10	10	10	10	10
s9	Pearson Correlation	.731*	.831**	.831**	.619	.731*	.619	.731*
	Sig. (2-tailed)	.016	.003	.003	.056	.016	.056	.016
	N	10	10	10	10	10	10	10
s10	Pearson Correlation	.731*	.831**	.831**	.619	.731*	.619	.731*
	Sig. (2-tailed)	.016	.003	.003	.056	.016	.056	.016
	N	10	10	10	10	10	10	10
s11	Pearson Correlation	.705*	.770**	.770**	.689*	.705*	.689*	.705*
	Sig. (2-tailed)	.023	.009	.009	.028	.023	.028	.023
	N	10	10	10	10	10	10	10
s12	Pearson Correlation	.705*	.770**	.770**	.689*	.705*	.689*	.705*
	Sig. (2-tailed)	.023	.009	.009	.028	.023	.028	.023
	N	10	10	10	10	10	10	10
s13	Pearson Correlation	-.754*	-.599	-.599	-.082	-.754*	-.082	-.754*
	Sig. (2-tailed)	.012	.068	.068	.821	.012	.821	.012
	N	10	10	10	10	10	10	10
s14	Pearson Correlation	1.000**	.666*	.666*	.340	1.000**	.340	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.000	.036	.036	.336	.000	.336	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10
s15	Pearson Correlation	1.000**	.666*	.666*	.340	1.000**	.340	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.000	.036	.036	.336	.000	.336	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10
s16	Pearson Correlation	1.000**	.666*	.666*	.340	1.000**	.340	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.000	.036	.036	.336	.000	.336	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10
s17	Pearson Correlation	1	.666*	.666*	.340	1.000**	.340	1.000**
	Sig. (2-tailed)		.036	.036	.336	.000	.336	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10
s18	Pearson Correlation	.666*	1	1.000**	.440	.666*	.440	.666*
	Sig. (2-tailed)	.036		.000	.203	.036	.203	.036

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

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

Correlations

		s24	total
s4	Pearson Correlation	.340	.809**
	Sig. (2-tailed)	.336	.005
	N	10	10
s5	Pearson Correlation	-.082	-.659*
	Sig. (2-tailed)	.821	.038
	N	10	10
s6	Pearson Correlation	.619	.900**
	Sig. (2-tailed)	.056	.000
	N	10	10
s7	Pearson Correlation	.340	.809**
	Sig. (2-tailed)	.336	.005
	N	10	10
s8	Pearson Correlation	-.082	-.659*
	Sig. (2-tailed)	.821	.038
	N	10	10
s9	Pearson Correlation	.619	.900**
	Sig. (2-tailed)	.056	.000
	N	10	10
s10	Pearson Correlation	.619	.900**
	Sig. (2-tailed)	.056	.000
	N	10	10
s11	Pearson Correlation	.689*	.875**
	Sig. (2-tailed)	.028	.001
	N	10	10
s12	Pearson Correlation	.689*	.875**
	Sig. (2-tailed)	.028	.001
	N	10	10
s13	Pearson Correlation	-.082	-.659*
	Sig. (2-tailed)	.821	.038
	N	10	10
s14	Pearson Correlation	.340	.809**
	Sig. (2-tailed)	.336	.005
	N	10	10
s15	Pearson Correlation	.340	.809**
	Sig. (2-tailed)	.336	.005
	N	10	10
s16	Pearson Correlation	.340	.809**
	Sig. (2-tailed)	.336	.005
	N	10	10
s17	Pearson Correlation	.340	.809**
	Sig. (2-tailed)	.336	.005
	N	10	10
s18	Pearson Correlation	.440	.814**
	Sig. (2-tailed)	.203	.004

