



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. M dan Tn.A YANG
ANGGOTA KELUARGANYA MENDERITA KUSTA DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KERUSAKAN INTEGRITAS
KULIT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PASIRIAN
KABUPATEN LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Avini Maulana
NIM 152303101071**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. M dan Tn.A YANG
ANGGOTA KELUARGANYA MENDERITA KUSTA DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KERUSAKAN INTEGRITAS
KULIT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PASIRIAN
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3)
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

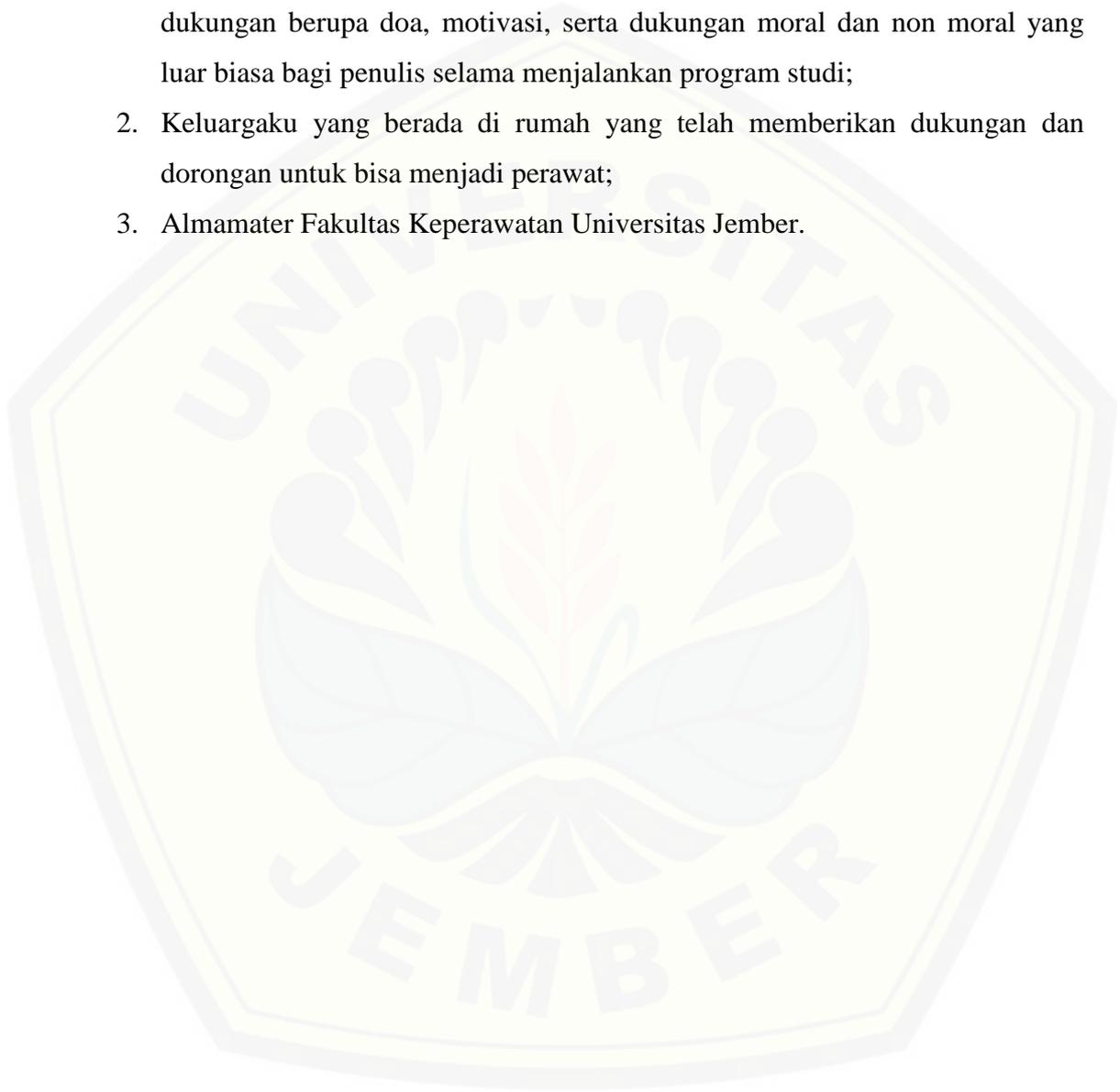
**Avini Maulana
NIM 152303101071**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

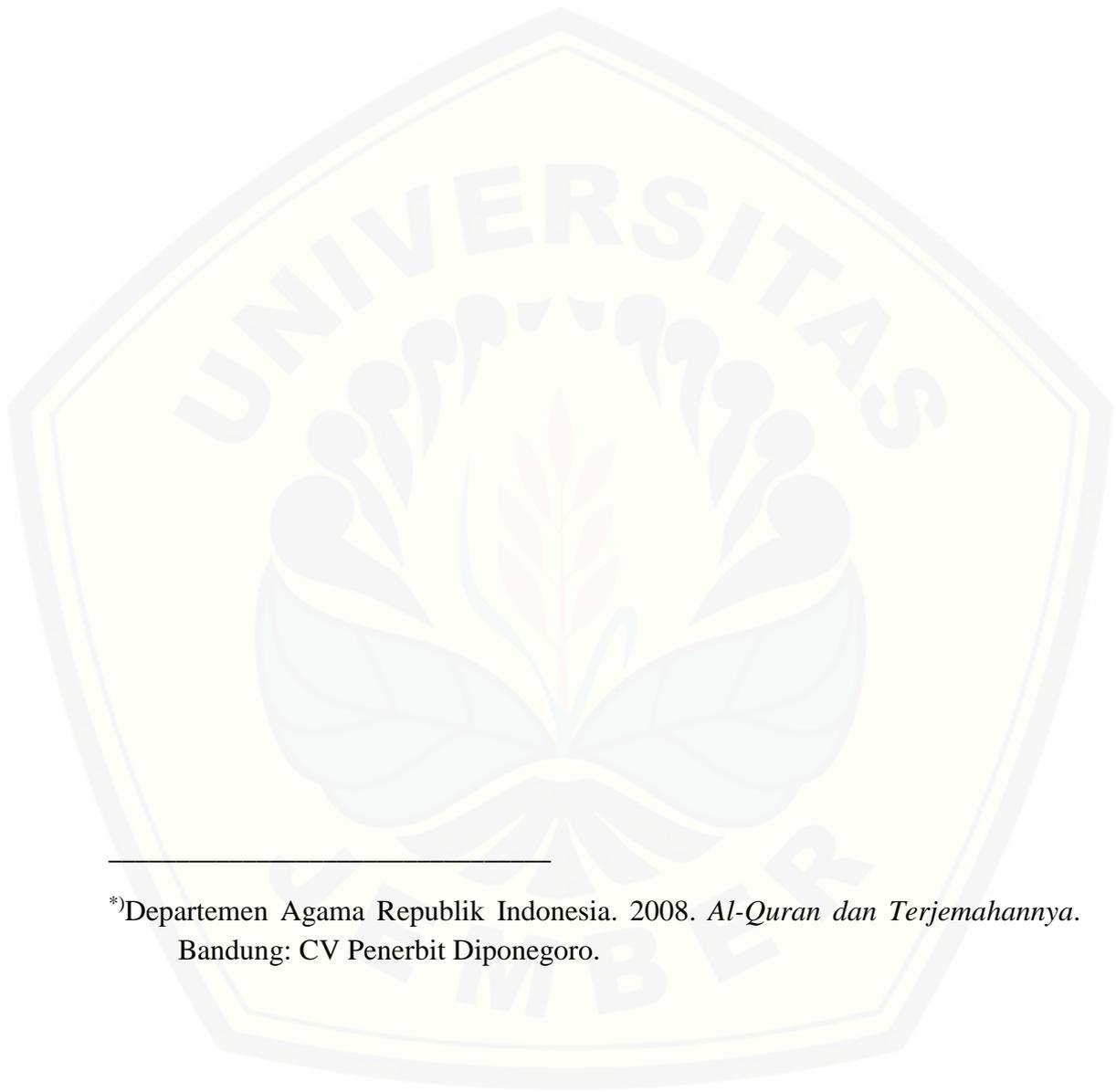
Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT, Laporan Tugas Akhir ini persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua dan keluarga tercinta yang telah memberi dukungan, baik dukungan berupa doa, motivasi, serta dukungan moral dan non moral yang luar biasa bagi penulis selama menjalankan program studi;
2. Keluargaku yang berada di rumah yang telah memberikan dukungan dan dorongan untuk bisa menjadi perawat;
3. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember.



MOTTO

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya”
(terjemahan QS. Al-Baqarah 2:286)^{*)}



^{*)}Departemen Agama Republik Indonesia. 2008. *Al-Quran dan Terjemahannya*. Bandung: CV Penerbit Diponegoro.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Avini Maulana

NIM : 152303101071

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. M Dan Tn. A yang Anggota keluarganya Menderita Kusta dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit di Wilayah Puskesmas Pasirian Tahun 2018” adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari tidak benar.

Lumajang, 10 Juli 2018

Yang menyatakan,

Avini Maulana
NIM 15230310171

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. M dan Tn.A YANG
ANGGOTA KELUARGANYA MENDERITA KUSTA DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KERUSAKAN INTEGRITAS
KULIT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PASIRIAN
KABUPATEN LUMAJANG
TAHUN 2018**

Oleh
Avini Maulana
NIM 152303101071

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Dr. Suhari, A.Per.Pen, MM.

PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. M dan Tn. A yang Anggota keluarganya Menderita Kusta dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit di Wilayah Puskesmas Pasirian Tahun 2018” ini telah diuji dan disahkan oleh Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 25 Juli 2017

Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Ketua Penguji



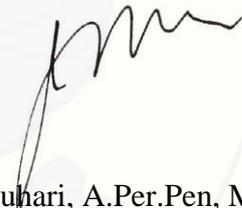
Zainal Abidin, S.Pd., M.Kes.
NIP 19800131 200801 1 007

Anggota Penguji I



Indriana Noor I. S.Kep., Ners, M.Kep
NIP 19720519 199703 2 003

Anggota Penguji II



Dr. Suhari, A.Per.Pen, MM.
NIP 19630302 198603 1 023

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi

D3 Keperawatan Universitas Jember



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.
NIP 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. M dan Tn. A Yang Anggota Keluarganya Menderita Kusta dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit di Wilayah Puskesmas Pasirian Tahun 2018; Avini Maulana; 152303101071; 2018; 100 halaman; Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks, masalah yang di maksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan kesehatan. Menurut WHO pada tahun 2014 melaporkan bahwa Indonesia menempati urutan ke-3 dalam jumlah kasus baru setelah India dan Brazil. Permasalahan penyakit kusta terutama menyerang saraf tepi, lapisan kulit dan organ tubuh lain kecuali susunan saraf pusat yang apabila tidak didiagnosis dan diobati secara dini dapat menimbulkan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit.

Tujuan penulisan ini adalah mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. M dan Tn. A Yang Anggota Keluarganya Menderita Kusta dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit di Wilayah Puskesmas Pasirian Tahun 2018. Desain yang digunakan pada penyusunan tugas akhir ini adalah laporan kasus. Pengumpulan data dilakukan terhadap dua keluarga yang salah satu anggota keluarga mengalami kusta yang memenuhi kriteria partisipan, dengan teknik wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Intervensi yang direncanakan untuk partisipan adalah tindakan kognitif, psikomotor dan afektif dengan fokus utama perawatan diri : kaki.

Implementasi yang dilakukan oleh penulis adalah perawatan kaki dengan cara 3 M yaitu Merendam kaki dengan air biasa, Menggosok kaki yang mengalami penebalan kulit dengan menggunakan batu (batu apung), Mengeringkan dengan handuk lalu oleskan minyak kelapa pada kulit yang kering supaya lembab dengan waktu 3 kali kunjungan dalam sehari 20-30 menit. Hasil tindakan yang dilakukan kepada kedua anggota keluarga yang mengalami kerusakan integritas kulit menunjukkan penurunan sehingga tujuan tercapai sebagian.

Dari hasil tersebut, kerusakan integritas kulit akan menunjukkan hasil lebih optimal jika dilakukan secara perlahan dan berulang-ulang. Oleh karena itu, kepada peneliti selanjutnya diharapkan kegiatan perawatan diri : kaki dilakukan dengan frekuensi lebih dari 1 kali sehari untuk mengurangi kerusakan integritas kulit. Kepada keluarga juga di harapkan melakukan perawatan kaki secara rutin kepada anggota keluarga yang mengalami kusta.

SUMMARY

Family Nursing Care Mr. M and Mr. A Family Members Suffer Damage Leprosy with Nursing Issues in Regional Health Center Skin Integrity Pasirian 2018; Avini Maulana; 152303101071; 2018; 100 pages; Study Program D3 Nursing Lumajang, Jember University Campus

Leprosy is one of the infectious diseases that pose a very complex problem, a problem that the intent is not only in terms of medical treatment but extends to social, economic, cultural, security and health. According to the WHO in 2014 reported that Indonesia ranks third in the number of new cases after India and Brazil. Problems Leprosy mainly affects the peripheral nerves, the skin layer and other organs except the central nervous system which, if not diagnosed and treated early can cause damage to skin integrity nursing problems.

The purpose of this paper is to explore Family Nursing Mr. M and Mr. A Family Members Suffer Damage Leprosy with Nursing Issues in Regional Health Center Skin Integrity Pasirian Year 2018. The design used in the preparation of this thesis is a case report. Data collection was conducted on two families in which one member of a family affected by leprosy who meet the criteria of the participants, by interview, observation and documentation. Interventions are planned for participants is an act of cognitive, psychomotor and affective self-care with a primary focus: the foot.

Implementasii conducted by the authors is the treatment of the foot by 3 Mie Soak feet in cold water, rubbing the foot of thickened skin with a stone (pumice), Dry with a towel and then apply coconut oil on dry skin so moist with a time of 3 times visits a day 20-30 minutes. The result of the action taken to the family members who suffered damage to skin integrity showed decreased so that objectives are achieved in part.

