

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Dukungan keluarga**2.1.1 Pengertian**

Menurut Sayekti (1994, dikutip dari Suprajitno, 2004) keluarga adalah suatu ikatan/persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi, dan tinggal dalam sebuah rumah tangga. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 1998).

Dukungan keluarga didefinisikan oleh Gottlieb (1983) dalam Zainudin (2002) sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya. Menurut Sarason (1983) dalam Zainudin (2002) Dukungan keluarga adalah keberatan, kesedihan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita, pandangan yang

sama juga dikemukakan oleh Cobb (2002) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai adanya kenyamanan, perhatian, penghargaan atau menolong orang dengan sikap menerima kondinya, dukungan keluarga tersebut diperoleh dari individu maupun kelompok.

2.1.2 Fungsi keluarga

Fungsi keluarga dibagi menjadi empat yaitu: (Friedman, 1998)

a. Fungsi afektif

Gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lain, saling menghargai dan kehangatan di dalam keluarga.

b. Fungsi sosialisasi

Interaksi atau hubungan dalam keluarga, bagaimana keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku.

c. Fungsi kesehatan

Sejauh mana keluarga menyediakan pangan, perlindungan dan merawat anggota yang sakit, sejauhmana pengetahuan tentang masalah kesehatan, kemampuan keluarga untuk melakukan 5 tugas kesehatan dalam keluarga serta kemauan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan yang sedang dihadapi.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, papan. Keluarga memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga. Hal yang menjadi pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan. Fasilitas mencakup

fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari masyarakat setempat.

Sedangkan dalam UU No.10 tahun 1992 PP No.21 tahun 1994 tertulis fungsi keluarga dalam delapan bentuk yaitu :

a. Fungsi Keagamaan

- Membina norma ajaran-ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga.
- Menerjemahkan agama kedalam tingkah laku hidup sehari-hari kepada seluruh anggota keluarga.
- Memberikan contoh konkrit dalam hidup sehari-hari dalam pengamalan dari ajaran agama.
- Melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang kurang diperolehnya disekolah atau masyarakat.
- Membina rasa, sikap, dan praktek kehidupan keluarga beragama sebagai pondasi menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

b. Fungsi Budaya

- Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma-norma dan budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan.
- Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai.
- Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negatif globalisasi dunia.

- Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya dapat berpartisipasi berperilaku yang baik sesuai dengan norma bangsa Indonesia dalam menghadapi tantangan globalisasi.
 - Membina budaya keluarga yang sesuai, selaras dan seimbang dengan budaya masyarakat atau bangsa untuk menjunjung terwujudnya norma keluarga kecil bahagia sejahtera.
- c. Fungsi Cinta Kasih
- Menumbuhkembangkan potensi kasih sayang yang telah ada antar anggota keluarga ke dalam simbol-simbol nyata secara optimal dan terus-menerus.
 - Membina tingkah laku saling menyayangi baik antar keluarga secara kuantitatif dan kualitatif.
 - Membina praktek kecintaan terhadap kehidupan duniawi dan ukhrowi dalam keluarga secara serasi, selaras dan seimbang.
 - Membina rasa, sikap dan praktek hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.
- d. Fungsi Perlindungan
- Memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga baik dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga.
 - Membina keamanan keluarga baik fisik maupun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar.
 - Membina dan menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

e. Fungsi Reproduksi

- Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat baik bagi anggota keluarga maupun bagi keluarga sekitarnya.
- Memberikan contoh pengamalan kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, pendewasaan fisik maupun mental.
- Mengamalkan kaidah-kaidah reproduksi sehat, baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak antara dua anak dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga.
- Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

f. Fungsi Sosialisasi

- Menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak pertama dan utama.
- Menyadari, merencanakan dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat tempat anak dapat mencari pemecahan dari berbagai konflik dan permasalahan yang dijumpainya baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat.
- Membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal-hal yang diperlukan untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan (fisik dan mental), yang tidak, kurang diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat.
- Membina proses pendidikan dan sosialisasi yang terjadi dalam keluarga sehingga tidak saja bermanfaat positif bagi anak, tetapi

