**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Pengetahuan**
		1. **Pengertian**

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil dari tahu, yang terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan pedoman dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*). Berdasarkan pengalaman dan penelitian, diperoleh bahwa perilaku yang didasari pengetahuan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan (Maulana, 2009).

Disisi lain, pengetahuan (*knowledge*) menurut Ariani (2014), merupakan hasil rasa keingintahuan manusia terhadap sesuatu dan hasrat untuk meningkatkan harkat hidup, sehingga kehidupan menjadi lebih baik dan nyaman yang berkembang sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan manusia baik di masa sekarang maupun di masa depan. Pengetahuan hanya sekedar menjawab pertanyaan *what*, misalnya apa alam, apa manusia, apa air, dan lainnya

Sedangkan isi dari pengetahuan sendiri berupa konsep-konsep dan fakta yang dapat ditularkan kepada orang lain melalui ekspresi tulisan atau lisan. Pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya yang berbeda sekali dengan kepercayaan (*believe*), takhayul (*superstitions*) dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformation*) (Notoatmodjo,2003).

 Pengetahuan atau kognitif merupakan domain penting untuk menentukan tindakan seseorang (*overt behavior*), karena dari pengalaman dan penelitian membuktikan bahwa perilaku didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo,2003).

Sebelum orang tersebut mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan, yaitu :

* + - 1. *Awarness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulasi (obyek).
			2. *Interest*, dimana orang mulai tertarik kepada *stimulan*.
			3. *Evaluasi* (menimbang-nimbang terhadap baik buruknya tindakan terhadap *stimulus* bagi dirinya).
			4. *Trial*, dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru.
			5. *Adaptation*, dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap *stimulus* (Notoatmodjo,2003).

Perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut, apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, dimana didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo,2003).

* + 1. **Tingkat Pengetahuan**

Menurut Maulana (2009), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

Tahu (*know*). Tahu berarti mengingat suatu materi yang telah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima sebelumnya. Tahu merupakan tingkat pengetahuan paling rendah, kata kerja untuk mengukur bahwa seseorang itu tahu adalah ia dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan menyatakan.

Memahami (*comprehension*). Memahami berarti kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang paham harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, dan meramalkan.

Aplikasi/penerapan (*application*). Aplikasi berarti kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *riil* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, dan prinsip dalam konteks atau situasi nyata.

Analisi (*analysis*). Analisi adalah kemampuan menjabarkan materi atau objek ke dalam bagian-bagian yang lebih kecil, tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisi dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan, membuat bagan, membedakan, memisahkan, dan mengelompokkan.

Sintesis (*synthesis*). Sintesis merupakan kemampuan meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi yang sudah ada. Sebagai contoh dapat menyusun, merencanakan, dapat meringkas, dan dapat menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

Evaluasi (*Evaluation*). Evaluasi berkaitan dengan kemampuan melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan kriteria sendiri atau kriteria yang telah ada.

* + 1. **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Menurut Mubarak, dkk (2007). Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang diantaranya adalah :

1. Pendidikan, pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi, dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan.
2. Pekerjaan, lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.
3. Umur, dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis/mental. Pertumbuhan pada fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yaitu :
4. Pertama, yaitu perubahan ukuran,
5. Kedua, perubahan proporsi,
6. Ketiga, hilangnya ciri-ciri lama,
7. Keempat, timbulnya ciri-ciri baru,

Ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis atau mental taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa.

1. Minat, sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu hal. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.
2. Pengalaman, adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik seseorang akan berusaha untuk melupakan, namun jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaannya, dan akhirnya dapat pula membentuk sikap positif dalam kehidupannya.
3. Kebudayaan lingkungan sekitar, kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan, maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan, karena lingkungan sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi atau sikap seseorang (Saifuddin, 2011).
4. Informasi, kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.
	* 1. **Cara Memperoleh Pengetahuan**

Berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah dikelompokkan menjadi dua, yaitu cara tradisional atau non ilmiah, yaitu tanpa melalui penelitian ilmiah, dan cara modern atau secara ilmiah, yakni melalui proses penelitian. Penjabaran pengelompokkan dapat didijelaskan sebagai berikut :

Cara memperoleh kebenaran non ilmiah

1. Cara soba-salah (*trial and error*)

Cara ini dipakai orang sebelum adanya kebudayaan, bahkan sebelum adanya peradaban. Jika seseorang menghadapi persoalan atau masalah, upaya pemecahannya dilakukan dengan coba-coba saja. Bila percobaan pertama gagal, dilakukan percobaan kedua dan seterusnya sampai masalah tersebut terpecahkan.

1. Secara kebetulan

Penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi dikarenakan tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan.

1. Cari kekuasaan atau otoriter

Dalam kehidupan sehari-hari banyak sekali kebiasaan dan tradisi yang dilakukan oleh orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau tidak. Kebiasaan ini biasanya diwariskan turun temurun. Sumber pengetahuan dapat berupa pemimpin masyarakat baik formal maupun informal. Para pemegang otoritas prinsipnya adalah orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh yang mempunyai otoritas tanpa terlebih dahulu menguji atau membuktikan kebenarannya, baik berdasarkan perasaannya sendiri.

1. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman adalah guru terbaik, demikian bunyi pepatah. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi. Apabila dengan cara yang digunakan orang tersebut dapat memecahkan masalah yang dihadapi, maka untuk memecahkan masalah lain yang sama, orang dapat pula menggunakan cara tersebut.

1. Cara akal sehat (*common sense*)

Akal sehat atau *common sense* kadang-kadang dapat menemukan teori atau kebenaran. Sebelum bidang ilmu pendidikan berkembang, orang tua pada zaman dahulu menggunakan cara hukuman fisik agar anaknya mau menurut nasihat orang tuanya.Ternyata cara ini berkembang menjadi teori, bahwa hukuman adalah metode bagi pendidikan anak.

1. Kebenaran melalui wahyu

Ajaran adalah suatu kebenaran yang diwahyukan dari Tuhan melalui para nabi. Kebenaran ini harus diterima dan diyakini oleh pengikut agama yang bersangkutan, terlepas dari apakah kebenaran tersebut rasional atau tidak.

