BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dibahas beberapa konsep dasar yang akan digunakan dalam analisis masalah antara lain: 1) Konsep Kusta, 2) Keluarga, 3) Dukungan Keluarga, 4) Pendidikan Kesehatan, 5) *Small Group Discussion*, 6) *Small Group Discussion* Tentang Perawatan Pasien Kusta terhadap Dukungan Keluarga pada Pasien Kusta, 7) Kerangka Teori, 8) Kerangka Konsep, 9) Hipotesis

2.1 Konsep Kusta

2.1.1 Definisi Kusta

Kusta adalah penyakit menular kronis yang disebabkan M*ycobacterium leprae*, sebuah *bacillus* berbentuk batang, tahan-asam. Penyakit ini menyerang saraf perifer terutama menyerang kulit, saraf perifer, mukosa saluran pernafasan bagian atas, dan mata. Kusta dapat disembuhkan dan pengobatan pada tahap awal agar mencegah kecacatan (WH7O, Leprosy, 2018)

Penyakit kusta (Morbus Harsen) 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 yang lainnya. Kusta merupakan penyakit infeksi yang kronik, dan penyebabnya ialah *Mycobacterium Leprae* yang bersifat intraselular obligat. Saraf perifer sebagai afinitas pertama , lalu kulit dan mukosa traktur respiratorius bagian atas, kemudian dapat ke organ lain kecuali susunan saraf pusat (Djuanda, Hamzah, & Aisah, 2007).

Menurut Wallace & Kohatsu (2008) Kusta adalah penyakit menular kronis yang melibatkan sistem saraf perifer terutama kulit, mata, dan selaput lendir. Penyakit ini merupakan penyakit endemik. Banyak terjadi di beberapa negara seperti Asia, Afrika, kepulauan pasifik, amerika latin, eropa selatan dan Timur Tengah. Sekuel utama kusta adalah cacat fisik yang melibatkan ekstremitas, wajah, dan mata terutama karena kerusakan saraf sensorik dari infeksi *Mycobacterium Leprae* dan reaksi kekebalan terhadap organisme. Kelainan yang dihasilkan sering menyebabkan stigmatisasi yang berlanjut setelah infeksi menjadi tidak aktif dan pasien tidak menular. Karena beberapa obat anti *leprae* yang efektif sekarang tersedia, kasus baru *leprae* dapat diobati secara efektif dan tidak menular.

2.1.2 Etiologi

Kusta disebabkan oleh *M. Leprae*, bakteri yang tahan asam. Organisme ini dapat ditemukan di jaringan menggunakan noda asam lemah yang dimodifikasi, yang bernama *Fite-Faraco test*. Bakteri ini awalnya diidentifikasi pada tahun 1873 oleh Henrik Armauer Hansen, tetapi bakteri ini belum berhasil dibudidayakan, pada *M. Leprae* memiliki salah satu siklus replikasi yang paling lambat dari setiap bakteri yang diketahui. Ia hanya membelah diri setiap 10-12 hari selama fase pertumbuhan. Organisme ini bereplikasi pada jejak kaki tikus, tikus yang baru lahir, tikus dengan SCID, di sembilan bandul armadilo, dan pada beberapa spesies primata lainnya. Secara alamiah, infeksi ini didokumentasikan pada armadilo, simpanse, sooty mangabeys. Genom mengandung 3,3juta

pasangan basa dibandingkan dengan 4,4juta pasangan basa dalm *M.Tuberculosis* namun meskipun berbeda dengan genom M.Tuberculosis, akan tetapi kurang dari setengah genom *M. Leprae* memiliki fungsi genom yang sama dengan M. Tuberculosis. Diseluruh dunia tanda gejala *M. Leprae* hampir sama. (Wallace & Kohatsu, 2008)

Kuman penyebab adalah *Mycobacterium Leprae* yang ditemukan oleh G.A HANSEN pada tahun 1874 di Norwegia, yang sampai sekarang belum juga dapat dibiakkan dalam media artifisial. *Mycobacterium Leprae* berbentuk basil dengan ukuran 3-8Um x 0,5Um, tahan asam dan alkohol serta Gram-positif (Djuanda, Hamzah, & Aisah, 2007).

Mycobacterium leprae adalah bakteri yang tahan asam, gram-positif, tidak membentuk spora, tidak bergerak dan bersifat pleomorfik (mempunyai berbagai macam bentuk). Bakteri yang morfologinya mirip sekali dengan *mycobacterium tuberculosis* ini belum dapat dibiakkan dalam medium buatan. Didalam jaringan yang sakit, basil lepra terdapat intraseluler dan memperbanyak diri di dalam sel lepromatus menurut Soedarto (1996) dikutip dari (Soedarto, 2009)

Dibandingkan *M.Tuberculosis*, basil tahan asam *Mycobacterium leprae* tidak memproduksi eksotoksin dan enzim litik. Selain itu, kuman ini merupakan satu-satunya mikrobakteria yang belum dibiakkan in vitro. Mikobakteria ini secara primer menyerang sistem saraf tepi terutama pada tipe lepromatosa, secara sekunder dapat menyerang seluruh organ tubuh lain seperti kulit, mukosa mulut, mukosa saluran nafas bagian atas, sistem retikuloendotelial, mata, tulang dan

testis. Reaksi imun penderita terhadap *M.Leprae* berupa reaksi imun seluler terutama pada lepra bentuk lepromatosa (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.3 Epidemiologi

Masalah epidemiologi masih belum terpecahkan, cara penularan belum diketahui pasti hanya berdasarkan anggapan klasik yaitu melalui kontak langsung antarkulit yang lama dan erat. Anggapan kedua ialah secara inhalasi, sebab *M. Leprae* masih dapat hidup beberapa hari dalam droplet.

Masa tunasnya sangat bervariasi, antara 40 hari sampai 40 tahun, umumnya beberapa tahun, rata-rata 3-5 tahun. Penyebaran penyakit kusta dari suatu tempat ke tempat lain sampai tersebar di seluruh dunia, tampaknya disebabkan oleh perpindahan penduduk yang terinfeksi penyakit tersebut. Masuknya kusta diperkirakan terbawa oleh orang-orang China. Distribusi penyakit ini tiap-tiap negara maupun dalam negara sendiri ternyata berbeda-beda. Demikian pula penyakit kusta menurun atau menghilang pada suatu negara sampai saat ini belum jelas benar.

Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan adalah patogenesis kuman penyebab, cara penularan, keadaan sosial ekonomi dan lingkungan, varian genetik yang berhubungan dengan kerentanan, perubahan imunitas, dan kemungkinan adanya reservoir diluar manusia. Penyakit kusta masa kini lain dengan kusta tempo dulu, tetapi meskipun demikian masih banyak hal-hal yang belum jelas diketahui, sehingga masih merupakan tantangan yang luas bagi para ilmuwan untuk pemecahannya.

Belum ditemukan medium artifisial, mempersulit dalam mempelajari sifat sifat *M.Leprae*. Sebagai sumber infeksi hanyalah manusia, meskipun masih dipikirkan adanya kemungkinan di luar manusia. Penderita yang mengandung *M. Leprae* sampai 10^3 per gram jaringan, penularannya tiga sampai sepuluh kali lebih besar dibandingkan dengan penderita yang hanya mengandung 10^7 basil pergram jaringan.

Kusta bukan penyakit keturunan. Kuman dapat ditemukan dikulit, folikel rambut, kelenjar keringat, dan air susu ibu, jarang didapat didalam urin. Sputum dapat banyak mengandung *M. Leprae* yang berasal dari traktus respiratorius atas. Tempat implantasi tidak selalu menjadi tempat lesi pertama. Dapat menyerang semua umur, anak-anak lebih rentan daripada orang dewasa. Di Indonesia penderita anak anak di bawah umur 14 tahun didapatkan ±13%, tetapi anak dibawah umur 1 tahun jarang sekali. Saat ini usaha pencatatan penderita dibawah usia 1 tahun penting dilakukan untuk dicari kemungkinan ada tidaknya kusta kongenital. Frekuensi tertinggi terdapat pada kelompok umur 25-35 tahun.