juga bagi orang tua, dalam rangka perkembangan dan kematangan hidup bersama menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

g. Fungsi Ekonomi

- Melakukan kegiatan ekonomi baik di luar maupun di dalam lingkungan keluarga dalam rangka menopang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga.
- Mengelola ekonomi keluarga sehingga terjadi keserasian, keselarasan dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga. Mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatiannya terhadap anggota keluarga berjalan secara serasi, selaras dan seimbang.
- Membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

h. Fungsi Pelestarian Lingkungan

- Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan intern keluarga.
- Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan ekstern keluarga.
- Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan yang serasi, selaras dan seimbang dan antara lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat sekitarnya.
- Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan hidup sebagai pola hidup keluarga menuju keluarga kecil bahagia sejahtera..

Fungsi dan istilah dalam keluarga yang hampir sama maknanya, akan tetapi peran keluarga cenderung bersifat individual dimana anggota keluarga mempunyai peranan masing-masing. Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga yang menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan, yang berhubungan dengan individu (Friedman, 1998). Dalam UU kesehatan nomor 23 tahun 1992 pasal 5 menyebutkan "Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga dan lingkungan". Dari pasal di atas jelas bahwa keluarga berkewajiban menciptakan dan memelihara kesehatan dalam upaya meningkatkan tingkat derajat kesehatan yang optimal.

Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga. Menurut Effendy (1998) peran itu dibagi menjadi tiga yaitu :

a. Peran Ayah

Ayah sebagai suami dari istri dan anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

b. Peran Ibu

Sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya. Ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, di

samping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

c. Peran Anak

Anak-anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

2.1.3 Tugas Kesehatan Keluarga

Friedman (1998 dikutip dari Setiadi, 2008) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan yaitu:

- a. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika

keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan sekitar keluarga.

- c. Memberikan keperawatan anggota keluarga yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda. Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
- d. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga. Keluarga memainkan peran yang bersifat mendukung anggota keluarga yang sakit. Dengan kata lain perlu adanya sesuatu kecocokan yang baik antara kebutuhan keluarga dan asupan sumber lingkungan bagi pemeliharaan kesehatan anggota keluarga.
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada). Hubungan yang sifatnya positif akan memberi pengaruh yang baik pada keluarga mengenai fasilitas kesehatan. Diharapkan dengan hubungan yang positif terhadap pelayanan kesehatan akan merubah setiap perilaku anggota keluarga mengenai sehat sakit.

2.1.4 Komponen dukungan sosial keluarga dalam kesehatan keluarga

Cara untuk meningkatkan efektivitas keberadaan atau sumber potensial terdapatnya dukungan dari keluarga yang menjadi prioritas penelitian. Keluarga cenderung terlibat dalam pembuatan keputusan atau proses terapeutik dalam setiap tahap sehat dan sakit para anggota

keluarga yang sakit. Proses ini menjadikan seorang pasien mendapatkan pelayanan

Caplan (1976) dalam Friedman (1998) menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa jenis dukungan yaitu:

a. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan *diseminator* (penyebarkan) informasi tentang dunia. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi. Dukungan informasi yang diberikan oleh keluarga kepada penderita kusta dapat berupa informasi terkait penyakit kusta dan kondisi penderita.

b. Dukungan penilaian

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan *validator* identitas anggota keluarga diantaranya memberikan *support*, penghargaan, perhatian. Dukungan penilaian yang diberikan oleh keluarga dapat berupa ketersediaan kebutuhan dasar dan fasilitas yang dibutuhkan oleh penderita untuk meningkatkan status kesehatannya.

c. Dukungan Instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan.

d. Dukungan emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional yang diberikan keluarga kepada penderita kusta dapat berupa ketersediaan waktu anggota keluarga untuk penderita kusta hanya untuk sekedar mendengarkan apa yang dirasakan terkait dengan kondisinya.