1. Kebenaran secara intuitif

Kebenaran ini secara intuitif diperoleh manusia secara cepat sekali melalui proses di luar kesadaran tanpa melalui proses penalaran atau berpikir.

1. Melalui jalan pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan, cara berpikir manusia ikut berkembang. Manusia mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuan. Dalam hal memperoleh kebenaran pengetahuan individu yang menggunakan jalan pikirnya, baik melalui induksi maupun deduksi, pada dasarnya merupakan cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pernyataan yang dikemukakan, lalu dicari hubungannya sehingga dapat dibuat suatu kesimpulan.

1. Induksi

Merupakan proses penarikan kesimpulan yang dimulai dari pernyataan khusus kepernyataan umum.Kemudian disimpulkan ke dalam konsep yang memungkinkan seseorang untuk memahami suatu gejala.

1. Deduksi

Deduksi merupakan pembuatan kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum ke pernyataan yang khusus.

Cara baru atau ilmiah

Cara baru atau dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah, atau lebih populer disebut metodologi penelitian (*Research Methodology*). Kemudian diadakan penggabungan antara proses berpikir deduktif, induktif, dan verivikatif, akhirnya lahir suatu cara melakukan penelitian yang dewasa ini kita kenal dengan metode penelitian ilmiah (*Scientific Research Method*).

* + 1. **Kriteria Tingkat Pengetahuan**

Menurut Arikunto dalam Ariani (2014), pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

1. Pengetahuan Baik, jika prosentase jawaban 76-100%
2. Pengetahuan Cukup, jika prosentase jawaban 56-75%
3. Pengetahuan Kurang, jika prosentase jawaban < 56%
	1. **Konsep Kusta**
		1. **Pengertian**

Istilah kusta berasal dari bahasa sansekerta, yakni”*Kustho*” berarti kumpulan gejala-gejala kulit secara umum. Penyakit kusta atau juga bisa disebut leprae kadang juga disebut dengan Morbus Hansen, sesuai dengan nama yang menemukan kuman. Kusta adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium Leprae*. Kusta menyerang berbagai bagian tubuh diantaranya saraf dan kulit. Penyakit ini adalah tipe penyakit granulomatosa pada saraf tepi dan mukosa dari saluran pernafasan atas dan lesi pada kulit adalah tanda yang bisa diamati dari luar. Bila tidak ditangani, kusta dapat sangat progresif menyebabkan kerusakan pada kulit, saraf-saraf, anggota gerak dan mata. Tidak seperti mitos yang beredar di masyarakat, kusta tidak menyebabkan pelepasan anggota tubuh yang begitu mudah seperti pada penyakit *tzaraath* yang digambarkan dan sering disamakan dengan kusta (InfoDATIN, 2015)

Menurut Siregar (2004), kusta merupakan penyakit infeksi mikobakterium yang bersifat kronik progresif, mula-mula menyerang saraf tepi, dan kemudian terdapat manifestasi kulit.

Kusta merupakan penyakit infeksi yang kronik, dan penyebabnya ialah *Mycobacterium Leprae* yang bersifat intraseluler obligat. Saraf perifer sebagai afinitas pertama, lalu kulit dan mukosa traktus respiratorius bagian atas, kemudian dapat ke organ lain kecuali susuna saraf pusat (Kosasih, dkk dalam Djuanda, dkk, 2007).

Pendapat lain juga dikemukakan oleh Amirudin dalam Harahap (2000), penyakit kusta adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Leprae (M. Leprae)* yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernafasan bagian atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang, dan testis.

* + 1. **Etiologi**

Kuman penyebab kusta adalah *Mycobacterium Leprae* yang ditemukan oleh G.A. HANSEN pada tahun 184 di Norwegia, yang sampai sekarang belum juga dibiakkan dalam media artificial. *Mycobacterium Leprae* berbentuk basil dengan ukuran 3-8 Um x 0,5 Um, tahan asam dan alcohol serta gram positif (Kosasih, dkk dalam Djuanda, dkk, 2007).

Dikutip dari InfoDATIN (2005), penyakit kusta disebabkan oleh bakteri yang bernama *Mycobacterium Leprae*. Dimana mycobacterium ini adalah kuman aerob, tidak membentuk spora, berbentuk batang, dikelilingi oleh sel lilin yang merupakan cirri dari spesies *Mycobacterium*, berukuran panjang 1-8 micro, lebar 0,2-0,5 micro, biasanya berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel dan bersifat asam (BTA) atau gram positif, tidak mudah diwarnai namun jika diwarnai akan tahan terhadap dekolarisasi oleh asam atau alkohol sehingga oleh karena itu dinamakan sebagai basil “tahan asam”. *Mycobacterium Leprae* belum dapat dikultur pada laboratorium. Kuman ini menular pada manusia melalui kontak langsung dengan penderita (keduanya harus ada lesi baik mikroskopis maupun makroskopis, dan adanya kontak yang lama dan berulang-ulang) dan melalui pernapasan, bakteri kusta ini mengalami proses perkembangbiakan dalam waktu 2-3 minggu, pertahanan bakteri ini dalam tubuh manusia mampubertahan 9 hari diluar tubuh manusia kemudian kuman membelah dalam jangka 14-21 hari dengan masa intubasi rata-rata dua hingga lima tahun bahkan juga dapat memakan waktu lebih dari 5 tahun. Setelah lima tahun, tanda-tanda seseorang menderita penyakit kusta mulai muncul antara lain, kulit mengalami bercak putih, merah, rasa kesemutan bagian anggota tubuh hingga tidak berfungsi sebagaimana fungsinya. Penatalaksanaan kasus yang buruk dapat menyebabkan kusta menjadi progresif, menyebabkan kerusakan permanen pada kulit, saraf, anggota gerak dan mata.