From these results, damage to skin integrity will show more optimal results if done slowly and repeatedly. Therefore, further research is expected to self-care activities: foot performed with a frequency of more than 1 times a day to reduce damage to skin integrity. Families are also expected to perform routine foot care to a family member who had leprosy.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. M Dan Tn. A yang Anggota Keluarganya Menderita Kusta dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit di Wilayah Puskesmas Pasirian Tahun 2018” ini dapat terselesaikan dengan baik. Karya Tulis Ilmiah ini di susun sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini saya menyampaikan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan tepat waktu. Adapun ucapan terima kasih, saya sampaikan kepada:

1. Bapak Drs. Moh. Hasan, M.Sc, Ph.D selaku Rektor Universitas Jember.
2. Ibu Lantin Sulistyorini, S.Kep., Ners., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember.
4. Ibu Rizeki Dwi Fibriansari, S.Kep. Ners. M.Kep. selaku pembimbing akademik.
5. Dr. Suhari. A.Per.Pen. MM selaku pembimbing Laporan Tugas Akhir.
6. Bapak Zainal Abidin, S.Pd., M.Kes dan Ibu Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ners., M.Kep. selaku penguji di persidangan tugas akhir.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna bagi pembaca, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang. Penulis juga berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Lumajang, 10 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN SAMPUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN/ SUMMARY	viii
PRAKATA	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Penyakit	5
2.1.1 Pengertian	5
2.1.2 Etiologi	5
2.1.3 Cara Penularan Kusta	6
2.1.4 Patofisiologi	6
2.1.5 Tanda dan Gejala	8
2.1.6 Gejala Singkat Penyakit	8
2.1.7 Klasifikasi Kusta	9
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	11
2.1.9 Penatalaksanaan Kusta	14
2.1.10 Derajat Cacat Kusta	15
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga	15
2.2.1 Data Pengkajian Keluarga	15
2.2.2 Pemeriksaan Fisik	28
2.2.3 Perumusan Diagnosa Keperawatan Keluarga	28
2.2.4 Intervensi Keperawatan Keluarga	32
2.2.5 Implementasi atau Tindakan Keperawatan	35
2.2.6 Evaluasi Keperawatan Keluarga	35
BAB 3 METODE KEPERAWATAN	37
3.1 Desain Penulisan	37
3.2 Batasan Istilah	37
3.3 Partisipan	37
3.4 Lokasi dan Waktu	38
3.5 Pengumpulan Data	38

3.6 Uji Keabsahan Data	39
3.7 Analisis Data	39
3.8 Etika Penulisan	40
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	40
4.1 Gambaran Lokasi Penulisan	40
4.2 Hasil Dan Pembahasan Asuhan Keperawatan	40
4.2.1 Pengkajian	40
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	61
4.2.3 Intervensi Keperawatan	68
4.2.4 Implementasi Keperawatan	71
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	71
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	78
5.1 Kesimpulan	78
5.1.1 Pengkajian Keperawatan	78
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	78
5.1.3 Intervensi Keperawatan	79
5.1.4 Implementasi Keperawatan	79
5.1.5 Evaluasi Keperawatan	79
5.2 Saran.....	80
DAFTAR PUSTAKA	81

DAFTAR GAMBAR

4.1 Genogram Klien 1 dan Klien 243
4.2 Denah Rumah Klien 1 dan Klien 252

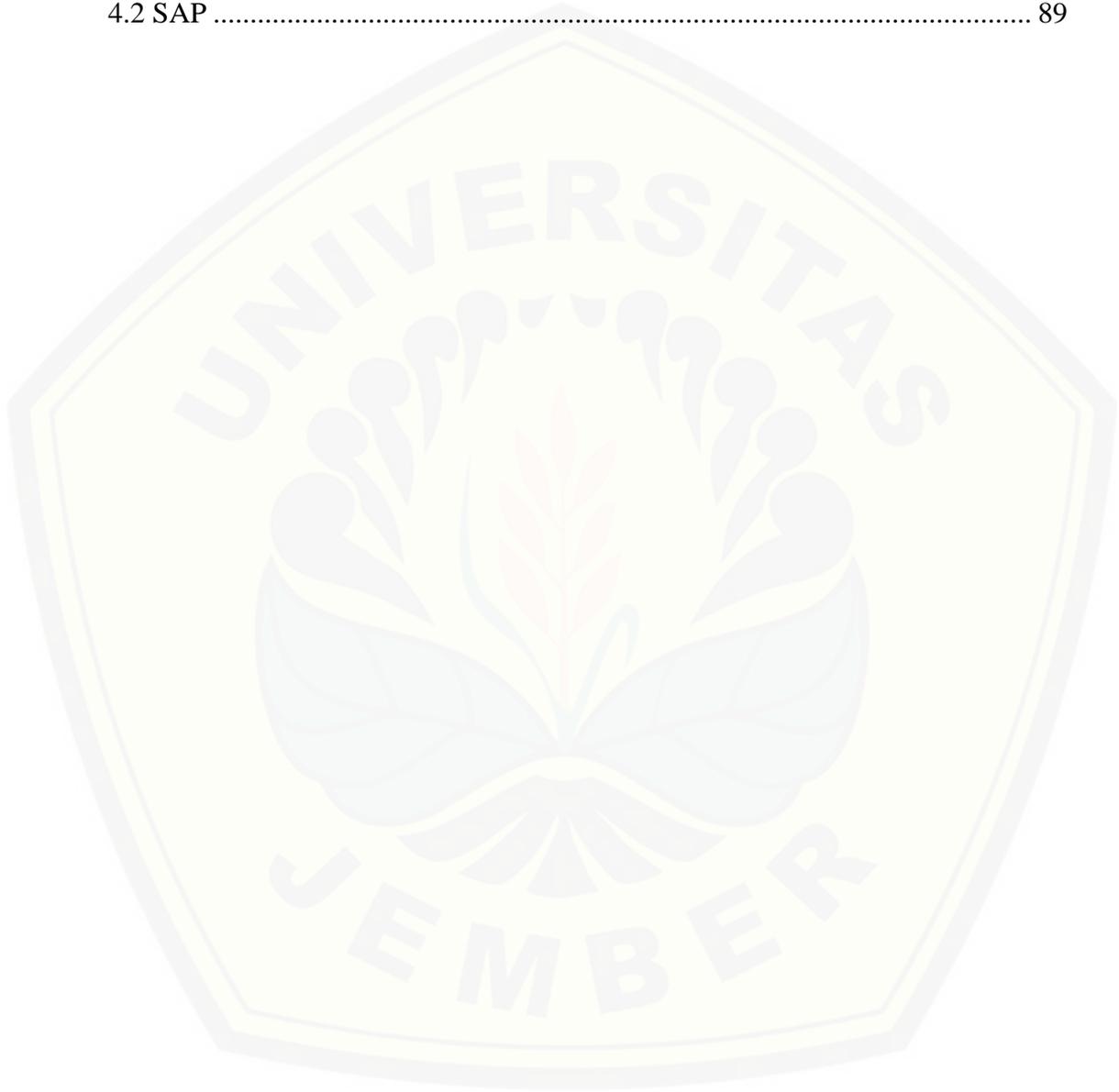


DAFTAR TABEL

2.1 Klasifikasi Penyakit kusta berdasarkan skala Ridley dan Jopling	9
2.2 Klasifikasi Kusta PB dan MB berdasarkan WHO	10
2.3 Klasifikasi Kusta PB dan MB menurut P2MPLP	11
2.4 Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga	30
2.5 Format Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga	34
4.1 Identitas Kepala Keluarga	42
4.2 Komposisi Keluarga	43
4.3 Type Keluarga	45
4.4 Suku Bangsa	46
4.5 Agama dan Kepercayaan	46
4.6 Status Sosial Ekonomi	47
4.7 Aktivitas Rekreasi	47
4.8 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	48
4.9 Riwayat masing-masing Anggota Keluarga	49
4.10 Karakteristik Rumah	50
4.11 Struktur Keluarga	53
4.12 Fungsi Keluarga	54
4.13 Stress dan Koping Keluarga	56
4.14 Keadaan Gizi Keluarga	57
4.15 Pemeriksaan Fisik	57
4.16 Harapan Keluarga	60
4.17 Analisa Data Klien 1	61
4.18 Analisa Data Klien 2	62
4.19 Skoring Scoring Kerusakan Integritas Kulit Pada Klien 1	63
4.20 Skoring Risiko Cedera Pada Klien 1	64
4.21 Skoring Potensial Peningkatan Status Kesehatan Pada Klien 1	64
4.22 Skoring Kerusakan Integritas Kulit Pada Klien 2	65
4.23 Skoring Risiko Cidera Pada Klien 2	65
4.24 Skoring (potensial lingkungan rumah yang bersih) Pada Klien 2	66
4.25 Intervensi Keperawatan pada Keluarga Klien 1	68
4.26 Intervensi Keperawatan pada Keluarga Klien 2	68
4.27 Implementasi dan Evaluasi (Kunjungan Pertama) Keluarga Klien 1	80
4.28 Implementasi dan Evaluasi (Kunjungan Kedua) Keluarga Klien 1	71
4.29 Implementasi dan Evaluasi (Kunjungan Ketiga) Keluarga Klien 1	72
4.30 Implementasi dan Evaluasi (Kunjungan Pertama) Keluarga Klien 2	73
4.31 Implementasi dan Evaluasi (Kunjungan Kedua) Keluarga Klien 2	74
4.32 Implementasi dan Evaluasi (Kunjungan Ketiga) Keluarga Klien 2	75

DAFTAR LAMPIRAN

3.1 <i>Informed Consent</i>	83
3.2 Jadwal Penulisan	85
3.3 Surat Pengambilan Data	86
3.4 Surat Bakesbangpol	88
4.2 SAP	89



BAB 1.PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks, masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan kesehatan. Penyakit kusta pada umumnya terdapat di negara-negara yang sedang berkembang sebagai akibat keterbatasan kemampuan Negara tersebut dalam memberikan pelayanan yang memadai dalam bidang kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan sosial ekonomi pada masyarakat (Kemenkes RI, 2012 : 1).

Permasalahan penyakit kusta yang sangat kompleks terkait dengan kehidupan klien kusta yang terjadi secara fisik penyakit kusta terkait dengan lesi pada kulit dan kecacatan fisik. Permasalahan psikologis kusta akan mengakibatkan gangguan interaksi sosial pada penderitanya akibat pandangan yang negatif dari masyarakat terkait penyakit kusta. Permasalahan sosial muncul akibat ketakutan pada klien kusta di komunitas (*leprophobia*), kurangnya pengetahuan, sosialisasi pada masyarakat, dan adanya stigma, sehingga menyebabkan rendahnya peran serta masyarakat dalam pemberantasan kusta dan setiap tahunnya masih terus ditemukan penderita baru (Suryanda, 2007 dalam Susanto, 2013).

WHO pada tahun 2014 melaporkan bahwa Indonesia menempati urutan ke-3 dalam jumlah kasus baru setelah India dan Brazil. Data yang diperoleh dari Pusat Data dan Informasi mengenai Profil Kesehatan Indonesia menunjukkan prevalensi kusta berkisar antara 0,79 hingga 0,96 per 10.000 (Orientari, 2015). Pada tahun 2015 di Indonesia dilaporkan 17.202 kasus baru kusta dengan 84,5% kasus di antaranya merupakan tipe *Multi Basiler* (MB). Sedangkan menurut jenis kelamin, 62,7% penderita baru kusta berjenis kelamin laki-laki dan sebesar 37,3% lainnya berjenis kelamin perempuan (Profil kesehatan, 2015 : 175).

Penemuan penderita baru kusta di Jawa Timur masih tinggi. Propinsi Jawa Timur menempati urutan ketujuh di Indonesia dengan 35% jumlah penderita kusta nasional berada di Jawa Timur (Dinkes Sumenep dalam Susanto, 2013 : 11). Kasus baru kusta menurut jenis kelamin, kecamatan, dan puskesmas di Kabupaten Lumajang Tahun 2014 masih terlalu tinggi dengan jumlah kasus baru kusta

diantaranya merupakan tipe *Multi Basiler* (MB) dan tipe *Pausi Basiler* (PB), penderita baru kusta berjenis kelamin laki-laki sebesar 45% dan perempuan sebesar 55% tipe *Pausi Basiler* (PB), dan penderita kasus baru kusta tipe *Multi Basiler* (MB) berjenis kelamin laki-laki sebesar 60,53% dan perempuan 39,47% (Profil Kesehatan Lumajang, 2014). Dari studi pendahuluan yang dilakukan penulis di Puskesmas Pasirian terdapat 57 Penderita kusta tipe *Multi Basiler* (MB) dan *Pausi Basiler* (PB), penemuan penderita kusta baru di kabupaten Lumajang Puskesmas Pasirian menempati urutan ke 8 pada tahun 2014-2015.

Masalah epidemiologi masih belum terpecahkan, cara penularan belum diketahui pasti hanya berdasarkan anggapan klasik yaitu melalui kontak langsung antar kulit yang lama dan erat. Anggapan kedua ialah secara inhalasi, sebab *Mycobacterium leprae* masih dapat hidup beberapa hari dalam *droplet*. Masa tunas sangat bervariasi, antara 4 hari sampai 40 tahun, umumnya beberapa tahun, rata-rata 3-5 tahun. Penyebaran penyakit kusta dari satu tempat ke tempat lain sampai tersebar di seluruh dunia, tampaknya di sebabkan oleh perpindahan penduduk yang terinfeksi penyakit tersebut (Wisnu, 2015 : 87).

Kusta termasuk penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* yang ditularkan melalui saluran nafas dan menyerang saraf tepi, kulit serta organ tubuh lain kecuali saraf pusat. Seseorang yang menderita kusta akan memiliki tanda-tanda khas pada saat dilakukan pemeriksaan klinis seperti kelainan kulit yang dapat berupa hipopigmentasi (bercak putih seperti panu), bercak eritema (kemerahan), infiltrat (penebalan kulit), nodul (benjolan), berkurang sampai hilang rasa pada kelainan kulit tersebut, dan penebalan syaraf tepi karena adanya Bakteri Tahan Asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (Rahayu, Desi Ariyana, 2011). Penderita kusta akan mengalami gangguan fungsi saraf tepi seperti sensorik motorik, dan otonom. Rusaknya fungsi sensorik akan menyebabkan terjadinya luka pada tangan dan kaki. Rusaknya fungsi otonom akan berakibat terjadinya gangguan pada kelenjar keringat, kelenjar minyak dan gangguan sirkulasi darah sehingga kulit menjadi kering, menebal, mengeras, dan pecah-pecah. Sehingga pasien dapat mengalami masalah keperawatan kerusakan integritas kulit. Masalah ini apabila tidak segera diatasi maka akan merusak fungsi motorik sehingga akan mengakibatkan lemah atau lumpuhnya otot kaki dan

tangan, jari-jari tangan atau kaki menjadi bengkok. Oleh karena itu kerusakan integritas kulit pada pasien kusta perlu mendapatkan perawatan yang khusus dan segera di atasi agar tidak menjadi masalah yang lebih serius.

Berkaitan dengan masalah ini, upaya yang dapat dilakukan keluarga yaitu diharapkan dapat menjadi suatu sistem yang dapat memberikan dukungan dalam terbentuknya perawatan kesehatan yang berkelanjutan dalam membantu penderita kusta, bukan hanya memberikan perawatan secara fisik tetapi juga perawatan secara psikologis dan sosial yang akan membentuk suatu sistem mekanisme coping yang sehat bagi penderita kusta dan mengurangi masalah psikososial yang timbul di masyarakat (Rahayu, Desi Ariyana, 2011). Adapun intervensi keperawatan yang bisa dilakukan pada klien kusta dalam tatanan keluarga yang mengalami kerusakan integritas kulit adalah keluarga mampu mengenali penyakit kusta dan keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang mengalami kerusakan integritas kulit.

Tugas petugas kesehatan baik tenaga medis maupun perawat, terutama tugas sebagai perawat komunitas adalah sebagai konselor diharapkan mampu membantu permasalahan klien. Mengingat pengobatan penyakit kusta memerlukan waktu yang lama dan kepatuhan, sehingga di perlukan program promosi kesehatan dalam bentuk sosialisasi *door to door* dalam rangka memberikan pemahaman, pengertian dan menumbuhkan ketaatan penderia kusta untuk melakukan perawatan diri secara teratur, minum obat, dan menjaga kebersihan diri. Perawat juga dapat memberikan pengawasan terhadap proses pengobatan penderita kusta dan dapat memberikan dorongan serta motivasi kepada klien ke arah pemecahan masalah. Dukungan perawat di harapkan dapat meningkatkan rasa percaya diri pada klien, sehingga klien mampu menerima kondisi penyakit kusta yang di alami.

Adapun alasan dari latar belakang di atas sehingga penulis tertarik untuk mengambil judul yaitu “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. M dan Tn. A yang Anggota keluarganya Menderita Kusta dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit di Wilayah Puskesmas Pasirian Tahun 2018”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. M dan Tn. A yang Anggota keluarganya Menderita Kusta dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit di Wilayah Puskesmas Pasirian Tahun 2018?

