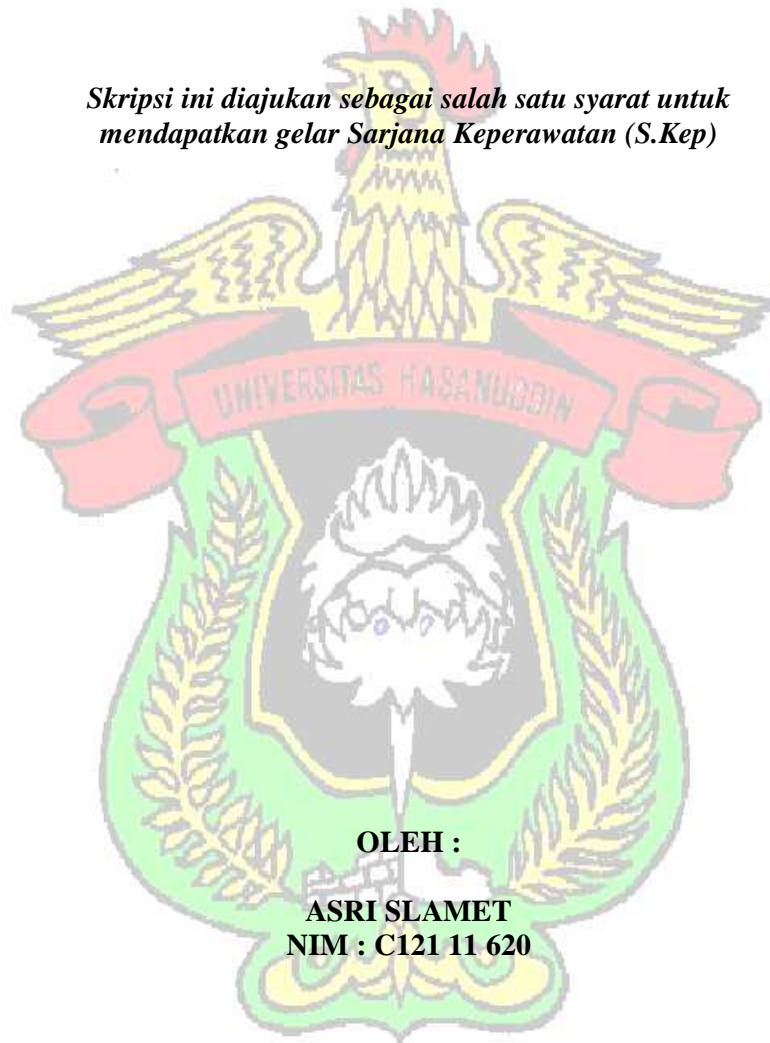


SKRIPSI

**GAMBARAN PEMENUHAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA
PADA PENDERITA KUSTA DI KABUPATEN MAJENE
PROVINSI SULAWESI BARAT**

*Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)*



OLEH :

**ASRI SLAMET
NIM : C121 11 620**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

HALAMAN PERSETUJUAN

**GAMBARAN PEMENUHAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA
PADA PENDERITA KUSTA DI KABUPATEN MAJENE
PROVINSI SULAWESI BARAT**

Oleh

ASRI SLAMET
C 121 11 620

Skripsi ini diterima dan disetujui untuk dipertahankan di depan tim penguji

Dosen Pembimbing:

Pembimbing I,

Pembimbing II,

(Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep)

(Erfina, S.Kep.,Ns, M.Kep)

Mengetahui:

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan,

Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep

NIP. 19500114 197207 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**GAMBARAN PEMENUHAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA
PADA PENDERITA KUSTA DI KABUPATEN MAJENE
PROVINSI SULAWESI BARAT**

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Hari/Tanggal : Senin 11 Februari 2013

Pukul : 13.00 – 15.00

Tempat : Ruang Hyogo Lt.4

Oleh:

**ASRI SLAMET
C121 11 620**

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

Penguji I : Yuliana Syam, S.Kep, Ns. M.Kes

Penguji II : Syahrul Said, S.Kep.,Ns, M.Kes

Penguji III : Dr. Werna Nontji, S.Kp, M.Kep

Penguji IV : Erfina, S.Kep. Ns. M.Kep

Mengetahui:

A.n. Dekan
Wakil Dekan Bidang Akademik
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin,

Prof. dr. Budu, Ph.D.,Sp.M.,KVR
NIP. 19661231 199503 1 009

Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep
NIP. 19500114 197207 2 001

Pernyataan Keaslian Skripsi

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Asri Slamet

NIM : C121 11 620

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan sama sekali.

Makassar, Februari

2013

Yang membuat pernyataan,

(Asri Slamet)

KATA PENGANTAR

Puji syukur yang tiada terkira penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala limpahan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Gambaran Pemenuhan Tugas Kesehatan Keluarga pada Penderita Kusta Di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat”.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tak lepas dari petunjuk, bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tulus dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. dr. Irawan Yusuf, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Bapak Prof. Budu, Ph.D.,Sp.M.,KVR selaku wakil dekan bidang akademik Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Ibu Dr. Dra. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Ibu Dr. Dra. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep selaku pembimbing I dan Ibu Erfina, S.Kep.,Ns.,M.,Kep selaku pembimbing II yang telah memberikan petunjuk, bimbingan, arahan dan motivasi sehingga skripsi ini selesai tepat pada waktunya.

5. Ibu Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.,Kes dan Bapak Syahrul Said, S.Kep.,Ns., M.Kes selaku tim penguji skripsi yang telah memberikan arahan, kritik dan sarannya demi kesempurnaan penulisan skripsi ini.
6. Ibu Kepala Dinas Kesehatan beserta seluruh stafnya atas izin dan bantuannya dalam pelaksanaan penelitian di wilayah kerjanya.
7. Segenap dosen dan staf Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan pengetahuan, motivasi dan bimbingan selama penulis menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
8. Rekan-rekan seangkatan Ners B 2011 yang telah memberikan bantuan, semangat dan dukungan dalam penyusunan skripsi ini.
9. Teristimewa pernyataan terima kasih yang tak ternilai harganya dengan ikhlas saya persembahkan kepada ayahanda dan ibunda tercinta, istri dan anakku tersayang, saudaraku serta seluruh keluarga atas segala doa, pengorbanan dan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.

Semoga segala bantuan dan dukungan dari semua pihak yang telah membantu penulis, kiranya mendapat pahala yang setimpal dari Allah SWT.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Olehnya itu segala kritik dan saran yang konstruktif penulis harapkan untuk kesempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini bernilai dan dapat memberikan sumbangan serta bermanfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dibidang keperawatan dan kesehatan. Amin.

Makassar, Februari 2013

ABSTRAK

**Asri Slamet, C12111620 “Gambaran Pemenuhan Tugas Kesehatan Keluarga pada Penderita kusta di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat” dibimbing oleh Dr. Dra.Werna Nontji, S.Kep, M.Kep dan Erfina, S.Kep, Ns. M.Kep .
(xiii + 67 halaman + 2 bagan + 7 tabel + 8 lampiran)**

Latar belakang: Penyakit Kusta adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium leprae* yang secara primer menyerang saraf tepi dan sekunder menyerang kulit serta organ tubuh lainnya. 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 didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas bidang kesehatan yang harus dilakukan yaitu mengenal masalah kesehatan keluarga, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga, memberikan keperawatan anggotanya yang sakit, memelihara lingkungan rumah yang sehat, dan mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Gambaran pemenuhan tugas kesehatan keluarga pada penderita kusta di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat.

Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan *deskriptif* dengan pengambilan data menggunakan kuesioner dilakukan mulai tanggal 10 Juli sampai 10 Agustus 2012. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan *sampling jenuh* sebanyak 30 responden. Pengolahan data menggunakan komputer dengan program SPSS versi 16,0 dan disajikan dalam bentuk narasi dan tabel.

Hasil: Penelitian ini diperoleh hasil bahwa dari 30 responden menunjukkan bahwa terdapat 18 responden (60%) dapat mengenal masalah kesehatan keluarganya, 20 responden (66,7%) dapat mengambil keputusan yang tepat, 22 responden (73,3%) dapat merawat anggotanya sakit, 21 responden (70%) dapat memelihara lingkungan rumah yang sehat, 19 responden (63,3%) dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Kesimpulan dan Saran: Pemenuhan 5 tugas kesehatan keluarga dapat terlaksana dengan baik. Untuk meningkatkan pengetahuan tentang Gambaran pemenuhan tugas kesehatan keluarga dengan penderita kusta agar lebih memperhatikan kebutuhan yang diperlukan oleh penderita kusta dan memahami serta mengerti hal-hal yang menyebabkan penyakitnya.

Kata Kunci : Tugas kesehatan keluarga, dan keluarga penderita kusta.

Kepustakaan : 34 (1990-2012)

ABSTRACT

Asri c12111620 “imaging of fulfillment of family medical task to lepers in majene regency, west Sulawesi province” supervised by dr. dra Werna Nontji, S.Kep, M.Kep and Erfina, S.Kep, Ns. M.Kep.(xiii+67 pages+2 pictures +7 tables + 8 appendixes).

Background: Leprosy is a chronic defect caused by infection with Mycobacterium leprae that primarily attacks the peripheral nerves system and skin as well as the secondary attack other organs. The family is two or more than two individuals that joined by blood, marriage or relationships appointment and they live in a household, interact with each other, and their respective roles in creating and maintaining culture. In accordance with the function of health care, family health has a duty to do that is to know the family health issues, the decision to do the right thing for the family, providing nursing the sick members, maintaining a healthy home environment, and maintain a reciprocal relationship between the family and health institutions. This study aims to determine the fulfillment of the task description of family health in people with leprosy in the regency of Majene, West Sulawesi province

Methods: This study used deskriptif approach, data collecting used questionnaires was conducted from July 10 to August 10, 2012. The sampling technique is done by saturated sampling by 30 respondents. Processing data using the computer program SPSS version 16.0, and presented in narrative form and table.

Results: This study obtained results that of the 30 respondents indicated that there were 18 respondents (60%) could recognize his family's health problems, 20 respondents (66.7%) can take the right decision, 22 respondents (73.3%) unable to care for sick members , 21 respondents (70%) can maintain a healthy home environment , 19 respondents (63.3%) can use health services.

Conclusions and Recommendations: the Fulfillment of five can be executed better. To increase knowledge about the imaging of fulfillment of the family health tasks with leprosy to be more attentive to the needs required by the lepers and comprehend and understand the things that cause that illness.

Keywords: Task family health, and family lepers.

Bibliography: 34 (1990-2012)

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	I
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
KATA PENGANTAR	V
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Tinjauan umum tentang Kusta.....	6
B. Tinjauan umum tentang Keluarga	23
C. Gambaran pemenuhan fungsi tugas kesehatan keluarga ...	30
	36

BAB III	KERANGKA KONSEP.....	
BAB IV	METODE PENELITIAN	37
	A. Desain Penelitian	37
	B. Waktu dan Tempat Penelitian	37
	C. Populasi, Sampel dan Sampling	38
	D. Alur Penelitian	40
	E. Definisi Operasional	41
	F. Instrumen Penelitian	43
	G. Pengolahan dan Analisa data	46
	H. Etika Penelitian	48
BAB V	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	50
	A. Hasil Penelitian	51
	B. Pembahasan	55
	C. Keterbatasan Penelitian	65
BAB VI	PENUTUP	
	A. Kesimpulan	66
	B. Saran	66

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

	Hal
Bagan 1 Kerangka Konsep	36
Bagan 2 Alur Penelitian	40

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 5.1	Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan data demografit penderita kusta 50
Tabel 5.2	Distribusi frekuensi karakteristik berdasarkan data demografit penderita kusta 52
Tabel 5.3	Distribusi frekuensi responden berdasarkan tugas kesehatan keluarga mengenal masalah kesehatan setiap anggota keluarga 53
Tabel 5.4	Distribusi frekuensi responden yang menjawab dengan benar berdasarkan kuesioner tugas kesehatan keluarga dengan mengenal masalah kesehatan..... 53
Tabel 5.5	Distribusi frekuensi responden berdasarkan tugas kesehatan keluarga dengan mengambil keputusan yang tepat 54
Tabel 5.6	Distribusi frekuensi responden yang menjawab dengan “ya“ berdasarkan kuesioner tugas kesehatan keluarga dengan mengmbil keputusan yang tepat..... 55
Tabel 5.7	Distribusi frekuensi responden berdasarkan tugas kesehatan keluarga dengan merawat anggota sakit 56
Tabel 5.8	Distribusi frekuensi responden yang menjawab dengan “tidak pernah dan jarang “ berdasarkan kuesioner tugas kesehatan keluarga dengan merawat anggota yang sakit 56
Tabel 5.9	Distribusi frekuensi responden berdasarkan tugas kesehatan keluarga dengan memodifikasi lingkungan rumah 57
Tabel 5.10	Distribusi frekuensi responden yang menjawab dengan “ya“ berdasarkan kuesioner tugas kesehatan keluarga dengan memodifikasi lingkungan rumah..... 57
Tabel 5.11	Distribusi frekuensi responden berdasarkan tugas kesehatan keluarga dengan pemamfaatan pelayanan kesehatan 58
Tabel 5.12	Distribusi frekuensi responden yang menjawab dengan “tidak pernah dan jarang “ berdasarkan kuesioner tugas kesehatan keluarga dengan pemamfaatan pelayanan kesehatan 59

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat izin penelitian dari PSIK Unhas
- Lampiran 2 : Surat izin penelitian dari Kesbang dan Politik Provinsi Sul-
Bar
- Lampiran 3 : Surat izin penelitian dari Kesbang dan Politik Kab. Majene
- Lampiran 4 : Surat keterangan telah melaksanakan penelitian dari Dinkes
- Lampiran 5 : Lembar permohonan menjadi responden
- Lampiran 6 : Lembar kuisisioner penelitian
- Lampiran 7 : Master tabel hasil penelitian
- Lampiran 8 : Hasil uji statistik dengan program SPSS 16,0
- Lampiran 9 : Hasil uji validitas dan reliabilitas

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR LAMPIRAN.....	iii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Tinjauan Umum Tentang Kusta	6
B. Tinjauan Umum Tentang Keluarga.....	23
C. Gambaran pemenuhan fungsi tugas kesehatan keluarga ..	29
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS.....	35
A. Kerangka Konsep	35
BAB IV METODE PENELITIAN.....	32
A. Desain Penelitian	36
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	36
C. Populasi dan Sampel	37
D. Alur Penelitian	39
E. Definisi Operasional.....	40

F. Instrumen Penelitian	41
G. Pengolahan dan Analisa Data	43
H. Etika Penelitian	45
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	50
A. Hasil	50
B. Pembahasan	57