Menurut Amiruddin dalam Harahap (2000), adanya distribusi lesi yang secara klinik predominan pada kulit, mukosa hidung dan saraf perifer superficial menunjukkan pertumbuhan basil ini cenderung menyukai temperature kurang dari 370C. Bagian tubuh yang dingin seperti saluran pernapasan, testis, ruang anterior mata, dan kulit terutama cuping telinga, dan jari, merupakan tempat yang biasa diserang. Saraf perifer yang terkena, terutama yang superficial, dan bagian kulit yang dingin cenderung paling banyak mengalami anestesi. Bagian tubuh yang dingin merupakan tempat predileksi tidak hanya karena tumbuh optimal *Mycobacterium Leprae* pada temperature yang rendah, tetapi mungkin juga oleh karena rendahnya temperature dapat mengurangi respons imunologis. Di luar hospes, dalam secret kering dengan temperatur dan kelembaban yang bervariasi, *Mycobacterium Leprae* dapat bertahan hidup 7-9 hari, sedangkan pada temperatur kamar dibuktikan dapat bertahan hidup sampai 46 hari. Untuk kriteria identifikasi, ada lima sifat khas *Mycobacterium Leprae*, yaitu :

1. *Mycobacterium Leprae* merupakan parasit intraseluler obligat yang tidak dapat dibiakkan dalam media buatan.
2. Sifat tahan asam *Mycobacterium Leprae* dapat diekstrasikan oleh piridin.
3. *Mycobacterium Leprae* merupakan satu-satunyaa mycobacterium yang mengoksidasi D-Dopa (D-Dihydroxphenylanin).
4. *Mycobacterium Leprae* adalah satu-satunya specimen mycobacterium yang menginvasi dan tumbuh di saraf perifer.
5. Ekstrak larutan dan preparat *Mycobacterium Leprae* mengandung komponen antigenic yang stabil dengan aktivitas imunologi yang khas, yaitu uji kulit positif pada penderita tuberkuloid dan negative pada penderita lepramatous.
	* 1. **Klasifikasi Kusta**

Menurut kongres internasional Madrid 1953, lepra dibagi atas tipe Indeterminan (I), tipe Tuberkuloid (T), tipe Lepromatosa, dan tipe Borderline (B). Ridley Jopling (1960) membaginya menjadi: I, TT, BT, BL, dan LL. Pembagian Madrid sering untuk segi praktis di lapangan, sedang pembagian Ridley Jopling terutama dipakai untuk penelitian dan pengobatan di pusat penelitian dan leprosaria (Siregar, 2004).

Klasifikasi yang banyak dipakai pada bidang penelitian adalah klasifikasi menurut Ridley & Jopling yang mengelompokkan penyakit kusta menjadi 5 kelompok berdasarkan gambaran klinik, bakteriologik, histopatologik, dan imunologik, antara lain:

1. Tipe Tuberkuloid-Tuberkuloid (TT)

Lesi ini mengenai kulit maupun syaraf. Lesi kulit bisa satu atau beberapa, dapat berupa macula atau plakat, batas jelas dan pada bagian tengah dapat ditemukan lesi yang mengalami regresi atau penyembuhan di tengah. Permukaan lesi dapat bersisik dengan tepi yang meninggi, bahkan dapat menyerupai gambaran psoriasis. Gejala ini dapat disertai penebalan syaraf perifer yang biasanya teraba, kelemahan otot dan sedikit gatal.

1. Tipe Borderline-Tuberkuloid (BT)

Lesi pada tipe ini menyerupai Tuberkuloid-Tuberkuloid (TT), yakni berupa macula anestesi atau plak yang sering disertai lesi satelit di pinggirnya. Jumlah lesi satu atau beberapa, tetapi gambaran hipopigmentasi kekeringan kulit atau skuama tidak jelas seperti tipe Tuberkuloid. Gangguan saraf tidak seberat pada tipe tuberkuloid dan biasanya asimetrik. Biasanya juga terdapat lesi satelit yang terletak dekat syaraf perifer yang menebal.

1. Tipe Borderline-Borderline (BB)

Tipe Borderline-Borderline merupakan tipe yang paling tidak stabil dari semua spectrum penyakit kusta. Tipe ini disebut juga sebagai bentuk dimorfik dan jarang dijumpai. Lesi dapat berbentuk macula infiltrate. Permukaan lesi dapat mengkilat, batas lesi kurang jelas dengan jumlah lesi yang melebihi tipe borderline-tuberkuloid dan cenderung simetrik. Lesi sangat bervariasi baik ukuran, bentuk, maupun distribusinya. Bila didapatkan lesi *Punched Out* yaitu hipopigmentasi yang oval pada bagian tengah, batas jelas yang merupakan cirri khas tipe ini.

1. Tipe Borderline-Lepromatous (BL)

Secara klasik lesi dimulai dengan macula. Awalnya hanya dalam jumlah sedikit, kemudian dengan cepat menyebar keseluruhan badan. Macula disini lebih jelas dan lebih bervariasi bentuknya. Walau masih kecil, papel dan nodus lebih tegas dengan distribusi lesi yang hamper simetrik dan beberapa nodus tampak melekuk pada bagian tengah. Lesi bagian tengah sering tampak normal dengan pinggir di dalam infiltat lebih jelas dibanding pinggir luarnya, dan beberapa plak Nampak seperti *Punched Out*.

Tanda-tanda kerusakan syaraf berupa hilangnya sensasi, hipopigmentasi, berkurangnya keringat, dan gugurnya rambut lebih cepat muncul dibandingkan tipe lepromantous dengan penebalan syaraf yang dapat teraba pada tempat predileksi di kulit.

1. Tipe Lepromatous-Lepromatous (LL)

Jumlah lesi sangat banyak, simetrik, permukaan halus, lebih ekstrim, mengkilat, berbatas tidak tegas, dan tidak ditemukaan gangguan anestesi dan anhidrosis pada stadium ini. Distribusi lesi khas, yakni di wajah mengenai dahi, pelipis, dagu, cuping telinga, sedangkan di badanmengenai bagian belakang yang dingin, lengan, punggung tangan, dan permukaan ekstensor tungkai bawah. Pada stadium lanjut tampak penebalan kulit yang progresif, cuping telinga menebal, garis muka menjadi kasar dan cekung membentuk *facies leonine* yang dapat disertai madarosis, iritis, dan keratitis. Lebih lanjut lagi dapat terjadi atropi testis. Kerusakan syaraf dermis menyebabkan gejala *stocking* dan *glove anesthesia*. (Amiruddin dalam Harahap, 2000).

