

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Kusta

2.1.1. Pengertian

Kusta adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh infeksi *Mycrobactrium leprae* (kapita selekta Kedokteran, 2000)

Kusta adalah penyakit menular yang menahun dan disebabkan oleh kuman kusta (*Mycrobactrium leprae*) yang menyerang sistem saraf tepi, kulit, jaringan tubuh lainnya (Departemem kesehatan, Dit. Jen PPM & PL, 2002).

2.1.2 Etiologi

Kuman penyebab adalah *Mycobacterium leprae* yang ditemukan oleh G.A. HANSEN pada tahun 1874 di Norwegia, yang sampai sekarang belum juga dapat dibiakkan dalam media artifisial. M. Leprae berbentuk kuman dengan ukuran 3-8µm x 0,5 µm, tahan asam dan alkohol serta positif-Gram.

2.1.3 Patofisiologi

Kusta terkenal sebagai penyakit yang paling ditakuti karena deformitas atau cacat tubuh. Kelainan kulit yang tanpa Komplikasi pada penyakit kusta hanya dapat berbentuk makula saja, infiltrat saja, atau keduanya. Haruslah berhati – hati dan buatlah diagnosis bandingdengan banyak penyakit kulit lainnya yang hampir menyerupainya, sebab penyakit kusta ini dapat dijulukan *the greatest immitator* pada ilmu penyakit kulit.

Secara inspeksi, penyakit ini mirip penyakit lain, ada tidaknya anastesi lokal sangat banyak membantu menentukan diagnosis, meskipun tidak selalu jelas. Teknik menilai adanya anastesi lokal adalah dengan cara menggoreskan ujung jarum suntik kesisi tengah lesi ke arah kulit normal. Jika pasien tidak mengalami sensasi nyeri pada area goresan, maka test anastesi lokal dinyatakan positif. Cara menggoresnya dari tengah lesi ke arah kulit normal.

Respon pada saraf perifer akan terjadi pembesaran dan akan nyeri pada n. Ulnaris, n. Aurikularis, n. Poplitea lateralis, n. Tibialis posterior, n. Medianus, n. Radialis, n. Fasialis.

Respon saraf ulnaris akan memberikan manifestasi anastesia pada ujung jari bagian anterior kelingking dan jari manis, *clawing* kelingking dan jari manis, atrofi, hipotenar, dan otot interosseus dorsalis pertama.

Respon kerusakan saraf medianus memberikan manifestasi anastesi pada ujung jari bagian anterior ibu jari, telunjuk, jari tengah, tidak mampu eduksi ibu jari, *clawing* ibu jari, telunjuk, jari tengah dan ibu jari kontraktur.

Respon kerusakan saraf radialis memberikan manifestasi anastesia dorsum manus tangan gantung (*wrist drop*), tidak mampu ekstensi jari atau pergelangan tangan.

2.1.4 Gejala Klinis

Diagnosis penyakit kusta didasarkan gambaran klinis, bakterioskopis, dan histopatologis, dan serologis.

Di antara ketiganya, diagnosis klinislah yang terpenting dan paling sederhana.

Hasil bakterioskopis memerlukan waktu paling sedikit 15-30 menit, sedangkan histopatologik tes lepromin (Mitsuda) memikit 15-30 menit, sedangkan histopatologik tes lepromin (Mitsuda) membantu penentuan tipe, yang hasilnya baru dapat diketahui setelah 3 minggu. Penentuan tipe kusta perlu dilakukan agar dapat menetapkan terapi yang sesuai.

Bila kuman *M. lepra* masuk ke dalam tubuh seseorang, dapat timbul gejala klinis sesuai dengan kerentanan orang tersebut. Bentuk tipe klinis bergantung pada sistem imunitas selular (SIS) penderita. Bila SIS baik akan tampak gambaran klinis ke arah tuberkuloid, sebaliknya SIS rendah memberikan gambaran lepromatosa.

Tipe I (Indeterminate) tidak termasuk dalam spektrum. TT adalah tipe tuberkuloid polar, yakni tuberkuloid 100%, merupakan tipe yang stabil, jadi berarti tidak mungkin berubah tipe. Begitu juga LL adalah tipe lepromatosa polar, yakni lepromatosa 100%, juga merupakan tipe yang stabil yang tidak mungkin berubah lagi. Sedangkan tipe antara Ti dan Li disebut tipe *borderline* atau campuran, berarti campuran antara tuberkuloid dan lepromatosa. BB adalah tipe campuran yang terdiri atas 50% tuberkuloid dan 50 % lepromatosa. BT dan Ti lebih banyak tuberkuloidnya, sedangkan BL dan Li lebih banyak lepromatosanya. Tipe-tipe campuran ini adalah tipe yang labil, berarti dapat bebas beralih tipe, baik ke arah TT maupun ke arah LL. Zona spektrumkusta menurut berbagai klasifikasi dapat dilihat pada tabel 10-1.

Tabel 2.1 Zona spektrum kusta menurut macam klasifikasi

KLASIFIKASI	ZONA SPEKTRUM KUSTA
-------------	---------------------

Ridley & Jopling	TT	BT	BB	BL	LL
Madrid	Tuberkuloid		Borderline		Lepromatosa
WHO	Pausibasilar (PB)		Multibasilar (MB)		
Puskesmas	PB		MB		

Multibasilar berarti mengandung banyak kuman yaitu tipe LL, BL, dan BB. Sedangkan pausibasilar berarti mengandung sedikit kuman, yakni tipe TT, BT, dan I. Diagnosis banding berbagai tipe tersebut tercantum pada tabel 10-2 dan 10-3.

Tabel 2.2. Gambaran klinis, bakteriologik, dan imunologik kusta multibasilar (mb)

SIFAT	LEPROMATOS A (LL)	BORDERLINE LEPROMATOSA (BL)	MID BORDERLINE (BB)
Lesi			
-Bentuk	Makula Infiltrat difus Papul Nodus	Makula Plakat Papul	Plakat <i>Dome-shaped</i> (kubah) <i>Punched-out</i>
-Jumlah	Tidak terhitung, praktis tidak ada	Sukar dihitung, masih ada kulit	Dapat dihitung, kulit jelas ada

	kulit sehat	sehat	
-Distribusi	Simetris	Hampir simetris	Asimetris
-Permukaan	Halus berkilat	Halus berkilat	Agak kasar, agak berkilat
-Batas	Tidak jelas	Agak jelas	Agak jelas
-Anestesia	Tidak ada sampai tidak jelas	Tak jelas	Lebih jelas
BTA			
-Lesi kulit	Banyak (ada globus)	Banyak	Agak banyak
-Sekret hidung	Banyak (ada globus)	Biasanya negatif	Negatif
Tes lepromin	Negatif	Negatif	Biasanya negatif

Tabel 2.3. Gambaran klinis, bakteriologik, dan imunologik kusta pausibasilar (pb)

SIFAT	TUBERKULOID (TT)	BORDERLINE TUBERKULOID (BT)	INDETERMINATE (I)
-------	---------------------	-----------------------------------	----------------------

Lesi			
-Bentuk	Makula saja; makula dibatasi infiltrat	Makula dibatasi infiltrat; infiltrat saja	Hanya makula
-Jumlah	Satu, dapat beberapa	Beberapa atau satu dengan satelit	Satu atau beberapa
-Distribusi	Asimetris	Masih asimetris	Variasi
-Permukaan	Kering bersisik	Kering bersisik	Halus, agak berkilat
-Batas	Jelas	Jelas	Dapat jelas atau dapat tidak jelas
-Anestesia	Jelas	Jelas	Tak ada sampai tidak jelas
BTA			
-Lesi kulit	Hampir selalu negatif	Negatif atau hanya 1+	Biasanya negatif
Tes lepromin	Positif kuat (3+)	Positif lemah	Dapat positif lemah atau negatif

Karena pemeriksaan kerokan jaringan kulit tidak selalu tersedia di lapangan, pada tahun 1995 WHO lebih menyederhanakan klasifikasi klinis kusta berdasarkan hitung lesi kulit dan saraf yang terkena. Hal ini tercantum pada tabel 10-4.