Kusta terdapat dimana-mana, terutama di Asia, Afrika, Amerika Latin, daerah tropis dan subtropis, serta masyarakat yang sosial ekonominya rendah. Makin rendah sosial ekonomi makin berat penyakitnya, sebaliknya faktor sosial ekonomi tinggi sangat membantu penyembuhan. Ada variasi reaksi terhadap infeksi *M. Leprae* yang mengakibatkan cariasi gambaran klinis (spektrum dan lain-lain) di berbagai suku bangsa. Hal ini diduga disebabkan oleh faktor genetik yang berbeda.

Pada tahun 1991 *World Health Assembly* membuat resolusi tentang eliminasi kusta sebagai problem kesehatan masyarakat pada tahun 2000 dengan menurunkan prevalensi kusta menjadi dibawah 1 kasus per 10.000 penduduk. Di Indonesia hal ini dikenal sebagai Eliminasi Kusta tahun 2000 (Djuanda, Hamzah, & Aisyah, 2007)

Jumlah kasus kusta diseluruh dunia selama 12 tahun terakhir ini telah menurun 85% di sebagian besar negara atau wilayah endemis. Kasus yang terdaftar pada permulaan tahun 1997 kurang lebih 890.000 penderita. Walaupun penyakit ini masih merupakan problem kesehatan masyarakat di 55 negara atau wilayah, 91% dari jumlah kasus berada di 16 negara, dan 82% nya di 5 negara yaitu Brazil, India, Indonesia, Myanmar dan Nigeria. Di Indonesia jumlah kasus kusta yang tercatat pada akhir Maret 1997 adalah 31.699 orang, distribusi juga tidak merata, yang tertinggi antara lain di Jawa Timur, Jawa Barat dan Sulawesi Selatan. Prevalensi di Indonesia per 10.000 penduduk adalah 1,57 (Djuanda, Hamzah, & Aisyah, 2007)

Kusta merupakan penyakit yang menyeramkan dan ditakuti oleh karena dapat terjadi ulserasi, mutilasi dan deformitas. Penderita kusta bukan menderita karena penyakitnya saja, tetapi juga karena dikucilkan masyarakat sekitarnya. Hal ini akibat kerusakan saraf besar yang ireversibel di wajah dan di ekstremitas, motorik dan sensorik, serta dengan adanya kerusakan yang berulang-ulang pada daerah anastetik disertai paralisis dan atrofi otot (Djuanda, Hamzah, & Aisah, 2007).

2.1.4 Patogenesis Kusta

Pada tahun 1960 Shepard berhasil menginokulasikan *M. Leprae* pada kaki mencit, dan berkembang biak di sekitar tempat suntikan. Dari berbagai macam spesimen, bentuk lesi maupun negara asal penderita, ternyata tidak ada perbedaan spesies. Agar dapat tumbuh diperlukan jumlah minimum *M. Leprae* yang disuntikkan dan kalau melampaui jumlah maksimum tidak berarti meningkatkan perkembangbiakan (Djuanda, Hamzah, & Aisyah, 2007).

Inokulasi pada mencit yang telah diambil timusnya dengan diikuti iradiasi (900r), sehingga kehilangan respons imun selulernya, akan mengahsilkan granuloma penuh basil terutama di bagian tubuh yang relatif dingin, yaitu hidung, cuping, telinga, kaki, dan ekor. Basil tersebut selanjutnya dapat diinokolukasikan lagi, berarti memenuhi salah satu postulat Koch, meskipun belum seluruhnya dapat dipenuhi (Djuanda, Hamzah, & Aisyah, 2007).

Sebenarnya *M. Leprae* mempunyai patogenitas dan daya invasi yang rendah, sebab penderita yang mengandung kuman lebih banyak belum tentu memberikan gejala yang lebih berat, bahkan dapat sebaliknya. Ketidakseimbangan antara derajat infeksi dengan derajat peyakit, tidak lain disebabkan oleh respons imun yang berbeda, yang menggugah timbulnya reaksi granuloma setempat atau menyeluruh yang dapat sembuh sendiri ataupun progresif. Oleh karena itu penyakit kusta dapat disebut sebagai penyakit imunologik. Gejala klinisnya lebih sebanding dengan tingkat reaksi selularnya daripada intensitasnya infeksinya (Djuanda, Hamzah, & Aisah, 2007)

2.1.5 Klasifikasi Kusta

Kusta tampil dalam dua jenis bentuk klinis utama, yaitu kusta bentuk kering atau tipe tuberkuloid, dan kusta bentuk basa disebut juga tipe lepromatosa. Bentuk ketiga yaitu bentuk peralihan menurut Wim de jong et al, 2005 dikutip dari (Nurarif & Kusuma, 2015)

1. Kusta bentuk kering: Tidak menular, kelainan kulit berupa bercak keputihan sebesar uang logam atau lebih besar, sering timbul di pipi, punggung, pantat, paha, atau lengan. Bercak tampak kering, kulit kehilangan daya rasa sama sekali.
2. Kusta bentuk basah: bentuk menular karena kumannya banyak terdapat diselaput lendir hidung, kulit dan organ tubuh lainnya, dapat berupa bercak kemerahan, kecil kecil tersebar diseluruh badan, atau berupa penebalan kulit yang luas sebagai infiltrate yang tampak mengkilap dan berminyak, dapat berupa benjolan merah sebesar biji jagung yang tersebar di badan, muka dan daun telinga. Disertai rontoknya alis mata, menebalnya daun telinga.
3. Kusta tipe peralihan: merupakan peralihan antara kedua tipe utama. Pengobatan tipe ini dimasukkan kedalam jenis kusta basah.

Menurut (Djuanda, Hamzah, & Aisyah, 2007) klasifikasi penyakit kusta antara lain:

1. Tipe Tuberkuloid-Tuberkuloid (TT)

   Lesi ini mengenai kulit dan saraf. Lesi kulit bisa satu atau bebrapa, dapat berupa macula atau plakar batas jelas dan bagian tengah

dapat ditemukan lesi yang mengalami regresi atau penyembuhan ditengah. Permukaan lesi dapat bersisik dengan tepi yang meninggi, bahkan dapat menyerupai gambaran psoriasis. Gejala ini dapat disertai penebalan saraf perifer yang biasanya terapa, kelemahan otot dan sedikit rasa datar.

2. Tipe Borderline-Tuberkuloid (BT)

   Lesi pada tipe ini menyerupai tipe TT, yakni berupa makula anestesi atau plak yang sering disertai lesi satelit di pinggirnya, jumlah lesi satu atau beberapa, tetapi gambaran hippopigmentasi, kekeringan kulit atau skuama tidak jelas seperti pada tipe tuberkuloid. Gangguan saraf tidak seberat pada tipe tuberkuloid dan biasanya asimestrik. Biasanya ada lesi satelit yang terletak dekat saraf perifer yang menebal.

3. Tipe Borderline-Borderline (BB)

   Tipe BB merupakan tipe yang paling tidak stabil dari semua spectrum penyakit kusta. Tipe ini disebut juga sebagai bentuk dimorfik dan jarang dijumpai. Lesi dapat berbentuk makula infiltrate. Permukaan lesi dapat mengkilat, batas lesi kurang jelas dengan jumlah lesi yang melebihi tipe borderline tuberkuloid dan cenderung simetrik. Lesi sangat bervariasi baik ukuran, bentuk dan distribusinya. Bisa didapat lesi punched out, yaitu hipopigmentasi yang oval pada bagian tengah, batas jelas yang merupakan ciri khas tipe ini.

4. Tipe Borderline-Lepromatus (BL)

   Secara klasik lesi dimulai dengan makula. Awalnya dalam jumlah sedikit, kemudian dengan cepat menyebar keseluruh badan. Makula disini lebih jelas dan lebih bervariasi bentuknya walau masih kecil, papel dan nodus lebih tegas dengan distribusi lesi yang hampir simetrik dan beberapa nodus tampak melekuk pada bagian tengah, lesi bagian tengah sering tampak normal dengan pinggir didalam infiltrate lebih jelas dibanding pinggir luarnya, dan beberapa plak tampak sering punched-out. Tanda- tanda kerusakan saraf berupa hilangnya sensasi, hipopigmentasi, berkurangnya keringat dan gugurnya rambut lebih cepat muncul dibandingkan dengan tipe lepromatus dengan penebalan saraf yang dapat teraba pada tempat predileksi dikulit.

