

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Peran Keluarga

2.1.1 Pengertian Peran

Peran merupakan seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran juga diartikan sebagai bentuk dari perilaku yang diharapkan dari seseorang pada situasi sosial tertentu. (Komang Ayu Henny Achjar, 2010)

Menurut Nye (1976) dikutip oleh Friedman (1998), Peran didefinisikan dalam pemahaman yang lebih struktural, karena preskripsi normatif dalam keluarga, meskipun berbeda-beda. Peran menunjuk kepada beberapa set perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normatif dari seorang okupan dalam situasi sosial tertentu. Peran didasarkan pada preskripsi dan harapan peran yang menerangkan apa yang individu-individu harus lakukan dalam suatu situasi tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan mereka sendiri atau harapan orang lain menyangkut peran-peran tersebut.

Dikatakan oleh Friedman, bahwa peran keluarga tidak dilakukan secara terpisah-pisah oleh tiap anggota keluarga, akan tetapi peran-peran tersebut akan ditanggung secara bersama-sama dengan anggota dari suatu kelompok / keluarga. Namun pada kenyataannya terkadang peran itu berubah seiring dengan kondisi dan situasi, hal ini dapat diketahui apabila terdapat salah satu anggota keluarga yang sakit. Peran keluarga selama sehat dan sakit terdapat peran yang menjadi primer yaitu menjadi perawat.

2.1.2 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Effendy N, 2005)

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, perkawinan, atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan didalam perannya masing-masing serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 1998)

Menurut Friedman (1998) dikutip oleh Sri Setyowati (2008) membagi tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu:

1. Menegal masalah kesehatan keluarga

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan maka hendaknya meminta bantuan orang lain di lingkungan sekitar keluarga.

3. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga
Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga, melihat keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan dan mengetahui pentingnya higiene sanitasi.
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada
Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan, meningkatkan kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan, dan fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga.

Secara umum fungsi keluarga menurut Friedman dikutip oleh Setiadi (2008) adalah sebagai berikut:

1. Fungsi afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Keberhasilan untuk melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan oleh seluruh anggota keluarga.
2. Fungsi sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah. Keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antara

anggota keluarga yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, belajar tentang norma-norma, budaya dan perilaku melalui hubungan dan interaksi dalam keluarga.

3. Fungsi reproduksi, adalah fungsi untuk mempertahankan generasi, meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi pendidikan, menyekolahkan anak untuk memberi pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa, mendidik sesuai dengan tingkat perkembangannya.
6. Fungsi perawatan dan pemeliharaan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga.

2.1.3 Peran Keluarga

Peran keluarga menggambarkan suatu perangkat perilaku interpersonal, sifat kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi

tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku keluarga, kelompok dan masyarakat (Setiadi, 2008).

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan sehat maupun sakit dan bahkan menjadi masalah yang lebih besar di negara berkembang. Sehingga perawatan merupakan tindakan kesehatan masyarakat yang utama untuk mengurangi terjadinya penyakit kusta. Perawatan penyakit kusta memerlukan waktu yang cukup lama dan kebanyakan penderita merasa bosan sehingga penderita mengalami kegagalan dalam pengobatan. Peran keluarga pada saat ini harus ditingkatkan karena keluarga bukan hanya memulihkan keadaan anggota keluarga yang sakit, tetapi juga mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan.

Peran keluarga dalam perawatan anggota keluarga yang menderita penyakit kusta sebagai berikut:

1. Motivator, keluarga sebagai penggerak tingkah laku atau dukungan kearah suatu tujuan di dasari adanya suatu kebutuhan anggota keluarga yang sakit sangat membutuhkan waktu yang cukup lama dan memerlukan rutinitas. Oleh karena itu pentingnya motivasi atau dukungan dalam bidang kesehatan mempunyai pengaruh lebih baik serta dalam memperkokoh kesehatan individu yang berfungsi sebagai strategi preventif pada anggota keluarga yang sakit.
2. Edukator, dalam hal ini dapat diartikan sebagai upaya keluarga dalam memberikan penjelasan dan pengetahuan kepada anggota keluarga yang sakit, agar keluarga dapat menjadi sumber yang efektif maka pengetahuan

keluarga tentang kesehatan khususnya tentang penyakit kusta harus ditingkatkan sehingga keluarga dapat ikut serta dalam proses pengobatan pada anggota keluarga yang sakit.