Tabel 2.4. Bagan diagnosis klinis menurut who (1995)

	PB	MB
1. Lesi kulit (makula datar, papul yang meninggi, nodus)	- 1-5 lesi -Hipopigmentasi/ eritema -Distribusi tidak simetris -Hilangnya sensasi yang jelas	- > 5 lesi -Distribusi lebih simetris -Hilangnya sensasi kurang jelas
2. Kerusakan saraf (menyebabkan hilangnya sensasi/kelema han otot yang dipersarafi oleh saraf yang terkena)	-Hanya satu cabang saraf	-Banyak cabang saraf

Antara diagnosis secara klinis dan secara histopatologik, ada kemungkinan terdapat persamaan maupun perbedaan tipe. Perlu diingat bahwa diagnosis klinis seseorang harus didasarkan hasil pemeriksaan kelainan klinis seluruh tubuh orang

tersebut. Sebaiknya jangan hanya didasarkan pemeriksaan sebagian tubuh saja, sebab ada kemungkinan diagnosis klinis dio wajah berbeda dengan tubuh, lengan, tungkai, dan sebagainya. Bahkan pada satu lesi (kelainan kulit) pun dapat berbeda tipenya, umpamanya di sisi kiri berbeda dengan sisi kanan. Begitu pula dasar diagnosis histopatologik, tergantung pada beberapa tempat dan dari tempat mana biopsinya diambil. Sebagaimana lazimnya dalam bentuk diagnosis klinis, dimulai dengan inspeksi, palpasi, lalu dilakukan pemeriksaan yang menggunakan alat sedeharhana, yaitu: jarum, kapas, tabung reaksi masing-masing dengan air panas dan air dingin, pensil tinta, dan sebagainya.

Kelainan kulit pada penyakit kusta tanpa komplikasi dapat hanya berbentuk makula saja, infiltrat saja, atau keduanya. Buatlah diagnosis banding dengan banyak penyakit kulit lainnya yang hampir serupa, sebab penyakit kusta ini mendapat julukan *the greatest imitator* dalam Ilmu Penyakit Kulit. Penyakit kulit yang harus diperhatikan sebagai **diagnosis banding** antara lain dermatofitosis, tinea versikolor, pitiriasis rosea, pitiriasis alba, dermatitis seboroika, psoriasis, neurofibromatosis, granula anulare, xantomatosis, skleroderma, leukemia kutis, tuberkulosis kutis verukosa, dan *birth mark*.

Kalau secara inspeksi mirip penyakit lain, ada tidaknya anestesia sangat banyak membantu penentuan diagnosis, meskipun tidak selalu jelas. Hal ini dengan mudah dilakukan dengan menggunakan jarum terhadap rasa nyeri, kapas terhadap rasa raba dan kalau masih belum jelas dengan kedua cara tersebut barulah pengujian terhadap rasa suhu, yaitu panas dan dingin dengan menggunakan 2 tabung reaksi.

Untuk mengetahui adanya kerusakan fungsi saraf otonom perhatikan ada tidaknya dehidrasi di daerah lesi yang dapat jelas dan dapat pula tidak, yang dipertegas menggunakan pensil tinta (tanda Gunawan). Cara menggoresnya mulai dari tengah lesi ke arah kulit normal. Bila ada gangguan, goresan pada kulit normal akan lebih tebal bila dibandingkan dengan bagian tengah lesi. Dapat pula diperhatikan adanya alopesia di daerah lesi, yang kadang-kadang dapat membantu, tetapi bagi penderita yang memiliki kulit rambut sedikit, sangat sukar menentukannya. Gangguan fungsi motoris diperiksa dengan *Voluntary Muscle Test* (VMT).

Mengenai **saraf perifer** yang perlu diperhatikan ialah pembesaran, konsistensi, ada/tidaknya nyeri spontan dan atau nyeri tekan. Hanya beberapa saraf superfisial yang dapat dan perlu diperiksa, yaitu N. fasialis, N. aurikularis magnus, N. radialis, N. ulnaris. N. medianus, N. politea lateralis, N. tibialis posterior. Tampaknya mudah, tetapi memerlukan latihan dan kebiasaan untuk memeriksanya. Bagi tipe ke arah lepromatosa kelainan saraf biasanya bilateral dan menyeluruh, sedangkan bagi tipe tuberkuloid kelainan sarafnya lebih terlokalisasi mengikuti tempat lesinya.

Deformitas atau cacat kusta sesuai patofisiologinya, dapat dibagi dalam deformitas priomer dan sekunder. Cacat primer sebagai akibat langsung oleh granuloma yang terbentuk sebagai reaksi terhadap *M. Leprae*, yang mendesak dan merusak jaringan disekitarnya, yaitu kulit, mukosa traktus respiratorius atas, tulang-tulang jari, dan wajah. Cacat sekunder terjadi sebagai akibat adanya deformitas primer, terutama kerusakan saraf (sensorik, motorik, otonom), antara lain kontraktur sendi, mutilasi tangan dan kaki.

Gejala-gejala kerusakan saraf:

N. ulnaris:

- 1) anestesia pada ujung jari anterior kelingking dan jari manis
- 2) *clawing* kelingking dan jari manis
- 3) atrofi hipotenar dan otot interoseus serta kedua otot lumbrikalis medial

N. medianus:

- 1) anestesia pada ujung jari bagian anterior ibu jari, telunjuk, dan jari tengah
- 2) tidak mampu aduksi ibu jari
- 3) *clawing* ibu jari, telunjuk, dan jari tengah
- 4) ibu jari kontraktur
- 5) atrofi otot tenar dan kedua otot umbrikalis lateral

N. radialis:

- 1) anestesia dorsum manus, serta ujung proksimal jari telunjuk
- 2) tangan gantung (*wrist drop*)
- 3) tak mampu ekstensi jari-jari atau pergelangan tangan

N. poplitea lateralis:

- 1) anestesia tungkai bawah, bagian lateral dan dorsum pedis
- 2) kaki gantung (*foot drop*)
- 3) kelemahan otot peroneus

N. tibialis posterior:

- 1) anestesia telapak kaki
- 2) *claw toes*
- 3) paralisis otot intrinsik kaki dan kolaps arkus pedis

N. fasialis:

- 1) cabang temporal dan zigomatik menyebabkan lagofthalmus
- 2) cabang bukal, mandibular dan servikal menyebabkan ekspresi wajah dan kegagalan mengatupkan bibir

N. trigeminus:

- 1) anestesia kulit wajah, kornea dan konjungtiva mata
- 2) atrofi otot tenar dan kedua otot lumbrikalis lateral

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan bakterioskopik (kerokan jaringan kulit)

Pemeriksaan bakterioskopik digunakan untuk membantu menegakkan diagnosis dan pengamatan pengobatan. Sediaan dibuat dari kerokan jaringan kulit atau suapan dan kerokan mukosa hidung yang diwarnai dengan pewarnaan terhadap basil tahan asam (BTA), antara lain dengan ZIEHL-NEELSEN. Bakterioskopik negatif pada seorang penderita, bukan berarti orang tersebut tidak mengandung kuman *M. leprae*.