5. Tipe Lepromatus-Lepromatus (LL)

   Jumlah lesi sangat banyak, simetrik, permukaan halus, lebih eritem, mengkilat berbatas tidak tegas dan tidak ditemukan gangguan anastesi dan anhidrosis pada stadium dini. Distribusi lesi khas, yakni siwajah mengenai dahi, pelipis, dagu, telinga, punggung tangan, dan permukaan ekstensor tungkai bawah. Pada stadium lanjut tampak penebalan kulit yang progresif, kuping telinga menebal, garis muka menjadi kasar dan cekung membentuk facies leonine yang dapat terjadi deformitas hidung. Dapat dijumpai pembesaran kelenjar limfe, orkitis, yang selanjutnya

dapat menjadi atropitesis. Kerusakan syaraf dermis menyebabkan gejala stocking dan glove anaesthesia.

Tabel 2.1 : Klasifikasi Penyakit Kusta Menurut WHO (1995) Dikutip dari (Djuanda, Hamzah, & Aisah, 2007)

No.	Keterangan	PB	MB
1.	Lesi Kulit (Makula datar, papul yang meninggi, nodus)	• 1-5 lesi • Hipopgmentasi/eritema • Distribusi tidak simetris • Hilangnya sensasi yang jelas	• >5 lesi • Distribusi lebih simetris • Hilangnya sensasi kurang jelas
2.	Kerusakan Saraf (Menyebabkan hilangnya sensasi/kelemahan otot yang dipersyarafi oleh syaraf yang terkena)	• Hanya satu cabang saraf	• Banyak cabang saraf



Gambar 2.1 Kusta Tipe MB dengan banyak nodul diwajah (Pongtiku, 2016)



Gambar 2.2 Kusta Tipe PB dengan 1 nodul yang jelas (Pongtiku, 2016)

2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) manifestasi klinis dari kusta secara umum antara lain:

1. Makula hipopigmentasi
2. Hiperpigmentasi
3. Eritematosa
4. Gejala kerusakan saraf (sensorik, motorik, autonom)
5. Kerusakan jaringan (kulit, mukosa traktus respiataorius atas, tulang-tulang jari dan wajah)
6. Kulit kering dan alopesia

Gejala-gejala kerusakan saraf menurut (Djuanda, Hamzah, & Aisah, 2007) , antara lain:

1. N. Ulnaris
    a. Anastesia pada ujung jari anterior kelingking dan jari manis
    b. Clawing kelingking dan ajri manis
    c. Atrofi hipotenar dan otot interoseus serta kedua otot lumbrikalis medial
2. N. Medianus
    a. Anasthesia pada ujung jari bagian anteriomibu jari, telunjuk dan jari tengah
    b. Tidak mampu aduksi ibu jari
    c. Clawing ibu jari, telunjuk, dan jari tengah
    d. Ibu jari kontraktur

e. Atrofi otot tenar dn kedua otot lumbrikalis lateral

3. N. radialis

   a. Anestesia dorsum manus, serta ujung proksimal jari telunjuk

   b. Tangan gantung (wrist drop)

   c. Ztak mampu ekstensi jari-jari atau pergelangan tangan

4. N. Poplitea lateralis

   a. Anestesia tungkai bawah, bagian lateral dan dorsum pedis

   b. Kaki gantung (food drop)

   c. Kelemahan otot peroneus

5. N. Tibialis Posterior

   a. Anestesia telapak kai

   b. Claw toes

   c. Paralis otot instrinsik kaki dan kolaps arkus pedis

6. N. Fasialis

   a. Cabang temporal dan zigomatik menyebabkan lagoftalmus

   b. Cabang bukal, mandibular dan servikal menyebabkan kehilangan ekspresi wajah dan kegagalan mengatupkan bibir

7. N. Trigemus

   a. Anestesia kulit wajah, kornea dan konjungtiva mata

Kerusakan mata pada kusta juga dapat primer dan sekunder. Primer mengakibatkan alopesia pada alis mata dan

bulu mata, juga dapat mendesak jaringan mata yang lainnya. Sekunder disebabkan rusaknya N. Fasialis yang dapat membuat paralysis N. Orbikularis palpebrarum sebagian atau seluruhnya, mengakibatkan lagoftalmus yang selanjutnya, menyebabkan kerusakan pada bagian-bagian mata lainnya. Secara sendiri-sendiri atau bergabung akhirnya dapat menyebabkan kebutaan.

2.1.7 Penatalaksanaan Kusta

2.1.7.1 Penatalaksanaan Medis

Tujuan utama program pemberantasan kusta adalah menyembuhkan pasien kusta dan mencegah timbulnya cacat serta memutuskan mata rantai penularan dari pasien kusta terutama tipe yang menular kepada orang lain untuk menurunkan insiden penyakit. Regimen pengobatan kusta di Indonesia disesuaikan dengan rekomendasi WHO (1995), yaitu program Multy Drug Therapy (MDT) dengan kombinasi obat medikamentosa utama yang terdiri dari Rifampisin, Klofazimin (Lamprene) dan DDS (Dapson/ 4,4 diamino-difenil-sulfon) yang telah diterapkan sejak tahun 1981. Program MDT ini bertujuan untuk mengatasi resistensi dapson yang semakin meningkat, mengurangi ketidak taatan pasien, menurunkan angka putus obat, mengefektifkan waktu pengobatan dan mengeliminasi persistensi kuman kusta dalam jaringan (Nurarif & Kusuma, 2015)

Regimen pengobatan MDT di Indonesia sesuai dengan regimen pengobatan yang direkomendasikan oleh WHO. Regimen tersebut adalah sebagai berikut:

1. Penderita Pauci Baciler (PB)

   a. Penderita Pauci Basiler (PB) lesi satu diberikan dosis tunggal ROM

	Rifampisin	Ofloxacin	Minocyclin
Dewasa 50-70kg	600 mg	400 mg	100 mg
Anak 5-14 tahun	300 mg	200 mg	50 mg

Obat ditelan didepan petugas, anak dibawah 5 tahun dan ibu hamil tidak diberikan ROM. Pengobatan sekali saja dan langsung dinyatakan RFT (*Released From Treatment*=berhenti minum obat kusta). Dalam program ROM yang tidak dipergunakan, penderita satu lesi diobati dengan regimen PB selama 6 bulan.

   b. Penderita Pauci Baciler (PB) lesi 2-5

	Dapson	Rifampisin
Dewasa	100 mg/hari	600 mg/bulan, diawasi
Anak 10-14 tahun	50 mg/hari	450 mg/bulan, diawasi

Pengobatan MDT untuk kusta tipe PB dilakukan dalam 6 dosis minimal yang diselesaikan dalam 6-9 bulan dan setelah selesai minum 6 dosis maka dinyatakan RFT meskipun secara klinis lesinya masih aktif. Menurut WHO (1995) tidak lagi dinyatakan RFT tetapi menggunakan istilah *Completion of Treatment Cure* dan pasien tidak lagi dalam pengawasan.

2. Penderita Multi Basiler (MB)

Tabel 2.2 Pengobatan MDT

	Dapson	Rifampisin	Klofazimin
Dewasa 50-70kg	100 mg/hari	600 mg/bulan, diawasi	50 mg/hari dari 300 mg/bulan diawasi
Anak 5-14 tahun	50 mg/hari	450 mg/bulan, diawasi	50 mg selang sehari dan 150mg/bulan diawasi

Pengobatan MDT untuk kusta tipe MB dilakukan dalam 24 dosis yang diselesaikan dalam waktu maksimal 36. Setelah sisa minum 24 dosis maka dinyatakan RFT meskipun secara klinis lesinnya masih aktif dan pemeriksaan bakteri BTA positif. Menurut WhO (1998) pengobatan MB diberikian untuk 12 dosis

yang diselesaikan dalam 12-18 bulan dan pasien langsung dinyatakan RFT (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.7.2 Penatalaksanaan Non Medis

Perawatan 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. Maka dari itu, perawatan diri pasien kusta juga diperlukan (Laili, 2017)