3. Fasilitator, keluarga dapat membantu untuk mempermudah sarana yang dibutuhkan keluarga yang sakit dalam memenuhi kebutuhan untuk mencapai penyembuhan. Oleh karena itu diharapkan agar keluarga selalu menyiapkan diri dan mendukung anggota keluarga yang sakit untuk patuh berobat ke pelayanan kesehatan mengingat perawatan pasien kusta memerlukan waktu yang cukup lama sampai pengobatan tuntas (Friedman, 1998).

2.1.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi peran keluarga

Menurut Friedman (1998) faktor-faktor yang mempengaruhi peran keluarga antara lain:

1. Kelas sosial

Pada keluarga kelas bawah fungsi-fungsi kehidupan keluarga dalam hubungannya dengan peran-peran keluarga sudah enu dipengaruhi oleh tuntutan dan kepentingan-kepentingan yang ada pada keluarga. Dengan demikian, dalam berespon terhadap anggota keluarga akan menjadi alat unuk memecahkan masalah yang tidak menguntungkan pada anggota keluarga yang lain.

2. Pengetahuan

Pada keluarga yang berpendidikan lebih tinggi sangat berperan didalam mengatur perencanaan lebih berkuasa dan seringkali melakukan perencanaan secara bersama-sama dan berhubungan dengan perencanaan

yang merata, bila dibandingkan dengan keluarga yang berpendidikan rendah.

3. Kebudayaan

Kebudayaan merupakan penentu keinginan dan perilaku yang paling mendasar untuk mendapatkan nilai, persepsi, preferensi dan perilaku dari anggota keluarga.

2.2 Konsep Kepatuhan

2.2.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan adalah ketaatan seseorang dalam melaksanakan sesuatu kegiatan yang telah ditentukan sebelumnya (Niven, 2002)

Menurut Sarfino (1990) di kutip dr. Suparyanto (2010) mendefinisikan kepatuhan (ketaatan) sebagai tingkat penderit melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau yang lain. Patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah atau aturan. Sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Seseorang dikatakan patuh berobat bila mau datang ke petugas kesehatan yang telah ditentukan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan serta mau melaksanakan apa yang dianjurkan oleh petugas.

WHO mendefinisikan kepatuhan sebagai tingkat penderit untuk mengikuti instruksi kesehatan. Kepatuhan bagi penderit kusta meliputi pemeriksaan ke pelayanan kesehatan untuk pemantauan tanda dan gejala awal, pengaturan asupan makanan untuk meningkatkan daya tahan tubuh, pelaksanaan terapi medikasi, perawatan kebersihan diri (personal hygiene) (Sabate, 2003)

Patuh adalah sikap positif yang ditunjukkan dengan adanya perubahan secara berarti sesuai dengan tujuan pengobatan yang ditetapkan (Carpenito, 2000).

Kepatuhan dalam pengobatan meliputi:

1. Kontrol teratur, apabila penderita datang berobat sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan, tahu keadaan emergency yang memerlukan pengobatan diluar jadwal kontrol.
2. Berperilaku sesuai dengan aturan, yaitu penderita mau melaksanakan segala sesuatu yang berhubungan dengan kesehatan sesuai aturan yang telah ditetapkan misalnya aturan minum obat, mengikuti pengobatan secara aktif.

2.2.2 Faktor yang mendukung kepatuhan

Berikut ini dijelaskan faktor yang mendukung kepatuhan pasien. Jika faktor ini lebih besar dari hambatannya, kepatuhan harus mengikuti. Dalam hal kepatuhan Carpenito L.J (2000) berpendapat bahwa yang mempengaruhi kepatuhan adalah segala sesuatu yang dapat berpengaruh positif sehingga penderita tidak mampu lagi mempertahankan kepatuhannya, sehingga menjadi kurang patuh atau tidak patuh. Faktor yang mempengaruhinya:

1. Pemahaman tentang instruksi

Tidak seorangpun dapat mematuhi instruksi, jika ia salah paham tentang instruksi yang diterima. Menurut Ley dan Spetman (dalam Niven,2002) menemukan lebih dari 60% yang diwawancarai setelah bertemu dokter salah mengerti tentang instruksi yang diberikan kepada mereka. Hal ini disebabkan kegagalan petugas kesehatan dalam memberikan informasi

yang lengkap dan banyaknya instruksi yang harus diingat dan penggunaan istilah medis.

2. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif yang diperoleh secara mandiri, lewat tahapan-tahapan tertentu.

3. Kesakitan dan pengobatan

Perilaku kepatuhan lebih rendah untuk penyakit kronis (karena tidak ada akibat buruk yang segera dirasakan atau resiko yang jelas), saran mengenai gaya hidup dan kebiasaan lama, pengobatan yang kompleks, pengobatan dengan efek samping, perilaku yang tidak pantas.

4. Keyakinan, sikap dan kepribadian

Kepribadian antara orang yang patuh dengan orang yang gagal, orang yang tidak patuh adalah orang yang mengalami depresi, ansietas, sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki kekuatan ego yang lemah dan memiliki kehidupan sosial yang lebih, memusatkan perhatian kepada dirinya sendiri. Kekuatan ego yang lebih ditandai dengan kurang penguasaan terhadap lingkungannya. Variabel demografis juga digunakan untuk meramalkan ketidak patuhan (Taylor, 1991).

5. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga dapat menjadi faktor yang berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta menentukan program pengobatan yang mereka terima. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan anggota keluarga

yang sakit. Derajat dimana seseorang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi sosial, secara negatif berhubungan dengan kepatuhan.

6. Tingkat ekonomi

Tingkat ekonomi merupakan kemampuan finansial untuk memenuhi segala kebutuhan hidup, akan tetapi ada kalanya penderita kusta tidak bekerja namun biasanya ada sumber keuangan lain yang bisa digunakan untuk membiayai sebuah program pengobatan dan perawatan. Sehingga belum tentu tingkat ekonomi menengah ke bawah akan mengalami ketidakpatuhan dan sebaliknya tingkat ekonomi baik tidak terjadi ketidakpatuhan.

7. Dukungan sosial

Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional anggota keluarga, teman, waktu dan uang merupakan faktor paling penting dalam kepatuhan, contoh yang sederhana jika tidak ada transportasi dan biaya dapat mengurangi kepatuhan penderita. Keluarga dan teman serta masyarakat sekitar dapat membantu mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit kusta. Mereka dapat menghilangkan godaan dan rasa malas pada ketidakpatuhan dan mereka sering kali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan dengan memberikan dukungan penuh kepada para penderita kusta. Dukungan sosial nampaknya efektif di negara seperti Indonesia yang memiliki status sosial yang lebih kuat dibandingkan dengan negara-negara barat.

8. Perilaku sehat

Perilaku sehat dapat dipengaruhi oleh kebiasaan, oleh karena itu perlu dikembangkan suatu strategi yang bukan hanya untuk mengubah perilaku tetapi juga dapat mempertahankan perubahan tersebut. Sikap pengontrolan diri membutuhkan pemantauan terhadap diri sendiri, evaluasi diri dan penghargaan untuk diri sendiri terhadap perilaku yang baru tersebut.

9. Dukungan profesi keperawatan

Dukungan profesi kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan penderita. Dukungan mereka sangat berpengaruh ketika saat mereka sadar perubahan perilaku yang sehat sangat penting. Mereka dapat mempengaruhi perilaku penderita dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari penderita kusta dan secara terus menerus memberikan hal yang positif baginya yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya.

Pada pasien kusta kesembuhan sangat tergantung pada perubahan perilaku pasien dalam menjalani pengobatan oleh karena itu, kemampuan keluarga dalam melaksanakan perannya sangat dibutuhkan dalam membantu pasien menjalani pengobatan secara teratur, tuntas serta kontrol secara rutin untuk mencegah atau mengurangi kekambuhan.

2.2.3 Peranan keluarga dalam kepatuhan minum obat

Menurut Soedarsono 2003 dikutip oleh Sari Permata Ningrum (2009) peranan keluarga yg dilakukan keluarga terkait peran keluarga sebagai motivator, edukator dan fasilitator dalam kepatuhan minum obat yaitu:

1. Memotivasi penderita untuk minum obat secara teratur sesuai program pengobatan
2. Mengantar penderita setiap kontrol sesuai jadwal yang ditentukan
3. Mengingatkan jadwal kontrol dan pemeriksaan ulang pada waktu yang telah ditentukan
4. Memberi imbalan atau Reward agar penderita patuh minum obat dan kontrol sesuai dengan jadwal (misalnya memberi dana transportasi, menanggung biaya pengobatan)
5. Mengawasi penderita minum obat secara langsung