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

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

Correlations

		s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8
s18	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s19	Pearson Correlation	.831**	.831**	.440	.666*	-.599	.831**	.666*	-.599
	Sig. (2-tailed)	.003	.003	.203	.036	.068	.003	.036	.068
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s20	Pearson Correlation	.619	.619	1.000**	.340	-.082	.619	.340	-.082
	Sig. (2-tailed)	.056	.056	.000	.336	.821	.056	.336	.821
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s21	Pearson Correlation	.731*	.731*	.340	1.000**	-.754*	.731*	1.000**	-.754*
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.336	.000	.012	.016	.000	.012
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s22	Pearson Correlation	.619	.619	1.000**	.340	-.082	.619	.340	-.082
	Sig. (2-tailed)	.056	.056	.000	.336	.821	.056	.336	.821
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s23	Pearson Correlation	.731*	.731*	.340	1.000**	-.754*	.731*	1.000**	-.754*
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.336	.000	.012	.016	.000	.012
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s24	Pearson Correlation	.619	.619	1.000**	.340	-.082	.619	.340	-.082
	Sig. (2-tailed)	.056	.056	.000	.336	.821	.056	.336	.821
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
total	Pearson Correlation	.900**	.900**	.667*	.809**	-.659*	.900**	.809**	-.659*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.035	.005	.038	.000	.005	.038
	N	10	10	10	10	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

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

Correlations

		s9	s10	s11	s12	s13	s14	s15	s16
s18	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s19	Pearson Correlation	.831**	.831**	.770**	.770**	-.599	.666*	.666*	.666*
	Sig. (2-tailed)	.003	.003	.009	.009	.068	.036	.036	.036
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s20	Pearson Correlation	.619	.619	.689*	.689*	-.082	.340	.340	.340
	Sig. (2-tailed)	.056	.056	.028	.028	.821	.336	.336	.336
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s21	Pearson Correlation	.731*	.731*	.705*	.705*	-.754*	1.000**	1.000**	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.023	.023	.012	.000	.000	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s22	Pearson Correlation	.619	.619	.689*	.689*	-.082	.340	.340	.340
	Sig. (2-tailed)	.056	.056	.028	.028	.821	.336	.336	.336
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s23	Pearson Correlation	.731*	.731*	.705*	.705*	-.754*	1.000**	1.000**	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.016	.016	.023	.023	.012	.000	.000	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
s24	Pearson Correlation	.619	.619	.689*	.689*	-.082	.340	.340	.340
	Sig. (2-tailed)	.056	.056	.028	.028	.821	.336	.336	.336
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
total	Pearson Correlation	.900**	.900**	.875**	.875**	-.659*	.809**	.809**	.809**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	.001	.038	.005	.005	.005
	N	10	10	10	10	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

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

Correlations

		s17	s18	s19	s20	s21	s22	s23
s18	N	10	10	10	10	10	10	10
s19	Pearson Correlation	.666*	1.000**	1	.440	.666*	.440	.666*
	Sig. (2-tailed)	.036	.000		.203	.036	.203	.036
	N	10	10	10	10	10	10	10
s20	Pearson Correlation	.340	.440	.440	1	.340	1.000**	.340
	Sig. (2-tailed)	.336	.203	.203		.336	.000	.336
	N	10	10	10	10	10	10	10
s21	Pearson Correlation	1.000**	.666*	.666*	.340	1	.340	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.000	.036	.036	.336		.336	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10
s22	Pearson Correlation	.340	.440	.440	1.000**	.340	1	.340
	Sig. (2-tailed)	.336	.203	.203	.000	.336		.336
	N	10	10	10	10	10	10	10
s23	Pearson Correlation	1.000**	.666*	.666*	.340	1.000**	.340	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.036	.036	.336	.000	.336	
	N	10	10	10	10	10	10	10
s24	Pearson Correlation	.340	.440	.440	1.000**	.340	1.000**	.340
	Sig. (2-tailed)	.336	.203	.203	.000	.336	.000	.336
	N	10	10	10	10	10	10	10
total	Pearson Correlation	.809**	.814**	.814**	.667*	.809**	.667*	.809**
	Sig. (2-tailed)	.005	.004	.004	.035	.005	.035	.005
	N	10	10	10	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