2.1.5 Sumber dukungan keluarga dalam kesehatan keluarga

Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami atau istri serta dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 1998).

2.1.6 Manfaat dukungan keluarga dalam kesehatan keluarga

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal.

Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 1998). Wills (1985) dalam Friedman (1998) menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan dikalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Ryan dan Austin dalam Friedman, 1998).

2.1.7 Metodologi pengukuran dukungan keluarga

Pertanyaan yang digunakan untuk pengumpulan data dukungan keluarga didasarkan pada teori Friedman (1998) yaitu tentang 4 komponen dalam dukungan keluarga yaitu dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan emosional dan dukungan penghargaan yang dikembangkan. Aspek dalam dukungan informasional terkait dengan nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi. Dukungan penilaian dapat berupa penyediaan waktu dan diskusi terkait dengan sesama anggota keluarga. Kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan merupak bentuk dari dukungan emosional. Dukungan penghargaan dapat dilakukan dengan cara memberikan pujian, melakukan kerja sama dan meberikan kebebasan pada anggota keluarga untuk melakukan aktivitas.

Menurut Nursalam (2003) skala pengukuran dukungan keluarga yang digunakan adalah dengan skala likert yaitu selalu (skor 4), sering (skor 3), kadang-kadang (skor 2), tidak pernah (skor 1). Skor yang dihasilkan akan dikategorikan menurut Arikunto (2000) bahwa rentang skor kategori dibagi sama besar sehingga diperoleh kategori sebagai berikut: Dukungan keluarga baik dan dukungan keluarga kurang.

2.2 Konsep Penyakit Kusta

2.2.1 Definisi

Kusta atau lepra (*leprosy*) atau disebut juga *Morbus Hansen* merupakan penyakit menular kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*, melalui kulit dan mukosa hidung. Penyakit kusta menyerang saraf tepi, kulit, organ tubuh lain kecuali susunan saraf pusat yang apabila tidak didiagnosis dan diobati secara dini dapat menimbulkan kecacatan. (Subdirektorat Kusta dan Frambusia, 2012).

2.2.2 Etiologi

Penyebab kusta adalah *Mycobacterium leprae*, yang ditemukan oleh warga negara Norwegia, G.A. Armauer Hansen pada tahun 1873 dan sampai sekarang belum dapat dibiakkan dalam media buatan. Kuman *Mycobacterium leprae* berbentuk basil dengan ukuran 3-8 Um X 0,5 Um, tahan asam dan alkohol serta bersifat Gram positif. *Mycobacterium leprae* hidup intraseluler dan mempunyai afinitas yang besar pada sel saraf (*Schwan cell*) dan *sistem retikulo endothelial* (Emmy, dkk, 2003).

2.2.3 Masa Inkubasi

Masa inkubasi kusta bervariasi antara 40 hari sampai 40 tahun, dengan rata-rata 3-5 tahun. Masa inkubasi berkaitan dengan pembelahan sel yang lama, yaitu antara 2 – 3 minggu dan di luar tubuh manusia (kondisi tropis) kuman kusta dapat bertahan sampai 9 hari. Pertumbuhan optimal *in vivo* kuman kusta pada tikus pada suhu 27 – 30° C (Dirjen P2&PL, 2007).

2.2.4 Diagnosis Kusta

Diagnosis penyakit kusta didasarkan pada gambaran klinis, bakteriologis dan histopatologis. Dari ketiganya, diagnosis klinis merupakan yang terpenting dan paling sederhana. Sebelum diagnosis klinis ditegakkan, harus dilakukan anamnesa, pemeriksaan klinik (pemeriksaan kulit, pemeriksaan saraf tepi dan fungsinya). Penetapan diagnosis klinis penyakit kusta harus ada minimal satu tanda utama atau *cardinal sign* (Zulkifli, 2003). Tanda utama tersebut yaitu :