1.3 Tujuan Penulisan

Tujuan dari penulisan ini adalah mengeksplorasi asuhan keperawatan keluarga dengan anggota keluarga menderita kusta dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Membuka wawasan yang lebih luas pada perawat tentang penyakit kusta dan pengobatannya sehingga program pemerintah khususnya pada penyakit kusta dapat berjalan dengan baik.

1.4.2 Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi profesi dalam memberikan perawatan pada penderita kusta dengan memperhatikan factor psikologi dan sosialnya.

1.4.3 Bagi Pasien Penderita Kusta

Dapat digunakan sebagai masukan untuk meningkatkan coping kepada penderita kusta sehingga dapat menjalankan aktivitas dengan normal.

1.4.4 Bagi keluarga penderita

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan pengetahuan untuk keluarga penderita agar dapat memberikan perawatan keluarga yang komprehensif pada penderita kusta baik bio, psiko, sosial dan spiritual.

1.4.5 Bagi Perawat dan Petugas kesehatan

Dapat digunakan sebagai acuan untuk memberikan pelayanan yang lebih baik pada pasien guna meningkatkan konsep diri pasien.

BAB 2. TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Kusta

2.1.1 Pengertian

Kusta merupakan penyakit infeksi yang kronik, dan penyebabnya ialah *Mycobacterium leprae* yang bersifat intraselular obligat. Saraf perifer sebagai afinitas pertama, lalu kulit dan mukosa traktus respiratorius bagian atas, kemudian dapat ke organ lain kecuali susunan saraf pusat (Wisnu, 2015 : 87).

Penyakit kusta (Morbus hansen) adalah suatu penyakit infeksi menahun akibat bakteri tahan asam yaitu *Mycobacterium leprae* yang secara primer menyerang saraf tepi dan secara sekunder menyerang kulit serta organ lainnya. Penyakit kusta adalah penyakit kronis yang dapat menimbulkan masalah kecacatan (Susanto, 2013).

Kusta adalah penyakit menular yang banyak menyerang kulit dan syaraf. Kusta dapat menyebabkan gangguan pada kulit, mati rasa, dan kelumpuhan pada tangan dan kaki. Selain itu kusta dapat menyerang sistem pernapasan atas, mata, dan membran selaput lendir. Kusta dapat menular melalui percikan dahak (Dinkes Kabupaten Lumajang, 2014 : 32).

2.1.2 Etiologi

Penyakit Lepra atau penyakit Hansen disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*. Bakteri ini mengalami proses pembelahan cukup lama antara 2–3 minggu. Daya tahan hidup kuman kusta mencapai 9 hari di luar tubuh manusia. Kuman kusta memiliki masa inkubasi 2–5 tahun bahkan juga dapat memakan waktu lebih dari 5 tahun (Kemenkes RI, 2015 : 175).

Penyebab penyakit kusta adalah bakteri *Mycobacterium leprae* yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-8 mikron, lebar 0,2-0,5 mikron, biasanya berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel, dan bersifat tahan asam (BTA). Penyakit kusta bersifat menahun karena bakteri kusta memerlukan waktu 12-21 hari untuk membelah diri dan masa tunasnya rata-rata 2-5 tahun. Penyakit kusta dapat ditularkan kepada orang lain melalui saluran pernapasan dan kontak kulit (Widoyono, 2011).

2.1.3 Cara penularan kusta

Kuman kusta mempunyai masa inkubasi rata-rata 2-5 tahun, akan tetapi dapat juga bertahun-tahun. Penularan terjadi apabila *Mycobacterium leprae* yangutuh (hidup) keluar dari tubuh pasien dan masuk ke dalam tubuh orang lain. Secara teoritis penularan ini dapat terjadi dengan cara kontak yang lama dengan pasien. Pasien yang sudah minum obat MDT tidak menjadi sumber penularan kepada orang lain. Sampai saat ini hanya manusia satu-satunya yang di anggap sebagai sumber penularan walaupun kuman kusta dapat hidup pada armadillo, simpanse dan pada telapak kaki tikus yang tidak mempunyai kelenjar thymus (*athymic nude mouse*).Kuman kusta banyak di temukan di mukosa hidung manusia.Telah terbukti bahwa saluran napas bagian atas dari pasien tipe lepromatosa merupakan sumber kuman. Menurut teoritis cara masuknya kuman ke dalam tubuh adalah melalui pernapasan bagian atas dan melalui kontak kulit (Kemenkes RI, 2012 : 9).

2.1.4 Patofisiologi (Cotran, 2009)

Mycobacterium leprae adalah organisme tahan asam intrasel yang sangat sulit tumbuh dalam biakan, tetapi dapat ditumbuhkan dalam almadilo (trenggileng), kuman ini tumbuh lebih lambat dari pada mikobakterium lain dan tumbuh paling subur pada suhu 320C sampai 340C, yakni suhu kulit manusia dan suhu tubuh inti armadilo, seperti M. Tuberkulosis *Mycobacterium lepra* tidak mengeluarkan toksin, dan virulensinya didasarkan pada sifat dinding selnya. Dinding selnya cukup mirip dengan dinding M. Tuberkulosis sehingga imunisasi dengan basil Calmette – Guerin sedikit banyak memberi perlindungan terhadap infeksi *Mycobacterium leprae*. Imunitas seluler tercermin oleh reaksi hipersensitivitas tipe lambat terhadap penyuntikan ekstrak bakteri yang disebut lepromin kedalam dermis.

Pada sebagian kasus, terbentuk antibodi terhadap respon antigen *Mycobacterium leprae*. Antibodi ini biasanya tidak bersifat protektif, tetapi dapat membentuk kompleks imun dengan gen antigen bebas yang dapat menyebabkan eritema nodosum, vaskulitis dan glomerulonefritis.

Kusta tuberkuloid berawal dari lesi lokal yang mula – mula datar dan merah, tetapi kemudian membesar dan membentuk ireguler disertai indurasi, peninggian, tepi hiperpigmentasi dan bagian tengah yang pucat dan cekung (penyembuhan disentral).Kelainan saraf mendominasi gambaran kusta tuberkuloid. Saraf terbungkus oleh reaksi peradangan granulomatosa dan, jika cukup kecil (misalnya cabang perifer), akan mengalami kerusakan. Degenerasi saraf menyebabkan anastesi kulit serta atrofi kulit dan otot menyebabkan pasien mudah mengalami trauma di bagian yang terkena, disertai kulit pembentukan ulkus kulit indolen. Dapat terjadi kontraktur, paralisis dan autoamputasi jari tangan atau kaki.Kelainan saraf wajah dapat menyebabkan paralisis kelopak mata, disertai keratitis dan ulkus kornea.Pada pemeriksaan mikroskopik, semua lesi memperlihatkan lesi granulotoma mirip dengan lesi yang ditemukan pada tuberkulosis, dan basil hampir tidak pernah ditemukan.Adanya granuloma dan ketiadaan bakteri mencerminkan imunitas sel T yang kuat.Karena kusta memperlihatkan perjalanan penyakit yang sangat lambat, hingga berpuluh – puluh tahun, sebagian besar pasien meninggal bersama kusta dan bukan disebabkan olehnya.

Kusta lepramatososa mengenai kulit, saraf perifer, kamera anterior mata, saluran napas atas (hingga laring), testis, tangan dan kaki.Organ vital dan susunan saraf pusat jarang terkena, mungkin karena suhu inti tubuh terlalu tinggi untuk tumbuhnya *Mycobacterium leprae*.lesi lepramatososa mengandung agregat magrofat penuh lemak (sel kusta), yang sering terisi oleh masa basil tahan asam. Kegagalan menahan infeksi membentuk granuloma mencerminkan rendahnya respon TH1.Terbentuk lesi makuler, papular, noduler diwajah, telinga, pergelangan tangan, siku dan lutut.Seiring dengan perkembangan penyakit, lesi nodular menyatu untuk menimbulkan fasies leonina (“muka singa”) yang khas.sebagian besar lesi kulit hipoestetik atau anestetik.Lesi dihidung dapat menyebabkan peradangan persisten dan pembentukan duh yang penuh basil.Saraf perifer, terutama nervus ulnaris dan peroneus dibagian yang dekat kulit, diserang mikobakteri disertai reaksi peradangan minimal.Hilangnya sensibilitas dan kelainan – kelainan trofik ditangan dan kaki mengikuti lesi saraf.Kelenjar limfe memperlihatkan agregat magrofat berbusa didaerah parakorteks (sel T), disertai

pembesaran sentrum germinativum, pada penyakit tahap lanjut, agregat magrofag juga terbentuk di pulpa merah limpa dan hati. Testis biasanya banyak mengandung basil, disertai dektruksi tubulus seminiferus dan sterilitas.

2.1.5 Tanda dan Gejala (Widoyono , 2011)

Tiga gejala utama (cardinal sign) penyakit kusta adalah:

- a. Makula hipopigmentasi atau anestesi pada kulit
- b. Kerusakan syaraf perifer
- c. Hasil pemeriksaan laboratorium dari kerokan kulit menunjukkan BTA positif.

2.1.6 Gejala Singkat Penyakit

Lesi di bawah dengan bercak putih bersisik halus pada bagian tubuh, tidak gatal kemudian membesar dan meluas, jika saraf sudah terkena, penderita mengesuh kesemutan/baal pada bagian tertentu ataupun kesukaran mengerjakan anggota badan yang berlanjut dengan kekakuan sendi. Rambut alis pun dapat rontok(Siregar, 2015 : 156).

Departemen Kesehatan RI (2006) menyatakan bahwa untuk menetapkan diagnosis penyakit kusta perlu dicari tanda-tanda utama atau *cardial sign* yaitu :

- a. Lesi (kelainan) kulit mati rasa, kelainan kulit/lesi dapat berbentuk bercak keputih-putihan (*hypopigmentasi*) atau kemerah-merahan (*erythematous*) yang mati rasa(Susanto, 2013 : 23).
- b. Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf, gangguan fungsi saraf ini merupakan akibat dari peradangan kronis saraf tepi (*neuritis perifer*). Gangguan fungsi saraf ini berupa gangguan fungsi sensoris, gangguan fungsi motoris, gangguan fungsi otonom. Gangguan fungsi sensoris merupakan gangguan yang ditandai dengan keadaan mati rasa. Gangguan fungsi motoris merupakan gangguan yang ditandai dengan kelemahan otot (*parase*), atau kelupuhan (*paralise*), sedangkan gangguan fungsi otonom merupakan gangguan yang ditandai dengan kulit kering dan retak-retak(Susanto, 2013 : 23).
- c. Adanya bakteri tahan asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (BTA positif). Seseorang dinyatakan sebagai penderita kusta bilamana terdapat satu dari tanda-tanda utama di atas(Susanto, 2013 : 23).

2.1.7 Klasifikasi Kusta

Klasifikasi penyakit kusta oleh Burns et al (2010) yang berdasar skala Ridley dan Jopling adalah tipe TT (*tuberculoid*), BT (*borderline tuberculoid*), BB (*Mid Borderline*), BL (*Border line Lepromatous*), dan LL (*lepromatosa*). Klasifikasi tersebut didasarkan pada status imunologi penderita kusta. Berikut adalah gambar spectrum dan tipe kusta (Susanto, 2013).

AIFO (*associazione italiana amici di Raoul follereau*) tahun 2004 menjelaskan bahwa kusta muncul dengan gejala klinis yang berbeda. Pada kusta jenis *tuberculoid* ditandai dengan karakteristik resistensi yang tinggi dan rendahnya jumlah bakteri, sedangkan pada kusta jenis *lepromatosa* ditandai dengan rendahnya resistensi dan tingginya jumlah bakteri. Diantara kedua ujung spectrum seperti pada gambar 2.1 terdapat tanda yang menunjukkan adanya penurunan resistensi dan peningkatan jumlah bakteri pada tubuh, sehingga memunculkan jenis *borderline tuberculoid*, *mild borderline*, dan *borderline lepromatous*. James et al (2011) menambahkan bahwa penyakit kusta diklasifikasikan dengan skala ridley dan jopling berdasarkan pada kondisi klinis, bakteriologis, imunologi, dan histopatologi. Tabel di bawah ini akan menjelaskan tentang perbedaan dari masing – masing klasifikasi penyakit kusta (Susanto, 2013).

Tabel 2.1 Klasifikasi penyakit kusta berdasarkan skala Ridley dan Jopling

	Tuberculoid (TT)	Bordeline tuberculoid (BT)	Borderline (BB)	Bordeline lepromatous (BL)	Lepromatous (LL)
Lesi	1 - 3	Sedikit	Sedikit banyak atau dan asimetris	Banyak	Banyak dan simetris
Basil Smear Tes Lepro min	0	1 +	2 +	3+	4 +
Histologi	Sel epitel berkurang kerusakan saraf.		Peningkatan histiocytes, sel busa, granuloma,		
	Tuberculoid (TT)	Bordeline tuberculoid (BT)	Borderline (BB)	Bordeline lepromatous (BL)	Lepromatous (LL)
	sarcoid seperti granuloma.		seperti xanthoma.		

Sumber: Andrew's disease of the skin : klinical dermathology : halaman 343

Ridley & Jopling (1966) dalam Burns (2007) dalam Susanto (2010) menjelaskan bahwa gambaran kulit pada kusta tipe borderline (BB) adalah *erythematous* dan /atau *hypopigmentasi macules* atau *plaques* yang banyak (multiple) dengan bentuk wujud yang berbentuk gelang (*annular configurations*). Gambaran klinis kulit pada kusta *borderline lepromatous* (BL) adalah kulit berkilauan (*numerous shiny*), macula kemerahan (*erythematous macules*), dan nodules, serta umumnya lesi ditemukan *simetris bilateral*. Gambaran klinis kulit untuk kusta jenis *lepromatous* (LL) adalah mulai adanya lesi yang menetap dalam jumlah banyak dan berkilauan, *erythematous macules* atau *papules* yang akan berkembang menjadi *nodularity*, dan lesi umumnya simetris bilateral (Susanto, 2013).

Departemen kesehatan RI (2006) dan WHO (1982) membagi tipe kusta menjadi tipe *paucibacillary* (PB) dan *multibacillary* (MB). Perbedaan dari kedua tipe tersebut dapat dilihat pada tabel 2.2 dan tabel 2.3. dasar dari klasifikasi ini adalah gambaran klinis dan hasil pemeriksaan BTA *skin smear* (Depkes RI, 2006).

Tabel 2.2 Klasifikasi kusta PB dan MB berdasarkan WHO

No		Tipe PB	Tipe MB
1	Lesi kulit (macula datar, papula yang meninggi, nodus)	a. 1 – 5 lesi b. Hipopigmentasi/eritmia c. Distribusi tidak simetris d. Hilangnya sensasi yang jelas \\\	a. Lebih 5 lesi. b. Distribusi lebih simetris c. Hilangnya sensasi
2	Kerusakan saraf (menyebabkan hilangnya sensasi/ kelemahan otot yang dipersarafi oleh saraf yang terkena)	Hanya satu cabang saraf	Banyak cabang saraf.

Sumber :(Susanto, 2013).

Perbedaan tipe penyakit kusta antara PB dan MB menurut P2MPLP dijelaskan pada tabel 2.3 di bawah ini.