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

Correlations

		s24	total
s18	N	10	10
s19	Pearson Correlation	.440	.814**
	Sig. (2-tailed)	.203	.004
	N	10	10
s20	Pearson Correlation	1.000**	.667*
	Sig. (2-tailed)	.000	.035
	N	10	10
s21	Pearson Correlation	.340	.809**
	Sig. (2-tailed)	.336	.005
	N	10	10
s22	Pearson Correlation	1.000**	.667*
	Sig. (2-tailed)	.000	.035
	N	10	10
s23	Pearson Correlation	.340	.809**
	Sig. (2-tailed)	.336	.005
	N	10	10
s24	Pearson Correlation	1	.667*
	Sig. (2-tailed)		.035
	N	10	10
total	Pearson Correlation	.667*	1
	Sig. (2-tailed)	.035	
	N	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

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

CORRELATIONS

```

/VARIABLES=total_kognitif total_afektif total_konatif
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

```

Correlations

Notes

Output Created	09-Nov-2013 16:27:00
Comments	
Input Data	D:\kuliah\semester 3\skripsi\data valid.sav
Active Dataset	DataSet0
Filter	<none>
Weight	<none>
Split File	<none>

Notes

Input	Active Dataset	DataSet0	
	Filter	<none>	
	Weight	<none>	
	Split File	<none>	
	N of Rows in Working Data File		10
	Matrix Input		
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.	
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.	
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=s1 s2 s3 s4 s5 s6 s7 s8 s9 s10 s11 s12 s13 s14 s15 s16 s17 s18 s19 s20 s21 s22 s23 s24 total /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE CORR /SUMMARY=TOTAL.	
Resources	Processor Time		00:00:00.031
	Elapsed Time		00:00:00.027

[DataSet0] D:\kuliah\semester 3\skripsi\data valid.sav

Warnings

The determinant of the covariance matrix is zero or approximately zero. Statistics based on its inverse matrix cannot be computed and they are displayed as system missing values.

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.913	.953	25

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
s1	3.1000	1.52388	10
s2	3.1000	1.52388	10
s3	3.5000	1.35401	10
s4	3.3000	1.56702	10
s5	3.3000	1.49443	10
s6	3.1000	1.52388	10
s7	3.3000	1.56702	10
s8	3.3000	1.49443	10
s9	3.1000	1.52388	10
s10	3.1000	1.52388	10
s11	3.2000	1.54919	10
s12	3.2000	1.54919	10
s13	3.3000	1.49443	10
s14	3.3000	1.56702	10
s15	3.3000	1.56702	10
s16	3.3000	1.56702	10
s17	3.3000	1.56702	10
s18	3.0000	1.49071	10
s19	3.0000	1.49071	10
s20	3.5000	1.35401	10
s21	3.3000	1.56702	10
s22	3.5000	1.35401	10
s23	3.3000	1.56702	10
s24	3.5000	1.35401	10
total	87.2000	8.97899	10