- a. Lesi (kelainan) kulit yang mati rasa
Kelainan dapat berbentuk bercak keputihan (hipopigmentasi) atau kemerah-merahan (eritematosa) yang mati rasa (anestesi)
- b. Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf akibat peradangan saraf (neuritis perifer) , bisa berupa :
 - Gangguan fungsi sensoris (mati rasa)
 - Gangguan fungsi motoris : kelemahan otot, kelumpuhan
 - Gangguan fungsi otonom : kulit kering dan retak
 - Adanya kuman tahan asam di dalam pemeriksaan kerokan jaringan kulit (BTA positif).

2.2.5 Klasifikasi Kusta

Dikenal beberapa jenis klasifikasi kusta, yang sebagian besar di dasarkan pada tingkat kekebalan tubuh (kekebalan seluler) dan jumlah kuman (Emmy, dkk, 2003). Beberapa klasifikasi kusta di antaranya adalah:

a. Klasifikasi Madrid Tahun 1953.

Klasifikasi kusta ini penderita kusta di tempatkan pada dua kutub, satu kutub terdapat kusta tipe *tuberculoid* (T) dan kutub lain tipe *lepromatous* (L) . Diantara kedua tipe ini ada tipe tengah yaitu tipe *borderline* (B). Di samping itu ada tipe yang menjembatani yaitu disebut tipe *intermediate borderline* (B).

b. Klasifikasi Ridley Jopling Tahun 1962.

Berdasarkan gambaran imunologis, Ridley dan Jopling membagi tipe kusta menjadi 6 kelas yaitu : *intermediate* (I), *tuberculoidtuberculoid* (TT), *borderline tuberculoid* (BT), *borderlineborderline* (BB), *borderline lepromatous* (BT) dan *lepromatous – lepromatous* (LL).

c. Klasifikasi WHO Tahun 1997 .

Pertengahan tahun 1997, *WHO Expert Committee* menganjurkan klasifikasi kusta menjadi pausi basiler (PB) lesi tunggal, pausi basiler (PB lesi 2-5) dan multi basiler (MB). Sekarang untuk pengobatan PB lesi tunggal disamakan dengan PB lesi 2-5. Sesuai dengan jenis regimen MDT (*multi drug therapy*) maka penyakit kusta dibagi dalam 2 tipe, yaitu tipe PB dan MB. Klasifikasi WHO (1997) inilah yang diterapkan dalam program pemberantasan penyakit kusta di Indonesia.

2.2.6 Gambaran Imunologi Penyakit Kusta

Imunitas terdapat dalam bentuk alamiah (non spesifik) dan didapat (spesifik). Imunitas alamiah tergantung pada berbagai keadaan struktural jaringan dan cairan tubuh, tidak oleh stimulasi antigen asing. Imunitas di dapat tergantung pada kontak antara sel-sel imun dengan antigen yang bukan merupakan unsur dari jaringan host sendiri. Imunitas didapat ada dua jenis yaitu humoral dan seluler. Imunitas humoral didasarkan oleh kinerja gamma globulin serum yang disebut antibodi (imunoglobulin). Imunoglobulin disintesis oleh leukosit yaitu limfosit B. Imunitas seluler berdasarkan kerja kelompok limfosit yaitu limfosit T dan makrofag (Kresno S.B., 2001).

Penyakit kusta, kekebalan dipengaruhi oleh respon imun seluler (*cell mediated immunity/CMI*). Variasi atau tipe dalam penyakit kusta disebabkan oleh variasi dalam kesempurnaan imunitas seluler. Bila seseorang mempunyai imunitas seluler yang sempurna, tidak akan menderita penyakit kusta walaupun terpapar *Mycobacterium leprae*. Orang yang tidak mempunyai imunitas seluler sempurna, bila menderita kusta akan mendapat salah satu tipe penyakit kusta. Penderita yang mempunyai imunitas seluler cukup tinggi akan mendapat kusta tipe T (klasifikasi Madrid) atau tipe TT (klasifikasi Ridley Jopling) atau tipe PB (klasifikasi WHO). Semakin rendah imunitas seluler, tipe yang akan diderita semakin kearah L / LL / MB (Zulkifli, 2003).