Tabel 2.3 Klasifikasi kusta PB dan MB menurut P2MPLP

No	Kelainan kulit dan Hasil Pemeriksaan Bakteriologis	Tipe PB	Tipe MB
	Bercak (makula):		
1	1. Jumlah	1. 1 – 5	1. Banyak
	2. Ukuran	2. Kecil dan besar	2. Kecil – kecil
	3. Distribusi	3. Unilateral atau bilateral asimetris.	3. Bilateral. Simetris
	4. Permukaan	4. Kering dan kasar	4. Halus berkilat.
	5. Batas	5. Tegas	5. Kurang tegas
	6. Gangguan sensibilitas	6. Selalu ada dan jelas	6. Biasanya tidak jelas jika ada, terjadi pada yang sudah lanjut.
	7. Kehilangan kemampuan berkeringat, rambut rontok pada bercak.	7. Bercak tidak berkeringat, ada bulu rontok pada bercak.	7. Bercak masih berkeringat, bulu tidak rontok.
2	Infiltrate :		
	1. Kulit	1. Tidak ada	1. Kadang – kadang ada
	2. Membrana mukosa (hidung tersumbat pendarahan di hidung)	2. Tidak pernah ada	2. Ada, kadang – kadang tidak ada.
3	Nodulus	Tidak ada	Kadang – kadang ada
4	Penebalan syaraf tepi	Lebih sering terjadi dini, asimetris	Lanjut biasanya lebih dari satu dan asimetris
5	Deformitas (cacat)	Biasanya asimetris terjadi dini	Terjadi pada stadium lanjut.
6	Sediaan apus	BTA negative	BTA positif
7	Ciri – ciri khusus	<i>central healing</i> penyembuhan di tengah	<i>Puched out</i> (lesi seperti kue donat), madarosis, ginekomastia, hidung perlana, suara sangau.

Sumber :(Susanto, 2013).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan bakterioskopik (kerokan jaringan kulit)

Pemeriksaan bakterioskopik digunakan untuk membantu menegakkan diagnosis dan pengamatan pengobatan. Sediaan dibuat dari kerokan jaringan kulit atau usapan dan kerokan mukosa hidung yang diwarnai dengan pewarnaan terhadap basil tahan asam (BTA), antara lain dengan ZIEHL-NEELSEN. Bakterioskopik negatif pada seorang penderita, bukan berarti orang tersebut tidak mengandung kuman *Mycobacterium leprae* (Wisnu, 2015).

Pertama-tama harus ditentukan lesi di kulit yang diharapkan paling padat oleh kuman, setelah terlebih dahulu menentukan jumlah tempat yang akan diambil. Mengenai jumlah lesi juga ditentukan oleh tujuannya, yaitu untuk riset atau rutin. Untuk riset dapat diperiksa 10 tempat dan untuk rutin sebaiknya minimal 4-6 tempat, yaitu kedua cuping telinga bagian bawah dan 2-4 lesi lain yang paling aktif, berarti yang paling infiltrative. Pemilihan kedua cuping telinga tersebut tanpa menghiraukan ada tidaknya lesi di tempat tersebut, oleh karena atas dasar pengalaman tempat tersebut diharapkan mengandung kuman paling banyak. Cara pengambilan bahan dengan menggunakan skapel steril. Setelah lesi tersebut didesinfeksi kemudian dijepit antara ibu jari dan jari telunjuk agar menjadi iskemik, sehingga kerokan jaringan mengandung sedikit mungkin darah yang akan mengganggu gambaran sediaan. Irisan yang dibuat harus sampai dermis, melampaui *supidermal clear zone* agar mencapai jaringan yang diharapkan banyak mengandung sel Virchow (Sel lepra) yang di dalamnya mengandung kuman *Micobacterium leprae* (Wisnu, 2015).

Kepadatan BTA tanpa membedakan solid dan non solid 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) (Wisnu, 2015).

- 1) (1+ bila 1-10 BTA dalam 100 LP
- 2) (2+ bila 1-10 BTA dalam 10 LP
- 3) (3+ bila 1-10 BTA rata-rata dalam 1 LP
- 4) (4+ bila 11-100 BTA rata-rata dalam 1 LP
- 5) (5+ bila 101-1000 BTA rata-rata dalam 1 LP
- 6) (6+ bila >1000 BTA rata-rata dalam 1 LP

b. Pemeriksaan serologik

Pemeriksaan serologic kusta didasarkan atas terbentuknya antibodi pada tubuh seseorang yang terinfeksi oleh *Mycobacterium leprae*. Kegunaan pemeriksaan serologic ini ialah dapat membantu diagnosis kusta yang meragukan, karena tanda klinis dan bakteriologik tidak jelas. Di samping itu dapat membantu menentukan kusta subklinis, karena tidak didapati lesi kulit, misalnya pada narakontak serumah. Macam-macam pemeriksaan serologic kusta ialah :

1) Uji MLPA (*Mycobacterium Leprae Particle Agglutination*)

Uji ini berdasarkan reaksi aglutinasi antara antigen sintetik PGL-1 dengan antibody dalam serum. Uji MLPA merupakan uji yang praktis untuk dilakukan di lapangan, terutama untuk keperluan skrining kasus seropositif (Wisnu, 2015).

2) Uji ELISA (*Enzyme Linked Immunosorbent Assay*)

Prinsip uji ELISA adalah mengukur banyaknya ikatan antigen antibodi yang terbentuk dengan diberi label (biasanya berupa enzim) pada ikatan tersebut, selanjutnya terjadi perubahan warna dapat diukur dengan spektrofotometer dengan panjang gelombang tertentu. Pemeriksaan ini umumnya menggunakan plat mikro untuk tempat terjadinya reaksi (Wisnu, 2015).

3) ML dipstick test (*Mycobacterium Leprae Dipstick*)

Uji *Mycobacterium leprae* dipstick merupakan pemeriksaan yang mudah untuk mendeteksi antibodi IgM PGL-1 *Mycobacterium leprae* dengan sensitivitas yang hampir sama dengan uji ELISA, namun tidak memerlukan berbagai peralatan serta ketrampilan khusus. Reagen yang digunakan pada uji *Mycobacterium leprae* dipstick stabil dan tidak memerlukan alat pendingin. Hasil uji *Mycobacterium leprae* dipstick terdiri atas dua pita horizontal. Satu pita di bawah mengandung epitop imunodominan *Mycobacterium leprae* yang spesifik, yaitu PGL-1 dan pita kedua berada di atas sebagai kontrol. Pengukuran ini menunjukkan ikatan antara antibodi IgM *Mycobacterium leprae* yang spesifik terhadap antigen *Mycobacterium leprae*. Ikatan antibodi IgM dapat dideteksi secara spesifik dengan anti human dye conjugated. Dipstick yang mengandung antigen dicelupkan dalam serum yang diencerkan 1:50 dan dicampur dengan reagen, selanjutnya diinkubasi selama 3 jam. Pewarnaan pada pita antigen menunjukkan antibodi IgM spesifik terhadap *Mycobacterium leprae*. Pita kontrol digunakan untuk melihat integritas reagen. Walaupun secara teori uji ini dapat digunakan untuk mendeteksi kusta stadium subklinis, namun masih perlu penelitian lebih lanjut. Data mengenai sensitivitas dan spesifisitas uji ini pada penyakit kusta stadium subklinis belum pernah dilaporkan. Sekula dkk. menyatakan bahwa kombinasi uji ini dengan perhitungan jumlah lesi klinis dapat meningkatkan nilai sensitivitas dari 85% menjadi 94%.²² (Wisnu, 2015).

4) ML Flow Test (*Mycobacterium Leprae Flow Test*)

Uji *Mycobacterium leprae* adalah pemeriksaan yang mudah untuk mendeteksi antibodi IgM anti-PGL-1 *Mycobacterium leprae*. Uji *Mycobacterium leprae flow* merupakan pemeriksaan imunokromatografi yang terdiri atas strip nitroselulosa. Pada salah satu ujung strip terdapat bagian yang terbuat dari serat wool mengandung antibodi anti human IgM yang dilabel dengan koloid emas kering, dan di sisi lainnya terdiri atas bagian yang berfungsi untuk absorpsi. Bahan yang digunakan sebagai sampel adalah darah atau serum. Apabila ditemukan antibodi IgM spesifik, maka akan terjadi ikatan dan tampak garis kemerahan. Penilaian sensitivitas dan spesifisitas uji ini pada penyakit kusta stadium subklinis belum pernah dilaporkan. Namun, terdapat laporan bahwa bila uji *Mycobacterium leprae flow* digunakan untuk deteksi dini kusta tipe MB disertai gejala klinis, pemeriksaan BTA, serta histopatologi, menunjukkan sensitivitas 97.4%.²⁸(Wisnu, 2015).

2.1.9 Penatalaksanaan Kusta

Pengobatan kombinasi DDS dan rifampisin.

a. Tipe TT, dan BT

DDS 100 mg/hari dan rifampisin 600 mg setiap bulan. Keduanya dinerikan selama 6-9 bulan. Pemeriksaan bakteriologi dilakukan setelah 6 bulan pengobatan. Pengawasan dilakukan selama 2 tahun. Jika tidak ada aktivasi secara klinis dan bakteriologi tetap negative dinyatakan relief from control (RFC) (bebas dari pengamatan)(Wisnu, 2015).

b. Tipe BB, BL, LL

Kombinasi DDS, rifampisin dan Lampren. DDS 100 mg/hari, rifampisin 600 mg setiap bulan, dan Lampren 300 mg setiap bulan, diteruskan dengan 50 mg setiap hari dan 100 mg selang hari atau 3 x 100 mg setiap minggu. Pengobatan dilakukan selama 2-3 tahun. Pemeriksaan bakteriologi setiap 3 bulan. Jika setelah 2-3 tahun bakteriologi tetap negative, pemberian obat dihentikan (*release from treatment = RFT*). Jika setelah pengawasan tidak ada aktivitas klinis dan pemeriksaan bakteriologi selalu negative, dinyatakan bebas dari pengawasan (RFC = *release from control*)(Wisnu, 2015).

2.1.10 Derajat Cacat Kusta

WHO Ekspert Committee on Leprosy (1977) membuat klasifikasi cacat bagi penderita kusta. Pada pertemuan yang ketujuh dibuat amandemen khusus untuk mata. Hal ini dapat dilihat pada tabel 11-6 (Wisnu, 2015).

a. 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

Cacat pada mata

- 4) Tingkat 0 : tidak kelainan/kerusakan pada mata termasuk visus

b. Cacat Pada Mata

- 1) Tingkat 1 : ada kelainan/kerusakan pada mata, tetapi tidak terlihat, visus sedikit berkurang.
- 2) Tingkat 2 : ada kelainan mata yang terlihat dan atau visus sangat terganggu

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Kusta

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerja sama dengan keluarga dan individu-individu sebagai anggota keluarga (Padila, 2012).

2.3.1 Pengkajian Keluarga

a. Pengkajian Data Umum Keluarga

- 1) Nama Kepala Keluarga (KK)
- 2) Umur dan Jenis Kelamin (KK)
- 3) Pendidikan (KK)

Pendidikan seseorang semakin tinggi maka semakin rendah angka ketidakpatuhan dan ketidaktahuan seseorang itu mengenai sesuatu dikarenakan ilmu yang didapatkan dijadikan acuan.

- 4) Pekerjaan (KK)

Diisi dengan pekerjaan pokok kepala keluarga.

5) Alamat dan nomor telepon

Alamat dan nomor telepon klien juga perlu dicatat terutama jika klien harus menjalani perawatan tindak lanjut.

b. Komposisi keluarga yang berisi mengenai riwayat anggota keluarga.

Dikaji tentang daftar anggota keluarga dan genogram dan mencari masalah yang mengalami atau menderita penyakit yang sama. Anak-anak lebih peka di banding dengan orang dewasa perbandingan 3:2. Laki-laki lebih banyak dijangkiti oleh penyakit kusta dibanding wanita (karena kontak lebih banyak pada laki-laki)

c. Genogram/Silsilah Keluarga

Adalah simbol-simbol yang dipakai dalam pembuatan genogram untuk menggambarkan susunan keluarga. Aturan pembuatan genogram adalah sebagai berikut (ADP, 2013) ;

- 1) Anggota keluarga yang lebih tua berada di sebelah kiri.
- 2) Umur anggota keluarga ditulis pada simbol laki-laki atau perempuan.
- 3) Tahun dan penyebab kematian ditulis di sebelah simbol laki-laki dan perempuan.
- 4) Disusun tiga generasi.

d. Tipe Keluarga

Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga saat ini berdasarkan tipe pembagian keluarga tradisional dan non tradisional beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut (ADP, 2013).

- 1) Keluarga inti (*Nuclear family*): keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga besar (*Extended family*): keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah.
- 3) Orang tua tunggal (*Single parent family*): keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.
- 4) *The Single adult living alone*: orang dewasa yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah.
- 5) Keluarga usila (*Middle age/Aging couple*): suami sebagai pencari uang, istri dirumah atau kedua-keduanya bekerja atau tinggal di rumah, anak-anaknya

sudah meninggalkan rumah karena sekolah / perkawinan / meniti karir (ADP, 2013).

- 6) *Nuclear dyed*: keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri tanpa anak, tinggal dalam satu rumah yang sama.
- 7) *Three generation family*: keluarga yang terdiri dari tiga generasi yaitu kakek, nenek, bapak, ibu, dan anak dalam satu rumah.
- 8) *Eldery couple* : keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri paruh baya (Ali, 2010).

e. Suku Bangsa

- 1) Latar belakang etnis keluarga atau anggota keluarga. Dikaji asal usul bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan.
- 2) Tempat tinggal keluarga (bagian dari sebuah lingkungan yang secara etnis bersifat homogen.
- 3) Kegiatan-kegiatan keagamaan, sosial, budaya, rekreasi, pendidikan (apakah kegiatan-kegiatan ini berada dalam kelompok kultur atau budaya keluarga).
- 4) Kebiasaan-kebiasaan diet dan berbusana (tradisional atau modern)
- 5) Struktur kekuasaan keluarga tradisional atau modern
- 6) Penggunaan jasa-jasa perawatan kesehatan keluarga dan praktisi. Dikaji apakah keluarga mengunjungi pelayanan praktik-praktik pelayanan kesehatan tradisional, atau memiliki kepercayaan tradisional asli dalam bidang kesehatan.
- 7) Penggunaan bahasa sehari-hari di rumah (ADP, 2013).

f. Agama dan Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

- 1) Apakah anggota keluarga berbeda dalam praktik keyakinan beragama mereka.
- 2) Seberapa aktif keluarga tersebut terlibat dalam kegiatan agama atau organisasi-organisasi keagamaan lain.
- 3) Agama yang dianut keluarga (ADP, 2013).

g. Status Sosial Ekonomi Keluarga

Status ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga (ADP, 2013). Menurut Susanto, (2012) Sosial ekonomi dan pendidikan pada populasi penderita kusta merupakan suatu faktor resiko. Penderita kusta sebagian besar merupakan masyarakat dengan status ekonomi yang rendah.

h. Aktivitas Rekreasi Keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton TV dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi (ADP, 2013).

i. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga adalah mengkaji keluarga berdasarkan tahap kehidupan keluarga berdasarkan duvall, ditentukan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas sesuai tahapan perkembangan.

a) Tahap 1 : pasangan baru atau keluarga baru (beginning family)

Keluarga baru dimulai pada saat masing-masing individu yaitu suami dan istri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing dalam arti secara psikologis keluarga tersebut sudah memiliki keluarga baru. Dua orang yaitu suami dan istri yang membentuk keluarga baru tersebut perlu mempersiapkan kehidupan yang baru karena keduanya membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi sehari-hari. Masing-masing pasangan menghadapi perpisahan dengan keluarga orang tuanya dan mulai membina hubungan baru dengan keluarga dan kelompok sosial pasangan masing-masing. Masing-masing belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangannya. Hal lain yang perlu diputuskan adalah kapan waktu yang tepat untuk mempunyai anak dan jumlah anak yang diharapkan.

Tugas perkembangan pada tahap ini adalah :

- (1) Membina hubungan intim dan kepuasan bersama.
- (2) Menetapkan tujuan bersama.
- (3) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial.
- (4) Merencanakan anak-KB.
- (5) Menyesuaikan diri dengan kehamilan dan mempersiapkan diri untuk menjadi orang tua.