1 Perawatan mata dengan lagophthalmus
   a. Penderita memeriksa mata setiap hari apakah ada kemerahan atau kotoran
   b. Penderita harus ingat sering kedip dengan kuat
   c. Mata perlu dilindungi dari kekeringan dan debu
2 Perawatan tangan yang mati rasa
   a. Penderita memeriksa tangannya tiap hari untuk mencari tanda-tanda luka, melepuhb
   b. Perlu diredam setiap hari dengan air dingin selama lebih kurang setengah jam
   c. Keadaan basah diolesi minyak
   d. Kulit yang tebal digosok agar tipis dan halus
   e. Jari bengkok diurut agar lurus dan sendi-sendi tidak kaku
   f. Tangan mati rasa dilindungi dari panas, benda tajam, luka
3 Perawatan kaki yang mati rasa

a. Penderita memeriksa kaki tiap hari

b. Kaki direndam dalam air dingin lebih kurang 1,5 jam

c. Kaki mati rasa dilindungi

d. Kulit yang keras digosok agar tipis dan halus

e. Masih basah diolesi minyak

f. Jari-jari bengkok diurut halus

4 Perawatan Luka

a. Luka dibersihkan dengan sabun pada waktu direndam

b. Luka dibalut agar bersih

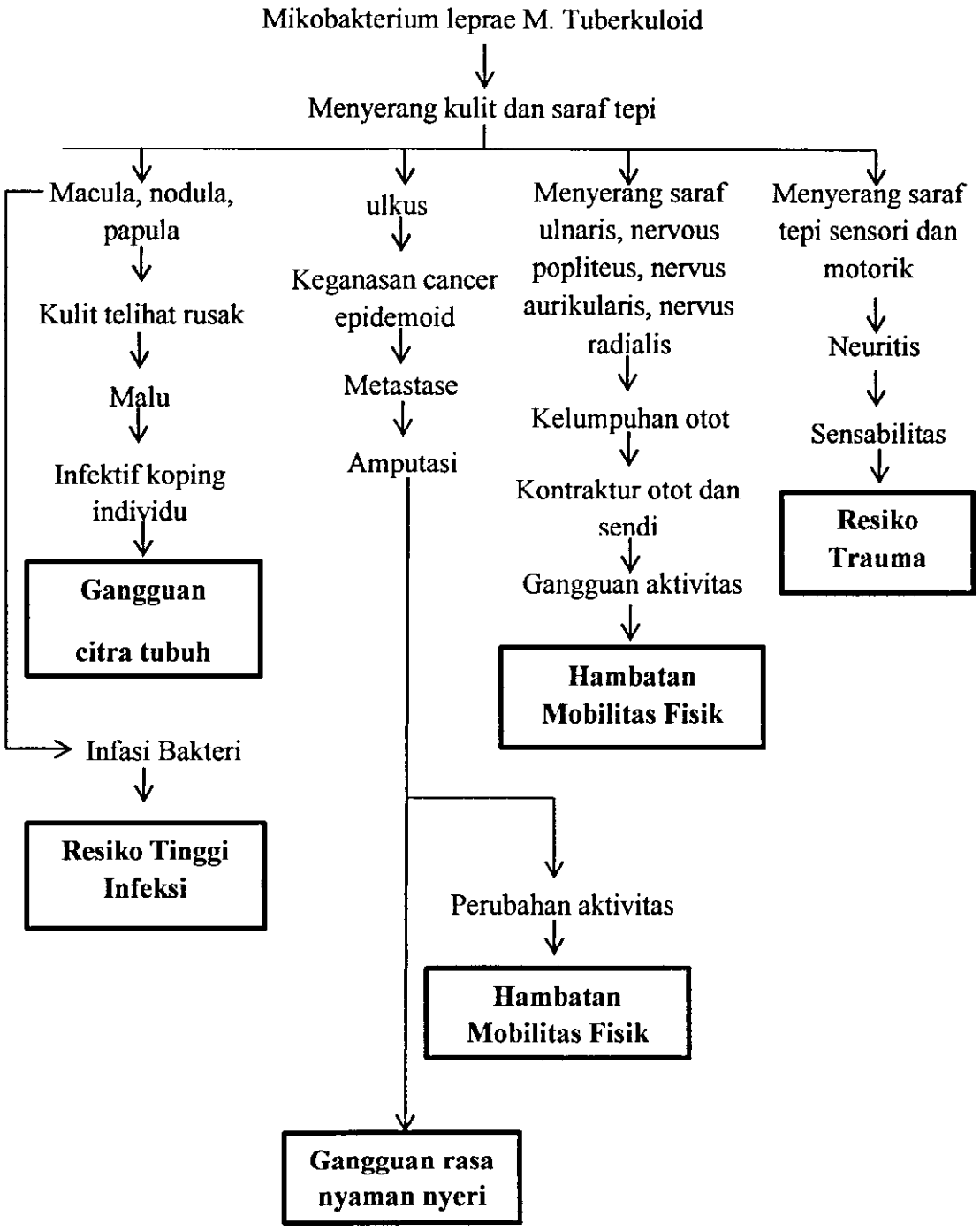
c. Bagian luka diistirahatkan dari tekanan

d. Bila bengkak, panas, bau, bawa ke puskesmas

2.1.8 Komplikasi

Cacat merupakan komplikasi yang dapat terjadi pada pasien kusta baik akibat kerusakan fungsi saraf tepi maupun karena neuritis sewaktu terjadi reaksi kusta. Penderita kusta yang terlambat didiagnosis dan tidak mendapat MDT mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya kerusakan saraf. Selain itu, penderita dengan reaksi kusta, terutama reaksi reversal, lesi kulit multiple dan dengan saraf yang membesar atau nyeri juga memiliki resiko tersebut (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.9 Pathway



Gambar 2.3 Pathway (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan menurut Departemen Kesehatan RI (1988) dikutip oleh (Setiadi, 2008).

Whall (1986) dalam analisa konsep tentang keluarga sebagai unit yang perlu dirawat dalam perawatan, ia mendefinisikan keluarga sebagai kelompok yang mengidentifikasikan diri dengan anggotanya terdiri dari dua individu atau lebih, yang asosiasinya dicarikan oleh istilah-istilah khusus, yang boleh jadi tidak diikat oleh hubungan darah atau hukum, tapi yang berfungsi demikian macam sehingga mereka menganggap diri mereka adalah keluarga (Friedman, 2010)

Keluarga adalah dua atau lebih dari yang hidup bersama dengan atau tidak adanya ikatan perkawinan darah atau adopsi dan anggota keluarga saling berinteraksi dan berkomunikasi serta memiliki peran masing masing dalam keluarga menurut Friedman (1998) dikutip dari (Friedman, Bowden, & Jones, 2010)

Keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seseorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau diadopsi dan tinggal dalam sebuah rumah tangga (Setiadi, 2008)

Sehingga dari beberapa definisi diatas, kita dapat menarik kesimpulan secara umum bahwa sebuah keluarga akan terbentuk jika memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Tinggal bersama dalam satu atap
2. Adanya hubungan (darah, adopsi, maupun kesepakatan untuk tinggal bersama).
3. Adanya ikatan (pernikahan, persaudaraan maupun kesempatan).
4. Anggota mempunyai perannya masing-masing dalam sebuah keluarga.
5. Adanya ikatan emosional.

2.2.2 Struktur Keluarga

Struktur keluarga terdiri dari berbagai macam-macam, diantaranya adalah (Effendy, 2005)

1. *Patrilineal*: adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
2. *Matrilinear*: adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
3. *Matrilokal:* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah seistri.
4. *Patrilokal:* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

5. *Keluarga kawinan:* adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

Ciri-ciri struktur keluarga menurut (Effendy, 2005)

1. Terorganisasi: saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga
2. Ada keterbatasan: setiap anggota memiliki kebebasan tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing.
3. Ada perbedaan dan kekhususan: setiap anggota mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing.

2.2.3 Tipe Keluarga

Pembagian tipe keluarga tergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan. Menurut (Effendy, 2005)

1. Keluarga Inti (*Nuclear Family)* adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak.
2. Keluarga Besar *(Exstended Family)* adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.
3. Keluarga berantai *(Serial Family)* adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.

4. Keluarga duda/janda *(Single Family)* adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.
5. Keluarga berkomposisi *(Composite)* adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.
6. Keluarga kabitas *(Cahabitation)* adalah dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga.