2.3 REAKSI KUSTA

2.3.1 Definisi

Reaksi kusta adalah gambaran dari episode akut hipersensitifitas terhadap *M. leprae* yang menyebabkan gangguan dalam keseimbangan sistem imunologi (Zulkifli, 2003).

2.3.2 Epidemiologi Reaksi Kusta

Menurut data kusta nasional Tahun 2000, sebanyak 5 % penderita kusta mengalami reaksi kusta (Zulkifli 2003). Penderita tipe PB dapat mengalami reaksi kusta sebanyak 1 kali dan penderita tipe MB sebanyak 2 kali. Menurut Schreuder (1998), sebanyak 12% penderita kusta mengalami reaksi tipe I selama masa pengobatan dan 1,6% terjadi setelah penderita RFT. Penelitian R. Bwire dan H.J.S Kawuma (1993), menyatakan bahwa reaksi kusta dapat terjadi sebelum pengobatan adalah 14,8%, selama pengobatan 80,5% dan setelah pengobatan 4,7%.

2.3.3 Patogenesis Reaksi Kusta

Meskipun reaksi kusta merupakan manifestasi klinik yang berat, penyebab pastinya belum diketahui dan patogenesisnya hanya sedikit yang dapat diterangkan. Pada penderita kusta, *Mycobacterium leprae* dapat ditemukan di seluruh tubuh seperti saraf, kulit dan jaringan tubuh lainnya. Perubahan patologik dari saraf biasanya merupakan respon dari ditemukannya *Mycobacterium leprae* dalam kulit yang memunculkan reaksi imunologi pada penderita. Beberapa penderita mengalami perluasan lesi dan rekuren yang berlanjut sampai berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun sehingga menjadi kronik (Alencar.dkk, 2007).

Penderita yang menjalani pengobatan MDT, sebanyak 99,9% kuman kusta akan terbunuh. Sisa kuman kusta yang mati atau pecah akan dibersihkan sistem imun tubuh yang terkadang memicu terjadinya reaksi kusta. Pengobatan dengan obat anti kusta akan mencetuskan ENL, karena beredarnya material antigen dan juga dipengaruhi oleh antibodi (anti PGL-1). Reaksi kusta tipe I merupakan reaksi hipersensitifitas tipe lambat, hal ini disebabkan rangsangan kuman patogen secara terus menerus dan berkelanjutan (Fung, 2001).

2.3.4. Jenis Reaksi Kusta

Jenis reaksi kusta sesuai proses terjadinya dibedakan menjadi (Walker & Lockwood, 2001) :

a. Reaksi tipe I (reaksi reversal, reaksi *upgrading*)

Reaksi kusta tipe I terjadi pada penderita kusta tipe PB dan MB, terutama pada fase 6 bulan pertama pengobatan. Pada penderita kusta tipe MB, reaksi kusta tipe I sering terjadi salah diagnosis sebagai kasus kambuh. Reaksi tipe I yang terjadi selama pengobatan diduga disebabkan oleh meningkatnya respon imun seluler secara cepat terhadap kuman kusta di kulit dan saraf penderita. Apabila dilihat dari segi pembasmian kuman kusta reaksi tipe I ini dapat menguntungkan, namun inflamasi yang timbul berlebihan pada saraf dapat mengakibatkan kecacatan, terutama bila tidak atau terlambat ditangani. Penderita dengan jumlah lesi yang banyak dan hasil kerokan kulit positif akan menaikkan risiko terjadinya reaksi tipe I.