Fungsi perawat :

Selain melakukan kegiatan asuhan keperawatan juga melakukan konsultasi, misalnya : tentang KB, perawatan pre natal dan komunikasi. Kurangnya informasi tentang berbagai hal tersebut dapat menimbulkan masalah seksual, emosional, rasa takut atau cemas, rasa bersalah, kehamilan yang tidak direncanakan.

b) Tahap 2 : keluarga kelahiran anak pertama (child bearing family)

Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan (3,2 tahun). Kehamilan dan kelahiran bayi perlu dipersiapkan oleh pasangan suami istri melalui beberapa tugas perkembangan yang penting. Kelahiran bayi pertama memberi perubahan yang besar dalam keluarga, sehingga pasangan harus beradaptasi dengan perannya untuk memenuhi kebutuhan bayi, Sering terjadi dengan kelahiran bayi, pasangan merasa diabaikan karena fokus perhatian kedua pasangan tertuju pada bayi. Suami merasa belum siap menjadi ayah atau sebaliknya istri belum siap menjadi ibu. (Wahit, 2004)

Tugas perkembangan pada tahap ini :

- (1) Persiapan menjadi orang tua.
- (2) Membagi peran dan tanggung jawab.
- (3) Menata ruang untuk anak atau mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan.
- (4) Mempersiapkan biaya atau dana child bearing.
- (5) Memfasilitasi role learning anggota keluarga.
- (6) Bertanggung jawab memenuhi kebutuhan bayi sampai balita.
- (7) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.

Fungsi perawat :

Melakukan perawatan dan konsultasi terutama bagaimana merawat bayi, mengenali gangguan kesehatan bayi secara dini dan cara mengatasinya, imunisasi, tumbuh kembang anak, interaksi keluarga, keluarga berencana, pemenuhan kebutuhan anak terutama pada ibu yang bekerja.

c) Tahap 3 : keluarga dengan anak pra sekolah (families with preschool)

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini orang tua beradaptasi terhadap kebutuhan-kebutuhan dan minat dari anak pra sekolah dalam meningkatkan pertumbuhannya. Kehidupan keluarga pada tahap ini sangat sibuk dan anak sangat tergantung pada orangtua. Kedua orangtua harus mengatur waktunya sedemikian rupa sehingga kebutuhan anak, suami istri dan pekerjaan dapat terpenuhi. Orangtua menjadi arsitek keluarga dalam merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga agar kehidupan perkawinan tetap utuh dan langgeng dengan cara menguatkan kerjasama antar suami-istri. Orangtua mempunyai peran untuk menstimulasi perkembangan individual anak khususnya kemandirian anak agar tugas perkembangan anak pada fase ini tercapai.

Tugas perkembangan keluarga :

- (1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman.
- (2) Membantu anak untuk bersosialisasi.
- (3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, di dalam maupun di luar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar).
- (4) Pembagian waktu untuk individu, pasangan, dan anak.
- (5) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga.
- (6) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang anak.

Fungsi Perawat :

Melakukan perawatan dan penyuluhan kepada orangtua tentang penyakit dan kecelakaan yang biasanya terjadi pada anak-anak, sibling rivalry tumbuh kembang anak, keluarga berencana, peningkatan kesehatan dan mensosialisasikan anak.

d) Tahap 4 : keluarga dengan anak usia sekolah (families with school children)

Tahap ini dimulai pada saat anak tertua memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki aktifitas dan minat sendiri. Demikian pula orangtua yang mempunyai aktifitas berbeda dengan anak. Untuk itu, keluarga perlu bekerja sama untuk mencapai tugas perkembangan. Pada tahap ini keluarga (orangtua) perlu belajar berpisah dengan anak, memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi, baik aktifitas disekolah maupun diluar sekolah.

Tugas perkembangan pada tahap ini adalah :

- (1) Memberikan perhatian tentang kegiatan sosial anak, pendidikan dan semangat belajar.
- (2) Tetap mempertahankan hubungan yang harmonis dalam perkawinan.
- (3) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual.
- (4) Menyediakan aktivitas untuk anak.
- (5) Menyesuaikan pada aktivitas komunitas dengan mengikutsertakan anak.

Fungsi Perawat :

Melakukan perawatan dan konsultasi baik dalam keluarga maupun disekolah. Misalnya anak yang mengalami gangguan kesehatan, maka perawat bekerja sama dengan guru sekolah dan orang tua anak.

e) Tahap 5 : keluarga dengan anak remaja (families with teenagers)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19-20 tahun, pada saat anak meninggalkan rumah orangtuanya. Tujuannya adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa.

Tahap ini merupakan tahapan yang paling sulit, karena orangtua melepas otoritas dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Anak harus mempunyai otoritas tersendiri yang berkaitan dengan peran dan fungsinya. Seringkali muncul konflik antara orang tua dan remaja karena anak menginginkan kebebasan untuk melakukan aktivitasnya, sementara orangtua perlu menciptakan komunikasi yang

terbuka, kecurigaan, dan permusuhan sehingga hubungan orangtua dan remaja tetap harmonis.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah :

- (1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dan meningkat otonominya.
- (2) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga .
- (3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orangtua, hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan.
- (4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.

Fungsi perawat :

Mengarahkan keluarga pada peningkatan dan pencegahan penyakit, serta membantu terciptanya komunikasi yang lebih efektif antara orangtua dengan anak remajanya.

- f) Tahap 6 : keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (launching center families)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orangtua. Tujuan utama pada tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk sendiri. Keluarga mempersiapkan anaknya yang tertua untuk membentuk keluarga sendiri dan tetap membantu anak terakhir untuk lebih mandiri. Pada saat semua anak meninggalkan rumah, pasangan perlu menata ulang dan membina hubungan suami-istri seperti pada fase awal. Orangtua akan merasa kehilangan peran dalam merawat anak dan merasa kosong karena anak-anak sudah tidak tinggal serumah lagi. Untuk mengatasi keadaan ini orangtua perlu melakukan aktivitas kerja, meningkatkan peran sebagai pasangan dan tetap memelihara hubungan dengan anak.

Tugas perkembangan keluarga :

- (1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- (2) Mempertahankan keintiman pasangan.
- (3) Membantu orangtua suami atau istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua.
- (4) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya.

- (5) Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga.
- (6) Berperan suami-istri kakek dan nenek.
- (7) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

Fungsi perawat :

Memberi konsultasi penyakit-penyakit yang dapat timbul, misal penyakit kronis atau faktor-faktor predisposisi misalnya kolesterol tinggi, obesitas, problem menopause, juga peningkatan kesehatan serta pola hidup sehat perlu diperhatikan.

g) Tahap 7 : keluarga usia pertengahan (middle age families)

Tahapan ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan pada fase ini dirasakan sulit karena masalah lanjut usia. Perpisahan dengan anak dan perasaan gagal sebagai orangtua. Pada tahap ini semua anak meninggalkan rumah, maka pasangan berfokus untuk mempertahankan kesehatan dengan berbagai aktivitas. Pola hidup sehat, diet seimbang, olahraga rutin, menikmati hidup dan mengisi waktu dengan pekerjaan. Pasangan juga mempertahankan hubungan dengan teman sebaya dan keluarga anaknya dengan cara mengadakan pertemuan keluarga antar generasi atau anak cucu, sehingga pasangan dapat merasakan kebahagiaan sebagai kakek nenek. Hubungan antar pasangan perlu semakin dieratkan dengan memperhatikan ketergantungan dan kemandirian pasangan masing-masing pasangan.

Tugas perkembangan keluarga :

- (1) Mempertahankan kesehatan.
- (2) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam arti mengolah minat sosial dan waktu santai.
- (3) Memulihkan hubungan antara generasi muda tua.
- (4) Keakraban dengan pasangan.
- (5) Memelihara hubungan / kontak dengan anak dan keluarga.
- (6) Persiapan masa tua atau pensiun dan meningkatkan keakraban pasangan.

Fungsi perawat :

Melaksanakan perawatan dan konsultasi yang terkait dengan upaya peningkatan kesehatan seperti : kebutuhan istirahat yang cukup, aktivitas ringan sesuai kemampuan, nutrisi yang baik, berat badan sesuai dan lain sebagainya.

h) Tahap 8 : keluarga lanjut usia

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini adalah dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun berlanjut salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal. Proses lanjut usia dan pensiun merupakan realita yang tidak dapat dihindari karena berbagai proses stressor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Stresor tersebut adalah berkurangnya pendapatan, kehilangan berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan serta perasaan menurunnya produktivitas dan fungsi kesehatan. Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini. Lanjut usia umumnya lebih dapat beradaptasi tinggal di rumah sendiri daripada tinggal bersama anaknya. Hasil riset Day and Day, 1933 wanita yang tinggal dengan pasangan-pasangannya memperlihatkan adaptasi lebih positif dalam memasuki masa tuanya dibandingkan wanita yang tinggal dengan teman-teman sebayanya. Orangtua juga perlu melakukan “file review” dengan mengenang pengalaman hidup dan keberhasilan di masa lalu agar orangtua merasakan bahwa hidupnya berkualitas dan berarti.

Tugas perkembangan keluarga :

- (1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
- (2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
- (3) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat.
- (4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
- (5) Menerima kematian pasangan, kawan dan mempersiapkan kematian.

Fungsi perawat :

Melakukan perawatan pada orangtua terutama terhadap penyakit-penyakit kronis dari fase akut sampai rehabilitasi. Memperhatikan peningkatan kesehatan seperti : Nutrisi, aktivitas, istirahat, pemeriksaan mata, gigi dan pencegahan kecelakaan di rumah. (ADP, 2013)

2) Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tugas ini ditentukan sampai dimana perkembangan keluarga saat ini dan tahap apa yang belum dilakukan oleh keluarga serta kendalanya.

3) Riwayat kesehatan keluarga

a) Riwayat kesehatan keluarga saat ini

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti.

b) Riwayat penyakit keturunan

c) Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga

Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga dapat ditulis dalam sebuah tabel seperti dibawah ini :

(1) Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan

Dikaji mengenai sumber pelayanan kesehatan yang digunakan saat salah satu anggota keluarga sakit.

(2) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

j. Pengkajian Lingkungan

1) Karakteristik Rumah

Menjelaskan mengenai gambaran tipe tempat tinggal (rumah apartemen, sewa kamar dll), kepemilikan rumah atau tempat tinggal, gambarkan kondisi rumah, dapur, amati suplai air minum, sanitasi, kondisi ventilasi, pengaturan tidur dalam rumah, keberadaan sampah dan pembuangannya, serta gambaran denah dari rumah (ADP, 2013).

Termasuk dalam pengkajian karakteristik rumah adalah pengkajian kondisi lantai dengan benda-benda berbahaya yang berserakan misal peniti, pensil, atau jarum di area yang mungkin sering dilewati pasien untuk ambulasi, kurang tertatanya benda-benda yang mudah jatuh (seperti tempat sampah, tisu, kursi tanpa sandaran) dan pencahayaan yang kurang dapat mencetuskan terjadinya risiko cedera.

Faktor lingkungan pada populasi penderita kusta merupakan faktor resiko. Penderita kusta sangat rentan terhadap paparan lingkungan yang kurang mendukung dalam masa pertumbuhan dan perkembangannya sehingga berisiko untuk terkena penyakit infeksi dalam jangka waktu cepat maupun lambat dan

tergantug pada status nutrisi dan imunitas. Kontak serumah akan dapat menularkan kusta lebih cepat apabila didukung dengan perilaku higienitas individu yang buruk yang akan menempatkan ke kondisi *at risk* yang lebih tinggi (Susanto, 2013).

2) Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik tetangga dan komunitas setempat yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, ataupun aturan kesepakatan penduduk setempat, budaya yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas Geografis Keluarga

Mobilitas geografis keluarga yang ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat. Sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah ini dan apakah sering berpindah-pindah tempat tinggal. Menurut Wikipedia, (2009) yang dikutip dari Susanto, (2012) kelompok yang beresiko tinggi terkena kusta adalah yang tinggal di daerah endemik dengan kondisi yang buruk seperti lingkungan tempat tinggal yang tidak memadai air yang tidak bersih, asupan gizi yang buruk, dan adanya penyertaan penyakit lain seperti HIV yang dapat menekan sistem imun.

4) Perkumpulan Keluarga dan Interaksi Dengan Masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada.

5) Sistem Pendukung Keluarga

Sistem pendukung adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan yang meliputi fasilitas fisik, psikologis atau dukungan dari keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat setempat dengan mengkaji siapa menolong keluarga pada saat keluarga membutuhkan pertolongan, dukungan konseling aktivitas-aktivitas keluarga (ADP, 2013).

k. Struktur Keluarga

1) Pola atau cara komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa yang digunakan dalam keluarga, frekuensi dan kualitas komunikasi yang

berlangsung dalam keluarga dan mungkin ada masalah dalam keluarga yang tertutup untuk didiskusikan.

a) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya yang perlu dikaji adalah sebagai berikut :

- (1.) Siapa yang membuat keputusan dalam keluarga
- (2.) Cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah, atau diserahkan pada masing-masing individu)
- (3.) Apakah keluarga merasa puas dengan pola yang diterapkan
- (4.) Siapa pengambil keputusan tersebut

b) Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalani.

c) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (ADP, 2013).

1. Fungsi Keluarga (ADP, 2013)

1) Fungsi afektif

Mengkaji gambaran diri keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, kehangatan kepala keluarga dan keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

2) Fungsi sosial

Menjelaskan mengenai interaksi atau hubungan dalam keluarga dan sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, atau budaya dan perilaku.

3) Fungsi perawatan keluarga

Sejauh mana keluarga menyiapkan makanan, pakaian dan perlindungan terhadap anggota keluarga yang sakit. Pengetahuan keluarga mengenai sehat-sakit, kesanggupan keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan keluarga yang meliputi, mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memelihara

lingkungan rumah yang sehat dan menggunakan fasilitas atau pelayanan kesehatan di masyarakat.

4) Fungsi reproduksi

Mengkaji jumlah anak, perencanaan jumlah anggota keluarga, metode apa yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga.

5) Fungsi ekonomi

Mengkaji sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan, dan memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya meningkatkan status kesehatan keluarga.

m. Stres dan coping keluarga

1) Stressor jangka pendek

Stressor jangka pendek yaitu yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu \pm 6 bulan.

2) Stressor jangka panjang

Stressor jangka pendek yaitu yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

3) Respon keluarga terhadap situasi

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor.

4) Strategi coping

Strategi coping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

5) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (ADP, 2013).

2.2.2 Pemeriksaan fisik pada klien kusta

- 1) Gunakan sepotong kapas yang ujungnya dilancipkan, periksalah dengan menyentuhkan ujung dari kapas secara tegak lurus pada kelainan kulit yang dicurigai.
- 2) Terangkan terlebih dahulu jika orang yang diperiksa merasakan sentuhan, ia harus menunjuk kulit yang disentuh dengan jari telunjuknya. Jika lokasi bercak

sulit dijangkau, pasien diminta menghitung jumlah sentuhan atau mengacungkan tangan.

- 3) Jika telah jelas, pemeriksaan yang sama dilakukan dengan mata pasien tertutup. Kelainan-kelainan dikulit diperiksa secara bergantian dengan kulit yang normal disekitarnya untuk mengetahui ada tidaknya anastesi.

2.2.3 Diagnosa keperawatan keluarga

Diagnosa keperawatan adalah keputusan tentang respon keluarga tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kewenangan perawat (Setiadi, 2008).