Sejak pengambilan bahan kerokan jaringan sampai selesai menjadi sediaan, perlengkapan laboratorium, siapa yang mengerjakan, yang melihat dan yang menginterpretasikan sediaan, akan menentukan mutu hasil bakterioskopik. Meskipun sudah ada ketentuan/patukan solid dan nonsolid, interpretasi yang melihat

itulah yang dapat menimbulkan perbedaan. Andaikata ada satu sediaan dilihat oleh dua atau beberapa orang, besar kemungkinan akan memberikan hasil yang berbeda antara satu dengan yang lain. Hal ini menyebabkan suatu institusi terkenal dan termasuk tertua di dunia tidak berani membedakan antara solid dan nonsolid. Contoh lain antara dua tokoh dunia lepra yaitu SHEPARD dan REES. Mereka selalu berbeda interpretasi hasil pengamatan sediaan yang sama antara solid dan nonsolid.

Kepadatan BTA tanpa membedakan solid dan nonsolid pada sebuah sediaan dinyatakan dengan **Indeks Bakteri (IB)** dengan nilai dari 0 sampai 6+ menurut RIDLEY. 0 bila tidak ada BTA dalam 100 lapang pandang (LP).

1 + bila 1-10 BTA dalam 100 LP

2 + bila 1-10 BTA dalam 10 LP

3 + bila 1-10 BTA rata-rata dalam 1 LP

4 + bila 11-100 BTA rata-rata dalam 1 LP

5 + bila 101-1000 BTA rata-rata dalam 1 LP

6 + bila > 1000 BTA rata-rata dalam 1 LP

Pemeriksaan dengan menggunakan mikroskop cahaya dengan minyak emersi pada pembesaran lensa obyektif 100x. IB seseorang adalah IB rata-rata semua lesi yang dibuat sediaan.

Indeks Morfologi (IM) adalah persentase bentuk solid dibandingkan dengan jumlah solid dan nonsolid.

Rumus :

Jumlah solid

$$\frac{\text{Jumlah solid + nonsolid}}{\text{Jumlah solid + nonsolid}} \times 100\%$$

Syarat perhitungan:

- jumlah minimal kuman tiap lesi 100 BTA
- IB 1 + tidak perlu dibuat IM-nya, karena untuk mendapat 100 BTA

harus mencari dalam 1000 sampai 10.000 lapangan

- Mulai dari IB 3 + harus dihitung IM-nya, sebab dengan IB 3 + maksimum harus dicari dalam 100 lapangan

Contoh perhitungan IB dan IM

Tempat pengambilan	IB	Solid	nonsolid	IM
Telinga kiri	4+	9	91	9%
Telinga kanan	3+	8	92	8%
Ujung jari tangan kiri	1+	0	5	0
Ujung jari tangan kanan	2+	1	22	1/23%
Lesi I	3+	7	93	7%
Lesi II	5+	8	92	8%
	18	33	395	

$$\text{IB penderita : } 18 : 6 = 3 +$$

$$\text{IM penderita: } 33 : (33+395) = 8 \%$$

Ada pendapat, bahwa jika jumlah BTA kurang dari 100, dapat pula dihitung IM-nya tetapi tidak dinyatakan dalam persentase, tetap dalam pecahan yang tidak boleh diperkecil atau diperbesar. Sebagai contoh umpamanya solid ada 4, nonsolid ada 44, maka IM 4:48.

Sebaiknya diadakan standarisasi pembuatan sediaan dan pengamatan sediaan antar laboratorium, nasional, maupun internasional. Pada tindak lanjut sediaan bakterioskopik sebaiknya dilakukan oleh laboratorium dan tenaga laboratorium yang sama pula, agar obyektivitas dapat dipertahankan. Standarisasi IB masih dapat dilaksanakan, tetapi untuk IM sangat sulit, bahkan ada yang berpendapat tidak mungkin.

2. Pemeriksaan histopatologik

Makrofag dalam jaringan yang berasal dari monosit di dalam 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. Kalau ada kuman (*M. leprae*) masuk, akibatnya akan bergantung pada Sistem Imunitas Selular (SIS) orang itu. Apabila SIS-nya tinggi, makrofag akan mampu memfagosit *M. leprae*. Datangnya histiosit ke tempat kuman disebabkan karena proses imunologik dengan adanya faktor kemotaktik. Kalau datangnya berlebihan dan tidak ada lagi yang harus difagosit, makrofag akan berubah bentuk menjadi sel epiteloid yang tidak dapat bergerak dan kemudian akan dapat

berubah menjadi sel datia Langhans.

Tabel 2.5. Karakteristik berbagai tipe kusta menurut klasifikasi ridley-jopling

	Tipe						
	TT		BT	BB	BL	LL	
	TT	Ti	BT	BB	BL	Li	LL
Reaksi lepromin	3+	2+	1+	-	-	-	-
Stabilitas imunologik	++	+	$\pm$	-	$\pm$	+	++
Reaksi <i>borderline</i>	-	$\pm$	+	++	+	$\pm$	-
ENL	-	-	-	-	+	+	+
Kuman dalam hidung	-	-	-	-	+	++	++
Kuman dalam granuloma	0	0-1+	1-3+	3-4+	4-5+	5-6+	5-6+
Sel epiteloid	+	+	+	+	-	-	-
Sel datia Langhans	+++	++	+	+	-	-	-
Globi	-	-	-	-	-	+	+
Sel busa (sel Virchow)	-	-	-	-	+	++	+++
Limfositid	+++	+++	++	+	+	$+\pm$	$\pm$
Infiltrasi zona sub	+	+	$+\pm$	-	-	-	-

epidermal							
Kerusakan saraf	++	+++	++	+	$\pm$	+	-

3. Pemeriksaan serologik

Pemeriksaan serologik kusta didasarkan atas terbentuknya antibodi pada tubuh seseorang yang terinfeksi oleh *M. leprae*. Antibodi yang terbentuk dapat bersifat spesifik terhadap *M. leprae*, yaitu antibodi *anti phenolic glycolipid-1* (PGL-1) dan antibodi antiprotein 16 kD serta 35 kD.

4. Reaksi kusta

Reaksi kusta adalah interupsi dengan episode akut pada perjalanan penyakit yang sebenarnya sangat kronik. Adapun patofisiologinya belum jelas betul, terminologi dan klasifikasinya masih bermacam-macam.

2.1.6 Pengobatan

Obat anti kusta yang paling banyak dipakai pada saat ini adalah DDS (diaminidifenil sulfon) kemudian klorizamin, dan rifampisin. DDS mulai dipakai sejak 1948 dan di Indonesia digunakan pada tahun 1952. Pada tahun 1998 WHO menambahkan 3 obat antibiotik lain untuk pengobatan alternatif, yaitu ofloksasin, minosiklin, klaritromisin.

Pada saat ini ada beberapa macam pengobatan MDT dan yang dilaksanakan di Indonesia sesuai rekomendasi WHO, sedangkan obat alternatif sejalan dengan kebutuhan dan kemampuan.