2.2.4 Faktor yang mempengaruhi ketidak patuhan

Menurut Mutakhir Amin dalam Simposium Current Diagnosis And Treatment 2001 di Jakarta beberapa faktor yang mempengaruhi ketidak patuhan diantaranya:

1. Jangka waktu pengobatan yang cukup lama
2. Biaya pengobatan yang mahal
3. Terjadinya efek samping obat
4. Merasa sudah sembuh
5. Kurang motivasi dari petugas atau keluarga
6. Penderita bosan berobat
7. Kurang pengetahuan akan pentingnya kesehatan

2.2.5 Teori Perilaku yang Berhubungan dengan Kesehatan

Teori perilaku yang berhubungan dengan kesehatan yaitu menurut teori Lawrence Green adalah kesehatan seseorang atau masyarakat di pengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (behaviour causes) dan faktor diluar perilaku

(non behaviour causes). Selanjutnya perilaku manusia dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu:

1. Faktor dasar (predisposing factor) yang mencakup dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai sosial dan unsur-unsur lain yang terdapat didalam diri individu dan masyarakat serta faktor-faktor demografi (umur, jenis, kelamin)
2. Faktor pendukung (enabling factor) meliputi pendidikan, status sosial, status ekonomi, pekerjaan, sumber daya atau potensi masyarakat seperti lingkungan fisik dan sarana yang tersedia misalnya puskesmas, obat-obatan, posyandu dan sebagainya.
3. Faktor pendorong (reinforcing factor) meliputi sikap dan perilaku dari orang lain misalnya teman, peran orang tua/ keluarga (motivator, edukator, fasilitator), tokoh masyarakat serta petugas kesehatan.

Dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku (Soekidjo Notoatmodjo, 2003)

2.3 Konsep Dasar Penyakit Kusta

2.3.1 Definisi kusta

Penyakit kusta dikenal juga sebagai penyakit lepra atau penyakit Morbus Hansen. Kusta merupakan penyakit infeksi yang kronik dan penyebabnya adalah *Mycobacterium Leprae* yang bersifat intraseluler obligat. Saraf perifer sebagai

afinitas pertama, lalu kulit dan mukosa traktus respiratorius bagian atas, kemudian dapat ke organ lain kecuali susunan saraf pusat, menyerang sistem retikulo endotelial, mata dan testis (Amiruddin,2000)

Kusta bukan penyakit keturunan. Kuman dapat ditemukan di kulit, folikel rambut, kelenjar keringat, dan air susu ibu, dan jarang didapat dalam urin. Sputum dapat banyak mengandung *M. Leprae* yang berasal dari traktus respiratorius atas. Kusta dapat menyerang semua umur, anak-anak lebih rentan daripada orang dewasa. Di Indonesia penderita anak-anak di bawah umur 14 tahun didapatkan +/- 13%, tetapi anak di bawah umur 1 tahun jarang sekali. Saat ini usaha pencacatan penderita dibawah umur 1 tahun penting di lakukan unuk dicari kemungkinan ada tidaknya kusta kongenital. Frekuensi tertinggi terdapat pada kelompok umur antara 25-35 tahun (Kosasih, 2009).

2.3.2 Gejala Klinis

1. Kelainan syaraf tepi

Kerusakan syaraf tepi bisa bersifat sensorik, motorik dan autonomik. Sensorik biasanya berupa hipotesa ataupun anestesi pada lesi kulit yang terserang. Motorik berupa kelemahan otot, biasanya di daerah ekstremitas atas, bawah, muka dan otot mata. Autonomik menyerang persyarafan kelenjar keringat sehingga lesi terserang tampak lebih kering. Gejala lain adalah adanya pembesaran syaraf tepi terutama yang dekat dengan permukaan kulit.