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Penyakit kusta (*Lebra, Mordus Hansen*) adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium leprae* yang secara primer menyerang sarang tepi dan sekunder menyerang kulit serta organ tubuh lainnya. Penyakit kusta dapat menimbulkan masalah kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis dan kecacatan tetapi meluas sampai masalah social dan ekonomi (Moschella, 2004)

Saat ini penyakit kusta masih merupakan salah satu masalah kesehatan di Indonesia, meskipun pada pertengahan tahun 2000 Indonesia sudah dapat mencapai eliminasi kusta. Hal ini disebabkan karena sampai akhir tahun 2002 masih terdapat 13 propinsi dan 111 kabupaten yang belum tereliminasi. Eliminasi yaitu suatu kondisi dimana penderita kusta tercatat (angka prevalensi) kurang dari 1 per 10.000 penduduk, yang selanjutnya diharapkan penyakit tersebut akan hilang secara alamiah (Rachmat, 2003)

Indonesia menempati urutan ketujuh dalam hal penyumbang jumlah penderita kusta di dunia. Pada tahun 2009, tercatat 17.260 kasus baru kusta di Indonesia (rate: 7,49/100.000) dan jumlah kasus terdaftar sebanyak 21.026 orang dengan angka prevalensi: 0,91 per 10.000 penduduk. Sedangkan tahun 2010, jumlah kasus baru tercatat 10.706 (Angka Penemuan kasus baru/CDR: 4.6/100.000) dan jumlah kasus terdaftar sebanyak 20.329 orang dengan

prevalensi: 0.86 per 10.000 penduduk. Walaupun ada penurunan yang cukup drastis dari jumlah kasus terdaftar, namun sesungguhnya jumlah penemuan kasus baru tidak berkurang sama sekali. Oleh karena itu, selain angka prevalensi, angka penemuan kasus baru juga merupakan indikator yang harus diperhatikan. Karena walaupun suatu Negara telah mencapai eliminasi, tidak berarti bahwa kusta tidak lagi menjadi suatu masalah (Depkes, Pedoman nasional pengendalian penyakit kusta, 2007).

Propinsi Sulawesi Barat, dimana Kabupaten Majene merupakan salah satu daerah dengan tingkat endemis tinggi. Jumlah penderita kusta tipe PB yang terdaftar pada tahun 2008 adalah 11 orang, sedangkan pada tahun 2009 terdapat peningkatan menjadi 12 orang. Jumlah penderita kusta tipe MB yang terdaftar pada tahun 2008 adalah 36 orang, sedangkan pada tahun 2009 sekitar 41 orang. Penemuan penderita baru atau *Case Detection Rate* (CDR) pada tahun 2008 adalah 43,02 per 100.000 sedangkan pada tahun 2009 mengalami peningkatan menjadi 43,69 per 100.000 penduduk . Hal ini menunjukkan bahwa kasus kusta di Kabupaten Majene masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang cukup besar.(Dinkes Prop.Sulbar 2007)

Cara penularan penyakit kusta sampai saat ini masih menjadi sebuah tanda tanya, yang diketahui hanya pintu keluar kuman kusta dari tubuh si penderita, yaitu selaput lendir hidung Cara yang paling baik untuk mencegah penyakit kusta yakni dengan diagnosa dan pengobatan dini pada orang terinfeksi. Peralatan pribadi seperti piring, sendok, handuk, baju dll yang pernah digunakan oleh orang yang terinfeksi kusta harus dengan segera

dihindari dan diperhatikan, dapat juga dengan penyuluhan tentang penyakit kusta serta peningkatan hygiene sanitasi baik sanitasi perorangan maupun sanitasi lingkungan

Faktor-faktor yang menentukan terjadinya penularan penyakit dengan cara penularannya kusta mempunyai masa inkubasi 2-5 tahun, akan tetapi dapat juga bertahun-tahun. Penularan terjadi apabila *M. Leprae* yang solid (hidup) keluar dari tubuh penderita dan masuk ke dalam tubuh orang lain. Kulit dan mukosa hidung telah lama diketahui sebagai sumber dari kuman. Telah terbukti bahwa saluran nafas bagian atas dari penderita lepromatous merupakan sumber kuman yang terpenting didalam lingkungan. Tempat masuk kuman kusta ke dalam tubuh melalui saluran pernafasan bagian atas. (Modul pelatihan kusta program P2 kusta, 2004)

Upaya pencegahan penularan penyakit pada keluarga dilakukan dengan deteksi dini, pengobatan, dan perawatan diri bagi penderita. Pengobatan dengan Multy Drug Theraphy (MDT) memang akan mengurangi resiko penularannya karena membunuh bakteri kusta. Untuk itu perawatan diri merupakan hal yang penting agar penularan pada keluarga tidak bertambah (Depkes, Pedoman nasional pengendalian penyaki kusta, 2007).

Berdasarkan uraian diatas, diantaranya tentang pentingnya upaya pencegahan dampak buruk pada keluarga bagi penderita kusta maka peneliti tertarik untuk menggali beberapa faktor yang berhubungan dengan upaya pencegahan penyakit pada keluarga dengan penderita kusta di di Kabupaten Majene.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas dapat dirumuskan pertanyaan pada penelitian ini adalah : Gambaran pemenuhan tugas kesehatan keluarga pada penderita kusta di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran pemenuhan tugas kesehatan keluarga pada penderita kusta.

2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya.
2. Mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat bagi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan.
3. Mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit
4. Mengidentifikasi kemampuan usaha dalam memelihara lingkungan rumah
5. Mengidentikasikan kemampuan dalam usaha pemamfaatan pelayanan kesehatan keluarga.

D. MAMFAAT PENELITIAN

1. Bagi Dinas Kesehatan dan Instansi Terkait.

Sebagai bahan masukan bagi dinas kesehatan dan puskesmas untuk untuk mengembangkan gambaran fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga dan memahami dalam bidang kesehatan tersebut.

2. Bagi Masyarakat.

Menambah informasi dan pengetahuan tentang fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga dalam bidang kesehatan sehingga masyarakat memahami fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya.

Peneliti ini diharapkan dapat dijadikan dasar dalam penelitian selanjutnya, dan peneliti selanjutnya dapat menambah variabel penelitian, sehingga gambaran pemenuhan tugas kesehatan keluarga pada penderita kusta dapat diketahui lebih mendalam.

4. Bagi Program Studi Keperawatan

Menambah referensi tentang gambaran pemenuhan tugas kesehatan keluarga pada penderita kusta dan dapat dijadikan bahan masukan bagi peneliti selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN TENTANG KUSTA

1. Definisi

Penyakit kusta (*leprae, Morbus Hansen*) adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh infeksi *M. Leprae* yang secara primer menyerang saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa mulut, saluran nafas bagian atas, system retikulo endothelial, mata, otot, tulang dan testis (Amiruddin et al., 2003, Agusni, 2005, Brycision and Pfaltzgraft, 1990, Rees and Young, 1994).

2. Epidemiologi penyakit kusta

Penyakit kusta tersebar hampir diseluruh dunia, terutama didaerah tropic dan subtropik. Saat ini jumlah penderita baru kusta didunia pada tahun 2006 berjumlah 259.017, paling banyak ditemukan di anggola, Bangladesh, brasil dan Indonesia menduduki perinngkat terbanyak ke tujuh penderita kusta di dunia, dengan jumlah 17.682 (Depkes, Buku Pedoman nasional pengendalian panyakit kusta, Jakarta, 2007).