Adanya MDT ini dalam usaha untuk:

- 1) Mencegah dan mengobati resistensi
- 2) Memperpendek masa pengobatan
- 3) Mempercepat pemutusan mata rantai penularan

Untuk menyusun kombinasi obat perlu diperhatikan antara lain:

- 1) Efek repleutik obat
- 2) Efek samping obat
- 3) Ketersediaan obat
- 4) Harga obat
- 5) Kemungkinan penerapannya

a) **DDS (Diaminidifenil Sulfon)**

DDS adalah obat anti kusta yang paling banyak dipakai dan paling murah. Obat ini sesuai dengan penderita yang ada dinegara berkembang dengan sosial ekonomi rendah.

b) **Rifampisin**

Rifampisin adalah obat yang menjadi salah satu komponen kombinasi DDS dengan dosis 10 mg/kg berat badan; diberikan setiap hari atau setiap bulan. Rifampisin tidak boleh diberikan sebagai monoterapi, oleh karena memperbesar kemungkinan terjadinya resistensi, tetapi pada pengobatan kombinasi selalu diikutkan, tidak boleh diberikan setiap minggu atau setiap 2 minggu mengingat efek sampingnya.

c) **Klofazimin (Iamprene)**

Obat ini mulai dipakai sebagai obat kusta pada tahun 1962 oleh BROWN dan HOOGERZEIL. Dosis sebagai anti kusta ialah 50 mg setiap hari, atau 100 mg selang sehari, atau 3 x 100 mg setiap minggu. Juga bersifat anti inflamasi sehingga dapat dipakai pada penanggulangan ENL dengan dosis lebih yaitu 200 mg-300 mg/hari namun awitan kerja baru timbul setelah 2-3 minggu. Resistensi pertama pada kasus dibuktikan pada tahun 1982.

d) **Protionamid**

Dosis diberikan 5-10 mg/kg berat badan setiap hari, dan untuk Indonesia obat ini tidak atau jarang dipakai. Distribusi protionamid dalam jaringan tidak merata, sehingga kadar hambat minimalnya sukar ditentukan.

2.1.7 Cara Pemberian MDT (Multi Drug Treatment)

1. **MDT untuk multibasilar** (BB, BL, LL, atau semua tipe dengan BTA positif) adalah:

- a) Rifampisin 600 mg setiap bulan, dalam pengawasan
- b) DDS 100 mg setiap hari
- c) Klofazimin: 300 mg setiap bulan, dalam pengawasan, diteruskan 50 mg sehari atau 100 selama sehari atau 3 kali 100 mg setiap minggu

2. **MDT untuk pausibasilar** (I, TT, BT dengan BTA negatif) adalah:

- a) Rifampisin 600 mg setiap bulan, dengan pengawasan
- b) DDS 100 mg setiap hari

Keduanya diberikan dalam 6 dosis selama 6 bulan sampai 9 bulan, berarti RFT setelah 6-9 bulan. Selama pengobatan, pemeriksaan secara klinis setiap bulan

dan bakterioskopis setelah 6 bulan pada akhir pengobatan. Pemeriksaan dilakukan minimal setiap tahun selama 2 tahun secara klinis dan bakterioskopis. Kalau tidak ada keaktifan baru secara klinis dan bakterioskopis tetap negatif, maka dinyatakan RFC.

3. Pengobatan ENL

Obat yang paling sering dipakai ialah tablet kortikosteroid, antara lain prednison. Dosisnya bergantung pada berat ringannya reaksi, biasanya prednison 15-30 mg sehari, kadang-kadang lebih. Makin berat reaksinya makin tinggi dosisnya, tetapi sebaliknya bila reaksinya terlalu ringan tidak perlu diberikan. Sesuai dengan perbaikan reaksi, dosisnya diturunkan secara bertahap sampai berhenti sama sekali.

4. Pengobatan reaksi reversal

Perlu diperhatikan, apakah reaksi ini disertai neuritis atau tidak. Sebab kalau tanpa neuritis akut tidak perlu diberi pengobatan tambahan. Kalau ada neuritis akut, obat pilihan pertama adalah kortikosteroid yang dosisnya juga disesuaikan dengan berat ringannya neuritis, makin berat makin tinggi dosisnya. Biasanya diberikan prednison 40 mg sehari, kemudian diturunkan perlahan-lahan. Pengobatan harus secepatnya dan dengan dosis yang adekuat untuk mengurangi terjadinya kerusakan saraf secara mendadak. Jarang terjadi ketergantungan terhadap kortikosteroid. Anggota gerak yang terkena neuritis akut harus diistirahatkan. Analgetik dan sedativa kalau diperlukan dapat diberikan. Klofazimin untuk reaksi reversal kurang efektif, oleh karena itu tidak pernah dipakai, begitu juga talidomid tidak efektif terhadap reaksi reversal.

Skedul pengobatan reaksi kusta yang dianjurkan Sub Direktorat Kusta – Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (PP & PL) Departemen Kesehatan Indonesia dapat dilihat skema dibawah ini.

Skema pemberian prednison dan lampren

1. Pemberian prednison

Minggu pemberian	Dosis harian yang dianjurkan
Minggu 1-2	40 mg
Minggu 3-4	30 mg
Minggu 5-6	20 mg
Minggu 7-8	15 mg
Minggu 9-10	10 mg
Minggu 11-12	5 mg

2. Pemberian lampren

ENL yang berat dan berkepanjangan dan terdapat ketergantungan pada steroid (pemberian prednison tidak dapat diturunkan sampai 0), perlu ditambahkan klofazimin, untuk dewasa 300 mg/hari selama 2-3 bulan. Bila ada perbaikan diturunkan menjadi 200 mg/hari selama 2-3 bulan. Jika ada perbaikan diturunkan menjadi 100 mg/hari selama 2-3 bulan, dan selanjutnya kembali ke dosis klofazimin semula, 50 mg/hari, kalau penderita masih dalam pengobatan MDT, atau dihentikan

bila penderita sudah dinyatakan RFT. Pada saat yang sama, dosis prednison diturunkan secara bertahap.

2.1.12 Pencegahan cacat

Penderita kusta yang terlambat didiagnosis dan tidak mendapat MDT mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya kerusakan saraf. Selain itu, penderita dengan reaksi kusta, terutama reaksi reversal, lesi kulit multipel dan dengan saraf yang membesar atau nyeri juga memiliki resiko tersebut.

Kerusakan saraf terutama terbentuk nyeri saraf, hilangnya sensibilitas dan berkurangnya kekuatan otot. Penderitalah yang mula-mula menyadari adanya perubahan sensibilitas atau kekuatan otot. Keluhan berbentuk nyeri saraf atau luka yang tidak sakit, lepuh kulit atau hanya berbentuk daerah yang kehilangan sensibilitasnya saja. Juga ditemukan keluhan sukarnya melakukan aktivitas sehari-hari, misalnya memasang kancing baju, memegang pulpen atau mengambil benda kecil, atau kesukaran berjalan. Semua keluhan tersebut harus diperiksa dengan teliti dengan anamnesis yang baik tentang bentuk dan lamanya keluhan, sebab pengobatan dini dapat mengobati, sekurangnya mencegah kerusakan menjadi berlanjut.

Cara terbaik untuk melakukan pencegahan cacat atau *prevention of disabilities (POD)* adalah dengan melaksanakan diagnosis dini kusta, pemberian pengobatan MDT yang cepat dan tepat. Selanjutnya dengan mengenali gejala dan tanda reaksi kusta yang disertai gangguan saraf serta memulai pengobatan dengan kortikosteroid sesegera mungkin. Bila terdapat gangguan sensibilitas, penderita diberi petunjuk sederhana misalnya memakai sepatu untuk melindungi kaki yang telah

terkena, memakai sarung tangan bila bekerja dengan benda yang tajam atau panas, dan memakai kacamata untuk melindungi matanya. Selain itu diajarkan pula cara perawatan kulit sehari-hari. Hal ini dimulai dengan memeriksa ada tidaknya memar, luka, atau ulkus. Setelah itu tangan dan kaki direndam, disikat dan diminyaki agar tidak kering dan pecah.