Menurut WHO pada tahun 1981, kusta dibagi menjadi Multibasilar berarti mengandung banyak basil dan pausibasilar berarti mengandung sedikit basil, yang termasuk dalam multibasilar adalah tipe LL, BL, dan BB. Pada klasifikasi Ridley-Jopling dengan Indeks Bakteri (IB) lebih dari 2+ sedangkan pausibasilar dengan tipe I, TT, dan BT dengan IB kurang dari2+. Untuk kepentingan pengobatan pada tahun 1981 telah terjadi perubahan. Yang dimaksud dengan kusta PB adalah kusta dengan BTA negative pada pemeriksaan kerokan kulit, yaitu tipe I, TT, dan BT menurut klasifikasi Ridley dan Jopling. Bila pada tipe-tipe tersebut disertai BTA positif, maka akan dimasukkan ke dalam kusta MB. Sedangkan kusta MB adalah semua penderita kusta tipe BB, BL, dan LL atau apapun klasifikasi klinisnya dengan BTA positif, harus diobati dengan rejimen MDT-MB (Kosasih, dkk dalam Djuanda, dkk, 2007).

* + 1. **Manifestasi Klinis**

Menurut Kosasih, dkk dalam Djuanda, dkk (2007), diagnosis penyakit kusta didasarkan gambaran klinis, bakterioskopis, dan histopatologis. Diantara ketiganya diagnosis secara klinislah yang terpenting dan paling sederhana. Hasil bakterioskopis memerlukan waktu paling sedikit 15-30 menit, sedangkan histopatologik 10-14 hari. Kalau memungkinkan dapat dilakukan tes lepromin (Mitsuda) untuk membantu penentuan tipe, yang hasilnya baru dapat diketahui setelah tiga minggu. Penentuan tipe kusta perlu dilakukan agar dapat menetapkan terapi yang sesuai. Bila basil *M. Leptae* masuk ke dalam tubuh seseorang, dapat timbul gejala klinis sesuai dengan kerentanan orang tersebut. Bentuk tipe klinis bergantung pada system imunitas selular (SIS) penderita. SIS baik akan tampak gambaran klinis kea rah tuberkuloid, sebaiknya SIS rendah memberikan gambaran lepromatosa.

Perjalanan penyakit termasuk keluhan utama dan keluhan tambahan : lesi di awali dengan bercak putih bersisik halus pada bagian tubuh, tidak gatal, kemudian membesar dan meluas. Jika syaraf sudah terkena, penderita mengeluh kesemutan/baal pada bagian tertentu, ataupun kesukaran menggerakkan anggota badan yang berlanjut dengan kekakuan sendi. Rambut alispun dapat rontok (Siregar, 2004).

Menurut Amiruddin dalam Harahap (2000), menjelaskan bahwa manifestasi klinis penyakit kusta biasanya menunjukkan gambaran yang jelas pada stadium yang lanjut dan diagnosis cukup ditegakkan dengan pemeriksaan fisik saja. Penderita kusta adalah seseorang yang menunjukkan gejala klinik kusta dengan atau tanpa pemeriksaan bakteriologik dan memerlukan pengobatan.

Gejala dan keluhan penyakit bergantung pada :

1. Multiplikasi dengan desiminasi kuman *Mycobacterium Leprae*,
2. Respon imun penderita terhadap kuman *Mycobacterium Leprae*, dan
3. Ditemukannya *Mycobacterium Leprae* (bakteriologis positif).

Ada 3 tanda cardinal.Kalau salah satunya ada, tanda tersebut sudah cukup untuk menetapkan diagnosis penyakit kusta yakni:

1. Lesi kulit yang anestesi,
2. Penebalan syaraf perifer,
3. Ditemukannya *Mycobacterium Leprae* (bakteriologis positif)

Manifestasi klinis orang lain yang dapat diserang :

1. Mata: iritis, iridosiklitis, gangguan visus sampai kebutaan,
2. Tulang rawan: epitaksis, hidung pelana,
3. Tulang dan sendi: absorbs, mulitasi, arthritis,
4. Lidah: ulkus, nodus,
5. Laring: suara parau,
6. Testis: epididimitis akut, orkitis, atrofi,
7. Kelenjar limfe: limfadinitis,
8. Rambut; alopesia, madarosis,
9. Ginjal: glomerulonefritis, amiloidosis ginjal, pielonefritis, nefritis interstitial.
	* 1. **Klasifikasi Cacat bagi Penderita Kusta**

WHO Expert Committe on Lepros dalam laporan yang dimuat dalam WHO Technical Report Series N0.607 1979 dalam Kosasih, dkk dalam Djuanda, dkk (2007), telah membuat klasifikasi cacat bagi penderita kusta.

Cacat pada tangan dan kaki.

Tingkat 0 : tidak ada gangguan sesibilitas, tidak ada kerusakan atau deformitas yang terlihat.

Tingkat 1 : ada gangguan sensibilitas, tanpa kerusakan atau deformitas yang terlihat.

Tingkat 2 : terdapat kerusakan atau deformitas

Cacat pada mata.

Tingkat 0 : tidak ada gangguan pada mata akibat kusta, tidak ada gangguan penglihatan

Tingkat 1 : ada gangguan pada mata akibat kusta, tidak ada gangguan yang berat pada penglihatan. Visus 6/60 atau lebih baik (dapat menghitung jari pada jarak 6 meter).

Tingkat 2 : gangguan penglihatan berat (visus kurang dari 6/60,tidak dapat menghitung jari pada jarak 6 meter).

Catatan: kerusakan atau deformitas pada tangan dan kaki termasuk ulserasi, absorbsi, mutilasi, kontraktur, sedangkan pada mata termasuk anestesi kornea, iridosiklitis, dan lagoflatmus.

* + 1. **Pengobatan Kusta**

Menurut Amiruddin dalam Harahap (2000), tujuan utama program pemberantasan penyakit kusta adalah memutuskan rantai penularan untuk menurunkan insidensi penyakit, mengobati dan menyembuhkan penderita serta mencegah timbulnya cacat. Sejak dilaporkan adanya resistensi terhadap daspon baik primer maupun sekunder, pada tahun 1977 WHO memperkenalkan pengobatan kombinasi yang terdiri dari paling tidak dua obat antikusta yang efektif. Sayangnya anjuran ini tidak diikuti di lapangan dengan beberapa alasan. Oleh karena itu, pada tahun 1981 WHO *Study Group On Chemotherapy Of Leprosy* secara resmi mengeluarkan rekomendasi pengobatan kusta dengan regimen MDT (*Multi Drugs Theraphy*).