Di Indonensia dalam 6 tahun terakhir tidak mengalami perubahan ruang signifikan (2000-2006) dengan jumlah penderita baru 17.921 dan jumlah penderita terdaftar 22.763. di Sulawesi Selatan prevalensi kusta masih cukup tinggi. Sampai akhir tahun 2006, prevalensi masih 2,1 per 10.000 penduduk dan dari 27 kabupaten/kota nyang mencapai prevalensi kurang dari 1 per 10.000 penduduk. Penderita yang terdaftar sampai akhir

tahun 2006 dan mendapat pengobatan *multidrug therapy (MDT)* adalah 1.561. Angka penemuan penderita kusta baru sampai akhir tahun 2006 adalah 1.622 (21,6/100.00 penduduk). Di Kabupaten Majene Sulawesi Barat angka prevalensi pada tahun 2007 adalah sebesar 4,3 per 10.000 penduduk dengan angka penemuan baru mencapai 43,69 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2011 prevalensi penderita kusta 3,2 per 10.000 penduduk dimana jumlah penderita kusta 40 dari jumlah tersebut merupakan tipe Multi Basiler 30 orang dan tipe Pausi Basiler 10 orang dengan jumlah penduduk 148.772 sehingga terjadi penurunan penderita kusta di wilayah, Kabupen Majene (Dinkes Majene Sul-Bar Data profil dinas kesehatan, 2011)

Meskipun angka prevalensi kusta menurun setelah adanya MDT, insidensi penderita kusta baru tidak menurun (grafik trend prevalensi dan insiden) (Depkes, Buku Pedoman nasional pengendalian penyakit kusta, Jakarta, 2007).

3. Gambaran Klinis

Gambaran klinik penyakit kusta bervariasi luasnya, tergantung tipe klinisnya. Gambaran klinis meliputi adanya kelainan kulit, saraf tepi organ lainnya. Seperti madarosis, penebalan cuping telinga, dan lain-lain. Berdasarkan klasifikasi Ridley-Jopling terdapat 5 tipe kusta yaitu : tipe TT(polar Tuberkuloid, Tuberkuloid Tuberkuloid), tipe BT (Borderline Tuberkuloid), tipe BB (mid Borderline, Borderline Borderline), tipe BL

(Borderline Lepromatous), tipe LL (polar Lepromatous, Lepromatus Lepromatousa) (Lupi et al., 2006, Moschella, 2004).

1. Kusta tipe Tuberkuloid Tuberkuloid (TT)

Lesi ini mengenai kulit maupun saraf. Lesi kulit bisa satu atau beberapa, dapat berupa macula atau plak, batas jelas dan pada bagian tengah dapat ditemukan lesi yang regresi atau central healing. Permukaan lesi dapat bersisik dengan tepi yang meninggi, bahkan dapat menyerupai gambaran psoriasis atau tinea sirsinata. Gejala ini dapat disertai penebalan saraf perifer yang umumnya teraba, hilangnya rasa dan kelemahan otot (James et al., 2006, Amiruddin et al., 2003)

2. Kusta tipe Borderline Tuberkuloid (BT)

Lesi tipe ini menyerupai TT, berupa macula anestesi atau plak yang sering disertai dengan lesi satelit di pinggirnya, jumlah lesi satu atau beberapa, akan tetapi gambaran hipopigmentasi, kulit kering atau skuama tidak jelas seperti pada tipe TT. Gangguan saraf tidak seberat pada tipe TT dan umumnya asimmetrik. Biasanya dijumpai lesi satelit yang letaknya dekat saraf perifer yang menebal (Amiruddin et al., 2003).

3. Kusta tipe Borderline-boederline (BB)

Tipe BB merupakan tipe yang paling tidak stabil. Tipe ini disebut juga sebagai bentuk dimorfik. Lesi dapat berupa macula infiltrate. Permukaan lesi dapat mengkilat, batas lesi kurang jelas dengan jumlah lesi melebihi tipe BT dan cenderung simetrik. Lesi

sangat bervariasi, baik ukuran, bentuk maupun distribusinya. Dapat dijumpai lesi punched out, yaitu hipopigmentasi oval pada bagian tengah, batas jelas yang merupakan ciri khas dari tipe ini (Amiruddin et al., 2003)

4. Kusta tipe borderline lepromatosa (BL)

Secara klasik lesi dimulai dengan macula. Awalnya hanya dalam jumlah sedikit kemudian dengan cepat menyebar keseluruh badan macula tampak lebih jelas dan lebih bervariasi bentuknya. Walaupun masih kecil, papul dan nodus lebih tegas dengan distribusi lesi yang hampir simetrik dan beberapa nodus tampak melekok pada bagian tengah. Lesi bagian tengah sering tampak normal dengan pinggir di dalam infiltrat lebih jelas dibanding pinggir luarnya dan beberapa plak tampak seperti punched out (Amiruddin et al., 2003).

5. Kusta tipe lepromatosa lepromatosa (LL)

Jumlah lesi sangat banyak, simetris, permukaan halus, lebih eritem, mengkilat, berbatas tidak tegas dan tidak ditemukan gangguan anestesi dan anhidrosis pada stadium dini. Pada stadium lanjut, tampak penebalan kulit yang progresif, cuping telinga yang menebal, garis muka menjadi kasar dan cekung membentuk facies leonine, yang dapat disertai madarosis, iritis dan keratitis. Pada keadaan lebih lanjut dapat terjadi deformitas pada hidung, dapat disertai adanya pembesaran kelenjar limfe, orkitis yang selanjutnya dapat menjadi atrofis testis.

Kerusakan saraf dermis menyebabkan gejala gloves and stocking anesthesia (Amiruddin et al., 2003).

4. Gambaran Histopatologi

Pemeriksaan histopatologi kusta digunakan untuk menegakkan diagnose kusta apabila anamnesa dan gambaran klinis meragukan. Disamping itu pemeriksaan ini dapat menentukan tipe kusta dengan lebih akurat, karena klasifikasi secara klinis kadang tumpang tindih dengan tipe kusta yang berdekatan.

Gambaran histopatologi kusta yang spesifik pada tuberkuloid adalah ditemukanya granuloma, sel datia langhans serta peradangan pada saraf tepi di dalam dermis. Pada tipe lepromatosa ditemukan sel Virchow, yaitu sel makrofag yang banyak mengandung vakuola, sehingga tampak berbuih. Dalam klasifikasi Ridley & Joping, gambaran histopatologi dari masing masing tipe menunjukkan perbedaan dalam gradasi sesuai dengan tingkat imunnitas selulernya (Elder and Elenitsas, 2005, Lockwood, 2005).

Gambaran histopatologi kusta dibagi atas (Elder and Elenitsas, 2005, Kandow, 2001).

1. Tipe Indeterminate (I)

Ditandai dengan epidermis yang normal, adanya infiltrate ringan sel mononuclear disekitar pembuluh darah, adneksa kulit dan saraf. Basil tahan asam (BTA) biasanya tidak ada, namun bila ada, beberapa

dapat ditemukan didalam saraf, muskulus erector pili, infiltrat seluler dan daerah subepidermal.

2. Tipe tuberkuloid tuberkuloid (TT)

Ditandai dengan adanya fokus-fokus granuloma sel epiteloid yang di kelilingi oleh zona limfosit yang tebal. Kadang-kadang ditemukan sel datia langhans. Granuloma tersebut meluas dan menyebabkan erosi kedalam lapisan basal pada epidermis di atasnya. Apendiks dermis dan saraf menunjukkan infiltrate yang padat dan dapat mengalami destruksi seluruhnya. Tidak ditemuakan BTA.