WHO Expert Committee on Leprosy membuat klasifikasi cacat pada tangan, kaki dan mata bagi penderita kusta. Pada pertemuan yang ketujuh (1977) dibuat amandemen khusus untuk mata. Hal ini dapat dilihat pada tabel 10-6.

Tabel 10-6 Klasifikasi Cacat

Cacat pada tangan dan kaki	
Tingkat 0 :	Tidak ada gangguan sensibilitas, 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 kelainan/ kerusakan pada mata (termasuk visus).
Tingkat 1 :	Ada kelainan/ kerusakan pada mata, tetapi tidak terlihat, visus sedikit berkurang.

Tingkat 2 :	Ada kelainan mata yang terlihat (misalnya lagofthalmos, iritis, kekeruhan, kornea) dan atau visus sangat terganggu.
-------------	---

Catatan:

Kerusakan atau deformitas pada tangan dan kaki termasuk ulserasi, absorpsi, mutilasi, kontraktur; sedangkan pada mata termasuk anestesi kornea, indosiklitis dan lagofthalmus.

2.2 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

2.2.1 Pengertian Keperawatan Komunitas

Menurut WHO keperawatan komunitas adalah bidang perawatan khusus yang merupakan gabungan keterampilan ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan bantuan sosial, sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat secara keseluruhan guna meningkatkan kesehatan, penyempumaan kondisi sosial, perbaikan lingkungan fisik, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan bahaya yang lebih besar, ditujukan kepada individu, keluarga, yang mempunyai masalah dimana hal itu mempengaruhi masyarakat secara keseluruhan.

Keperawatan kesehatan komunitas merupakan kegiatan promosi, pemeliharaan dan pendidikan kesehatan serta manajemen, koordinasi dan kontinuitas asuhan dalam layanan kesehatan yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok/komunitas (ANA dalam Stanhope & Lancaster, 2004).

Keperawatan kesehatan komunitas pada dasarnya adalah pelayanan keperawatan profesional yang merupakan perpaduan antara konsep kesehatan masyarakat dan konsep keperawatan yang ditujukan untuk seluruh masyarakat dengan penekanan pada kelompok resiko tinggi (Departemen Kesehatan, 2003).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa perawatan kesehatan komunitas adalah suatu bidang dalam ilmu keperawatan yang merupakan keterpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan dengan atau tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif, secara menyeluruh dan terpadu ditujukan kesatuan yang utuh melalui proses keperawatan untuk ikut meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal.

2.2.2 Paradigma Keperawatan Komunitas

Paradigma keperawatan komunitas terdiri dari empat komponen pokok, yaitu manusia, keperawatan, kesehatan dan lingkungan (Logan & Dawkins, 1987). Sebagai sasaran praktik keperawatan klien dapat dibedakan menjadi individu, keluarga dan masyarakat.

2.2.3 Tujuan Keperawatan Kesehatan Komunitas

Keperawatan komunitas merupakan suatu bentuk pelayanan kesehatan yang dilakukan sebagai upaya dalam pencegahan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan keperawatan langsung (direction) terhadap individu, keluarga dan kelompok didalam konteks komunitas serta perhatian langsung terhadap

kesehatan seluruh masyarakat dan mempertimbangkan masalah atau isu kesehatan masyarakat yang dapat mempengaruhi individu, keluarga serta masyarakat.

a. Tujuan Umum

Meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatannya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal secara mandiri.

b. Tujuan khusus

- a. Dipahaminya pengertian sehat dan sakit oleh masyarakat.
- b. Meningkatnya kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk melaksanakan upaya perawatan dasar dalam rangka mengatasi masalah keperawatan.
- c. Tertanganinya kelompok keluarga rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan.
- d. Tertanganinya kelompok masyarakat khusus/rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan di rumah, di panti dan di masyarakat.
- e. Tertanganinya kasus-kasus yang memerlukan penanganan tindaklanjut dan asuhan keperawatan di rumah.
- f. Terlayaninya kasus-kasus tertentu yang termasuk kelompok resiko tinggi yang memerlukan penanganan dan asuhan keperawatan di rumah dan di Puskesmas.
- g. Teratasi dan terkendalinya keadaan lingkungan fisik dan sosial untuk menuju keadaan sehat optimal.

2.2.4 Sasaran Keperawatan Kesehatan Komunitas

Sasaran keperawatan komunitas adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, dan kelompok yang beresiko tinggi seperti keluarga penduduk di daerah kumuh, daerah terisolasi dan daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita dan ibu hamil.

Menurut Anderson (1988) sasaran keperawatan komunitas terdiri dari tiga tingkat yaitu :

1. Tingkat Individu

Perawat memberikan asuhan keperawatan kepada individu yang mempunyai masalah kesehatan tertentu (misalnya TBC, ibu hamil dll) yang dijumpai di poliklinik, Puskesmas dengan sasaran dan pusat perhatian pada masalah kesehatan dan pemecahan masalah kesehatan individu.

2. Tingkat Keluarga

Sasaran kegiatan adalah keluarga dimana anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan dirawat sebagai bagian dari keluarga dengan mengukur sejauh mana terpenuhinya tugas kesehatan keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan, memberikan perawatan kepada anggota keluarga, menciptakan lingkungan yang sehat dan memanfaatkan sumber daya dalam masyarakat untuk meningkatkan kesehatan keluarga.

3. Tingkat Komunitas

Dilihat sebagai suatu kesatuan dalam komunitas sebagai klien.

- a. Pembinaan kelompok khusus
- b. Pembinaan desa atau masyarakat bermasalah

2.2.5 Ruang lingkup perawatan kesehatan masyarakat

Ruang lingkup praktek keperawatan masyarakat meliputi: upaya – upaya peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan (preventif), pemeliharaan kesehatan dan pengobatan (kuratif), pemulihan kesehatan (rehabilitasi) dan mengembalikan serta memfungsikan kembali baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat ke lingkungan social dan masyarakatnya (resosialisasi).

Dalam memberikan asuhan keperawatan masyarakat kegiatan yang ditekankan adalah upaya promotif dan preventif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif, rehabilitatif dan resosialitatif.

2.3 Tinjauan Teori Asuhan Keperawat Komunitas

2.3.1 Pengkajian

Community Assesment Wheel (*Community as a client model*), terdapat delapan elemen/ komponen yang harus dikaji dalam suatu masyarakat di tambah dengan data inti dari masyarakat itu sendiri yang berupa community core. Komponen-komponen tersebut adalah sebagai berikut:

1) *Community Cor* (Data Inti)

Ada aspek yang akan dikaji dalam komponen ini yaitu:

- a. Historis dari komunitas, dikaji sejarah perkembangan komunitas
- b. Demografi, yang meliputi: Karakteristik umur dan jenis kelamin,

Distribusi ras / etnis, Type keluarga, Status perkawinan.