Sejak Januari 1982, pengobatan kusta di Indonesia mengikuti keputusan WHO *Expert Committe Meeting* di Geneva (Oktober 1981), yaitu dengan pengobatan kombinasi DDS, Lampren dan Rifampisin.

1. Obat-Obat Antikusta
2. Sulfon
3. Dapson (4,4’-diamino difenil sulfon, DDS)

Hal-hal yang penting mengenai dapson adalah sebagai berikut:

1. Merupakan dasar terapi untuk kusta.
2. Bersifat bakteriostatik, tetapi cara kerjanya tidak diketahui. Dosis 100 mg bersifat bakterisidal lemah. Merupakan suatu inhibitor kompetitif PABA dan berhubungan dengan metabolisme asam folat tetapi sensitivitas *M. Leprae* yang unik terhadap daspon menimbulkan perkiraan adanya mekanisme lain yang terlibat.
3. Aman, mudah didapat dan harganya murah.
4. Efek samping daspon sebagai berikut:

Pada penderita definisi G6PD: menimbulkan anemia hemolitik.

Dapat timbul anemia normositik hipokronik dan lekopenia. Obat harus dihentikan bila hitung total sel darah merah kurang dari 3,5 juta/mm3. Jarang timbul setelah terapi 4 bulan.

Dapat terjadi sianosis (Methemoglobinemia).

Gangguan GI yang rendah dan hepatitis yang ditandai oleh anoreksia dan vomitus. Dalam hal ini obat dapat dihentikan sementara.

Psikotik merupakan komplikasi yang serius, tetapi jarang ditandai oleh insomnia, mudah terangsang dan irritabel.

Keterlibatan ginjal ditandai dengan albuminuria.

Erupsi kulit bervariasi dari rash morbiliformis sampai pemfigoid, fixed drug eruption, dermatitis eksfoliativa, eritema multi forme, toksik epidermal nikrolisis (TEN)

Kadang-kadang sulfon mengeksaserbasi keterlibatan saraf pada penderita tuberkuloid (paradoks terapi)

1. DASS (diasetil-diamino-difenil-sulfon).

Merupakan depot sulfon, penggunaan intramuskular 225 mg dapat aktif sampai lebih dari dua bulan. Dapat digunakan di lapangan. Titer plasma dengan suntikan lebih rendah daripada daspon oral dan terapi yang lama dapat menimbulkan resistensi. Karenanya, obat ini tidak boleh digunakan sebagai obat tunggal. Sebagai tambahan untuk terapi oral, diberikan satu injeksi tiap 8-10 minggu. DADSS sering digunakan oleh leprolog Amerika Latin, terutama pada penderita yang diragukan kepatuhannya dalam meminum obat. Profilaksis DADDS ini efektif bila disupervisi dengan baik.

1. Rifampisin.

Beberapa yang penting mengenai rifampisin:

1. Suatu derivat semisintetik produk fermentasi *streptomyces mediterranei*.
2. Kerjanya melalui inhibisi sintesis RNA bakteri.
3. Merupakan antikusta yang paling ppaten. Menurunkan Indeks Morfologi pada kusta lepromatosa menjadi 0 dalam ±5 minggu, bersifat bakterisidal.
4. Dosis tunggal rifampisin 600 mg akan membunuh 99,9% *M. Leprae* dalam beberapa hari sehingga penderita menjadi tidak infeksius lagi.
5. Rifampisin harus diminum sebelum makan, umumnya obat dapat ditoleransi dengan baik.
6. Berbagai kasus resisten telah dilaporkan karenanya obat ini tidak boleh diberikan secara tunggal.
7. Tidak direkomendasikan pada kehamilan trimester I
8. Hambatan pada negara-negara berkembang adalah karena harganya mahal.
9. Efek samping :
10. Diskolorisasi urine, urine menjadi merah.
11. Erupsi kulit umumnya berupa papula-papula erimatosa, eritema multiforme dan kadang-kadang sindroma Steven-Johnson.
12. Pusing, lemah, gangguan GI.
13. Flushing dan/atau pruritus.
14. Kadang-kadang hepatitis, trombositopenia, porfiria kutanea tarda.
15. Flu-like syndrome.
16. Gagal ginjal, nafas pendek, syok purpura.
17. Klofazimin (B663, Lampren)
18. Bahan aktif adalah turunan zat warna iminofenazin.
19. Kerjanya melalui interaksi dengan DNA mikrobakteria.
20. Bersifat bakteriostatik dan bakterisidal lemah.
21. Sifat antikustanya mirip dengan dopson, tetapi sedikit lebih lambat.
22. Efektif untuk terapi ENL (*Eritema Nordoson Leprosum*) dan reaksi reversal, yang tidak dapat diatasi dengan talidomid secara efektif.
23. Harus diminum pada waktu malam atau dengan segelas susu.
24. Terutama penting untuk penderita dengan resistensi terhadap dopson. Penderita ENL menetap yang tidak dapat berhenti minum kortikosteroid dan tidak dapat minum talidomid (wanita hamil dengan ENL).
25. Efek samping ;
26. Terjadi diskolorisasi yang reversibel dari ungu sampai coklat kehitaman pada kulit. Efek ini berhubungan dengan dosis. Pigmen pada lesi kusta berwarna keabu-abuan, dapat sampai hampir hitam.
27. Nyeri abdominal, mual, diare: dapat dikurangi dengan minum obat saat makan.
28. Kematian pernah dilaporkan karena deposit kristal pada limfatik dengan submukosa GI, dimana dosis total Klofamizin tinggi.
29. Iktiosis, kekeringan kulit, fisura terutama pada tulang kering, dapat dikontrol dengan minyak.
30. Dapat menyebabkan eksaserbasi pada permulaan terapi.
31. Lampren melewati plasenta sehingga pada bayi yang lahir dari ibu yang mendapatkan lampren, kulitnya menjadi lebih berpigmentasi. Tidak ditemukan adanya teratogenisitas.
32. Sedapat munngkin lampren tidak diberikan pada:
33. Trimester I kehamilan.
34. Penderita dengan nyeri abdomen berulang dan diare.
35. Penderita dengan kerusakan hati atau ginjal.
36. Protionamide dan Etionamide
37. Keduanya mempunyai efek bakterisidal. Efek keduanya hampir sama dan dapat dipertukarkan. Resistensi silang sering terjadi.
38. Digunakan klofazimin tidak dapat diberikan.
39. Dosis: Etionamide (250-500 mg/hari), Protionamide (250-375 mg/hari).
40. Efek samping; hepatitis pada 40% penderita, tetapi protionamide lebih kurang toksik di antara kedua obat tersebut. Intoleransi terhadap obat ini tinggi pada orang Asia, terutama orang-orang Cina. Oleh karenadapat menyebabkan hepatotoksik, terutama bila dikombinasi dengan rifampisin, *WHO Committe on Leprosy* merekomendasikan bahwa kedua obat tersebut sebaiknya tidak dipakai sebagai komponen MDT di lapangan kecuali sangat terpaksa.
41. Prinsip MDT (Multi Drug Therapy = pengobatan kombinasi)