Inter-Item Correlation Matrix

	s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8	s9	s10
s1	1.000	1.000	.619	.731	-.551	1.000	.731	-.551	1.000	1.000
s2	1.000	1.000	.619	.731	-.551	1.000	.731	-.551	1.000	1.000
s3	.619	.619	1.000	.340	-.082	.619	.340	-.082	.619	.619
s4	.731	.731	.340	1.000	-.754	.731	1.000	-.754	.731	.731
s5	-.551	-.551	-.082	-.754	1.000	-.551	-.754	1.000	-.551	-.551
s6	1.000	1.000	.619	.731	-.551	1.000	.731	-.551	1.000	1.000
s7	.731	.731	.340	1.000	-.754	.731	1.000	-.754	.731	.731
s8	-.551	-.551	-.082	-.754	1.000	-.551	-.754	1.000	-.551	-.551
s9	1.000	1.000	.619	.731	-.551	1.000	.731	-.551	1.000	1.000
s10	1.000	1.000	.619	.731	-.551	1.000	.731	-.551	1.000	1.000
s11	.979	.979	.689	.705	-.461	.979	.705	-.461	.979	.979
s12	.979	.979	.689	.705	-.461	.979	.705	-.461	.979	.979
s13	-.551	-.551	-.082	-.754	1.000	-.551	-.754	1.000	-.551	-.551
s14	.731	.731	.340	1.000	-.754	.731	1.000	-.754	.731	.731
s15	.731	.731	.340	1.000	-.754	.731	1.000	-.754	.731	.731
s16	.731	.731	.340	1.000	-.754	.731	1.000	-.754	.731	.731
s17	.731	.731	.340	1.000	-.754	.731	1.000	-.754	.731	.731

Inter-Item Correlation Matrix

	s11	s12	s13	s14	s15	s16	s17	s18	s19	s20
s1	.979	.979	-.551	.731	.731	.731	.731	.831	.831	.619
s2	.979	.979	-.551	.731	.731	.731	.731	.831	.831	.619
s3	.689	.689	-.082	.340	.340	.340	.340	.440	.440	1.000
s4	.705	.705	-.754	1.000	1.000	1.000	1.000	.666	.666	.340
s5	-.461	-.461	1.000	-.754	-.754	-.754	-.754	-.599	-.599	-.082
s6	.979	.979	-.551	.731	.731	.731	.731	.831	.831	.619
s7	.705	.705	-.754	1.000	1.000	1.000	1.000	.666	.666	.340
s8	-.461	-.461	1.000	-.754	-.754	-.754	-.754	-.599	-.599	-.082
s9	.979	.979	-.551	.731	.731	.731	.731	.831	.831	.619
s10	.979	.979	-.551	.731	.731	.731	.731	.831	.831	.619
s11	1.000	1.000	-.461	.705	.705	.705	.705	.770	.770	.689
s12	1.000	1.000	-.461	.705	.705	.705	.705	.770	.770	.689
s13	-.461	-.461	1.000	-.754	-.754	-.754	-.754	-.599	-.599	-.082
s14	.705	.705	-.754	1.000	1.000	1.000	1.000	.666	.666	.340
s15	.705	.705	-.754	1.000	1.000	1.000	1.000	.666	.666	.340
s16	.705	.705	-.754	1.000	1.000	1.000	1.000	.666	.666	.340
s17	.705	.705	-.754	1.000	1.000	1.000	1.000	.666	.666	.340

Inter-Item Correlation Matrix

	s21	s22	s23	s24	total
s1	.731	.619	.731	.619	.900
s2	.731	.619	.731	.619	.900
s3	.340	1.000	.340	1.000	.667
s4	1.000	.340	1.000	.340	.809
s5	-.754	-.082	-.754	-.082	-.659
s6	.731	.619	.731	.619	.900
s7	1.000	.340	1.000	.340	.809
s8	-.754	-.082	-.754	-.082	-.659
s9	.731	.619	.731	.619	.900
s10	.731	.619	.731	.619	.900
s11	.705	.689	.705	.689	.875
s12	.705	.689	.705	.689	.875
s13	-.754	-.082	-.754	-.082	-.659
s14	1.000	.340	1.000	.340	.809
s15	1.000	.340	1.000	.340	.809
s16	1.000	.340	1.000	.340	.809
s17	1.000	.340	1.000	.340	.809