2. Kelainan kulit dan orang lain.

Kelainan kulit bisa hipopigmentasi ataupun eritematus dengan adanya gangguan estesi yang jelas. Bila gejala lanjut dapat timbul gejala-gejala akibat banyaknya kuman yaitu:

- 1) Facies lionina (gejala infiltrasi yang difusi di muka)
- 2) Penebalan cuping telinga
- 3) Madarosis (penipisan alis mata bagian lateral)
- 4) Anestesi simetris pada kedua tangan kaki (gloves and stocking anastesia)

Diagnosis berdasarkan WHO pada tahun 1997, diagnosis berdasarkan adanya tanda utama atau Cardinal Sign berupa:

1. Kelainan kulit yang hipopigmentasi atau eritematosis dengan anestesi yang jelas
2. Kelainan syaraf tepi berupa penebalan syaraf dengan anestesi
3. Hapusan kulit positif untuk kuman tahan asam

Diagnosa ditegakkan bila di jumpai satu tanda utama tersebut diatas.

2.3.3 Cara penularan kusta

Penyakit kusta dapat ditularkan dari penderita kusta tipe Multi Basiler (MB) kepada orang lain dengan cara penularan langsung. Cara penularan yang pasti belum diketahui, tetapi sebagian besar ahli berpendapat bahwa penyakit kusta dapat ditularkan melalui saluran pernafasan dan kulit (Depkes RI, Ditjen dan PL, 2004). Kusta mempunyai masa inkubasi 2 sampai 5 tahun, akan tetapi dapat juga bertahun-tahun. Penularan terjadi apabila Mycobacterium Leprae yang solid (hidup) keluar dari tubuh penderita dan masuk ke dalam tubuh orang lain,

secara teoritis penularan kusta terjadi dengan cara kontak yang erat dan lama dengan penderita. Yang jelas seseorang penderita yang sudah minum obat sesuai dengan ketentuan WHO tidak menjadi sumber penularan kepada orang lain. Timbulnya penyakit kusta pada seseorang tidak mudah dan tidak perlu ditakuti tergantung dari beberapa faktor (Depkes, 2005):

1. Faktor sumber penularan

Sumber penularan adalah penderita kusta tipe Multi Basiler (MB). Penderita MB inipun tidak akan menularkan kusta apabila berobat teratur.

2. Faktor kuman kusta

Kuman kusta dapat hidup diluar tubuh manusia antara 1-9 hari tergantung pada suhu dan cuaca serta diketahui hanya kuman kusta yang solid (hidup) saja yang dapat menimbulkan penularan.

3. Faktor daya tahan tubuh

Sebagian besar manusia kebal terhadap penyakit kusta (95%). Dari hasil penelitian menunjukkan dari 100 orang yang terpapar

- 1) 95 orang tidak menjadi sakit
- 2) 3 orang sembuh sendiri tanpa obat
- 3) 2 orang menjadi sakit hal ini belum memperhitungkan pengaruh pengobatan.

2.3.4 Pemeriksaan Kusta

Pemeriksaan yang dilakukan pada penderita kusta yaitu dengan:

1. Pemeriksaan kulit

Gangguan sensibilitas terhadap suhu, nyeri, raba, dan adanya gangguan autonomik

2. Pemeriksaan bakteriologis

Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan pewarna Zielhl Nielsen, dengan sediaan diambil dari kedua cuping telinga dan lesi yang ada di kulit.

Kepadatan kuman yang dinyatakan dalam:

- 1) Indeks bakteri: ukuran semi kuantitatif dengan nilai 1+ sampai 6+
- 2) Indeks morfologis: merupakan persentasi bentuk utuh / solid terhadap seluruh basil tahan asam.

3. Pemeriksaan serologis

- 1) Lepromin test
- 2) MLPA (Mycobacterium Leprae Particle Agglutination)
- 3) PCR (Polymerase Chain Reaction)

4. Pemeriksaan histopatologis

Pemeriksaan memerlukan waktu 10-14 hari. Kalau memungkinkan dapat dilakukan tes lepromin (mitsuda) sebagai pemeriksaan penunjang untuk diagnosis dan menentukan tipe kusta. Hasilnya baru dapat diketahui setelah 3 minggu. Penentuan tipe kusta perlu dilakukan agar dapat menetapkan terapi yang sesuai. (Kosasih, 2009)

2.3.5 Klasifikasi Kusta

Menurut WHO pada tahun 1995 kusta dibagi menjadi Multi Basiler (MB) dan Pausi Basiler (PB). Yang dimaksud dengan kusta MB adalah kusta dengan BTA positif dan kusta PB adalah kusta dengan BTA negatif.