- c. Vital statistic yang meliputi: Angka kelahiran, Morbiditas, Mortalitas
- d. Sistem nilai / norma / kepercayaan dan agama

2) *Physical Environment*

Physical Environment pada komunitas sebagaimana mengkaji fisik pada individu terdapat beberapa komponen dan sumber datanya:

- a. Komponennya terdiri dari: Inspeksi, Auskultasi, Vital sign, Sistem review, dan Laboratori study
- b. Sumber datanya terdiri dari:
 - 1. Individu, terdiri dari: Otoscope, ophtalmoscope, stethoscope, thermometer, tensi meter, head-to-toe, blood test dan CT scan.
 - 2. Masyarakat, terdiri dari: Survey (datang langsung ke masyarakat), Mendengarkan keluhan masyarakat / tokoh / pemerintah setempat, Observasi keadaan iklim, sumberdaya batas wilayah, Kegiatan masyarakat pertemuan, adanya KLB observasi : sosial system, yang terdiri dari: perumahan, ekonomi, tempat beribadah dan lain sebagainya.

Adapun pengkajian fisik pada komunitas dapat dilakukan dengan metode Winshield Survey atau survey dengan berjalan mengelilingi wilayah komunitas dengan melihat beberapa komponen, antara lain:

- a. Perumahan, bangunan: luas, bahan, arsitek, bersatu / pisah.
- b. Lingkungan / daerah, halaman: didaerah, samping, belakang.
- c. Lingkungan terbuka, luas / sempit, kualitas: ada / tidak ada rumput bersih / kotor, pribadi / umum.
- d. Batas, apa batas daerah: jalan, sungai, selokan
kondisi: bersih / kotor
- e. Kebiasaan, tempat berkumpul: siapa, dimana dan jam berapa.
- f. Transportasi: cara datang dan pergi, situasi jalan dan jenis, alat transportasi.
- g. Pusat pelayanan, klinik, tempat rekreasi, sekolah, praktek pelayanan keperawatan / ibadah, dipakai / tidak.
- h. Toko / warung: jenis, siapa pemilik
- i. Pusat perbelanjaan: bagaimana mencapainya, jenis.
- j. Orang di jalan, siapa yang dijumpai: ibu, bayi, anak sekolah, pengangguran, penjaja jualan, binatang.
- k. Suku: lokasi, cara komunikasi.
- l. Tempat ibadah: masjid, gereja, wihara, pura.

- m. Kesehatan: ada yang sakit akut / kronis, jarak ke pelayanan kesehatan.
- n. Politik: kampanye, poster.
- o. Media: TV, radio, koran, majalah, papan pengumuman dan lain-lain.

3) Pelayanan kesehatan dan social

Untuk mengkaji kesehatan dan social dibedakan menjadi dua klasifikasi yakni fasilitas diluar komunitas dan fasilitas didalam komunitas. Fasilitas pelayanan kesehatan baik didalam maupun diluar komunitas adalah sebagai berikut:

- a. Hospital
- b. Praktik swasta
- c. Puskesmas
- d. Rumah perawatan
- e. Pelayanan kesehatan khusus
- f. Perawatan dirumah

Fasilitas pelayanan sosial baik didalam maupun diluar komunitas, antara lain adalah sebagai berikut:

- a. Counseling support services
- b. Pelayanan khusus (social worker)

Dari kedua tempat pelayanan tersebut, aspek-aspek / data-data yang perlu dikumpulkan adalah sebagai berikut:

- a. Pelayanannya (waktu, ongkos, rencana kerja)
- b. Sumber daya (tenaga, tempat, dana, dan perencanaan)
- c. Karakteristik pemakai (penyebaran geografi, gaya hidup, sarana transportasi)
- d. Statistik, jumlah pengunjung perhari / minggu / bulan
- e. Kecukupan dan keterjangkauan oleh pemakai dan pemberian pelayanan

4) Ekonomi

Aspek/ komponen yang perlu dikaji:

- a. Karakteristik pendapatan keluarga/ rumah tangga
 - 1. Rata-rata pendapatan keluarga / rumah tangga
 - a) pendapatan kelas bawah (< 500.000)
 - b) Pendapatan kelas menengah (1500.000 – 5.000.000)
 - c) Pendapatan kelas atas (> 5.000.000)

2. Rata-rata pendapatan perorangan

b. Karakteristik pekerjaan

1. Status ketergantungan

Jumlah populasi secara umum (umur > 18 tahun)

a) menganggur

b) bekerja

c) menganggur terselubung

2. Kategori yang bekerja, jumlah, prosentasenya, meliputi: manager, teknikal, pelayan, petani, buruh

5) Keamanan transportasi

a. Keamanan

1. Protection Service:

a) Pemadam kebakaran

b) Polisi

c) Sanitasi

2. Kualitas udara (polusi udara), kualitas air bersih (polusi air)

b. Transportasi

1. Milik pribadi

2. Milik umum : bus umum-angkutan kota

6) Politik dan Government

a. Jenjang pemerintahan

b. Kebijakan Departemen Kesehatan

7) Komunikasi

a. Formal communication: mass media, TV, Telepon, dll

b. Informal communication: papan pengumuman, selebaran, dll

8) Pendidikan

a. Status pendidikan:

1. Lama total sekolah

2. Jenis sekolah

3. Bahasa

b. Fasilitas pendidikan (SD, SMP, SLTA, PT) baik didalam maupun diluar negeri.

9) Recreation

Yang menyangkut tempat-tempat rekreasi baik didalam maupun diluar Community.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

1. Menyimpulkan masalah keperawatan di komunitas berdasarkan klasifikasi kepemilikan masalah menurut OMAHA
2. Formulasi penulisan diagnosa keperawatan :
 - a. Problem
 - b. Etiologi
 - c. Data yang mendukung
3. Tipe diagnosa keperawatan komunitas

Tipe – tipe diagnosa keperawatan Komunitas pada umumnya sama dengan diagnosa keperawatan individu maupun keluarga. Tetapi tipe diagnosa yang utama adalah diagnosa aktual, dimana karakteristiknya adalah adanya data mayor (utama) sehingga masalah cukup valid untuk diangkat.

Tipe diagnosa kedua adalah Resiko dan Resiko Tinggi, dimana karakteristiknya adalah adanya faktor – faktor di Komunitas yang beresiko. Data – data yang menunjang untuk diagnosa resiko adalah data yang memvalidasi faktor – faktor resiko.

Berikut ini adalah daftar Diagnosa Keperawatan Komunitas berdasarkan Klasifikasi Kepemilikan Masalah OMAHA. Diagnosa keperawatan OMAHA ini terdiri dari 4 klasifikasi masalah, yaitu Lingkungan, Psikososial, Fisiologis, dan Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan terdiri dari 40 macam masalah.

Tabel 2.7 Daftar Klasifikasi Menurut OMAHA

DAFTAR			
KLASIFIKASI MASALAH MENURUT OMAHA			
I.Pemilikan Lingkungan	II.Pemilikan Psikososial	III.Pemilik Fisiologis	IV.Pemilik Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan
1. Pendapatan	6. Komunikasi	19. Pendengaran	35. Nutrisi
2. Sanitasi	dengan	20. Penglihatan	36. Pola istirahat
3. Pemukiman	sumber	21. Berbicara dan	dan tidur
4. Keamanan	masyarakat	bahasa	37. Aktifitas fisik

pemukiman	7. Kontak	22. Geligi	38. Kebersihan
/tempat	sosial	23. Pengamatan	perorangan
kerja	8. Perubahan	24. Nyeri	39. Penyalahguna
5. Yang lain	peranan	25. Kesadaran	an obat
	9. Hubungan	26. Bungkus/kulit	40. Keluarga
	antar anak	27. Fungsi	berencana
	10. Kegelisahan	neuromuskulusk	41. Penyedia
	agama	eletal	pelayanan
	11. Kesedihan	28. Respirasi	kesehatan
	12. Stabilitas	29. Sirkulasi	42. Peraturan
	emosi	30. Digesti – hidrasi	penulisan
	13. Seksualitas	31. Fungsi perut	resep
	manusiawi	32. Fungsi	43. Tekhnis
	14. Memelihara	genitourinaria	prosedur
	keorang	33. Ante partum/	44. Lain - lain
	tuaan	post partum	
	15. Anak/dewasa	34. Lain – lain	
	ditelantarkan		
	16. Perlakuan		
	salah		
	terhadap		

	anak/orang dewasa 17. Pertumbuhan dan perkembangan n 18. Lain – lain		
--	--	--	--

2.3.3 Rencana / Intervensi Keperawatan

Komponen :

1. Prioritas masalah, menggunakan skoring
2. Merumuskan tujuan
 - a. Berorientasi pada masyarakat
 - b. Berorientasi pada masalah dan faktor – faktor penyebabnya
 - c. Jangka waktu pencapaian (jangka panjang – jangka pendek)
3. Merumuskan kriteria hasil

Menuliskan ukuran / standar pencapaian hasil yang diharapkan sesuai tujuan.