Inter-Item Correlation Matrix

	s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8	s9	s10
s18	.831	.831	.440	.666	-.599	.831	.666	-.599	.831	.831
s19	.831	.831	.440	.666	-.599	.831	.666	-.599	.831	.831
s20	.619	.619	1.000	.340	-.082	.619	.340	-.082	.619	.619
s21	.731	.731	.340	1.000	-.754	.731	1.000	-.754	.731	.731
s22	.619	.619	1.000	.340	-.082	.619	.340	-.082	.619	.619
s23	.731	.731	.340	1.000	-.754	.731	1.000	-.754	.731	.731
s24	.619	.619	1.000	.340	-.082	.619	.340	-.082	.619	.619
total	.900	.900	.667	.809	-.659	.900	.809	-.659	.900	.900

Inter-Item Correlation Matrix

	s11	s12	s13	s14	s15	s16	s17	s18	s19	s20
s18	.770	.770	-.599	.666	.666	.666	.666	1.000	1.000	.440
s19	.770	.770	-.599	.666	.666	.666	.666	1.000	1.000	.440
s20	.689	.689	-.082	.340	.340	.340	.340	.440	.440	1.000
s21	.705	.705	-.754	1.000	1.000	1.000	1.000	.666	.666	.340
s22	.689	.689	-.082	.340	.340	.340	.340	.440	.440	1.000
s23	.705	.705	-.754	1.000	1.000	1.000	1.000	.666	.666	.340
s24	.689	.689	-.082	.340	.340	.340	.340	.440	.440	1.000
total	.875	.875	-.659	.809	.809	.809	.809	.814	.814	.667

Inter-Item Correlation Matrix

	s21	s22	s23	s24	total
s18	.666	.440	.666	.440	.814
s19	.666	.440	.666	.440	.814
s20	.340	1.000	.340	1.000	.667
s21	1.000	.340	1.000	.340	.809
s22	.340	1.000	.340	1.000	.667
s23	1.000	.340	1.000	.340	.809
s24	.340	1.000	.340	1.000	.667
total	.809	.667	.809	.667	1.000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
s1	162.3000	1001.789	.939	.	.905
s2	162.3000	1001.789	.939	.	.905
s3	161.9000	1032.989	.688	.	.909
s4	162.1000	1009.433	.832	.	.906
s5	162.1000	1152.989	-.596	.	.923
s6	162.3000	1001.789	.939	.	.905
s7	162.1000	1009.433	.832	.	.906
s8	162.1000	1152.989	-.596	.	.923
s9	162.3000	1001.789	.939	.	.905
s10	162.3000	1001.789	.939	.	.905
s11	162.2000	1000.400	.938	.	.905

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
s12	162.2000	1000.400	.938	.	.905
s13	162.1000	1152.989	-.596	.	.923
s14	162.1000	1009.433	.832	.	.906
s15	162.1000	1009.433	.832	.	.906
s16	162.1000	1009.433	.832	.	.906
s17	162.1000	1009.433	.832	.	.906
s18	162.4000	1016.267	.802	.	.907
s19	162.4000	1016.267	.802	.	.907
s20	161.9000	1032.989	.688	.	.909
s21	162.1000	1009.433	.832	.	.906
s22	161.9000	1032.989	.688	.	.909
s23	162.1000	1009.433	.832	.	.906
s24	161.9000	1032.989	.688	.	.909
total	78.2000	604.844	.927	.	.949

Lampiran 11

Surat permohonan bantuan fasilitas pengambilan data penelitian



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5013752, 5013754, 5013756 Fax. (031) 5013257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> e-mail: dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 16 Desember 2013

Nomor : 3265/UNS.1.12 PPD.2013
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas
Pengambilan Data Penelitian**

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang
Nusa Tenggara Timur

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi.