3. Tipe borderline tuberkuloid (BT)

Ditandai dengan adanya granuloma sel epiteloid yang dibatasi dan dikelilingi oleh zona limfosit. Dijumpai clear subepidermal zone. Sel datia langhans kadang banyak ditemukan. Adneksa kulit dan saraf dapat diinfiltrasi dengan padat oleh granuloma tetapi masih dapat dikenali. Basil tahan asam dapat dilihat, kebanyakan didalam saraf.

4. Tipe borderline borderline (BB)

Ditandai dengan adanya granuloma sel epiteloid yang tersebar secara difus dan tidak dibatasi oleh zone limfosit. Limfosit bila ada tersebar secara difus. Sel datia langhans tidak ada. Saraf dapat terkena sebagian dan mungkin terlihat laminasi dari perineum. Terdapat BTA dengan jumlah sedang. Index bacterial (IB) positif 3-4.

5. Tipe borderline lepromatosa (BL)

Ditandai dengan adanya granuloma sel histiosit, sebagian menunjukkan gambaran seperti epiteloid dan yang lain menunjukkan sitoplasma berbuih, bercampur pada tempat yang limfositnya banyak. Terdapat subepidermal zone. Saraf sering menunjukkan laminasi dan infiltrasi dari perineum. Indeks bakteri positing 4-5.

6. Tipe lepromatosa lepromatosa.

Ditandai dengan adanya granuloma sel histiosit dengan clear subepidermal zone. Histiosit pada lesi yang aktif menunjukkan sitoplasma besar tak berbuih. Limfosit bila ditemukan biasanya hanya sedikit. Saraf mungkin normal, dapat mengalami hialinasi atau fitrosis. Indeks bakteri positif 5-6.

5. Diagnosis

Penyakit kusta dapat menunjukkan gejala yang mirip dengan banyak penyakit lain. Sebaliknya banyak penyakit lain dapat menunjukkan gejala yang mirip dengan penyakit kusta. Oleh karena itu dibutuhkan kemampuan untuk mendiagnosis penyakit kusta secara tepat dan membedakannya dengan penyakit lain agar tidak membuat kesalahan yang dapat merugikan penderita (Rea and Modlin, 2008).

Diagnosis penyakit kusta didasarkan pada penemuan tanda kardinal (cardinal sign), (Rachmat, 2003, Moschella, 2004) yaitu :

1. Bercak kulit yang mati rasa

Kelainan kulit dapat berbentuk bercak keputih-putihan (hipopigmentasi) atau kemerah-merahan (eritematous). Mati rasa dapat bersifat kurang rasa (hipestesi) atau tidak merasa sama sekali (anestesi) (Depkes, Modul Pelatihan program P2 kusta, 2004)

2. Penebalan saraf tepi.

Dapat disertai dengan gangguan fungsi saraf. Gangguan fungsi saraf ini merupakan akibat dari peradangan kronis saraf tepi (neuritis perifer). Gangguan fungsi saraf ini bisa berupa :

- a. Gangguan fungsi sensoris : mati rasa
- b. Gangguan fungsi motoris : paresis atau paralisis.
- c. Gangguan fungsi otonom : kulit kering, retak, edema, pertumbuhan rambut yang terganggu, pembengkakan (edema).

Peradangan saraf (Neuritis) kusta dapat dirasakan nyeri, namun kadang-kadang tidak (silent neuritis). (Depkes, Modul Pelatihan program P2 kusta, 2004)

3. Ditemukan Basil Tahan Asam (BTA) positif

Bahan pemeriksaan adalah hapusan sayatan kulit cuping telinga dan lesi kulit pada bagian yang aktif. Kadang-kadang bahan diperoleh dari biopsy kulit dan saraf (Moschella, 2004).

Untuk menegakkan diagnosa penyakit kusta, paling sedikit ditemukan satu tanda cardinal. Bila tidak atau belum dapat ditemukan, maka hanya kita dapat mengatakan tersangka kusta dan

penderita perlu diamati dan diperiksa ulang setelah 3-6 bulan sampai diagnosa kusta dapat ditegakkan dan disingkirkan. Pemeriksaan kerokan kulit hanya dilakukan pada kasus yang meragukan. (Depkes, Modul Pelatihan program P2 kusta, 2004)

Untuk mendiagnosis penyakit kusta, minimal harus ditemukan satu Cardinal sign. Tanda adanya Cardinal sign, kita hanya boleh menyatakan sebagai tersangka (suspek) kusta.

Tanda-tanda Tersangka Kusta (suspek)

1. Tanda-tanda pada kulit.
 - a. Kelainan kulit berupa bercak merah atau putih, atau benjolan.
 - b. Kulit mengkilat
 - c. Bercak yang tidak gatal.
 - d. Adanya bagian-bagian tubuh yang tidak berkeringat atau tidak berambut.
 - e. Lepuh tidak nyeri.
2. Tanda-tanda pada sarat.
 - a. Rasa kesemutan tertusuk-tusuk dan nyeri pada anggota badan atau muka.
 - b. Gangguan gerak anggota badan atau bagian muka.
 - c. Adanya cacat (deformitas).
 - d. Luka yang tidak sakit.

Tanda-tanda tersebut jangan digunakan sebagai dasar diagnosis penyakit kusta.

6. Klasifikasi Kusta

Sampai saat ini dikenal berbagai macam klasifikasi, tetapi yang terbanyak digunakan 3 jenis klasifikasi dibawah ini (Drape, 1983, Rees and Young, 1994 :

1. Klasifikasi Madrid.

Menurut klasifikasi ini, penyakit dibagi atas tipe indeterminate, Tuberkuloid, Lepromatous dan Borderline/Dimorphous (Lupi et al., 2006)

2. Klasifikasi Ridley – Jopling

Klasifikasi ini banyak digunakan untuk penelitian. Dasar klasifikasi jenis ini sesuai dengan gejala klinis, bakteriologis, histopatologi dan imunologis. Terdapat 5 tipe klinis kusta yaitu : tipe TT (polar Tuberkuloid, Tuberkuloid Tuberkuloid), tipe BT (Borderline Tuberkuloid), tipe BB (mid Borderline, Borderline Borderline), tipe BL (Borderline Lepromatous), tipe LL (polar Lepromatous, Lepromatous Lepromatous). Tipe ini dirasa paling tepat karena menggambarkan keadaan imunitas penderita yang mempengaruhi pronosisnya (Rea and Modlin, 2008, Lupi et al., 2006).

3. Klasifikasi WHO

Untuk keperluan program pengobatan MDT, klasifikasi ini banyak digunakan karena sederhana dan bisa digunakan oleh para petugas di lapangan dalam melaksanakan terapi MDT.