Tabel 2.1 Klasifikasi Multi Basiler (MB) dan Pausi Basiler (PB)

Tanda dan gejala	Tipe	
	Pausi basiler (PB)	Multi basiler (MB)
1. Lesi kulit (makula, datar yang meninggi, nodus)	- 1-5 lesi - Hipopigmentasi atau eritema - Distribusi tidak simetris	- >5 lesi - Distribusi lebih simetris
2. Kerusakan saraf (menyebabkan hilangnya sensai atau kelemahan otot yang disarafi)	- Hilangnya sensasi yang jelas - Hanya satu cabang saraf	- Hilangnya sensai - Banyaknya cabang saraf

Sumber : (Depkes RI, 2005).

Tabel 2.2 Gambaran klinis Pausi Basiler (PB) dan Multi Basiler (MB)

Kelainan Kulit dan Hasil Pemeriksaan	PB	MB
1. Bercak (makula) mati rasa		
a. Ukuran	Kecil dan besar	Kecil-kecil
b. Distribusi	Unilateral atau bilateral asimetris	Bilateral simetris
c. Konsistensi	Kering dan kasar	Haus, berkilat
d. Batas	Tegas	Kurang tegas
e. Kehilangan rasa pada bercak	Selalu ada dan jelas	Biasaya tidak jelas, jika ada, terjadi yang sudah lanjut
f. Kehilangan kemampuan berkeringat, bulu rontok pada bercak	Selalu ada dan jelas	Biasanya tidak jelas, jika ada, terjadi yang sudah lanjut
2. Infiltrat		
a. Kulit	Tidak ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
b. Membrana mukosa (hidung tersumbat, perdarahan di hidung)	Tidak pernah ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
3. Ciri-ciri	<i>Central healing</i> (penyembuhan di tengah)	a) <i>Puched out lesion</i> (lesi dibentuk seperti donat) b) <i>Madarosis</i> c) <i>Ginekomasti</i> d) Hidung pelana e) Suara sengau
4. <i>Nodulus</i>	Tidak ada	Kadang-kadang ada
5. <i>Deformitas</i>	Terjadi dini	Biasanya simetris

Sumber : (Depkes, 2005)

2.3.6 Penatalaksanaan

2.3.6.1 Pengobatan kusta

Obat anti kusta yang sering dipakai pada saat ini adalah DDS (diaminodifenil Sulfon). DDS atau Dapson digunakan di Indonesia sejak tahun 1952. Namun pengobatan mono therapy ini sering mengakibatkan timbul masalah resistensi, hal ini disebabkan karena:

1. Dosis rendah pengobatan yang tidak teratur dan terputus akibat dari reaksi lepra
2. Waktu makan obat sangat lama sehingga membosankan, akibatnya penderita minum obat tidak teratur.

Selain penggunaan Dapson (DDS), pengobatan penderita kusta dapat menggunakan Lamprine (B663), Rifampicin, Prednison, Sulfat feros, dan vitamin A (untuk menyehatkan kulit yang bersisik) (Kosasih, 2009).

Rifampisin adalah obat yang menjadi salah satu komponen kombinasi DDS dengan dosis 10mg/kg berat badan. Rifampisin tidak boleh diberikan sebagai monoterapy, oleh karena memperbesar kemungkinan terjadinya resistensi, tetapi pada pengobatan kombinasi diikutkan. Ditemukan dan dipakai sebagai obat tuberkulosis pada tahun 1965 dan sebagai obat kusta pada tahun 1970 oleh REES dkk serta LEIKER dan KAMP. Resistensi pertama terhadap M. Leprae dibuktikan pada tahun 1976 oleh JACOBSON dan HASTINGS. Efek samping obat ialah gejala gastrointestinal, flu like syndrome, erupsi kulit.

Klofazimin (Lamprine) adalah obat kusta yang mulai dipakai pada tahun 1962 oleh BROWN dan HOOGER-ZEIL. Dosis sebagai anti kusta ialah 50mg setiap hari. Efek samping ialah warna kecoklatan pada kulit, warna kekuningan

pada sklera, sehingga mirip ikterus. Perubahan warna akan menghilang setelah 3 bulan obat dihentikan. Obat ini menyebabkan pigmentasi pada kulit yang sering merupakan masalah dalam ketaatan berobat pada penderita. Efek samping dalam dosis tinggi terjadi nyeri abdomen, mual, diare, anoreksia, dan vomitus.