2.2.4 Fungsi Keluarga

Menurut (Friedman, Bowden, & Jones, 2010) fungsi keluarga dibagi menjadi lima yaitu:

1. *Fungsi afektif*: adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
2. *Fungsi sosialisasi*: adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah berhubungan dengan orang lain diluar rumah.
3. *Fungsi reproduksi*: adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. *Fungsi ekonomi*: adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5. *Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan*: adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

Ada tiga fungsi pokok keluarga terhadap anggota keluarganya, diantaranya adalah: (Effendy, 2005)

1. *Asih*: adalah memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarga sehingga memungkinkan mereka tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya.
2. *Asuh*: adalah menuju kebutuhan pemeliharaan dan keperawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadikan mereka anak anak yang sehat baik fisik, mental, sosial, dan spiritual.
3. *Asah*: adalah memenuhi kebutuhan pendidikan anak, sehingga siap menjadi manusia dewasa yang mandiri dalam mempersiapkan masa depannya.

2.2.5 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga memiliki tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan diterapkan. Keluarga dibagi atas 5 tugas dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu (Setiadi, 2008) :

1. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.
3. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya karena cacat atau usianya yang terlalu muda.

4. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

2.3 Konsep Dukungan Keluarga

2.3.1 Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial Friedman (2010) sedangkan menurut Cohen, Syme (1996) dukungan sosial adalah suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya dikutip dari (Setiadi, 2008) Dukungan sosial keluarga berfokus pada sifat interaksi yang berlangsung dalam berbagai hubungan sosial sebagaimana yang dievaluasi oleh individual (Roth, 1989, hal 91) dikutip dari (Friedman, Bowden, & Jones, 2010)

Studi-studi tentang dukungan keluarga telah mengkonseptualisasi dukungan sosial sebagai koping keluarga, baik dukungan-dukungan yang bersifat eksternal maupun internal terbukti sangat bermanfaat. Dukungan sosial keluarga eksternal antara lain sahabat, pekerjaan, tetangga, sekolah, keluarga besar, kelompok sosial, kelompok rekreasi, tempat ibadah, praktisi kesehatan. Dukungan sosial keluarga internal antara lain dukungan dari suami istri, dari saudara kandung atau dukungan dari anak (Friedman, Bowden, & Jones, 2010)

2.3.2 Jenis dan Fungsi Dukungan Keluarga

Menurut Setiadi (2008) jenis dukungan keluarga dapat dikelompokkan menjadi empat, diantaranya adalah:

1. *Dukungan Instrumental,* yakni keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan kongkrit. Dukungan dalam bentuk ini memberikan tujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktivitasnya. Seperti memberikan peralatan yang dibutuhkan oleh penderita, menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan oleh penderita, dsb.
2. *Dukungan Informasional,* yaitu keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar informasi). Keluarga memberikan bantuan informasi yang dapat digunakan oleh seseorang dalam melalui persoalan yang dihadapinya. Keluarga menjelaskan dalam bentuk memberikan saran, sugesti, nasihat, ide maupun informasi lainnya yang dibutuhkan dan dapat di berikan kepada orang lain yang menderita hal sama atau hampir sama.
3. *Dukungan Penilaian (appraisal),* yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga. Hal ini dilakukan dengan cara memberikan penghargaan atau pujian kepada seseorang berdasarkan kondisinya yang sebenarnya, dimana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang tersebut, dukungan sosial keluarga sangat membantu dan bermakna positif.
4. *Dukungan Emosional,* yaitu keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap

emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi adanya kepercayaan antar personal, afeksi dari orang lain, perhatian, dan saling berkontribusi dalam mendengar dan didengar. Dukungan ini berupa dalam pemberian simpati dan empati, cinta dan kasih, serta kepercayaan maupun penghargaan.

2.3.3 Bentuk Dukungan Keluarga

Menurut House (Setiadi, 2008) setiap bentuk dukungan sosial keluarga mempunyai ciri-ciri antara lain:

1. *Informatif,* yaitu bantuan informasi yang disediakan agar dapat diguankan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi lainnyayang dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama.
2. *Perhatian emosional,* setiap orang pasti membutuhkan bantuan afeksi dari orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta, keprcayaan, dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memprhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati, memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati, dan empati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapinya.
3. *Bantuan Instrumental,* bantuan bentuk ini bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktifitasnya berkaitan dengan persoalan-

persoalan yang dihadapinya, atau menolong secara langsung kesulitan yang dihadapi, misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi penderita, menyediakan obat obat yang dibutuhkan dan lain-lain.

4. *Bantuan penilaian,* yaitu suatu bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Penilaian ini bisa positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang. Berkaitan dengan dukungan sosial keluarga maka penilaian yang sangat membantu adalah penilaian yang positif.

Efek dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi. (Setiadi, 2008)

2.3.4 Sumber - Sumber Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dapat dipenuhi dari teman atau persahabatan, keluarga, dokter, psikolog, maupun psikiater. Hal ini juga diungkapkan oleh Thorst dalam Sofia (2003) dalam (Bow, 2009) Sumber-sumber dukungan sosial diantaranya:

1. Suami: hubungan perkawinan merupakan hubungan akrab yang diikuti oleh minat yang sama, kepentingan yang sama, saling membagi perasaan, saling mendukung dan menyelesaikan permasalahan bersama. Sehingga menimbulkan suatu keharmonisan dalam keluarga, yaitu kebahagiaan dalam hidup karena cinta kasih suami istri yang didasari kerelaan dan keserasian hidup bersama (Bow, 2009)

2. Keluarga: Keluarga merupakan sumber dukungan sosial karena dalam hubungan keluarga tercipta hubungan yang saling mempercayai. Individu sebagai anggota keluarga akan menjadikan keluarga sebagai kumpulan harapan, tempat bercerita, tempat bertanya, dan tempat mengeluarkan keluhan-keluhan bilamana individu sedang mengalami permasalahan (Bow, 2009)
3. Teman/sahabat: Persahabatan adalah hubungan yang saling mendukung, saling memelihara, serta perhatian tanpa adanya unsur eksploitasi. Teman dekat merupakan sumber dukungan sosisal karena dapat memberikan rasa senang dan dukungan selama mengalami suatu permasalahan menurut Kail & Neilsen dalam Suhita 2015 dikutip dari (Bow, 2009)

2.3.5 Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Dikutip dari (Widodo, 2017) menurut Amelia (2014) dukungan keluarga memiliki faktor faktor yang mempengaruhi, diantaranya:

1. Tingkat Perkembangan Usia: Semakin bertambah usia seseorang resiko terkena penyakit semakin meningkat. Hal ini dikarenakan adanya kelemahan fungsi tubuh secara menyeluruh. Maka dari itu seseorang dengan umur yang lebih muda yakni tahap dewasa mampu meberikan dukungan lebih baik daripada lansia.
2. Tingkat Pengetahuan Keluarga: Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula tingkat pengetahuannya. Tingkat pendidikan

keluarga akan mempengaruhi perilaku keluarga dalam meningkatkan dan memelihara kesehatan keluarga

3. Faktor Emosional: Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Menurut Brown (2004) sosial ekonomi yang rendah berdasarkan pendapatan pribadi atau rumah tangga, pendidikan, pekerjaan, dan area tempat tinggal berhubungan dengan rendahnya tingkat kesehatan baik fisik maupun emosi hal ini dapat menyebabkan meningkatnya penyakit yang buruk.
4. Faktor Spiritual: Adanya hubungan antara kecerdasan spiritual dengan kualitas hidup penderita kusta semakin tinggi kecerdasan spiritual yang dimiliki pasien dan keluarga maka semakin tinggi pula kualitas hidupnya.
5. Praktik Keluarga: Penderita kusta yang mendapatkan dukungan keluarga positif lenih patuh terhadap perawatannya dari pada penderita yang mendapatkan dukungan keluarga negatif. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit menurut Friedman 2010 dikutip dari (Widodo, 2017)
6. Tingkat Sosial Ekonomi: orang yang pendapatannya tinggi, lebih mudah untuk melakukan perawatan pada penderita kusta seperti masalah biaya perawatan. Perubahan pola penyakit di negara-negara berkembang khususnya di Indonesia dianggap ada hubungannya dengan cara hidup yang berubah sesuai dengan bertambahnya kemakmuran yang bercermin dalam pendapatan perkapita indonesia. Menurut Notoadmodjo (2005) dikutip dari (Widodo,

2017) semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang maka semakin tinggi status sosial, ekonomi, budaya dan kondisi kesehatannya.