Manajemen penyakit kusta yang tepat memerlukan pengetahuan tentang tujuan terapi, sifat-sifat obat yang digunakan dan perjalanan alamiah penyakit. Yang penting, diperlukan kesabaran dan pengertian akan keadaan psikologik penderita. Regimen rekomendasi MDT adalah suatu kompromi antara ide teori dan suksesnya tujuan pada kondisi lapangan di negara miskin.

1. Keuntungan MDT
2. Mencegah resistensi obat.
3. Mengobati penderita dengan resistensi terhadap dapson.
4. Menghapus keperluan mengidentifikasi sensitivitas terhadap *M. Leprae* sebelum terapi.
5. Mengubah konsep dari terapi jangka panjang yang hanya mencegah perluasan penyakit ke terapi jangka pendek yang menyembuhkan penyakit.
6. Meningkatkan ketaatan berobat dari 50% ke 90%.
7. Mencegah deformitas secara lebih efisien.
8. Menurunkan jumlah kasus-kasus setiap tahunnya.
9. Cepat membuat penderita menjadi tidak infeksius.
10. Mengurangi biaya jangka panjang pada program kontrol kusta.
11. Regimen MDT-Standar WHO
12. Regimen MDT-Pausibasiler

Yang diobati dengan regimen ini adalah penderita yang termasuk dalam klasifikasi TT, BT menurut Ridley-Jopling atau I dan T menurut klasifikasi Madrid yang bakterioaskopik negatif sedang apabila bakterioskopik positif digolongkan ke dalam mulbibasiler. Obat dan dosis sebagai berikut :

1. Rifampisin

Dewasa: 600 mg/bulan, disupervisi berat badan <35kg: 450 mg/bulan

Anak 10-14 tahun: 450 mg/bulan (12-15 mg/kg BB/bulan).

1. DDS

Dewasa: 100 mg/hari, berat badan <35kg: 50/hari.

Anak 10-14 tahun: 50 mg/hari (1-2 mg/kg BB/hari).

Lama pengobatan: diberikan sebanyak 6 regimen dengan jangka waktu maksimal 9 bulan.

1. Regimen MDT-Multibasiler

Yang diobati dengan regimen ini adalah penderita yang termasuk dalam klasifikasi BB, BL, LL menurut Ridley-Jopling atau B dan L menurut klasifikasi Madrid dan tipe lain yang bakterioskopik positif. Obat dan dosis sebagai berikut:

1. Rifampisin

Dewasa: 600 mg/bulan, disupervisi berat badan <35kg: 450 mg/bulan.

Anak 10-14 tahun: 450 mg/bulan (12-15 mg/kg BB/bulan).

1. Lampren

Dewasa: 300 mg/bulan, disupervisi dilanjutkan dengan 50 mg/hari

Anak 10-14 tahun: 200 mg/bulan, disupervisi dilanjutkan dengan 50 mg selang sehari.

1. DDS

Dewasa: 100 mg/hari, berat badan <35kg: 50 mg/hari.

Anak 10-14 tahun: 50 mg/hari (1-2 mg/hari/kg BB/hari).

Lama pengobatan: diberikan sebanyak 12 blister dengan jangka waktu maksimal 18 bulan, sedapat mungkin sampai apusan kulit menjadi negatif.

 Setelah pengobatan dihentikan (*Release from Treatment/RFT* atau *Completion of Treatment/COT*), penderita masuk dalam masa pengamatan (kontrol/survei-lance), yaitu: penderita dikontrol secara klinik dan bakterioskopik minimal sekali setahun selama lima tahun untuk penderita kusta multibasiler, dan dikontrol secara klinik sekali setahun selam dua tahun untuk penderita kusta pausibasiler. Bila selama masa tersebut tidak ada keaktifan, maka penderita dinyatakan bebas dari pengamatan (*Release from Control/RFC*).

* 1. **Konsep Asuhan Keperawatan**
		1. **Pengkajian**

Pengkajian merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi, atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenai masalah kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. (Nasrul Effendi, 1998)

* 1. Pengumpulan Data
		1. Identitas klien

Penyakit kusta (MH) dapat menyerang semua umur, anak-anak lebih rentan dari pada orang dewasa frekuensi tertinggi pada kelompok dewasa (umur 25 – 35 tahun), sedangkan pada kelompok anak umur 10 – 12 tahun, dan biasanya pada keluarga yang sosial ekonomi rendah dan berpendidikan rendah. Identitas klien meliputi tentang biodata penderita, yaitu nama, tanggal lahir, usia, alamat, dan pekerjaan.

* + 1. Keluhan utama

Biasanya klien dengan penyakit kusta mengeluh ada bercak-bercah merah pada kulit di tangan, kaki, atau diseluruh badan dan wajah kadang disertai dengan tangan (jari-jari) dan kaki kaku dan bengkak kadang-kadang disertai nyeri atau mati rasa, kadang juga disertai suhu tubuh meningkat.

* + 1. Riwayat penyakit sekarang

Adanya keluhan kaku pada jari-jari tangan dan kaki, nyeri pada pergelangantangan, tangan dan kaki bengkak disertai dengan suhu tubuh meningkat. Ada juga klien kusta dengan ulkus yang sudah membesar dan dalam baru. Biasanya klien dengan penyakit kusta tidak dapat mengeluarkan keringat dan mati rasa.