Pengobatan kombinasi antara Rifampicin, Lamprine (Klofazimin), dan DDS dikenal sebagai Multy Drug Therapy atau MDT yang mulai digunakan pada tahun 1971. Maka penyakit kusta dapat disembuhkan dalam setiap tahap penyakit, tergantung dari tipe penyakit dan cepatnya penemuan. Tipe PB memerlukan waktu pengobatan 6 bulan, sedangkan tipe MB memerlukan waktu 12 bulan. Bila ditemukan cepat, pengobatannya mudah dan sembuh tanpa cacat. Bila ditemukan terlambat akan sembuh dengan cacatan (Kosasih, 2009).

Adanya MDT ini adalah sebagai 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 terapeutik obat
2. Efek samping obat
3. Harga obat
4. Kemungkinan penerapannya

Kalau kombinasinya terlalu kompleks dan terlalu mahal, maka tidak dapat dilaksanakan dan sebaliknya jika kombinasinya terlalu sederhana dan terlalu murah, akan mengundang resistensi baru.

Bagi anak dibawah usia 10 tahun dengan berat badan kurang, dosis MDT diberikan berdasarkan berat badan:

1. Rifampisin : 10-15 mg/kg BB
2. DDS : 1-2 mg/ kg BB
3. Klofazimine : 1 mg/ kg BB

Penderita dengan keadaan khusus:

1. Kehamilan : regimen MDT aman untuk ibu hamil dan anaknya
2. Tuberculosis : bila seseorang menderita tuberkulosis dan kusta, maka pengobatan anti tuberkulosa dan MDT dapat diberikan bersamaan, dengan dosis Rifampisin sesuai dosis untuk tuberkulosis.
 - 1) Untuk penderita TB yang menderita kusta tipe PB pengobatan kustanya cukup ditambahkan dengan DDS 100 mg karena Rifampisin sudah diperoleh dari obat TB. Lama pengobatan tetap sesuai dengan jangka waktu pengobatan PB.
 - 2) Untuk penderita TB yang menderita kusta tipe MB pengobatan kusta cukup dengan DDS dan Lamprine karena Rifampisin sudah diperoleh dari obat TB. Lama pengobatan tetap disesuaikan dengan jangka waktu pengobatan MB.

Catatan: jika pengobatan TB sudah selesai maka pengobatan kusta kembali sesuai dengan blister MDT.
3. Untuk penderita PB yang alergi terhadap DDS, DDS diganti dengan lampren dengan dosis jangka waktu pengobatan sama.
4. Untuk penderita MB yang alergi terhadap DDS, pengobatan hanya dengan dua macam obat saja. (Rifampicin dan Lamprein/Klofazimine) sesuai dengan dosis dan waktu pengobatan MB (Depkes RI, 2005)

Setelah penderita menyelesaikan pengobatan MDT sesuai dengan peraturan maka ia akan menyatakan RFT (Release from Treatment). Setelah RFT dilanjutkan dengan tindak lanjut tanpa pengobatan secara klinis dan bakterioskopis minimal setiap tahun selama minimal 5 tahun. Kalau bakterioskopis tetap negatif dan klinis tidak ada keaktifan baru, maka dinyatakan bebas dari pengamatan atau disebut Release From Control (RFC)

2.3.6.2 Pencegahan Penularan Kusta

Hingga saat ini tidak ada vaksinasi untuk penyakit kusta. Dari hasil penelitian di buktikan bahwa kuman kusta yang masih utuh bentuknya, lebih besar kemungkinan menimbulkan penularan dibandingkan dengan yang tidak utuh. Jadi faktor pengobatan adalah amat penting dimana kusta dapat dihancurkan, sehingga penularan dapat dicegah. Sehingga sangat dianjurkan kepada penderita untuk berobat secara teratur.

Pengobatan kepada penderita kusta adalah merupakan salah satu cara pemutusan mata rantai penularan. Kuman kusta diluar tubuh manusia dapat hidup 24-48 jam dan ada yang berpendapat sampai 7 hari, ini tergantung dari suhu dan cuaca diluar tubuh manusia tersebut. Makin panas cuaca makin cepatlah kuman kusta mati. Jadi dalam hal ini pentingnya sinar matahari masuk ke dalam rumah dan hindarkan terjadinya tempat – tempat yang lembab. Petugas kesehatan perlu memberikan penyuluhan tentang kusta bahwa:

1. Ada obat yang dapat menyembuhkan penyakit kusta
2. Sekurang-kurangnya 80% dari semua orang tidak mungkin terkena kusta
3. Enam dari tujuh kasus kusta tidaklah menular pada orang lain

4. Kasus-kasus menular tidak akan menular setelah diobati kira-kira 6 bulan secara teratur
5. Diagnosa dan pengobatan dini dapat mencegah sebagian besar cacat fisik.