Nama : Muhamad Zainudin
NIM : 151211123025
Judul Skripsi : Pengaruh Kunjungan Rumah Perawat terhadap Sifat Keteraturan Penderita Kusta dalam Mengikuti Program Pengobatan Multi Drug Therapy (MDT) di Puskesmas Anai-Kota Kupang NTT

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Kepala Departemen
 Fakultas Keperawatan
 Universitas Airlangga

Tembusan:
1. Kepala Puskesmas Anai-Kota Kupang NTT

Lampiran 12

Surat keterangan selesai melakukan penelitian



**PEMERINTAH KOTA KUPANG
DINAS KESEHATAN KOTA KUPANG
PUSKESMAS ALAK**

Jln. Sangkar Mas No. 1 A Kelurahan Nunbaun Sabu-Kupang Telp. (0380) 890240

SURAT KETERANGAN SELESAI MELAKUKAN PENELITIAN

Nomor : 03/PA/2014

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Monika Fernandez
Nip : 19671008 198909 2 001
Jabatan : Kepala Tata Usaha
Unit Kerja : Puskesmas Alak

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Muhamad Zainudin
Nim : 131211123025
Fakultas/jurusan : Keperawatan / SI Pendidikan NERS
Universitas : Universitas Airlangga Surabaya

Telah selesai melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Alak Kota Kupang selama 2 (dua) minggu terhitung mulai tanggal 21 Desember 2013 s.d 04 Januari 2014 dengan judul : "PENGARUH KUNJUNGAN RUMAH PERAWAT TERHADAP SIKAP KETERATURAN PENDERITA KUSTA DALAM MENGIKUTI PROGRAM PENGOBATAN *MULTI DRUG THERAPY* (MDT) DI PUSKESMAS ALAK KOTA KUPANG NTT."

Demikian surat keterangan ini di berikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya



Tembusan : disampaikan dengan hormat kepada

1. Walikota Kupang di Kupang (sebagai laporan)
2. Dinas Kesehatan Kota Kupang di Kupang
3. Kepala Badan Keshangpol dan Linmas Propinsi NTT di Kupang
4. Kepala Badan Keshangpol dan Linmas Kota Kupang di Kupang
5. Dekan Fakultas Keperawatan UNAIR di Surabaya
6. Yang Bersangkutan
7. Arsip

LEMBAR 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, 5 Februari 2014

yang menyatakan,



Muhamad Zainudin
NIM. 131211123025

LEMBAR PERSETUJUAN

PENGARUH KUNJUNGAN RUMAH PERAWAT TERHADAP SIKAP
KETERATURAN PENDERITA KUSTA DALAM MENGIKUTI PROGRAM
PENGOBATAN *MULTI DRUG THERAPY* (MDT) DI PUSKESMAS ALAK
KOTA KUPANG-NTT

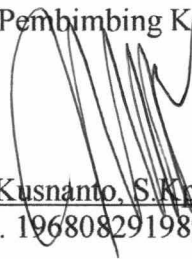
Oleh:

Muhamad Zainudin
NIM. 131211123025

Skripsi Ini Telah Disetujui
pada Tanggal, 5 Februari 2014

Oleh:

Pembimbing Ketua,



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

Pembimbing,



Elida Ulfiana, S.Kep. Ns, M.Kep
NIP. 197910132010122001

Mengetahui,

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Wakil Dekan I



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

LEMBAR PENGESAHAN

PENGARUH KUNJUNGAN RUMAH PERAWAT TERHADAP SIKAP
KETERATURAN PENDERITA KUSTA DALAM MENGIKUTI PROGRAM
PENGOBATAN *MULTI DRUG THERAPY* (MDT) DI PUSKESMAS ALAK
KOTA KUPANG-NTT

Oleh:

Muhamad Zainudin
NIM. 131211123025

Skripsi ini telah diuji
Pada tanggal, 6 Februari 2014

PANITIA PENGUJI

Ketua : Retno Indarwati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197803162008122002

Anggota : 1. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

2. Makhfudli, S.Kep., Ns., M.Ked. Trop
NIK. 139040679



Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



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

MOTTO

“Man Jadda Wajada”

Siapa yang bersungguh-sungguh pasti akan berhasil

“Man Shobaru Zhafira”

Siapa yang bersabar akan beruntung

“Man Yazro Yahsud”

Siapa yang menanam, akan menuai yang ditanam