Tipologi dari diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari :

- 1) Aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan)
- 2) Resiko (ancaman kesehatan)
- 3) Keadaan sejahtera/potensial (wellness)

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapat pada pengkajian yang terdiri dari masalah keperawatan yang akan berhubungan dengan etiologi yang berasal dari pengkajian fungsi perawatan keluarga. Diagnosa keperawatan mengacu pada PES dimana untuk problem digunakan rumusan nanda, E adalah etiologi yaitu berhubungan dengan 5 tugas kesehatan keluarga, dan S adalah tanda/sign (Suprajitno, 2004):

- 1) Masalah (problem, P)

Adalah suatu pernyataan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang dialami oleh keluarga atau anggota (individu) keluarga.

Problem dalam laporan kasus ini adalah Kerusakan Integritas Kulit.

Toksonomi NANDA-I, Diagnosa Kerusakan Integritas Kulit

Domain : Domain 11

Kelas : 2

Kode Diagnosa : 00046

Definisi : Kerusakan pada epidermis dan/atau dermis

2) Penyebab (etiologi, E) adalah suatu pernyataan yang dapat menyebabkan masalah berupa ketidaktahuan, ketidakmampuan dan ketidakmauan keluarga dengan mengacu pada lima tugas keluarga, yaitu :

- a) mengenal masalah kesehatan.
- b) mengambil keputusan.
- c) merawat anggota keluarga.
- d) memodifikasi lingkungan.
- e) memanfaatkan fasilitas kesehatan.

3) Tanda dan Gejala (Symptom, S)

Pada tanda gejala berisi batasan karakteristik dari masalah keperawatan serta tanda dari ketidaktahuan, ketidakmauan, dan ketidakmampuan keluarga dalam menjalankan 5 tugas keluarga.

Batasan karakteristik Kerusakan Integritas Kulit menurut Wilkinson (2011) adalah:

- (1) Kerusakan pada lapisan kulit (dermis)
- (2) Kerusakan pada permukaan kulit (epidermis)
- (3) Invasi struktur tubuh

d. Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

Masalah perlu diprioritaskan karena pertimbangan berikut ini :

- 1) Masalah keperawatan keluarga yang dijumpai lebih dari 1
- 2) Sumber daya yang dimiliki keluarga dan komunitas terbatas
- 3) Keterbatasan IPTEK keperawatan yang dikuasai perawat keluarga
- 4) Berat dan menonjolnya masalah yang dirasakan oleh keluarga berbeda
- 5) Waktu yang dimiliki terbatas
- 6) Mengatasi masalah prioritas dapat mengatasi masalah lain yang ditimbulkan akibat masalah inti tersebut

e. Cara membuat skor penentuan prioritas masalah keperawatan keluarga :

Tabel 2.4 Penentuan prioritas masalah keperawatan keluarga

NO	KRITERIA	SKOR	BOBOT
1	Sifat masalah		
	• Aktual (Tidak/kurang sehat)	3	
	• Ancaman kesehatan	2	1
	• Keadaan sejahtera	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	• Mudah	2	
	• Sebagian	1	2
	• Tidak dapat	0	
3	Potensi masalah untuk dicegah		
	• Tinggi	3	
	• Sedang	2	1
	• Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah		
	• Masalah berat, harus segera ditangani	2	
	• Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani	1	1
	• Masalah tidak dirasakan	0	

Skoring :

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

Catatan: Skor dihitung bersama dengan keluarga

Nilai bobot di atas (1 – 2 – 1- 1) merupakan sebuah ketetapan, jadi tidak bisa menggantinya dengan angka 3, 4 ataupun angka lainnya. Skoring maksimal adalah 5 (bobot maksimal = 1+2+1+1=5)

1) Kriteria 1

Sifat masalah; bobot yang lebih berat diberikan pada tidak/kurang sehat karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga

2) Kriteria 2

Kemungkinan masalah dapat diubah, perawat perlu memperhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut:

a) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah

- b) Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga
- c) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu.
- d) Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan dukungan masyarakat

3) Kriteria 3

Potensi masalah dapat dicegah, faktor-faktor yang perlu diperhatikan :

- a) Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah
- b) Lamanya masalah, yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada
- c) Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
- d) Adanya kelompok 'high risk' atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.

4) Kriteria 4

Menonjolnya masalah, perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skor tertinggi yang terlebih dahulu dilakukan intervensi keperawatan keluarga.

2.3.3 Intervensi Keperawatan Keluarga

a. Menetapkan Tujuan Intervensi

Tujuan merupakan pernyataan yang lebih spesifik tentang hasil yang diharapkan dari tindakan perawatan yang akan dilakukan. Beberapa ciri tujuan yang baik adalah spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, realistis, dan ada batasan waktu (Ali, 2009)

Tujuan dalam intervensi dibedakan menjadi 2 yaitu :

- 1) Tujuan umum, merupakan tujuan yang lebih menekankan pada pencapaian akhir sebuah masalah, di mana perubahan perilaku dari yang merugikan kesehatan ke arah perilaku yang menguntungkan kesehatan. Tujuan umum ini lebih mengarah kepada kemandirian klien dan keluarga sebagai sasaran asuhan keperawatan keluarga.
- 2) Tujuan khusus, dalam rencana keperawatan lebih menekankan pada pencapaian hasil dari masing-masing kegiatan. (Setiawati, 2008)

b. Penetapan Kriteria dan Standart

1) Kriteria

Merupakan gambaran faktor petunjuk tercapainya tujuan dalam tiga domain kognitif pengetahuan, sikap, dan psikomotor.

2) Standart

Merupakan tingkat pelaksanaan yang diinginkan untuk membandingkan dengan pelaksanaan sebenarnya yang berfokus pada keluarga, singkat & jelas, dapat diobservasi & diukur, realistik, dan ditentukan oleh perawat & keluarga.

a. Intervensi

Intervensi merupakan salah satu tahap proses keperawatan keluarga yang memberikan kesempatan bagi perawat untuk membangkitkan minat keluarga dalam mengadakan perbaikan ke arah perilaku hidup sehat (Ali, 2009).

Intervensi yang baik harus memenuhi beberapa syarat berikut :

- 1). Intervensi harus berdasarkan pada masalah yang telah disusun dengan jelas dan benar.
 - 2). Rencana tersebut harus realistis, dan dapat dilaksanakan (ada sarana, metodologi, dan sumber daya manusianya).
 - 3). Rencana harus sesuai dengan falsafah dan tujuan serta kebijaksanaan pemerintah dan institusi layanan kesehatan tersebut.
 - 4). Intervensi dibuat bersama keluarga karena keluarga sebagai objek dan subjek pelayanan.
 - 5). Rencana dibuat secara tertulis agar dapat ditindaklanjuti oleh orang lain secara berkesinambungan dan mudah dievaluasi.
 - 6). Intervensi difokuskan pada tindakan yang dapat mencegah masalah/meringankan masalah yang sedang dihadapi.
 - 7). Intervensi dilaksanakan berdasarkan pada proses yang sistematis.
 - 8). Intervensi terkait dengan masa yang akan datang dan masa yang lalu.
 - 9). Intervensi terkait dengan masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi sebelumnya.
 - 10). Intervensi merupakan strategi untuk mencapai tujuan.
 - 11). Intervensi merupakan suatu proses yang berlangsung secara terus menerus.
- (Ali, 2009)

b. Domain Intervensi

Ada tiga domain yang bisa digunakan dalam menyusun intervensi (Calgary), yaitu:

- 1). Domain kognitif, ditunjukkan untuk memberikan informasi, gagasan, motivasi, dan saran kepada keluarga sebagai target asuhan keperawatan keluarga.
- 2). Domain afektif, ditujukan membantu keluarga dalam berespon emosional, sehingga dalam keluarga terdapat perubahan sikap terhadap masalah yang dihadapi.
- 3). Domain psikomotor, ditujukan untuk membantu anggota keluarga dalam perubahan perilaku yang merugikan ke perilaku yang menguntungkan. (Setiawati, 2008)

e. Fokus dari tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal di bawah ini :

1)Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara :

- (a) Memberikan informasi
- (b) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
- (c) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah

2)Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara :

- (a) Mengidentifikasi konsekwensi tidak melakukan tindakan
- (b) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
- (c) Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan
- (d) Memutuskan tindakan yang dilakukan sesuai dengan kondisi

3)Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara :

- (a) Mendemonstrasikan cara perawatan
- (b) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
- (c) Mengawasi keluarga melakukan perawatan

4)Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara ;

- (a) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
- (b) Melakukan perubahan lingkungan dengan seoptimal mungkin

5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara :

- a) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga
- b) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan

(NANDA NIC-NOC)
1) Periksakulit untuk mengetahui adanya iritasi, retak, lesi, kelainan katimumul, kapalan, kecacatan, atau edema
2) Periksa sepatu pasien agar dapat menggunakan dengan tepat
3) Berikan rendaman kaki, jika diperlukan
4) Keringkan pada sela sela jari dengan seksama
5) Oleskan lotion
6) Bersihkan kuku
7) Berikan bedak tabur yang menyerap kelembaban, sesuai indikasi
8) Diskusikan dengan pasien mengenai perawatan rutin kaki
9) Anjurkan pasien/keluarga mengenai pentingnya perawatan kaki
10) Berikan umpan balik positif mengenai kegiatan perawatan kaki
11) Monitor cara berjalan dan tumpuan berat badan klien pada kaki
12) Anjurkan pasien memeriksa bagian dalam sepatu pada bagian-bagian yang kasar
13) Monitor tingkat hidrasi kaki
14) Monitor insufisiensi arteri di kaki bagian bawah
15) Monitor edema pada kaki dan tungkai kaki
16) Monitor kebersihan dan kondisi umum sepatu serta kaus kaki pasien
17) Anjurkan klien untuk memonitor suhu pada kaki dengan menggunakan punggung tangan
18) Anjurkan pasien akan pentingnya pemeriksaan kaki terutama ketika sensasi mulai berkurang
19) Pangkas ketebalan kuku kaki dengan normal ketika kuku terasa lembut dengan menggunakan pemotong kuku menggunakan lengkungan jari kaki sebagai panduan
20) Rujuk pada ahli penyakit kaki untuk pangkas kuku menebal
21) Periksa kuku untuk mengetahui ketebalan dan perubahan warna
22) Ajarkan pasien bagaimana mempersiapkan dan memotong kuku

2.3.4 Implementasi atau Tindakan keperawatan

Implementasi merupakan aktualisasi dari perencanaan yang telah disusun sebelumnya. Prinsip yang mendasari implementasi keperawatan keluarga antara lain :

- a. Implementasi mengacu pada rencana perawatan yang dibuat.
- b. Implementasi dilakukan dengan tetap memperhatikan prioritas masalah.
- c. Kekuatan-kekuatan keluarga berupa finansial, motivasi, dan sumber-sumber pendukung lainnya jangan diabaikan.
- d. Pendokumentasian implementasi keperawatan keluarga janganlah terlupakan dengan menyertakan tanda tangan petugas sebagai bentuk tanggung gugat dan tanggung jawab profesi. (Setiawati, 2008)

Penderita kusta dengan kerusakan integritas kulit memerlukan dukungan dari orang sekitar terutama keluarga, agar dalam melakukan implementasi yang sudah di buat pada intervensi tersebut bisa di jankan.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan Keluarga

Perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan keluarga dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya.

Tahapan Evaluasi:

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif dan formatif.

a. Evaluasi berjalan (Sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga.

b. Evaluasi Akhir (formatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional.

S : Hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan.

O : Hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan.

A : Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu kepada tujuan terkait dengan diagnosa keperawatan.

P : Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahap evaluasi.(Setiadi, 2008).

BAB 3. METODE PENULISAN

3.1 Desain Penulisan

Penulisan ini menggunakan desain laporan kasus. Desain studi kasus adalah suatu karya tulis ilmiah berupa paparan hasil penerapan proses asuhan keperawatan kepada klien secara ideal sesuai dengan teori dan berisi pembahasan atau suatu kesenjangan yang terjadi di lapangan.

Desain dalam penulisan ini adalah laporan kasus untuk mengeksplorasi Asuhan keperawatan keluarga pada tanggal 21 Mei – 4 Juni tahun 2018

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus. Batasan istilah dalam studi kasus ini adalah :

3.2.1 Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu penatalaksanaan keperawatan yang dilakukan dalam lingkungan keluarga yang melalui 5 proses keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi dengan pendekatan pada salah satu anggota keluarga yang menderita kusta dengan masalah keperawatan kerusakan Integritas kulit.

3.2.2 Penderita kusta yang di maksud adalah orang yang sudah dilakukan pemeriksaan di puskesmas pasirian terdapat adanya BTA pada tes laboratorium dan yang terregistasi pada catatan perawat di diagnosis kusta.

3.2.3 Kerusakan Integritas Kulit adalah kerusakan pada lapisan dermis dan epidermis. Batasan karakteristik Kerusakan Integritas Kulit dapat di angkat apabila memenuhi minimal 2 kriteria : (1) Kerusakan pada lapisan kulit (dermis) (2) Kerusakan pada permukaan kulit (epidermis) (3) Invasi struktur tubuh

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penulisan ini adalah dua orang klien yang memenuhi kriteria berikut:

3.3.1 Terregistrasi di Puskesmas Pasirian dengan diagnosa medis kusta

3.3.2 Penduduk Kecamatan Pasirian

3.3.3 Mengalami masalah keperawatan kerusakan integritas kulit

3.3.4 Masih dalam pengobatan kusta

3.3.6 Kesadaran baik (compos mentis)

3.3.7 Bersedia menjadi responden dengan menandatangani Informed Consent

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi Penulisan

Pengambilan kasus dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pasirian (Desa Selok Awar-awar dan Madurejo).

3.4.2 Waktu

Waktu yang diperlukan untuk penyusunan laporan kasus adalah 6 bulan mulai Pebruari sampai Juli 2018. Sedangkan pengumpulan data dilakukan pada tanggal 21 Mei- 4 Juli 2018 selama 3 kali kunjungan dalam waktu 3 minggu untuk masing-masing keluarga.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Proses

Proses diawali dari permohonan ijin pengambilan data penulis kepada koordinator program studi D3 keperawatan Universitas Jember kampus Lumajang untuk dilaksanakan proses pengambilan data (Lampiran 3.3 surat permohonan ijin pengambilan data). Setelah mendapatkan ijin, penulis melanjutkan meminta ijin kepada Bakesbangpol (Badan Kesatuan Bangsa dan Politik) Kabupaten Lumajang sebagai Badan yang bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan pengambilan data laporan kasus di Kabupaten Lumajang. Ijin yang dikeluarkan oleh Bakesbangpol terdiri dari 8 tembusan (Lampiran 3.4 Surat Ijin Penelitian Bakesbangpol).

3.5.2 Teknik

a. Wawancara

Dilakukan melalui empat tahapan yaitu persiapan, proses wawancara, analisa hasil wawancara dan melaporkan hasil wawancara (Brinkman,2013). Tahapan persiapan dimulai dari menyiapkan tema yang iingin dicari, membuat pedoman wawancara, mengetahui latar belakang partisipan dan memperhatikan latar belakang sosial budaya partisipan. Tahapan proses wawancara dapat dibagi menjadi tahap sebelum wawancara, saat memulai wawancara dan proses inti wawancara.

- b. Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada system tubuh klien.
- c. Studi dokumentasi / data sekunder (hasil pemeriksaan diagnostik dan data yang relevan).

3.6 Uji Keabsahan data

Uji keabsahan data dari klien kusta dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh dari Pukesmas Pasirian Lumajang sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Uji keabsahan data dilakukan yaitu dengan: 1) Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan, dan 2) Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

Dalam penelitian kualitatif, keabsahan data merupakan usaha untuk meningkatkan derajat kepercayaan data. Untuk menjamin keaslian dan keabsahan data, maka peneliti berupaya menggunakan metode pengecekan pengecekan keabsahan temuan. Dalam penelitian, pemeriksaan keabsahan data didasarkan pada kriteria-kriteria untuk menjamin kepercayaan data yang diperoleh melalui penelitian.