4. Menyusun aktifitas / intervensi

- a. Kerjasama lintas program dan sector (Berkolaborasi dengan Puskesmas/Rumah Sakit dengan melakukan rujukan)
 - b. Tahap pengorganisasian (membentuk Pokjakes dan menetapkan kader)
 - c. Tahap pendidikan (memberikan penyuluhan atau pendidikan kesehatan dengan masalah yang dibutuhkan)
 - d. Tahap pelatihan atau tindakan
5. Menetapkan :
- a. Penanggung jawab
 - b. Menetapkan waktu pelaksanaan
 - c. Menetapkan tempat pelaksanaan
 - d. Menetapkan metode dan media yang digunakan

2.3.4 Pelaksanaan / Implementasi Keperawatan

Adalah pelaksanaan kegiatan – kegiatan yang telah direncanakan dengan melibatkan secara aktif masyarakat melalui kelompok – kelompok yang ada di masyarakat, tokoh – tokoh masyarakat dan bekerjasama dengan pimpinan formal di masyarakat, Puskesmas/Dinas Kesehatan atau sektor terkait lainnya, yang meliputi kegiatan :

1. Promotif :
- a. Pelatihan kader kesehatan
 - b. Penyuluhan kesehatan/pendidikan kesehatan
 - c. Standarisasi nutrisi yang baik

- d. Penyediaan perumahan
- e. Tempat – tempat rekreasi
- f. Konseling perkawinan
- g. Pendidikan seks dan masalah – masalah genetika
- h. Pemeriksaan kesehatan secara periodic

2. Preventif :

- a. Keselamatan dan kesehatan kerja
- b. Pencegahan penyakit dan masalah kesehatan
- c. Pemberian nutrisi khusus
- d. Pengamatan / penyimpanan barang, bahan yang berbahaya
- e. Pemeriksaan kesehatan secara berkala
- f. Imunisasi khusus pada kelompok khusus
- g. Personal hygiene dan kesehatan lingkungan
- h. Perlindungan kecelakaan kerja dan keselamatan kerja
- i. Menghindari dari sumber alergi

1. Pelayanan kesehatan langsung :

- a. Pelayanan kesehatan di Posyandu Balita dan Lansia
- b. Home Care
- c. Rujukan
- d. Pembinaan pada kelompok – kelompok di masyarakat

2.3.5 Penilaian / Evaluasi Keperawatan

Evaluasi memuat keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan membandingkan antara proses dengan pedoman atau rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian masyarakat dalam berperilaku kehidupan sehari – hari dan tingkat kemajuan kesehatan masyarakat komunitas dengan tujuan yang telah ditetapkan atau dirumuskan sebelumnya.

Tahapan evaluasi sebagai berikut :

1. Perkembangan masalah kesehatan yang telah ditemukan
2. Pencapaian tujuan keperawatan (Terutama Tujuan Jangka Pendek)
3. Efektifitas dan efisien tindakan/kegiatan yang telah dilakukan
4. Rencana tindak lanjut

2.4 Tinjauan Teori Penerapan Asuhan Keperawatan Komunitas pada Kelompok dengan Kusta

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian menggunakan pendekatan community as partner meliputi : data inti dan data sub sistem.

A. Data Inti komunitas meliputi :

1. Riwayat atau sejarah perkembangan komunitas

- a. Lokasi
- b. Batas wilayah/wilayah

2. Data demografi

- a. Jumlah penderita kusta
- b. Berdasarkan jenis kelamin
- c. Berdasarkan kelompok penderita kusta
- d. Anak-anak, Remaja, Dewasa.
- e. Pada umumnya usia $\pm 15 - 18$ tahun

B. Data sub sistem

1. Data lingkungan fisik

- a. Fasilitas umum dan kesehatan

1) Fasilitas umum

Sarana kegiatan kelompok, meliputi : Karang taruna, Pengajian, Ceramah agama, PKK.

2) Tempat perkumpulan umum

Balai desa, RW, RT, Masjid/Mushola.

3) Fasilitas kesehatan

Pemanfaatan fasilitas kesehatan, presentasi pemakaian sarana atau fasilitas kesehatan. Puskesmas, Rumah sakit, Para dokter swasta, Praktek kesehatan lain.

4) Kebiasaan check up kesehatan

2. Ekonomi

- a. Karakteristik pekerjaan
- b. Penghasilan rata-rata perbulan
- 3. Keamanan dan transportasi
 - a. Keamanan :
 - 1) Kepatuhan terhadap Pengobatan
 - 2) Kebersihan Lingkungan
 - 3) Struktur organisasi : ada / tidak ada
 - 4) Terdapat kepala desa dan perangkatnya
 - 5) Ada organisasi karang taruna
 - 6) Kelompok layanan kepada masyarakat (pkk, karang taruna, panti, posyandu)
 - 7) Kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan : tidak ada / ada (Sebutkan)
 - 8) Kebijakan pemerintah khusus untuk penyakit Kusta : ada / belum ada
 - 9) Peran serta partai dalam pelayanan kesehatan : ada / belum ada
- 4. Sistem komunikasi
 - a) Fasilitas komunikasi yang ada

Radio, TV, Telepon/handphone, Majalah/koran.

b) Fasilitas komunikasi yang menunjang untuk kelompok Remaja dengan Kusta

1. Leaflet tentang penanganan Kusta
2. Kegiatan yang menunjang kegiatan Kusta

5. Penyuluhan oleh kader dari masyarakat dan oleh petugas kesehatan dari Puskesmas Pendidikan

Distribusi pendudukan berdasarkan tingkat pendidikan formal : SD, SLTP, SLTA, Perguruan tinggi.

6. Rekreasi

Tempat wisata yang biasanya dikunjungi untuk rekreasi.

2.4.2 Prioritas Masalah & Diagnosa Keperawatan

A. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko tinggi penularan penyakit Kusta pada remaja berhubungan dengan Kurangnya pengetahuan tentang penyebab dan penularan kusta
2. Ketidakpatuhan pengobatan berhubungan dengan kurangnya Pengawasan dan pemantauan dari keluarga atau kader
3. Resiko gangguan citra tubuh pada remaja penderita Kusta berhubungan dengan adanya sekunderisasi proses penyakit Kusta.