* + 1. Riwayat penyakit dahulu

Biasanya pada klien kusta sudah menjalankan pengobatan tetapi berhenti dengan sendirinya maka dari banyak penderita kusta yang mengalami pengobatan ulang.

* + 1. Riwayat penyakit keluarga

Kusta merupakan penyakit menular maka dari itu kemungkinan ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama dengan penderita.

* + 1. Pola-pola kesehatan
			1. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Penderita pada umumnya personal hygienenya kurang dengan tata laksana hidup yang tidak sehat karena keadaan ekonomi yag sosial rendah. Kadang-kadang klien yang menjalankan pengobatan yang tidak teratur maka penderita akan kambuh lagi.

* + - 1. Pola nutirsi dan metabolisme

Pada umumnya klien dengan kusta (MH) tidak mengalami gangguan kebutuhan nutrisi dan metabolisme.

* + - 1. Pola eliminasi

Pada pola ini biasanya tidak terjadi perubahan karena biasanya Kx dapat Eliminasi alvi dan urin secara normal seperti sehari-harinya.

* + - 1. Pola istirahat dan tidur

Klien dengan kusta (MH) biasanya tidak mengalami gangguan dalam istirahat dan tidur namun kadang ada rasa nyeri dan kaku pada jari-jari tangan dan kaki, rasa panas sampai menggigil pada sore atau malam hari dapat mengganggu istarahat dan tidur

* + - 1. Pola aktivitas dan latihan

Pada umumnya klien dengan kusta megalami perubaha pada pola altivitas dan latihan karena klien mengalami kaku dan bengkak pada kaki dan tangannya. Kadang-kadang ada klien sampai terjadi ulks dan metilasi.

* + - 1. Pola persepsi diri

Adanya kecemasan, menyangkal, perasaan tidak berdaya dan tidak punya harapan sehingga terjadi perubahan mekanisme pada perubahan dini yang terpenting.

* + - 1. Pola persepsi dan pengetahuan

Biasanya klien dengan kusta dengan pendidikan yang rendah jadi terjadi kurang pengetahuan tentang penyakit yang diderita oleh klien, sehingga tidak tahu tentang cara hidup dan pengetahuan perawatan dini.

* + - 1. Pola penanggulangan stress

Adanya ketidakefektifan dalam mengatasi masalah individu dan keluarga. Biasanya klien dengan kusta tingkat stressnya tinggi (cemas).

* + - 1. Pol reproduksi sexual

Pada umumnya klien terjadi penurunan disfungsi sexual atau kadang-kadang tidak terjadi gangguan.

* + - 1. Pola hubungan dan peran

Terjadi gangguan yang sangat menganggu hubungan interpersonal karena kusta (MH) di kenal sebagai penyakit yang menular atau ada juga yang menyebut dengan penyakit kutukan.

* + - 1. Pola tata nilai dan kepercayaan

Pada umumnya terjadi distress spiritual pada penderita namun kadang-kadang ada penderita yang lebih takut dalam beribadah setelah mendapatkan penyakit kusta.

* + 1. Pemeriksaan
			- 1. Pemeriksaan integumen

Adanya lesi kulit yang khas dan kehilangan sensibilitas, lesi kulit dapat tinggal atau multipel, biasanya hipopigmentasi tetapi kadang-kadang lesi kemerahan atau berwarna tembaga, lesi dapat bervariasi tetapi umumnya berupa makula, papul atau nodul.

Dicari adanya gangguan sensibilitas terhadap suhu, nyeri dan rasa raba pada lesi yang dicurigai :

Pemeriksaan sensibilitas suhu (terpenting) dilakukan dengan cara tes panas dingin

Pemeriksaan terhadap nyeri digunakan jarum pentul

Terhadap rasa raba digunakan kapas

Gangguan autonomik pada kelenjar keringat dilakukan guratan tes (lesi digores dengan tinta) penderita exercise, bila tinta masih jelas berarti tes (+) (Gunawan test)

Pada pemeriksaan inspeksi dilihat kulit yang keriput, penebalan kulit, dan kehilangan rambut tubuh, terjadi mati rasa pada klien, kadang-kadang terjadi ulkus dan biasanya klien datang sudah terjadi mutilasi tetapi ada juga yang belum terjadi mutilasi.

Dilakukan pemeriksaan-pemeriksaan syaraf tepi yang berjalan didekat permukaan kulit didapat (biasanya) terjadi gangguan pada Nervous Ausikularis Magnus, Nervous Ulnaris, Nervous Pareneus lateralis hamunis dan Nervous Tibialis posterior.

* + - * 1. Pemeriksaan bakteriologi

BTA positif

* + - * 1. Pemeriksaan tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda vital terjadi peningkatan suhu tubuh.

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang sering muncul pada penderita kusta, yaiu:

Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan proses penyebaran penyakit.

Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi.

Cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakit yang dideritanya.

Resiko terjadinya penularan penyakit kusta terhadap keluarga berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit.

* + 1. **Intervensi dan Rasional**
1. Diagnosa : Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan proses penyebaran, ulkus akibat M. Leprae.

Tujuan : Menunjukkan tingkah laku atau teknik mencegah kerusakan kulit atau menigkatkan penyembuhan.

Kriteria Hasil :

- Mencapai kesembuhan luka

- Menunjukkan penyembuhan pada lesi

- Tidak terjadi komplikasi dan proses penyebaran tidak terlalu banyak

Intervensi dan Rasional :

* 1. Gunakan teknik aseptik dalam perawatan luka

Rasional: Mencegah luka dari perlukaan mekanis dan kontaminasi.

* 1. Kaji kulit tiap hari dan warnanya turgor sirkulasi dan sensori

Rasional: Menentukan garis dasar bila ada terdapat perubahan dan dapat melakukan intervensi yang tepat.

* 1. Instruksikan untuk melaksanakan hygiene kulit dan melakukan masase dengan lotion / krim

Rasional: Mempertahankan kebersihan kulit dan menurunkan resiko trauma dermal kulit yang kering dan rapuh massase. Meningkatkan sirkulasi kulit dan meningkatkan kenyamanan.

* 1. Tingkatkan masukan protein dan karbohidrat

Rasional: Mempertahankan keseimbangan nitrogen positif.