3.7 Analisis data

Analisis data dilakukan penulis dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan kategori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil intrepetasi wawancara dalam yang akan dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya di intrepetasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis data adalah :

3.7.1 Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi dan dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.7.2 Mereduksi data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, di analisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

3.7.3 Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan mengaburkan identitas klien.

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

3.8 Etika penulisan

Dalam menyusun proposal ini, dicantumkan etika yang mendasar dalam studi kasus, terdiri dari :

3.8.1 Persetujuan setelah penjelasan (*informed consent*)

Adalah persetujuan dari partisipan untuk ambil bagian dalam penelitian setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang proses penelitian. *Informed consent* terdiri dari dua komponen penting yaitu informasi dan persetujuan (Taylor, Kermode & Roberts, 2007). *Informed consent* merupakan penjelasan informasi yang spesifik dari peneliti kepada calon partisipan. Informasi-informasi penting yang disampaikan dalam *informed consent* dalam Burn & Grove (2005, 2007) terdiri dari penjelasan tentang aktivitas dalam proses penelitian, penjelasan gambaran resiko dan ketidaknyamanan yang mungkin terjadi, menjelaskan manfaat dari penelitian, menjelaskan kemungkinan alternatif intervensi, menjamin kerahasiaan identitas dan data partisipan, kompensasi untuk keikutsertaan dalam penelitian, menawarkan untuk menjawab pertanyaan,

keikutsertaannya tanpa paksaan, memberitahukan bahwa terdapat pilihan untuk menarik diri dari penelitian, dan memberikan penjelasan sampai calon partisipan memahami sepenuhnya proses penelitian.

3.8.2 Prinsip kerahasiaan identitas partisipan (*anonymity*)

Memiliki arti bahwa tidak ada seorangpun bahkan peneliti dapat mengidentifikasi partisipan dalam penelitian (Schneider, Whitehead, Elliott, et al, 2007) ataupun peneliti tidak dapat menghubungkan antara partisipan dengan data yang berasal dari partisipan tersebut (Polit and Beck, 2004). Hal ini merupakan tantangan terutama dalam penelitian kualitatif, karena peneliti bertemu langsung bahkan bertatap muka, jadi meskipun identitas partisipan dirahasiakan dengan menggunakan pengkodean akan tetapi beberapa informasi tertentu dapat menghubungkan dengan partisipan. Sehingga diperlukan komitmen dari peneliti untuk menjaga prinsip kerahasiaan identitas partisipan (Schneider, Whitehead, Elliott, et al, 2007). Beberapa tindakan dapat melindungi identitas partisipan adalah dengan menghancurkan semua yang berhubungan dengan data demografi partisipan setelah penelitian selesai dilaksanakan (Speziale & Carpenter, 2007).

3.8.3 Kerahasiaan data (*confidentiality*)

Adalah peneliti harus dapat menjaga kerahasiaan partisipan dan tidak akan mempublikasikan identitas partisipan dan dapat menjamin bahwa tidak ada pihak lain yang dapat memiliki akses terhadap identitas mereka dalam penelitian (Polit & Beck, 2004; Mauthner, Birch, Jessop dan Miller, 2005). Peneliti menjaga kerahasiaan dalam penelitian ini dengan cara menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data seperti lembar persetujuan, biodata, file rekaman dan transkrip hasil wawancara dalam tempat khusus yang hanya dapat diakses oleh peneliti, informasi yang diberikan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan akan dimusnahkan jika semua atau tidak digunakan.

BAB 5. PENUTUP

Pada bab ini berisi keimpulan dan rekomendasi yang menekankan pada usulan yang sifatnya operasional atau aplikatif.

5.1 Kesimpulan

Penulisan pada bab ini berisi kesimpulan dan rekomendasi, sedangkan rekomendasi lebih menekankan pada usulan yang sifatnya operasional atau aplikatif. Rekomendasi bisa ditujukan pada institusi, organisasi profesi, anggota profesi, provider, mahasiswa keperawatan.

5.1.1 Pengkajian

Pada pengkajian, data yang muncul pada kedua klien dengan masalah keperawatan keluarga Kerusakan Integritas Kulit dengan adanya gejala Luka pada jempol kaki kanan diameter luas 1,5 cm, Kulit Kering, Kulit yang terdapat bercak tidak berkeriat dan mengalami mati rasa, terdapat bercak di tangan kanan, Terdapat callus pada kaki kanan. Kedua klien mengatakan bahwa dirinya sudah lama mengalami mati rasa pada tangan dan kakinya, keluarga juga mengatakan jika bahwa terdapat bercak putih di tangan yang hampir mirip dengan panu yang kemudian lama-lama menjadi besar.

5.1.2 Diagnosa keperawatan

Masalah keperawatan yang ditemukan pada kedua klien adalah kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga dalam mengenal penyakit kusta. Salah satu penyebabnya adalah karena ketidaktahuan keluarga dalam mengenal penyakit kusta. Batasan karakteristik yang muncul pada klien 1 ada (dua) 1 Kerusakan pada lapisan epidermis, 2 kerusakan pada lapisan dermis dan pada Klien 2 ada (dua) 1 Kerusakan pada lapisan epidermis, 2 kerusakan pada lapisan dermis.

5.1.3 Intervensi

Pada intervensi atau rencana tindakan keperawatan ini mengacu pada diagnosa klinis yang ada pada kusta dengan ketidaktahuan keluarga dalam melaksanakan 5 tugas keluarga yang disesuaikan dengan penetapan tujuan yang terdiri dari TUM atau tujuan jangka panjang dan TUK atau Tujuan jangka pendek serta penetapan kriteria dan standart. Intervensi disusun berdasarkan pada teori menurut NANDA NIC-NOC ada 22 Intervensi dan yang digunakan ada 9 intervensi yaitu : 1) Periksakulit untuk mengetahui adanya iritasi, retak, lesi, kelainan katimumul, kapalan, kecacatan, atau edema, 2) Periksa sepatu pasien agar dapat menggunakan dengan tepat, 3) Berikan rendaman kaki, jika diperlukan, 4) Keringkan pada sela sela jari dengan seksama, 5) Oleskan lotion, 6) Diskusikan dengan pasien mengenai perawatan rutin kaki, 8) Anjurkan pasien/keluarga mengenai pentingnya perawatan kaki 9) Anjurkan pasien akan pentingnya pemeriksaan kaki terutama ketika sensasi mulai berkurang.

5.1 4 Implementasi

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. M dan Ny. S juga terdapat faktor ketidaktahuan dalam mengenal penyakit kusta sehingga terdapat kesulitan dalam implementasi diangosa keperawatan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga dalam mengenal penyakit kusta. Adapun Implentasi yang di lakukan pada kedua klien sudah dilakukan tetapi ada beberapa implementasi tidak bisa dilakukan yaitu seperti mengajarkan minum obat yang benar, karena kedua klien sudah mampu dan tau bagaimana cara minum obat yang benar.

5.1.5 Evaluasi

Dalam mengevaluasi hasil dari tindakan keperawatan dilakukan kriteria standart yang telah ditetapkan pada perencanaan. Kriteria standart yang tercapai pada kedua klien ada (dua) dan masalah tercapai sebagian. Dengan kesimpulan seluruh masalah yang di alami klien dan keluarga dengan masalah kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidaktahuan mengenal masalah penyakit kusta pada kasus nyata dapat tercapai sebagian. di karenakan waktu untuk mengatasi kerusakan integritas kulit membutuhkan waktu yang cukup lama.

5.2 Saran

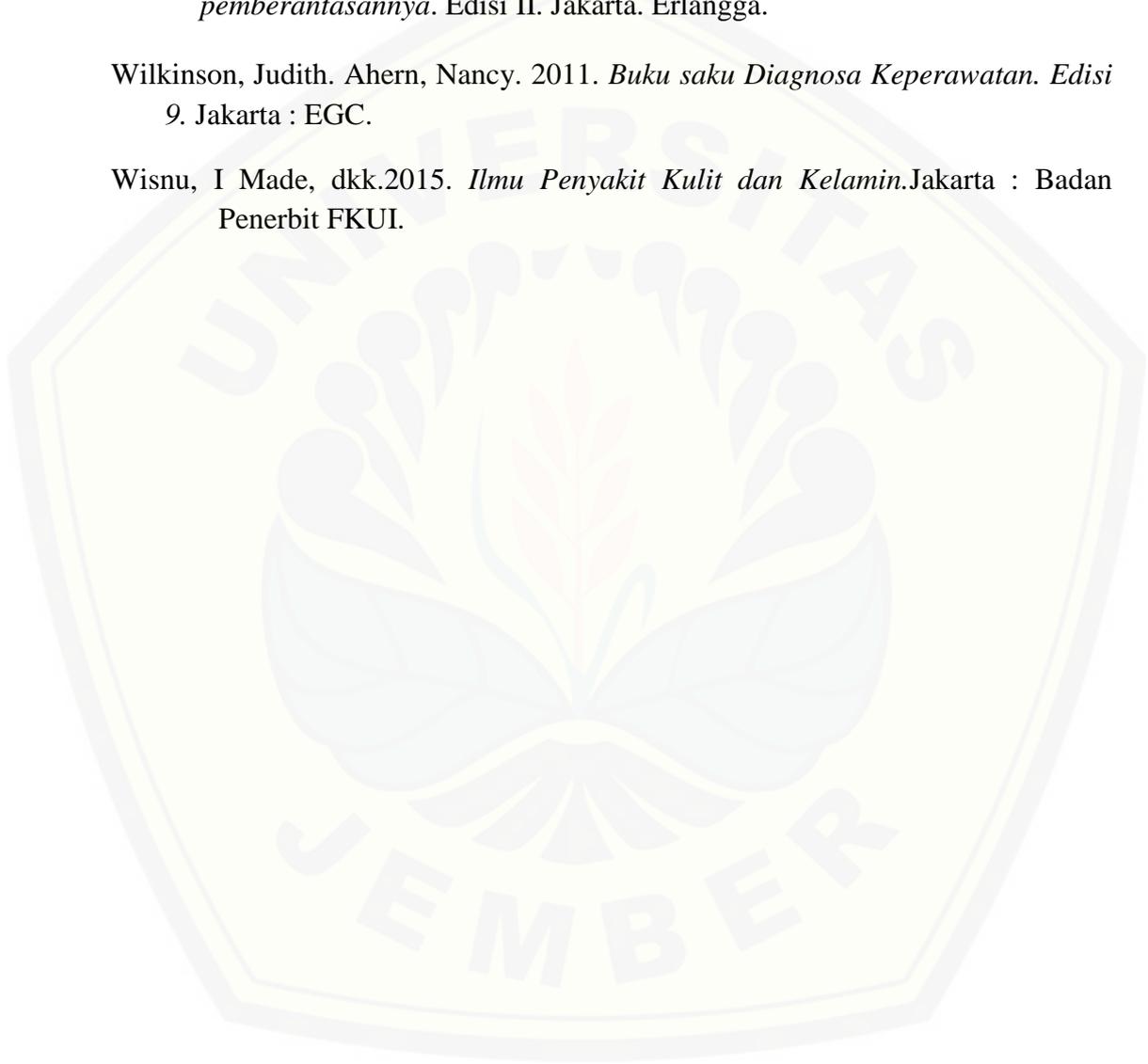
5.2.1 Mengingat bahwa kusta merupakan penyakit yang menyerang sistim saraf tepi dan penularannya dapat terjadi dengan cara kontak yang lama dengan klien, oleh karena itu, klien dngan kusta perlu dilakuka pemeriksaan secara rutin mengenai sensitivitas pada ekstremitas atas maupun bawah agar tidak sampai terjadi kecacatan yang lebih lanjut. Oleh karena itu, peran serta keluarga sangat penting untuk penyembuhan klien karena keluarga merupakan unit terkecil dari suatu sistem maka keluarga juga harus dilibatkan dalam proses asuhan keperawatan tersebut.

5.2.2 Mengingat tujuan asuhan keperawatan keluarga untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang di alami keluarga dengan menggunakan pendekatan keperawatan, maka peran perawat disini adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan baik pada klien dan kelurganya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Zaidin. 2009. *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Buku Penerbit kedokteran EGC.
- ADP, S. G. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Cotran, R. d. (2009). *Dasar Patalogis Penyakit. Ed. 7*. Jakarta: EGC.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang. 2014. *Profil Kesehatan Kabupaten Lumajang*. Lumajang. Dinas Kesehata Kabupaten Lumajang.
- Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan. 2015. *Profil Kesehatan Propinsi Sulawesi selatan*. Makasar. Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan.
- Gusti, S (2013). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*, Jakarta, Kementrian Kesehetan Indonesia.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Pedoman Nasional Program Pengendalian Kusta*. Jakarta. Kementrian Kesehatan Indonesia.
- Muttaqin, Kumala Sari (2013). *Asuhan Keperwatan Gangguan Sistem Integumen*. Jakarta, Salemba Medika.
- Orientari, W. (2015). Eridikasi Kusta. *Universitas Indonesia* , 161.
- Profil Kesehatan Jawa Timur. 2014. *Profil Kesehatan Jawa Timur*. Surabaya. Dinas Kesehatan Jawa Timur.
- Rahayu, Desi Ariyana. *Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Dukungan Psikososial Keluarga Pada Anggota Keluarga Dengan Penyakit Kusta Di Kabupaten Pekalongan*. Tesis. Depok : Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan.
- Razhmah, Iani dan Patrician Cahanar. 2000. *Ilmu Penyakit Kulit*, Jakarta : Hipokrates
- Setiawati, Santun. 2008. *Penuntun Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : Trans Info Medika.

- Siregar, R.S. 2015. *Atlas Berwarna Penyakit Kulit*. Jakarta : EGC
- Susanto, Tantut, dkk. 2013. *Perawatan Klien Kusta di Komunitas*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Suprajitno. 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : Buku penerbit Kedokteran EGC.
- Widoyono. 2011. *Penyakit Tropis Epidemiologi, penularan, pencegahan dan pemberantasannya*. Edisi II. Jakarta. Erlangga.
- Wilkinson, Judith. Ahern, Nancy. 2011. *Buku saku Diagnosa Keperawatan. Edisi 9*. Jakarta : EGC.
- Wisnu, I Made, dkk. 2015. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Jakarta : Badan Penerbit FKUI.



Lampiran 3.1

46

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : In. MatUmur : 42 tahunJenis kelamin : Laki-lakiAlamat : Seloa awar - awarPekerjaan : Buruh fani

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarga pada Penderita Kusta dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit di Puskesmas Pasirian Tahun 2018”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 21 Mei2018Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian
Avini Maulana
NIM 152303101071Yang Menyetujui,
Partisipan Penelitian
(.....)

46

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ~~.....~~ Ny. S

Umur : 40 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Madinejo

Pekerjaan : Bantu Rukun

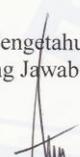
Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarga pada Penderita Kusta dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit di Puskesmas Pasirian Tahun 2018”

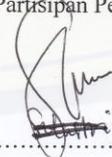
Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 22 Mei2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian


Avini Maulana
NIM 152303101071

Yang Menyetujui,
Partisipan Penelitian


(~~.....~~ Ny. S

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH : LAPORAN KASUS

KETERANGAN	JANUARI				FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Informasi Penelitian	■	■	■	■																									
Konfirmasi Penelitian	■	■	■	■																									
Konfirmasi Judul				■	■																								
Penyusunan Proposal Laporan					■	■	■	■																					
Sidang Proposal								■																					
Revisi									■	■																			
Pengumpulan Data										■	■	■	■																
Analisa Data											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■						
Konsul Penyusunan Data											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■						
Ujian Sidang																									■				
Revisi																									■	■	■		
Pengumpulan Laporan Kasus																												■	

Lampiran 3.3

Lumajang, 15 Februari 2018

Perihal : Permohonan penerbitan surat
permohonan ijin pengambilan
data penelitian.