2.3.6.3 Penanggulangan kusta

Penanggulangan penyakit kusta telah banyak didengar dimana-mana dengan maksud mengembalikan penderita kusta menjadi manusia yang berguna, mandiri, produktif, dan percaya diri. Metode penanggulangan ini terdiri dari : metode pemberantasan dan pengobatan, metode rehabilitasi yang terdiri dari rehabilitasi medis, rehabilitasi sosial, rehabilitasi karya, dan metode permasyarakatan yang merupakan tujuan akhir dari rehabilitasi, dimana penderita dan masyarakat membaur sehingga tidak ada kelompok tersendiri. Ketiga metode tersebut merupakan suatu sistem yang saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan (Dwi Murtiastutik, 2009).

1. Pencegahan Cacat

Program pencegahan cacat sebenarnya sudah dimulai sejak dari penemuan penderita. Berikut adalah komponen kegiatan pencegahan cacat:

- 1) Penemuan dini penderita sebelum cacat
- 2) Mengobati penderita dengan MDT sampai RFT
- 3) Deteksi dini adanya reaksi kusta dengan pemeriksaan fungsi saraf secara rutin
- 4) Menangani reaksi
- 5) Penyuluhan
- 6) Perawatan diri

- 7) Menggunakan alat bantu untuk mencegah bertambahnya kecacatan yang terlanjur diderita
- 8) Rehabilitasi medis (upaya rekonstruksi)

Petugas kusta harus memperhatikan penderita yang cacat tetap dan menentukan tindakan perawatan diri apa yang perlu dilakukan penderita itu. Petugas jangan hanya memberikan ceramah kepada penderita, tetapi peragakan tindakan-tindakan itu dan bantulah penderita supaya dapat melakukannya sendiri.

Penderita harus mengerti bahwa pengobatan MDT sudah (atau akan) membunuh bakteri kusta. Tetapi cacat pada mata, tangan atau kakinya yang terlanjur terjadi akan tetap ada seumur hidupnya, sehingga dia harus bisa melakukan perawatan diri dengan rajin agar cacatnya tidak bertambah berat.

Prinsip pencegahan bertambahnya cacat pada penderita kusta pada dasarnya adalah 3M:

1. Melindungi mata, tangan dan kaki dari trauma fisik
2. Memeriksa mata, tangan dan kaki secara teratur
3. Melakukan perawatan diri (Depkes RI, 2005)

WHO Expert Committee on Leprosy dalam laporan yang dimuat dalam WHO Technical Report Series No. 607 (1977) telah membuat klasifikasi cacat bagi penderita kusta sebagai berikut:

1. Cacat pada tangan dan kaki
 - 1) Tingkat 0 : Tidak ada gangguan sensibilitas, tidak ada kerusakan atau deformitas yang terlihat

- 2) Tingkat 1: Ada gangguan sensibilitas, tanpa kerusakan atau deformitas yang terlihat
- 3) Tingkat 2: Terdapat kerusakan atau deformitas

2. Cacat pada mata

- 1) Tingkat 0: Tidak ada gangguan pada mata akibat kusta, tidak ada gangguan penglihatan
- 2) 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.
- 3) Tingkat 2: gangguan penglihatan berat, (visus kurang dari 6/60, tidak dapat menghitung jari pada jarak 6 meter) (Kosasih, 2009).

2. Rehabilitasi

Usaha rehabilitasi medis yang dapat dilakukan untuk cacat tubuh ialah antara lain dengan jalan operasi dan fisioterapi. Meskipun hasilnya tidak sempurna kembali ke asal, tetapi fungsinya dan secara kosmetik dapat diperbaiki.

Cara lain ialah secara rehabilitasi karya, yaitu memberi lapangan pekerjaan yang sesuai dengan cacat tubuhnya, sehingga dapat berprestasi dan dapat meningkatkan rasa percaya diri, selain itu dapat dilakukan terapi psikologik atau kejiwaan (Kosasih, 2009).