* 1. Pertahankan sprei bersih atau ganti sprei dengan kebutuhan kering dan tidak berkerut

Rasional: Freksi kulit disebabkan oleh kain yang berkerut dan basah yang menyebabkan iritasi dan potensial terhadap infeksi.

* 1. Kolaborasi dengan tim medis lainnya

Rasional: Melaksanakan fungsi interdependent.

1. Diagnosa : Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi dari M. leprae.

Tujuan : 2 x 24 jam suhu tubuh kembali normal.

Kriteria Hasil :

- Suhu 36,5 – 37,5 oC

- Nadi 60 – 100 x / m

- Palpasi kulit hangat

- Mukosa bibir lembab

Intervensi dan Rasional :

* 1. Jelaskan pada klien tentang sebab dan akibat terjadinya panas

Rasional: klien mengarti dan dapat kooperatif.

* 1. Beri kompres basah pada ketiak dan lipatan paha

Rasional: Pemindahan panas secara konduksi.

* 1. Beri pakaian yang tipis dan menyerap keringat

Rasional: Pemindahan panas secara ovaporasi.

* 1. Lakukan observasi tanda-tanda vital tiap 6 jam (suhu, nadi, respirasi, mukosa bibir dan akral)

Rasional: Deteksi dini adanya perubahan.

* 1. Jaga sirkulasi ruangan

Rasional: Pemindahan panas secara radiasi.

* 1. Lakukan kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian antipiuretik

Rasional: Antipiuretik dapat menurunkan panas.

1. Diagnosa : Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit yang diderita.

Tujuan : Setelah dilakukan penjelasan klien dapat mengerti dan cemas berkurang

Kriteria Hasil :

- klien mau bekerja sama dengan tim medis dalam tindakan keperawatan, dan klien dapat mengungkapkan ketenangannya, tidak gelisah dan expresi wajah tenang

Intervensi dan Rasional :

* 1. Ketahui persepsi klien terhadap penyakitnya

Rasional Setiap orang memiliki pengetahuan yang berbeda

* 1. Berikan informasi mengenai penyebab penyakitnya

Rasional: Informasi merupakan suatu komunikasi yang penting dalam hubungan transaksimal.

* 1. Beri pengetahuan tentang enyakit kusta sesuai pendidikan

Rasional: Penanaman dapat memudahkan kerja sama dalam mempercepat proses penyembuhan.

* 1. Bantu klien untuk mengidentifikasi reaksi yang timbul

Rasional: Melaksanakan hubungan perawat dan klien dalam rangka memberikan bantuan.

1. Resiko terjadinya penularan penyakit kusta terhadap keluarga berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit.

Tujuan : Setelah dilakukan penjelasan klien dapat mengerti dan paham akan penyakitnya dan penularannya.

Kriteria Hasil :

- Klien mampu menjelaskan tentang penyakitnya

- Klien dapat menjelaskan tentang cara penularan penyakitnya dan menghindarinya

- Klien mampu menjelaskan cara pengobatan yang tepat

Intervensi dan Rasional :

* 1. Ketahui persepsi klien terhadap penyakitnya

Rasional: Setiap orang memiliki pengetahuan yang berbeda

* 1. Berikan informasi mengenai penyebab penyakitnya

Rasional: Informasi merupakan suatu komunikasi yang penting dalam hubungan transaksimal.

* 1. Beri pengetahuan tentan penyakit kusta sesuai pendidikan

Rasional: Penanaman dapat memudahkan kerja sama dalam mempercepat proses penyembuhan.

* 1. Bantu klien untuk mengidentifikasi reaksi yang timbul

Rasional: Melaksanakan hubungan perawat dan klien dalam rangka memberikan bantuan.

* + 1. **Implementasi Keperawatan**

Pada tahap ini pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi secara optimal.

* + 1. **Evaluasi**

Adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan yaitu kegiatan yang disengaja dan terus menerus melibatkan klien, perawat dan anggota kesehatan lain. Tujuan evaluasi yaitu untuk menilai apakah tujuan dalam rencana tindakan keperawatan tercapai atau tidak atau bahkan timbul masalah baru serta untuk melaksanakan pengkajian ulang.

#### 2.4 Konsep Keluarga

**2.4.1 Definisi Keluarga**

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam kaedaan saling ketergantungan (Effendi, 1998: 32).

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Salvicion G, Bailon dan Aracelis Megalaya, dikutip Nasrul Effendi, 1998: 32).

**2.4.2 Fungsi keluarga**

Menurut Friedman dalam Suprajitno, 2004 ada beberapa fungsi keluarga, yaitu:

* + 1. Fungsi afektif

Pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarga.

* + 1. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi merupakan proses perkembangan atau perubahan yang dialami individu sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran peran sosial.

* + 1. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumberdaya manusia.

* + 1. Fungsi ekonomi

Memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu

 e. Fungsi perawatan kesehatan

 Menyediakan kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan

**2.4.3 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan**

Menurut Suprajitno (2004 : 18) ada lima tugas keluarga di bidang kesehatan yaitu :

* 1. Mengenali gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya.
	2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.
	3. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit yang tidak dapat membantu diri karena cacat atau usianya terlalu muda.
	4. Mempertahankan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
	5. Mempertahankan hubungan timbal balik anggota antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan.

**2.4.4 Peranan Keluarga**

Menurut Nasrul Effendy (1998 : 34) ada berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga :

* 1. Peranan ayah : suami dari istri dan ayah dari anak-anak, mencari nafkah, pendidik, pelindung, memberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosial.
	2. Peranan ibu : sebagai istri dan ibu dari anak-anak, mengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anaknya, anggota kelompok sosial dan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.
	3. Peranan anak :peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangan baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

Dari penjelasan di atas, keluarga yang memainkan sautau peran bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan klien. Apabila dukungan ini tidak ada, maka keberhasilan atau pemulihan sangat berkurang. Begitu juga dengan masalah kesehatan di dalam keluarga sangat berkaitan. Penyakit pada salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi seluruh keluarga tersebut. Dalam perawatan individu, keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan. Bila ada salah satu anggota kelurga mengalami sakit kritis, maka dampaknya akan dirasakan langsung oleh anggota keluarga yang lain maka peran dan fungsi keluarga menjadi tidak efektif.