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang
di -

LUMAJANG

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa D3 Keperawatan Universitas
Jember Kampus Lumajang :

Nama : Avini Maulana
NIM : 152303101071

Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing KTI saya untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah
dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga yang Anggota Keluarganya Mengalami
Kusta dengan Masalah Keperawatan Integritas Kulit di Puskesmas Pasirian Tahun 2018"

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon perkenan Koordinator
Prodi D.3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang untuk memberikan surat pengantar dan
permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut dibawah ini :

Nama Instansi : Puskesmas Pasirian
Alamat : Jl. Raya Pasirian, Kec. Pasirian Kab. Lumajang
Waktu penelitian : 15 Februari – 31 Mei 2018

Demikian atas perkenannya di ucapkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI


Dr. Suhari, A.Per.Pen, MM
NIP. 19630302 198603 1 023

Hormat kami,
Pemohon,


Avini Maulana
NPM. 152303101071



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER**

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
Jl. Brigjend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312
Email: d3keperawatan@unej.ac.id

**KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG**

Nomor : 158 /UN25.1.14.2/LT /2018

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 13 Februari 2018

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Avini Maulana
Nomor Induk Mahasiswa : 152303101071
Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 15 April 1997
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : III/ VI (enam)
Alamat : Dusun Denok Wetan RT 02 RW 05, Kecamatan Lumajang, Kab. Lumajang

dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga yang Anggota keluarganya Mengalami Kusta dengan Masalah Keperawatan Integritas Kulit di Puskesmas Pasirian Tahun 2018"

Dengan pembimbing :
I. Dr. Suhari, A.Per.Pen, MM

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang
Pada Tanggal : 15 Februari 2018

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang

NURUL HAYATI, S.Kep.Ners.MM
NIP. 19650629198703 2 008

Lampiran 3.4



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id

LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN

Nomor : 072/426/427.75/2018

- Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Lumajang Nomor: 159/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 15 Februari 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama AVINI MAULANA.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : AVINI MAULANA
2. Alamat : Dusun Denok Wetan RT 2 RW 5 Desa Denok Kec. Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember Kampus Lumajang / 152303101045
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota keluarganya Mengalami Kusta Dengan Masalah Keperawatan Integritas Kulit di Puskesmas Pasirian Tahun 2018
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 06 Maret 2018 s/d 31 Mei 2018
7. Lokasi Penelitian : Puskesmas Pasirian

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 05 Maret 2018

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN LUMAJANG
 Kepala Bidang HAL,



Drs. ABU HASAN

Pembina

NIP. 19620801 199303 1 001

Tembusan Yth. :

1. Plt. Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Ka. PKM Pasirian,
6. Sdr. Koord. Prodi Keperawatan UNEJ Kam. Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

Lampiran 4.2

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

“KUSTA ”

Promosi Kesehatan



Disusun Oleh :

Avini Maulana

NPM : 152303101071

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

KAMPUS LUMAJANG

UNIVERSITAS JEMBER

2018

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokokbahasan	: KUSTA
Sasaran	: Keluarga yang mengalami KUSTA
Hari/tanggal	: 21 Juni 2018
Waktu	: 15 menit
Tempat	: Pasirian Lumajang

A. Analisa Situasi

1. Peserta Penyuluhan
 - a. 2 anggota keluarga
 - b. Minat, perhatian dan antusias dalam menerima materi penyuluhan cukup baik.
 - c. Interaksi antara penyuluh dengan audience cukup baik dan interaktif.
 - d. Peserta penyuluhan pasien dengan Kusta

2. Penyuluh
 - a. Penyuluh adalah mahasiswa tingkat 3 semester 6 dari Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang
 - b. Penyuluh mampu berinteraksi dan mengkomunikasikan materi pada audience dengan baik dan benar dan mudah dipahami oleh peserta penyuluhan.

3. Ruangan
 - a. Tempat penyuluhan di rumah klien
 - b. Tempat penyuluhan memiliki ventilasi cukup, penerangan baik untuk kelangsungan kegiatan penyuluhan.

B. Tujuan Instruksional

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan tentang Kusta, diharapkan peserta penyuluhan mampu mengerti dan memahami cara perawatan kerusakan integritas kulit pada anggota keluarga yang mengalami kusta.

2. Tujuan khusus

Setelah dilakukan penyuluhan tentang pencegahan penularan Kusta, peserta penyuluhan diharapkan dapat:

1. Menyebutkan Pengertian penyakit kusta.
2. Menyebutkan Penyebab penyakit kusta.
3. Menyebutkan Pencegahan penyakit kusta.
4. Menyebutkan Tanda dan Gejala penyakit kusta.
5. Menyebutkan Pengobatan penyakit kusta.
6. Menyebutkan Perawatan penyakit kusta.
7. Menyebutkan Komplikasi penyakit kusta.

C. Pokok Materi

1. Pengertian penyakit kusta.
2. Penyebab penyakit kusta.
3. Pencegahan penyakit kusta.
4. Tanda dan Gejala penyakit kusta.
5. Pengobatan penyakit kusta.
6. Perawatan penyakit kusta.
7. Komplikasi penyakit kusta.

D. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

E. Media

1. Lembar balik
2. Leaflet

F. Kegiatan Penyuluhan

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salam Pembukaan. 2. Perkenalan. 3. Apersepsi tentang kusta 4. Relevansi. 5. Kontrak waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab / merespon. 2. Memperhatikan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ceramah 2. Tanya jawab. 	3 menit
Penyajian	Penyampaian Materi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian penyakit kusta 2. Penyebab penyakit kusta 3. Pencegahan penyakit kusta 4. Tanda dan Gejala penyakit kusta 5. Pengobatan penyakit kusta 6. Perawatan penyakit kusta 7. Komplikasi penyakit kusta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan 2. Memperhatikan 3. Mencatat 4. Menjawab 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ceramah 2. Tanya jawab 	10 menit

Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi pengetahuan peserta penyuluhan dengan memberi pertanyaan. 2. Menyimpulkan isi materi. 3. Tindak lanjut. 4. Salam penutup. 	Menjawab	Tanya jawab	5 m e n i t
---------	--	----------	-------------	-------------------------

G. Evaluasi Hasil Penyuluhan

Dilakukan secara lisan berisi 7 pertanyaan:

1. Pengertian penyakit kusta ?
2. Penyebab penyakit kusta ?
3. Pencegahan penyakit kusta ?
4. Tanda dan Gejala penyakit kusta ?
5. Pengobatan penyakit kusta ?
6. Perawatan penyakit kusta ?
7. Komplikasi penyakit kusta ?

H. Daftar Pustaka

Cotran, R. d. (2009). *Dasar Patologis Penyakit. Ed. 7*. Jakarta: EGC.

Kemenkes, R. (2015). *Pusat Data dan Informasi Kusta*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kosasih, A. D. (2007). *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Edisi 5*. Jakarta: FKUI.

Dewasa Menjalani Perawatan Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember Jawa Timur: Studi Fenomenologi. Jawa Barat: Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu.

MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian

Penyakit kusta adalah penyakit menular, menahun (lama) yang disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium leprae*). Penyakit tersebut menyerang kulit, saraf tepi dan dapat menyerang jaringan tubuh lainnya kecuali otak. Kusta bukan penyakit keturunan, dan bukan disebabkan oleh kutukan, guna-guna, dosa atau makanan.

2. Penyebab

Penyakit kusta disebabkan oleh kuman yang dimakan sebagai microbakterium, dimana microbakterium ini adalah kuman aerob, tidak membentuk spora, berbentuk batang yang tidak mudah diwarnai namun jika diwarnai akan tahan terhadap dekolorisasi oleh asam atau alcohol. Penyebab kusta yang paling sering ialah terdapat pada kebersihan diri serta lingkungan . mampu atau tidaknya seseorang menjaga kebersihan diri dapat menekan penyebab kusta yang memang sangat mengancam masa depan serta mungkin hingga menyebabkan kematian.

3. Pencegahan Penyakit Kusta

- a. Menciptakan lingkungan sanitasi yang bersih.
- b. Daya tahan tubuh seseorang harus baik. Selain itu, lebih baik segera memeriksakan diri jika ada bercak putih seperti panu yang mati rasa, agar pengobatannya dapat dilakukan lebih dini.

4. Tanda dan Gejala

Tanda dari penyakit kusta diantaranya:

- a. Adanya bercak tipis seperti panu pada badan/tubuh manusia.
Pada bercak putih ini pertamanya hanya sedikit, tetapi lama-lama semakin melebar dan banyak.
- b. Adanya pelebaran syaraf terutama pada syaraf ulnaris, medianus, aulicularis magnus seryta peroneus. Kelenjar keringat kurang kerja sehingga kulit menjadi tipis dan mengkilat.
- c. Adanya bintil-bintil kemerahan (leproma, nodul) yarig tersebar pada kulit.

- d. Alis rambut rontok.
- e. Muka berbenjol-benjol dan tegang yang disebut facies leomina (muka singa).

Gejala dari Penyakit Kusta:

1. Gejala awal

Penderita kusta tidak merasa terganggu, hanya terdapat kelainan kulit berupa bercak putih seperti panu ataupun bercak kemerahan.

- Kelainan kulit ini :
- a. Kurang rasa atau hilang rasa.
 - b. Tidak gatal
 - c. Tidak sakit

2. Gejala lanjut

Pada keadaan lanjut dan tidak mendapatkan pengobatan yang tepat penyakit kusta dapat menyebabkan kecacatan pada :

- a. Mata : Tidak bisa menutup, bahkan sampai buta.
- b. Tangan : Mati rasa pada telapak tangan.
- c. Kaki : Mati rasa pada telapak kaki.
- d. Jari-jari kiting, memendek, dan putus-putus (mutilasi).
- e. Lunglai.
- f. Semper.

Dan terdapat juga gejala umum dari penyakit kusta diantaranya :

- a. Panas dari derajat yang rendah sampai dengan menggigil.
- b. Anoreksia.
- c. Nausea, kadang-kadang disertai vomitus.
- d. Cephalgia.
- e. Kadang-kadang disertai iritasi, Orchitis dan Pleuritis.
- f. Kadang-kadang disertai dengan Nephrosia, Nephritis dan hepatosplenomegali.
- g. Neuritis.

5. Cara Mengobati Penyakit Kusta

Jika hasil pemeriksaan adalah sakit kusta, maka penderita harus minum obat secara teratur sesuai dengan petunjuk petugas kesehatan.

- 1) Obat untuk menyembuhkan penyakit kusta dikemas dalam blister yang disebut MDT (Multi Drug Therapy = Pengobatan lebih dari 1 macam obat Kombinasi obat dalam blister MDT tergantung dari tipe kusta, tipe MB harus minum obat lebih banyak dan waktu lebih lama :
 - 1) Tipe MB : obat harus diminum sebanyak 12 blister.
 - 2) Tipe PB : obat harus diminum sebanyak 6 blister.
 - Ada 4 macam blister MDT yaitu :
 - 1) Blister untuk PB anak.
 - 2) Blister untuk PB dewasa.
 - 3) Blister untuk MB anak.
 - 4) Blister untuk MB dewasa. Dosis pertama harus diminum di puskesmas (di depan petugas), dan seterusnya obat diminum sesuai petunjuk / arah panah yang ada di belakang blister.
- 2) Penggunaan Dapson (DDS).
- 3) Lamprine (B663), Rifanficin, Prednison, Sulfat Feros dan vitamin A (untuk menyehatkan kulit yang bersisik).
- 4) Antibiotik lain, seperti klaritromisin, ofloxacin, levofloksasin, dan minocycline, juga memiliki aktivitas antibakteri yang sangat baik terhadap *Mycobacterium leprae*.

6. Perawatan Penyakit Kusta

Perawatan pada morbus hansen umumnya untuk mencegah kecacatan. Terjadinya cacat pada kusta disebabkan oleh kerusakan fungsi saraf tepi, baik karena kuman kusta maupun karena peradangan sewaktu keadaan reaksi netral.

- a. Perawatan mata dengan lagophthalmos
 - 1) Penderita memeriksa mata setiap hari apakah ada kemerahan atau kotoran.
 - 2) Penderita harus ingat sering kedip dengan kuat.
 - 3) Mata perlu dilindungi dari kekeringan dan debu.
- b. Perawatan tangan yang mati rasa .
 - 1) Penderita memeriksa tangannya tiap hari untuk mencari tanda- tanda luka, melepuh.

- 2) Perlu direndam setiap hari dengan air dingin selama lebih kurang setengah jam.
- 3) Keadaan basah diolesi minyak.
- 4) Kulit yang tebal digosok agar tipis dan halus.
- 5) Jari bengkok diurut agar lurus dan sendi-sendi tidak kaku.
- 6) Tangan mati rasa dilindungi dari panas, benda tajam, luka.

c. Perawatan kaki yang mati rasa.

- 1) Penderita memeriksa kaki tiap hari
- 2) Kaki direndam dalam air dingin lebih kurang ½ jam
- 3) Masih basah diolesi minyak.
- 4) Kulit yang keras digosok agar tipis dan halus.
- 5) Jari-jari bengkok diurut lurus.
- 6) Kaki mati rasa dilindungi .

d. Perawatan luka

- 1) Luka dibersihkan dengan sabun pada waktu direndam.
- 2) Luka dibalut agar bersih.
- 3) Bagian luka diistirahatkan dari tekanan.
- 4) Bila bengkak, panas, bau bawa ke puskesmas.

Tanda penderita melaksanakan perawatan diri:

- 1) kulit halus dan berminyak
- 2) Tidak ada kulit tebal dan keras
- 3) Luka dibungkus dan bersih
- 4) Jari-jari bengkak menjadi kaku

7. Komplikasi dari Penyakit Kusta

Gejala klinik reaksi reversal adalah umumnya sebagian atau seluruh lesi yang telah ada bertambah aktif dan atau timbul lesi baru dalam waktu yang relatif singkat. Artinya lesi hipopigmentasi menjadi eritema, lesi eritema menjadi makin lebih eritematosa, lesi makula menjadi infiltrat, lesi infiltrat makin infiltrat dan lesi lama menjadi bertambah luas. Terdapat nyeri saraf dan pembengkakan saraf tepi. Tanda-tanda dari kerusakan saraf yaitu gangguan sensorik dan kelemahan otot. Demam dan malaise.

Menurut keadaan reaksi, maka reaksi kusta tipe 1 dapat dibedakan atas:

- a. Reaksi ringan
- b. Reaksi berat

Perbedaan reaksi ringan dan berat pada reaksi tipe 1 :

Gejala Reaksi ringan Reaksi berat

- 1) Lesi kulit Tambah aktif, menebal, merah, teraba panas, dan nyeri tekan.
Makula yang menebal dapat sampai membentuk plaque. Lesi membengkak sampai ada yang pecah, merah, teraba panas dan nyeri tekan. Ada lesi kulit baru, tangan dan kaki membengkak, sendi-sendi sakit
- 2) Saraf tepi Tidak ada nyeri saraf dan gangguan fungsi Nyeri tekan dan atau gangguan fungsi, misalnya kelemahan otot.

Pemeriksaan Fisik Pada Klien 1 dengan Kusta



Pemeriksaan Fisik Klien 2 dengan Kusta