Dalam klasifikasi ini penyakit kusta dibagi hanya dalam 2 tipe, yaitu :

a. Tipe Pausi Basiler (PB)

Terdiri atas kusta tipe TT dan BT menurut klasifikasi Ridley-Jopling atau tipe I dan T menurut klasifikasi Madrid dengan BTA (-). Sejak tahun 1998 WHO membagi tipe PB dalam 2 jenis yaitu PB single lesion yang mendapat terapi rifampisin 600 mg, ofloxacin 400 mg dan minosiklin 100 mg dosis tunggal dan PB yang mendapat pengobatan 6 bulan.

b. Tipe Multi Basiler (MB)

Terdiri atas kusta tipe BB, BL dan LL menurut klasifikasi Ridley-Jopling atau tipe B dan L menurut klasifikasi Madrid dan semua tipe kusta dengan BTA (+)

7. Cara Penularan

Cara penularan penyakit kusta sampai saat ini masih menjadi sebuah tanda tanya, yang diketahui hanya pintu keluar kuman kusta dari tubuh si penderita, yaitu selaput lendir hidung, tetapi ada yang mengatakan bahwa penularan penyakit kusta melalui kontak kulit yang tidak utuh. (Depkes, Pedoman nasional pengendalian penyakit kusta, 2007) :

1. Sekret hidung, basil yang berasal dari sekret hidung penderita yang sudah mengering, diluar masih dapat hidup 2-7 x 24 jam (2-7hari)
2. Kontak kulit dengan kulit. Syaratnya dibawah umur 25 tahun karena anak-anak lebih peka dari pada orang dewasa, keduanya harus ada lesi

baik mikroskopis maupun makroskopis, dan adanya kontak yang lama dan berulang.

3. Kontak dekat dan penularan dari udara (droplet)
4. Faktor tidak cukup gizi
5. Kontak antara orang yang terinfeksi dan orang yang sehat dalam jangka waktu yang lama
6. Lewat luka
7. Saluran pernafasan/ inhalasi
8. Air susu ibu (kuman kusta dapat ditemukan di kulit, folikel rambut, kelenjar keringat dan air susu).

8. Pengobatan

Sejak tahun 1982 Indonesia mulai menggunakan obat kombinasi (MDT) dengan tujuan mencegah resistensi khususnya DDS (Diamino Difenil Sulfon), mengobati resistensi yang telah ada, memperpendek masa pengobatan serta pemutusan mata rantai penularan menjadi lebih cepat. Rejimen pengobatan berdasarkan rekomendasi studi grup WHO di Genewa (1982), pengobatan kombinasi diberikan untuk semua penderita penyakit kusta, baik PB maupun MB (Lupi et al. 2006).

A. Pausi Basiler (PB)

Dapson 100 mg/hari (minum di rumah), rifampisin 600 mg/hari (minum di depan petugas) selama 6 bulan maksimal 9 bulan (6 dosis rifampisin). Penderita yang tidak cocok dengan dapson dapat digantikan dengan klofasimin (lampren). Penderita yang telah

mendapatkan 6 dosis langsung dinyatakan release from treatment (RFT). (Depkes, Buku Pedoman nasional pengendalian penyakit kusta, 2007) :

B. Multi Basiler (MB).

Dapson 100 mg/hari (minum di rumah), rifampisin 600 mg/hari (minum di depan petugas). Semua pengobatan MDT-MB diberikan selama 24 bulan, namun sejak tahun 1998 lama pengobatan 12 bulan, maksimal 18 bulan (dengan 12 dosis rifampisin). Bila terdapat kontraindikasi terhadap salah satu obat MDT, dapat diberikan kombina 600 mg rifampisin, 400 mg ofloksasin dan 100 mg minosiklin selama 24 bulan atau maksimum 18 bulan dan BTA negatif (pemeriksaan tiap bulan) dapat dinyatakan RFT. (Depkes 2007, Buku Pedoman nasional pengendalian penyakit kusta, Jakarta) :

9. Mycobacterium Leprae

Mycobacterium Leprae merupakan kuman batang taha asam, gram positif, ukuran panjang 3-5 um, merupakan organisme aerob. M.Leprae adalah basil yang tumbuh lambat, dengan waktu generasi (doubling time) antara 11-13 hari, rata-rata 12 hari. Lambatnya pembelahan kuman ini sejalan lamanya masa inkubasi kusta yaitu antara 2-10 tahun dan perjalanan penyakitnya yang lambat dan progresif (kronis) (Rees and young, 1994, Lupi et al., 2006).

Mycobacterium Leprae tumbuh baik pada temperature dingin, pertumbuhan optimasl pada temperature 30 C. Oleh karena iitu *M.Leprae* tumbuh baik pada nine banded Armanillo yang mempunyai temperature 30-35 C dan pada telapak tangan kaki mencit yang mempunyai temperatur 27-30 C. *M.Leprae* mampu hidup lebih dari 7 hari di luar host, didalam secret hidung kering, pada keadaan gelap dengan temperature dan kelembaban bervariasi. Namun demikian, hingga saat ini, *M.Leprae* belum dapat dibiakkan dalam buatan secara in vitro. Hal ini menyebabkan sulitnya penelitian terhadap atas : penyakit ini (Rea, 1991, Brycision and Pfaltzgraff, 1990, Lupi et al., 2006).

1. Struktur *M.Leprae*.

Secara ultrastruktur, *M.Leprae* terdiri

a. Kapsul

Struktur kapsul ini khas untuk *M.Leprae* yang terdiri dari dua komponen lipid yaitu Pthiocerol Dimycocerosate (PDIM) yang berfungsi proteksi pasif dan Phenolis Glycopipid-1 (PGL-1) dengan komponen trisakarida yang sangat spesifik untuk deteksi *M.Leprae*. Komposisi lipid pada kapsul ini melindungi bakteri dari efek toksik enzim lisosom dan metabolit oksigen reaktif yang dihasilkan oleh makrofag host selama infeksi (Rees and Young, 1994, Agusni, 2005).

b. Dinding sel

Dinding sel berfungsi untuk memberikan bentuk pada sel dan untuk melindungi dari lingkungan. Tersusun secara halus dan terdiri dari pita radial yang tidak khas hanya terdapat pada *M. Leprae* melalui mikroskop elektron, dinding sel ini tampak terdiri dari 2 lapisan (Draper, 1996).

Lapisan luar merupakan lapisan yang transparan, terdiri dari liposakarida yang tersusun dari rantai cabang esterifikasi arabinogalaktan dengan asam mikolik rantai panjang. Struktur seperti ini juga ditemukan pada spesies mycobacterium lain, sehingga tidak khas untuk *M. Leprae* (Draper, 1996, Rees and Young, 1994, Brycison and Pfaltzgraff, 1990).

Lapisan dalam terdiri dari peptidoglikan, merupakan polimer yang umum ditemukan pada bakteri. Namun pada *M. Leprae* mempunyai struktur yang khas, terdiri dari pengulangan rantai disakarida dengan peptide pendek, dimana L-alanine digantikan dengan glisin, sehingga dapat digunakan untuk diagnose antigen spesifik (Draper, 1996, Rees and Young, 1994, Brycison and Pfaltzgraff, 1990).

c. Membran sel

Terletak dibawah dinding sel dan berfungsi sebagai control transport molekul kedalam dan luar sel. Membran sel terdiri dari protein dan lipid. Protein berfungsi sebagai transpor aktif dan pasif

molekul dan enzim yang berguna untuk sintesis kapsul dan dinding sel. Protein membran sel ini membentuk antigen protein permukaan yang khas dan merupakan target utama bekerjanya kemoterapi spesifik (Draper, 1996, Brycision and Pfaltzgraff, 1990).

d. Sitoplasma

Sitoplasma didalam sel *M.Leprae* berisi granula, DNA yang merupakan materi genetic dan ribosom yang berfungsi dalam translasi dan multiplikasi protein spesifik (Brycision and Pfaltzgraff, 1990). DNA *M.Leprae* mempunyai ukuran yang lebih pendek dengan DNA *M.Tuberculosis*, namun komposisi biasanya berbeda sehingga tetap dapat dibedakan (Draper, 1996). *M.Leprae* mengandung basa Guanin-Sitosis (G+C) 54 % dan 58 %, sedang *mycobacterium* lain berkisar 65 – 69 %. (Rees and Young, 1994). Analisa urutan DNA *M.Leprae* menunjukkan bahwa perdedaan kandungan basa G+C timbul akibat perubahan sistemik penggunaan kodon dengan substitusi khusus Adenin atau Timidin pada posisi basa ketiga. Analisa DNA dengan menggunakan teknik RRP sangat sensitive digunakan sebagai deteksi adanya *M.Leprae* dalam jumlah yang sangat kecil spesifik (Rees and Young, 1994, Brycision and Pfaltzgraff, 1990).