2.3.6 Manfaat Dukungan Keluarga

Menurut Setiadi (2008), dukungan sosial keluarga memiliki efek terhadap kesehatan dan kesejahteraan yang berfungsi secara bersamaan. Adanya dukungan yang kuat berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi. Selain itu, dukungan keluarga memiliki pengaruh yang positif pada pemyesuaian kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stress.

2.4 Pendidikan Kesehatan/ *Health Education*

2.4.1 Definisi Pendidikan Kesehatan/*Health Education*

Health Education atau biasa disebut pendidikan kesehatan merupakan cabang ilmu dari kesehatan, yang mempunyai dua sisi yakni sisi ilmu dan seni. Dari sisi seni, yakni praktisi atau aplikasi pendidikan kesehatan adalah merupakan penunjang dari program-program kesehatan lain. Artinya setiap program kesehatan misalnya, pemberantasan penyakit, perbaikan gizi masyarakat sanitasi lingkungan, kesehatan ibu dan anak, program pelayanan kesehatan, dsb, perlu ditunjang atau dibantu oleh health education. Hal ini essensial karena masing-masing program tersebut mempunyai aspek perilaku masyarakat yang perlu dikondisikan dengan pendidikan kesehatan (Fitriani, 2011)

Menurut beberapa ahli seperti Nyswander (1947) *Health education* adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, bukan proses pemindahan materi (pesan) dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seprangkat prosedure. Sedangkan menurut Steuart (1968) health education merupakan komponen program

kesehatan (kedokteran) yang isinya perencanaan untuk perubahan perilaku individu, kelompok dan masyarakat sehubungan dengan pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. *Health education* adalah kegiatan-kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan orang dan membuat keputusan yang tepat sehubungan dengan pemeliharaan kesehatan menurut Joint Commision on Health Education, USA (1973). Sehingga dari beberapa teori tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa definisi dari *health education* adalah suatu upaya atau kegiatan untuk mempengaruhi orang agar ia atau mereka berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Pendidikan kesehatan juga suatu kegiatan untuk menjadikan kondisi sedemikian rupa sehingga orang mampu untuk berperilaku sehat (Fitriani, 2011)

2.4.2 Batasan Pendidikan Kesehatan/*Health Education*

Dapat dikatakan health education adalah suatu bentuk rekayasa perilaku *(Behaviour Engineering)* untuk hidup sehat. Menurut (Fitriani, 2011) pendidikan merupakan upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan, yaitu:

1. Input: Sasaran pendidikan (Individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan).
2. Proses: Upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain.

3. Output: Melakukan apa yang diharapkan atau perilaku. Yang diharapkan dari suatu health education disini adalah perilaku kesehatan atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan atau dapat dikatakan perilaku yang kondusif.

Perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif ke perilaku yang kondusif ini mengandung berbagai dimensi, antara lain:

1. Perubahan Perilaku

   Merubah perilaku-perilaku masyarakat yang tidak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan menjadi perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan atau dari perilaku negatif ke perilaku yang positif. Perilaku-perilaku yang merugikan kesehatan yang perlu dirubah misalnya, merokok, minum-minuman keras, ibu hamil tidak memeriksakan kehamilannya dsb.

2. Pembinaan Perilaku

   Pembinaan disini ditujukan utamanya kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar dipertahankan, artinya masyarakat yang sudah mempunyai perilaku hidup sehat *(healthy life style)* tetap dilanjutkan atau dipertahankan. Misalnya olahraga teratur, makan dengan menu seimbang, menguras bak mandi secara teratur, membuang sampah ditempatnya dsb.

3. Pengembangan Perilaku

   Pengembangan perilaku sehat ini utamanya ditujukan kepada membiasakan hidup sehat bagi anak anak. Perilaku sehat bagi anak ini dimuali sedini mungkin, karena kebiasaan perawatan terhadap anak termasuk kesehatan

yang diberikan oleh orangtua akan langsung berpengaruh kepada prilaku sehat anak selanjutnya.

Dapat disimpulkan bahwa health education adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Dengan kata lain heath education mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

2.4.3 Tujuan Pendidikan Kesehatan/ *Health Education*

Secara garis besar tujuan dari *health education* adalah mengubah perilaku yang belum sehat menjadi perilaku yang sehat. Namun perilaku sendiri cakupannya sangat luas. Perilaku kesehatan dibagi menjadi 3 tujuan sebagai tujuan *health education* yaitu:

1. Perilaku yang menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat. Contohnya kader kesehatan mempunyai tanggung jawab terhadap penyuluhan dan pengarahan kepada keadaan dalam cara hidup sehat menjadi suatu kebiasaan masyarakat.
2. Secara mandiri mampu menciptakan perilaku sehat bagi dirinya sendiri maupun menciptakan perilaku sehat didalam kelompok. Contoh program PKMD adalah posyandu yang akan diarahkan kepada upaya pencegahan penyakit.
3. Mendorong berkembangnya dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat. Contoh ada sebagian masyarakat yang secara

berlebihan memanfaatkan pelayanan kesehatan adapula yang sudah benar benar skait tetapi tetap tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan.

2.4.4 Sasaran Pendidkan Kesehatan/ *Health Education*

Sasaran health education di Indonesia berdasarkan pada program pembangunan Indonesia adalah:

1. Masyarakat umum.
2. Masyarakat dalam kelompok tertentu seperti wanita, pemuda, remaja. Termasuk dalam kelompok khusus adalah lembaga pendidikan mulai dari TK sampai perguruan tinggi, sekoalh agama baik negeri maupun swasta.
3. Sasaran individu dengan teknik pendidikan kesehatan individual.

2.4.5 Tahapan Kegiatan Pendidikan Kesehatan/ *Health Education*

Menurut (Fitriani, 2011) pendidikan kesehatan mempunyai tahapan-tahapan yang perlu diperhatikan. Seperti yang telah dikemukakan oleh Hanlon (1964) dikutip oleh Azwar (1983) mengemukakan tahapan yang dilalui oleh pendidikan kesehatan diantara lain:

1. Tahap Sensitisasi

   Pada tahapan ini dilakukan guna untuk memberikan informasi dan kesadaran pada masyarakat tentang hal penting mengenai masalah

kesehatan seperti kesadaran pemanfaatan fasilitas kesehatan, wabah penyakit, imunisasi.

Pada kegiatan ini tidak memberikan penjelasan mengenai pengetahuan, tidak pula merujuk pada perubahan sikap, serta tidak atau belum bermaksud pada masyarakat untuk mengubah perilakunya. Contoh bentuk kegiatannya seperti siaran radio, poster, selebaran, leaflet dsb.

2. Tahap Publisitas

Tahap ini merupakan tahapan lanjutan dari tahapan sensitasi. Bentuk kegiatan berupa press release yang dikeluarkan Departemen Kesehatan untuk memberikan penjelasan lebih lanjut jenis atau macam pelayanan kesehatan.

3. Tahapan Edukasi

Tahap ini kelanjutan pula dari tahap sensitasi yang mempunyai tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap serta mengarahkan pada perilaku yang diinginkan.

4. Tahapan Motivasi

Tahap kelanjutan dari edukasi. Masyarakat setelah mengikuti benar-benar kegiatan pendidikan kesehatan benar-benar mampu mengubah perilakunya sesuai dengan yang dianjurkan kesehatan.

Kegiatan tersebut harus dilakukan secara berurutan tahap demi tahap, oleh karena itu pelaksana harus memahami ilmu komunikasi untuk tahap sensitisasi dan publitas serta edukasi atau ilmu belajar mengajar untuk melaksanakan pendidikan kesehatan pada tahap edukasi dan motivasi.