B. Menentukan prioritas masalah dengan menggunakan tabel prioritas masalah :

Ada berbagai cara menentukan prioritas masalah, diantaranya :

1. Metode Paper and Pencil Tool (Ervin, 2002)

Tabel 2.8 Metode Paper and Pencil Tool

Masalah	Pentingnya masalah untuk dipecahkan :	Kemungkinan perubahan positif jika diatasi :	Peningkatan terhadap kualitas hidup bila diatasi :	Total
	1. Rendah	0. Tidak ada	0. Tidak ada	
	2. Sedang	1. Rendah	1. Rendah	
	3. Tinggi	2. Sedang	2. Sedang	

2. Metode penapisan OMAHA

No	Masalah	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total

Keterangan :

- 1) Sesuai dengan peran perawat komunitas
- 2) Jumlah yang beresiko
- 3) Besarnya resiko
- 4) Kemungkinan untuk penkes
- 5) Minat masyarakat
- 6) Kemungkinan untuk di atasi
- 7) Sesuai dengan program pemerintah
- 8) Sumber daya tempat
- 9) Sumber daya waktu
- 10) Sumber daya dana
- 11) Sumber daya peralatan
- 12) Sumber daya orang

Score :

- 0 : Sangat rendah
- 1 – 2 : Rendah
- 3 – 4 : Sedang
- 5 : Tinggi

3. Skoring diagnosis keperawatan komunitas (Depkes, 2003)

Masalah	1	2	3	4	5	6	Total

Keterangan :

1. Perhatian masyarakat
2. Prevalensi kejadian
3. Berat ringannya masalah
4. Kemungkinan masalah untuk diatasi
5. Tersedianya sumber daya masyarakat
6. Aspek politis
- 7.

Score :

- 0 : Sangat rendah
- 1 – 2 : Rendah
- 3 – 4 : Sedang
- 5 : Tinggi

2.4.3 Rencana Keperawatan/Intervensi

1. Diagnosa 1 : Resiko tinggi Penularan Penyakit Kusta berhubungan dengan Kurangnya pengetahuan tentang penyebab dan penularan kusta

a) Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Kusta di Puskesmas Sidotopo mengerti tentang kesehatan pada penyakit kusta.
- 2) Tujuan jangka pendek bisa tercapai dalam waktu 3 x 24 jam

Kelompok kusta di Puskesmas Sidotopo mampu:

1. Mengetahui tentang penyebab penyakit kusta
2. Mengetahui cara penularan
3. Mampu menjaga kebersihan diri sendiri

b) Kriteria Hasil

- 1) kelompok kusta dapat menjelaskan penyebab dari penyakit kusta
- 2) kelompok kusta dapat menjelaskan bagaimana penularan pada penyakit kusta
- 3) kelompok kusta bersedia mengikuti acara penyuluhan dari puskesmas

c) Intervensi

1. Berikan penyuluhan tentang penyebab penyakit kusta
2. Beri leaflet untuk membantu pemahaman terhadap penyakit kusta

3. Kerjasama dengan lintas sektor : pihak puskesmas dan tokoh masyarakat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit kusta..

d) Penanggung Jawab

1. Petugas puskesmas setempat
2. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

e) Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan 2013

f) Tempat Pelaksanaan : Puskesmas Sidotopo

g) Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

h) Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

2. Diagnosa 2 : Ketidakpatuhan pengobatan berhubungan dengan kurangnya pengawasan dan pemantauan dari keluarga atau kader.

a. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok penderita kusta di Puskesmas Sidotopo dapat meninum obat secara teratur.

- 2) Tujuan jangka pendek bisa tercapai dalam waktu 1 x 24 jam

Kelompok kusta di Puskesmas Sidotopo mampu:

- a) Melakukan pengobatan secara teratur
- b) Mampu menjaga kesehatan diri sendiri Dan lingkungan

b. Kriteria Hasil

- 1) Kelompok kusta mampu menyebutkan berapa lama pengobatan pada penderita kusta.
- 2) a) Mampu menjelaskan penyebab perubahan yang terjadi pada dirinya.

b) Derajat kesehatan kelompok kusta meningkat
- 3) Kelompok Kusta tepat waktu dan patuh dalam pengobatan

c. Intervensi

- 1. Beri penyuluhan tentang kesehatan serta pentingnya pengobatan penyakit kusta
- 2. Beri leaflet tentang kesehatan penyakit Kusta untuk membantu pemahaman penderita kusta.
- 3. Beri tahu keluarga dan petugas kesehatan untuk selalu melakukan pemantauan tentang keteraturan minum obat pada pasien Kusta.

4. Kerjasama dengan lintas program dan sektor : petugas puskesmas dan tokoh masyarakat setempat untuk melanjutkan memberi pendidikan kesehatan tentang kesehatan, terutama tentang penyakit Kusta.

d. Penanggung Jawab

1. Petugas puskesmas setempat
2. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

e. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan 2013

f. Tempat Pelaksanaan : Puskesmas Sidotopo Surabaya

g. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

h. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

3. Diagnosa 3 : Resiko gangguan citra tubuh pada kelompok penderita Kusta berhubungan dengan adanya sekunderisasi proses penyakit Morbus Hansen.

a. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok penderita kusta rutin untuk memeriksakan kesehatannya pada Puskesmas, atau Pustu setempat.

- 2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Kusta di Puskesmas Sidotopo mampu:

- a) Mengetahui tentang masalah yang terjadi pada tubuhnya.
 - b) Mampu meningkatkan kesadaran untuk mengikuti kegiatan posyandu Kusta.
- b. Kriteria Hasil
- 1) Kelompok kusta mampu mengikuti dan menghadiri posyandu
 - 2) Kelompok kusta mampu menyebutkan manfaat posyandu dengan benar, jadwal posyandu di Puskesmas Sidotopo dan kegiatan posyandu.
- c. Intervensi
- 1. Motivasi kelompok kusta untuk menggunakan sarana kesehatan yang disediakan atau pergi ke posyandu secara rutin.
 - 2. Beri penyuluhan penyakit Kusta tentang gambaran dan tanda – tanda penyakit kusta.
 - 3. Kerjasama dengan lintas sektor : Petugas Puskesmas dan Kader dalam pelaksanaan posyandu.
- d. Penanggung Jawab
- 1. Petugas puskesmas setempat
 - 2. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

- e. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan 2013
- f. Tempat Pelaksanaan : Puskesmas
- g. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab
- h. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

4. Pelaksanaan

Adalah pelaksanaan kegiatan – kegiatan yang telah direncanakan dengan melibatkan secara aktif masyarakat melalui kelompok – kelompok yang ada di masyarakat, tokoh – tokoh masyarakat dan bekerjasama dengan pimpinan formal di masyarakat, Puskesmas/Dinas Kesehatan atau sektor terkait lainnya, yang meliputi kegiatan :

- 1. Promotif :
 - a. Penyuluhan kesehatan/pendidikan kesehatan
 - b. Standarisasi nutrisi yang baik
 - c. Pemeliharaan lingkungan
 - d.
 - e. Pemeriksaan kesehatan secara periodik
- 2. Preventif :
 - a. Pencegahan penyakit dan masalah kesehatan

- b. Pemberian nutrisi khusus
- c. Melakukan kerja bakti untuk kebersihan lingkungan
- d. Pemeriksaan kesehatan secara berkala
- e. Imunisasi khusus pada kelompok khusus
- f. Pelayanan kesehatan langsung :
 - a) Pelayanan kesehatan di Posyandu
 - b) Rujukan

5. Tahap Evaluasi

1. Perkembangan masalah kesehatan yang telah ditemukan
2. Pencapaian tujuan keperawatan (Terutama Tujuan Jangka Pendek)
3. Efektifitas dan efisien tindakan/kegiatan yang telah dilakukan
4. Rencana tindak lanjut