Metabolisme kuman ini memerlukan oksigen dan selanjutnya menyimpang cadangan energy dengan pengubah ADP ke ATP serta menghasilkan energy dengan cara mengubah ATP ke ADP spesifik (Brycision and Pfaltzgraff, 1990).

Untuk mesintesa asam nukleat dan metabolisme oksidatif semua bakteri memerlukan basa purin, akan tetapi M.Leprae tidak dapat melakukannya dan mengambilnya dari host. Selain itu M.Leprae tidak memiliki cukup mycobactin yaitu zat yang diperlukan untuk mengikat besi sangat diperlukan dalam metabolismenya. Hal inilah yang menyebabkan M.Leprae tidak dapat dibiakkan dalam media buatan sehingga sulit untuk melakukan studi tentang M.Leprae spesifik (Brycision and Pfaltzgraff, 1990).

2. Pemeriksaan Bakteriologi Kusta

Pemeriksaan bakteriologi pada penyakit kusta merupakan hal yang muktat dilakukan, karena berguna untuk menegakkan diagnosis penyakit kusta, menyokong potensi penularan dari penderita dan mengevaluasi pengobatan. Untuk keseragaman, pemilihan lokasi pengambilan bahan pemeriksaan sebagai berikut spesifik (Rees and Young, 1994).

- a. Cuping telinga kiri
- b. Cuping telinga kanan.
- c. Salah satu macula atau lesi kulit.

B. TINJAUAN TENTANG KELUARGA

1. Pengertian Keluarga

Menurut beberapa ahli seperti Bailon dan Maglaya (1998) mengatakan bahwa 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 didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan, ahli lain Duval dan Logan. (1986) mengatakan bahwa yang dikatakan keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan dan mempertahankan budaya. Adapun Friedman (1978) mendefinisikan bahwa keluarga merupakan kesatuan dari orang-orang yang terikat dalam perkawinan, ada hubungan darah, atau adopsi dan tinggal dalam satu rumah (Effendy dan Makhfudli, 2009).

2. Bentuk keluarga

Menurut Anderson carter dikutip dalam Effendy dan Makhfudli (2009) membagi bentuk keluarga menjadi beberapa bagian antara lain :

- a. Keluarga inti (*nuclear family*), adalah keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, isteri dan anak-anak, baik karena kelahiran (natural) maupun adopsi.
- b. Keluarga besar (*Extended family*), keluarga inti ditambah keluarga yang lain (karena hubungan darah), misalnya kakek, bibi, paman,

sepupu termasuk keluarga modern seperti orang tua tunggal, keluarga tanpa anak, serta keluarga pasangan sejenis (*guy/lesbian families*).

- c. Keluarga berantai (*social family*), keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan suatu keluarga inti.
- d. Keluarga duda atau janda, keluarga yang terbentuk karena perceraian dan atau kematian pasangan yang dicintai.
- e. Keluarga komposit (*composite family*), keluarga dari perkawinan poligami dan hidup bersama.
- f. Keluarga kohabitasi (*cohabitation*), dua orang menjadi keluarga tanpa pernikahan, bisa memiliki anak atau tidak . Di Indonesia bentuk keluarga ini tidak lazim dan bertentangan dengan budaya timur. Namun, lambat laun keluarga kohabitasi ini dapat diterima

3. Peranan Keluarga

Menurut Setiadi (2008), peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat.

Berbagai peranan yang terdapat dalam keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Peranan ayah: Ayah sebagai suami dari isteri dan anak-anak, berperanan mencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa

aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

- b. Peranan ibu: Sebagai istri dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.
- c. Peranan anak: Anak-anak melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

4. Dukungan sosial keluarga.

Friedman (1998) dikutip dalam Eva (2009), jenis dukungan sosial keluarga ada empat, yaitu :

- a. Dukungan instrumental, yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit.
- b. Dukungan informasional, yaitu keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebarkan informasi).
- c. Dukungan penilaian (*appraisal*), yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga.

d. Dukungan emosional, yaitu keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

5. Fungsi Pokok Keluarga

Friedman (1998) dikutip dalam buku konsep keperawatan keluarga Setiadi, 2008 secara umum fungsi keluarga dibagi dalam lima fungsi yaitu

a. Fungsi afektif (*affective function*).

Fungsi afektif berguna untuk memenuhi kebutuhan psikososial, fungsi afektif sebagai sumber energi yang menentukan kebahagiaan dan kegembiraan seluruh anggota keluarga. Penting bagi keluarga untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan yang sehat bagi anggotanya. Tugas ini haruslah berlangsung sejak awal kehidupan individu dan terus berlanjut sepanjang hidupnya. Kebutuhan ini termasuk kebutuhan untuk memahami, kasih sayang dan kebahagiaan. Satir dalam Friedman (1998) menekankan pentingnya fungsi ini sebagai basis sentral untuk pembentukan dan kelanjutan dari unit keluarga.

b. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*).

Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi, disiplin, norma-norma, dan perilaku melalui hubungan dan interaksi dalam keluarga. Fungsi ini menyediakan banyak pengalaman belajar, bukan hanya bagi anak-anak yang menjadi fokus penting dalam ini, tetapi juga penting bagi orang dewasa. Sosialisasi merupakan proses

yang berlangsung seumur hidup yang dimulai sejak bayi dan akan berakhir ketiga seorang meninggal. (Fridmen, 1998)

c. Fungsi reproduksi (*reproduction function*).

Dalam fungsi reproduksi keluarga meneruskan kelangsungan dan menambah sumber daya manusia. Fungsi ini tidak dipandang sebagai suatu aspek yang penting dalam masyarakat. Padahal fungsi ini merupakan salah satu fungsi dasar keluarga demi menjamin kontinuitas keluarga antar generasi dan masyarakat dengan menyediakan tenaga baru bagi masyarakat. (Fridmen, 1998).

d. Fungsi ekonomi (*economic function*).

Keluarga merupakan tempat mengembangkan kemampuan individu untuk meningkatkan penghasilan dan memenuhi kebutuhan keluarga. Pemenuhan fungsi ini tampaknya tidak menjadi suatu masalah yang besar bagi keluarga kelas bawah, sangat sulit untuk bisa memenuhi semua kebutuhan yang ada. Perawat mesti memangku tanggung jawab untuk membantu keluarga agar dapat memperoleh sumber-sumber dalam komunitas yang sesuai dimana mereka bisa mendapatkan informasi yang diperlukan, konseling pekerjaan, pekerjaan itu sendiri, hingga batuna finansial (Fridmen, 1998). Untuk mencapai fungsi keluarga sebagai sumber kesehatan yang efektif, maka sangat penting bagi keluarga untuk terlibat dalam tim perawatan kesehatan dan keseluruhan proses terapeutik. Selain itu, keluarga juga

harus mampu mengambil keputusan dan menjadi manajer untuk masalah mereka, yang mempengaruhi kesejahteraan dan hidup mereka.

e. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*health care function*).

Fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Untuk mencapai fungsi keluarga sebagai sumber kesehatan yang efektif, maka sangat penting bagi keluarga untuk terlibat dalam tim perawat kesehatan dan keseluruhan proses terapeutik. Selain itu, keluarga juga harus mampu mengambil keputusan dan menjadi manajer untuk masalah mereka.

6. Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai fungsi dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Freeman (1981) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan yaitu

a. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya

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.

b. 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 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 seyoganya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.

- c. Memerikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usinya yang lebih muda Perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau kepalayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
- d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- e. Mempertahankan hubungan timbale balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemamfaatan fasilitas kesehatan yang ada)

C. GAMBARAN PEMENUHAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA PADA PENDERITA KUSTA

TUGAS KELUARGA DALAM BIDANG KESEHATAN

Dewasa ini pembangunan di bidang kesehatan telah mengalami perkembangan yang begitu pesat, serta kesehatan sudah menjadi sebuah hal yang harus diutamakan dibandingkan dengan kebutuhan lainnya. Melihat kondisi yang demikian sudah seharusnya bukan hanya tenaga kesehatan saja yang menjadi penanggung jawab kesehatan, tetapi kesehatan merupakan tanggung jawab semua masyarakat. Siapapun masyarakat tersebut secara individu atau berkelompok mempunyai tanggung jawab yang sama besarnya dengan tenaga kesehatan terhadap upaya menciptakan terwujudnya kesehatan masyarakat itu sendiri.

Keluarga merupakan unit terkecil yang ada di masyarakat. Ini berarti keluarga merupakan kelompok yang secara langsung berhadapan dengan anggota keluarga selama 24 jam penuh. Menurut Mubarok (2007) peran keluarga adalah mampu mengenal masalah kesehatan, mampu membuat keputusan tindakan, mampu melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mampu memodifikasi lingkungan rumah, dan mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Setiadi (2008) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan yaitu:

1. Mengenal masalah kesehatan

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak berarti dan karena kesehatanlah seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan sehat dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung akan menjadi perhatian dari orang tua atau pengambil keputusan dalam keluarga (Suprajitno, 2004). Mengenal menurut Notoadmojo (2003) diartikan sebagai mengingat sesuatu yang mengen sudah dipelajari atau diketahui sebelumnya. Sesuatu tersebut adalah sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Dalam mengenal masalah kesehatan keluarga haruslah mampu mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya.

1. Mengetahui keluarga tentang pengertian penyakit dan sumber penularannya.
2. Mengetahui penyebab penyakit yang diderita oleh keluarga
3. Mengetahui gejala-gejala penyakit kusta yang diderita anggota keluarga
4. Mengetahui bahwa penyakit dapat diobati dan disembuhkan
5. Mengetahui keluhan yang dirasakan oleh anggota keluarga
6. Mengetahui bahwa penyakit bukan keturunan, kutukan dan guna-guna
7. Mengetahu tanda-tanda lain dari penyakit kusta.
8. Mengetahui bahwa keluhan penderita kusta sesuatu hal yang wajar

2. Memutuskan 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 seyoganya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga. Peran ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai keputusan untuk memutuskan tindakan yang tepat (Suprajitno, 2004) diantaranya

1. Merundingkan bersama-sama jika ada permasalahan mengenai penyakitnya
2. Percaya terhadap tenaga kesehatan dan mendapat informasi yang benar terhadap tindakan mengatasi masalah.
3. Memandang perlu untuk tidak mengisolasi penderita
4. Menemukan masalah yang dirasakan oleh penderita kusta
5. Menggunkan pengobatan tradisional
6. Merasa menyerah terhadap masalah yang dihadapi oleh anggota keluarga
7. Memilih untuk tempat rujukan dan perawatan.
8. Mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah yang diderita

3. Memberikan perawatan terhadap keluarga yang sakit

Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Beberapa keluarga akan membebaskan orang yang sakit dari peran atau tanggung jawabnya secara penuh. Pemberian perawatan secara fisik merupakan beban paling berat yang dirasakan keluarga menurut Friedman, (1998). Suprajitno (2004) menyatakan bahwa keluarga memiliki keterbatasan dalam mengatasi masalah perawatan keluarga. Dirumah keluarga memiliki kemampuan dalam melakukan pertolongan pertama. Untuk mengetahui dapat dikaji :

1. Memberikan pemenuhan kebutuhan anggota keluarga
 2. Memberikan perawatan sederhana
 3. Membantu merawat dalam perawatan diri bagian yang cacat.
 4. Memberikan fasilitas yang diperlukan
 5. Membantu melatih bila penderita bila penderita tidak mampu bergerak sendiri.
 6. Menemani disetiap waktu dan bertanggung jawab.
 7. Memperhatikan perkembangan anggota keluarga
 8. Memberikan informasi tentang keperawatan.
4. Mengetahui kemampuan usaha dan memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Merupakan suatu aspek dari fungsi keluarga yang menjadi persoalan khusus bagi perawat yang terpusat pada komunitas. Meskipun

lingkungan didefinisikan dalam berbagai cara, cara termudah untuk memikirkan lingkungan keluarga adalah apa saja yang ada diluar keluarga, termasuk lingkungan fisik yang paling dekat, dimana keluarga tersebut berada dan lingkungan sosial keluarga. Sebuah rumah dari keluarga amat sangat berarti bagi anggotanya karena rumah merupakan bagian dari identitas keluarga. “Rumah adalah tempat dimana segala sesuatu tidak asing dan tidak berubah, dimana orang menjaga perasaan memiliki otonomi dan kontrol (Rauckhorst et al, 1982). Mengetahui kemampuan usaha dan memodifikasi lingkungan dapat dikaji antara lain :

1. Keluarga mampu memperhatikan sanitasi lingkungan
2. Keluarga mampu melakukan perawatan diri dengan baik.
3. Keluarga mampu mengetahui tentang pentingnya sumber yang dimiliki disekitar rumahnya.
4. Memiliki ventilasi atau jendela agar penularan kusta tidak tertulari yang lainnya.
5. Keluarga mempunyai jadwal tugas-tugas setiap anggota keluarga dalam melakukan pembersihan rumah.
6. Keluarga mampu menciptakan lingkungan yang aman
7. Keluarga mampu melaksanakan upaya-upaya pencegahan penyakit.
8. Memasukkan cahaya sinar matahari kedalam rumah agar dapat membunuh kuman kusta.

5. Pemamfaatan menggunakan pelayanan kesehatan

Menurut Effendy (1998), pada keluarga tertentu bila ada anggota keluarga yang sakit jarang dibawa ke puskesmas tapi ke mantri atau dukun. Untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam memanfaatkan sarana kesehatan perlu dikaji tentang :

1. Fasilitas pelayan kesehatan yang dibutuhkan
2. Kemauan untuk memilih sendiri ke kefasilitas kesehatan
3. Menerima kehadiran petugas kesehatan
4. Kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan
5. Kemauan untuk berobat ke fasilitas kesehatan
6. Kepercayaan terhadap petugas kesehatan
7. Kemudahan dalam memberikan pelayanan kesehatan
8. Mamfaat dan keuntungan fasilitas pelayanan kesehatan.

Tenaga kesehatan dapat menjadi hambatan dalam usaha keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Hambatan yang dapat muncul terutama kamunikasi (Bahasa) yang kurang dimengerti oleh petugas kesehatan. Pengalaman yang kurang menyenangkan dari keluarga ketika berhadapan dengan petugas kesehatan ketika berhadapan dengan petugas kesehatan.