2.4.6 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan/ *Health Education*

Ruang lingkup pendidikan kesehatan/health education dapat dilihat dari berbagai dimensi, yaitu:

1. *Dimensi Sasaran*, ruang lingkup pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu:
   a. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
   b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
   c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.
2. *Dimensi tempat pelaksanaannya,* pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat yang dengan sendirinya sasaran berbeda pula yaitu:
   a. Pendidikan kesehatan disekolah dengan sasaran murid
   b. Pendidikan kesehatan dirumah sakit atau puskesmas dengan sasaran pasien dan keluarga pasien.
   c. Pendidikan kesehatan ditempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.
3. *Dimensi tingkat pelayanan kesehatan,* pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan dari Leavel dan Clark, diantaranya adalah:
   a. Promosi kesehatan: Pada tingkat ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan seperti peningkatan gizi, perbaikan kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan serta higiene perorangan.
   b. Perlindungan khusus: Program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus sangat dibutuhkan terutama di negara

berkembang. Hal ini juga sebagai akibat dari kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya maupun anak-anak masih rendah.

c. Diagnosis dini dan pengobatan segera: Rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit maka sering kesulitan mendeteksi penyakit yang terjadi pada masyarakat, bahkan masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati sehingga masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak.
d. Pembatasan kecacatan: Kurangnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang penyakit sehingga masyarakat tidak melanjutkan pengobatan sampai tuntas. Dengan kata lain pengobatan dan pemeriksaan yang tidak sempuran megakibatkan orang tersebut mengalami ketidakmampuan atau kecacatan.
e. Rehabilitasi: Untuk memulihkan kecacatan kadang kadang diperlukan latihan-latihan tertentu. Karena kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat segan melakukan latihan yang dianjurkan. Kecacatan juga mengakibatkan menimbulkan perasaan malu untuk kembali ke masyarakat. Karena masyarakat pun kadang-kadang tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal.

2.5 Konsep *Small Group Discussion*

2.5.1 Definisi *Small Group Discussion*

Small Group adalah satu set dari tiga atau lebih individu yang hubungannya membuat mereka dalam beberapa hal saling bergantung (Cartwright & Zander, 1968) dikutip dari (Northouse & Northouse, 2007)

Model pembelajaran kooperatif merupakan bentuk pembelajaran dengan cara siswa belajar dan bekerja dalam kelompok-kelompok kecil secara kolaboratif yang anggotanya terdiri dari empat sampai enam orang dengan struktur kelompok yang bersifat heterogen. Dalam pembelajaran dengan metode ini akan tercipta interaksi yang lebih luas, yaitu interaksi dan komunikasi yang dilakukan antara guru dengan siswa, siswa dengan siswa dan siswa dengan guru (*multy way traffic community)* dikutip dari (Hardiansyah, 2014). Akan tetapi subjek guru yang dimaksud kali ini adalah tenaga kesehatan, dan objek siswa yang dimaksud adalah para responden. Menurut Yudhi Munandi dan Farida Hamid (2009:54) model pembelajaran *small group discussion* dimaksudkan untuk membangun kerjasama individu dalam kelompok, kemampuan analitis dan kepekaan sosial serta tanggung jawab individu dalam kelompok dikutip dari (Hardiansyah, 2014)

Small Group Discussion merupakan suatu metode pembelajaran kooperatif. Metode ini merupakan model pembelajaran yang mandiri dan tersturuktur, terdiri dari kelompok kecil antara 3 sampai 6 orang dan dapat membuat proses belajar menjadi lebih menyenangkan dan lebih mudah untuk dipahami karena melibatkan seluruh responden terlibat aktif dalam kegiatan pembelajaran.

2.5.2 Ciri-ciri *Small Group Discussion*

Ciri-ciri *Small Group Disscussion* menurut (Hardiansyah, 2014) sebagai berikut:

1. Adanya kerjasama antar sesama anggota kelompok
2. Adanya keterampilan berbagi dalam kelompok
3. Adanya peran aktif atau keterampilan partisipasi dari masing-masing anggota kelompok. Cartwright & Zander (1968) menunjukkan bahwa individu dalam kelompok tersebut biasanya memiliki satu atau lebih dari karakteristik sebagai berikut (Northouse & Northouse, 2007)
4. Mereka terlibat dalam interaksi yang sering
5. Mereka mendefinisikan diri mereka sebagai anggota
6. Mereka diartikan oleh yang lainnya sebagai anggota kelompok.
7. Mereka berbagi norma tentang hal-hal yang menjadi kepentingan bersama
8. Mereka berpartisipasi dalam sistem peran yang saling terkait
9. Mereka mengidentifikasikan antara satu dengan yang lain sebagai hasil dari menyiapkan objek atau cita-cita (memiliki tujuan yang sama)
10. Mereka menganggap kelompok itu bermanfaat
11. Mereka mengejar tujuan yang saling bergantung
12. Mereka memliki persepsi kolektif tentang persatuan mereka
13. Mereka cenderung bertindak secara kesatuan terhadap lingkungan.
14. Menurut Cartwight & Zander ada banyak kualitas yang dapat digunakan untuk mengkarakterisasi kelompok kelompok kecil.

2.5.3 Karakteristik *Small Group Discussion*

Karakteristik *Small Group Discussion* menurut (Galanes, Adams, & Brilhart, 2004) yaitu:

1. Terdiri dari jumlah orang yang cukup sedikit dan memiliki beberapa tujuan yang saling bergantung satu sama lain (biasanya 3, sampai 7 orang. Jarang ditemui lebih dari 15 orang)
2. Satu tujuan yang saling bergantung, membuat keberhasilan satu anggota bergantung pada kesuksesan semua.
3. Setiap orang memiliki rasa memiliki, menjadi bagian dari kelompok
4. Berinteraksi melibatkan cara verbal maupun non verbal, dengan kata-kata yang menyampaikan isi diskusi.
5. Adanya rasa kerjasama antar anggota. Meskipun mungkin ada ketidak setujuan dan konflik, semua anggota menganggap diri mereka mencari hasil diskusi yang mungkin memuaskan bagi beberapa anggota, sehingga tidak ada rasa frustasi karena kalah dari anggota kelompok yang lainnya.

2.5.4 Langkah – Langkah *Small Group Discussion*

Langkah- langkah dalam melakukan metode small group discussion menurut (Northouse & Northouse, 2007) antara lain:

1. Peneliti membagi responden dalam beberapa kelompok kecil antara 3 sampai 6 orang

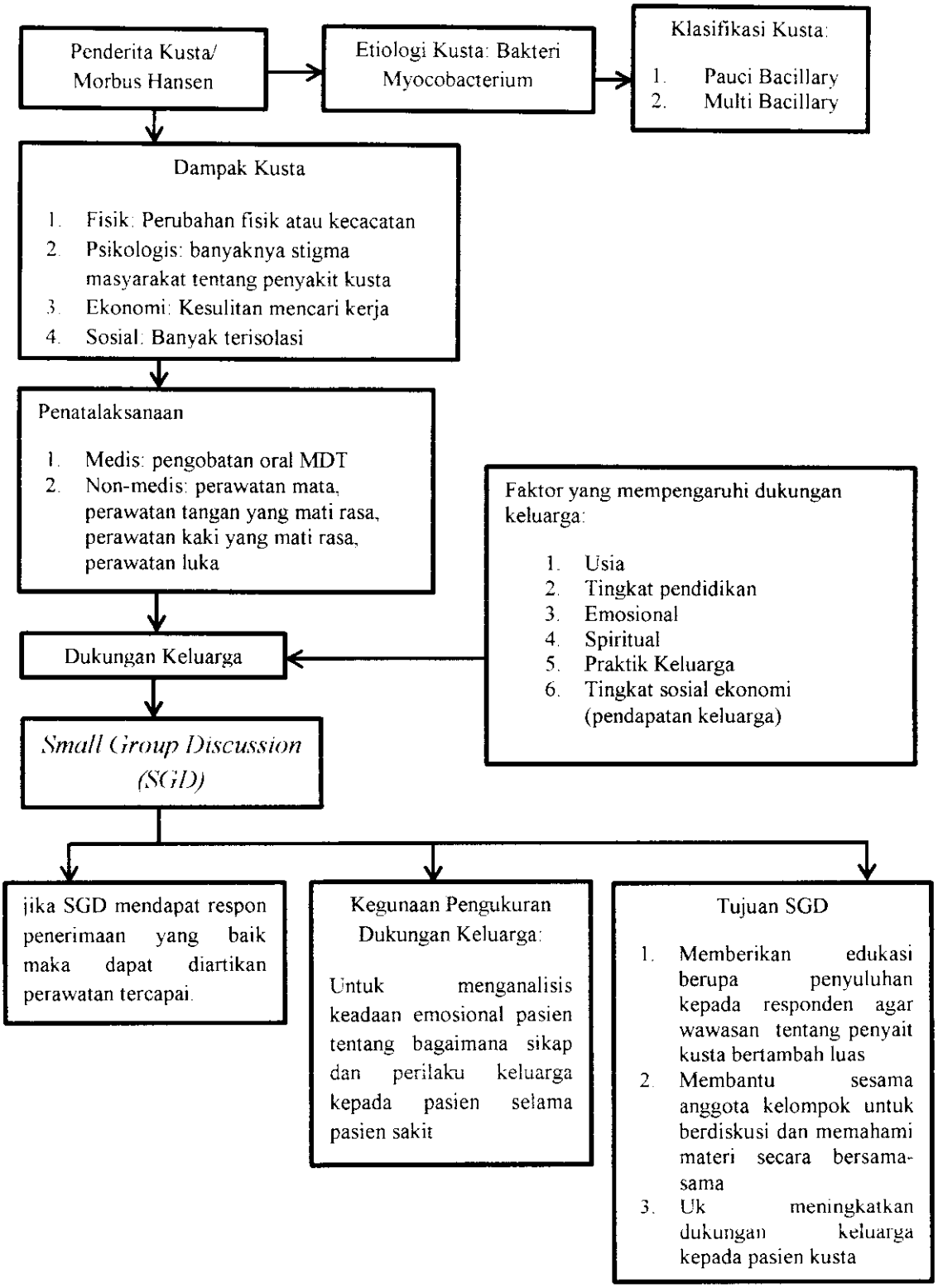
2. Peneliti memberikan leaflet atau permasalahan untuk masing masing kelompok.
3. Mintalah responden untuk mendiskusikan bacaan leaflet tersebut
4. Mintalah kelompok untuk menuangkan poin-poin terpenting *(keyword* atau kata kunci) hasil diskusinya pada selembar kertas
5. Dari tiap-tiap kelompok, mintalah mereka untuk menunjuk juru bicara
6. Mintalah para juru bicara kelompok untuk mempresentasikan hasil diskusi kelompoknya, batasilah waktu agar semua kelompok dapat bagian secara merata
7. Mintalah kelompok lain untuk memberi komentar atau tanggapan atau pertanyaan
8. Peneliti memberikan rangkuman atau penguatan materi

2.6 *Small Group Discussion* tentang Perawatan Pasien Kusta terhadap Dukungan Keluarga pada Pasien Kusta

Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan dukungan keluarga yaitu meningkatkan pengetahuan keluarga tentang perawatan kusta melalui pemberian pendidikan kesehatan atau health education dari petugas kesehatan sehingga keluarga akan lebih mengerti dan memahami tentang penyakit kusta dan perawatan pada penderita kusta dengan lebih baik. Metode yang digunakan dalam pemberian health education adalah *Small Group Discussion*, seperti pada fungsinya metode ini dapat membantu responden memahami materi lebih mudah

karena dalam satu kelompok diskusi dibutuhkan minimal 3 orang dan metode ini efektif untuk pendidkan kesehatan karena pendidikan yang diterima pun jauh lebih mudah untuk dipahami. Serta cara ini dapat meminimalisir dampak psikologis yang diterima penderita kusta ketika berada dirumah (Elizabeth, 2005)

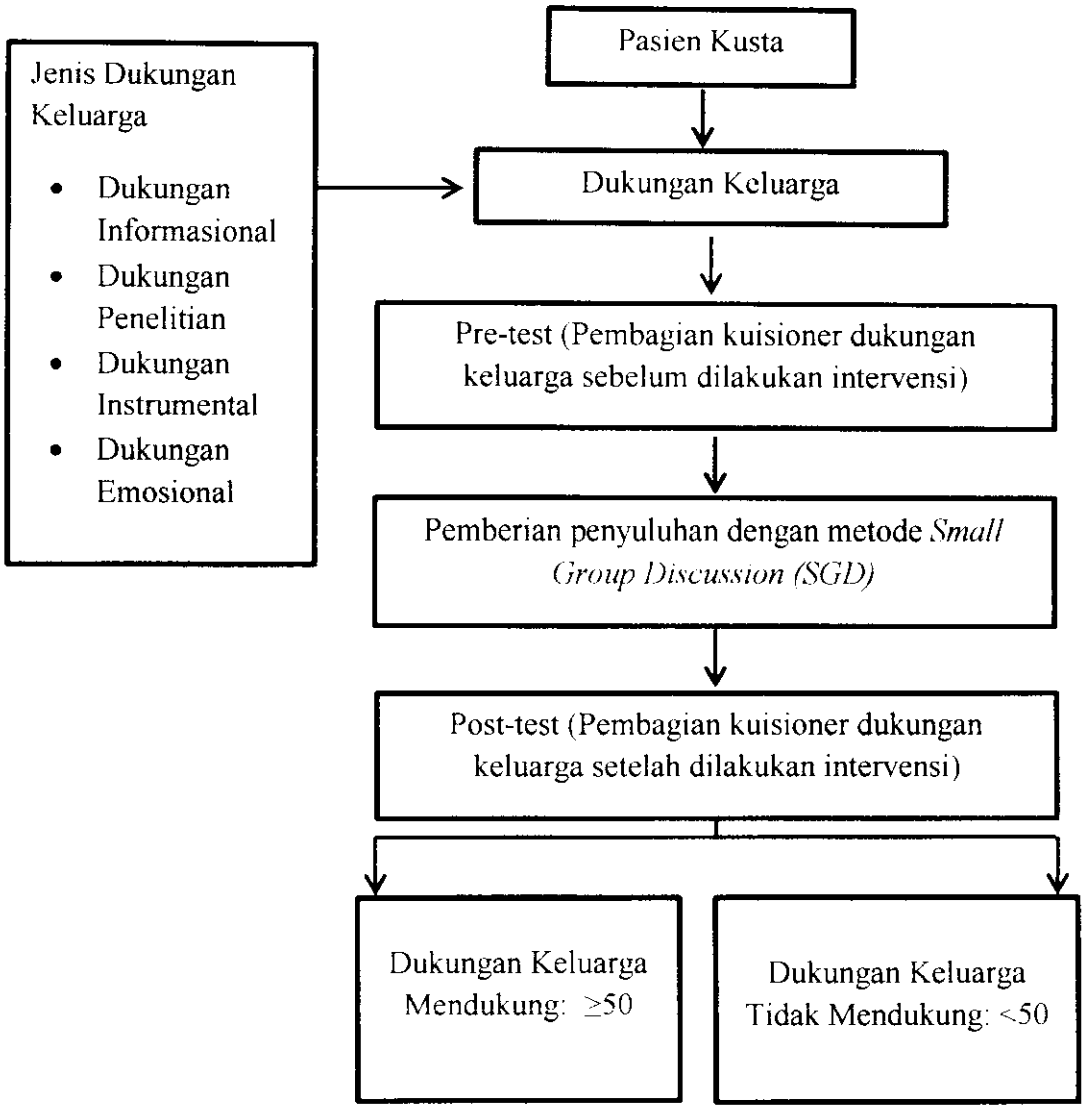
2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.4 Kerangka Teori Pengaruh *Small Group Discussion* Tentang Perawatan Pasien Kusta Terhadap Dukungan Keluarga Pada Pasien Kusta di Puskesmas Nguling Kabupaten Pasuruan

2.8 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan dapat membentuk suatu teori yang menjelaskan suatu keterkaitan variabel (Nursalam, 2017)



Gambar 2.5 Kerangka Konsep Pengaruh *Small Group Discussion* Tentang Perawatan Pasien Kusta Terhadap Dukungan Keluarga Pada Pasien Kusta di Puskesmas Nguling Kabupaten Pasuruan

2.9 Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian (Nursalam, 2017). Hipotesis dalam penelitian adalah:

H1: Ada pengaruh *small group discussion* tentang perawatan pasien kusta terhadap dukungan keluarga pada pasien kusta di Puskesmas Nguling, Kabupaten Pasuruan