➤ Gejala Reaksi Kusta Tipe I

Gejala yang terjadi pada reaksi tipe I berupa adanya perubahan lesi kulit maupun saraf akibat peradangan yang terjadi. Manifestasi lesi pada kulit dapat berupa warna kemerahan, bengkak, nyeri dan panas. Pada saraf dapat terjadi neuritis dan gangguan fungsi saraf. Kadang dapat terjadi gangguan keadaan.

➤ Menurut Beratnya Reaksi

Beratnya reaksi tipe I dapat dibedakan menjadi reaksi ringan dan berat

➤ Menurut Lama Terjadinya Reaksi

Reaksi kusta tipe I dapat berlangsung 6-12 minggu atau lebih.

b. Reaksi kusta tipe II (*Erythema Nodosum Leprosum* / ENL).

Reaksi kusta tipe II sering terjadi pada penderita kusta tipe MB dan merupakan respon imun humoral karena tingginya respons imun humoral penderita. Pada kusta tipe MB, reaksi kusta banyak terjadi setelah pengobatan. Tubuh akan membentuk antibodi karena protein dari *Mycobacterium leprae* tersebut bersifat antigen. Banyaknya antibodi yang terbentuk disebabkan oleh banyaknya antigen dan antigen yang ada akan bereaksi dengan antibodi yang selanjutnya akan mengaktifkan sistem komplemen dan membentuk kompleks imun yang terdiri dari antigen+antibodi+komplemen. Kompleks imun ini dapat menimbulkan respon inflamasi yang akan terdegradasi dalam beberapa hari. Kompleks imun dapat beredar dalam sirkulasi darah dan mengendap pada organ kulit, saraf, limfonodus dan testis. Diagnosis *Erythema Nodosum Leprosum*/ENL diperoleh dengan

pemeriksaan klinik maupun histologi. Secara mikroskopis spesimen *Erythema Nodosum Leprosum* /ENL digolongkan menjadi 3 bagian mengikuti lokasi peradangan utama yaitu : klasikal (subkutis), kulit dalam, dan permukaan (Sieling, 2008).

➤ Gejala *Erythema Nodosum Leprosum*/ ENL

Gejala *Erythema Nodosum Leprosum*/ENL bisa dilihat pada perubahan lesi kulit berupa nodul kemerahan, *neuritis*, gangguan fungsi saraf, gangguan konstitusi dan komplikasi pada organ tubuh lain.

➤ Lama terjadinya reaksi

Lama perjalanan *Erythema Nodosum Leprosum*/ENL dapat berlangsung 3 minggu atau lebih, kadang lebih lama.

➤ Menurut beratnya reaksi

Beratnya reaksi tipe II dapat dibedakan menjadi reaksi ringan dan berat

2.3.5 Diagnosis Reaksi Kusta

Diagnosis reaksi kusta dapat ditegakkan dengan pemeriksaan klinis, meliputi pemeriksaan pada lesi kulit, saraf tepi dan keadaan umum penderita sesuai dengan tanda-tanda klinis terjadinya reaksi. Pemeriksaan untuk mendiagnosis reaksi kusta berat menggunakan formulir pencegahan cacat atau *Preventions Of Disability (POD)* yang dilakukan setiap satu bulan sekali. Formulir POD digunakan untuk mencatat dan memonitor fungsi saraf serta alat untuk mendeteksi dini adanya reaksi kusta berat. Fungsi saraf utama yang diperiksa adalah saraf di muka (*nervus facialis*), tangan (*nervus medianus, nervus ulnaris*

dan *nervus radialis*) dan di kaki (*nervus peroneus*, *nervus tibialis posterior*). Bila didapatkan tanda klinis seperti adanya nodul, nodul ulserasi, bercak aktif atau bengkak di daerah saraf tepi, nyeri tekan saraf, berkurangnya rasa raba dan kelemahan otot serta adanya *Lagophthalmus* dalam 6 bulan terakhir, berarti penderita sedang mengalami reaksi kusta berat (PLKN, 2002).

2.3.6 Pengobatan Reaksi Kusta

1. Prinsip pengobatan reaksi
 - a. Istirahat / imobilisasi
 - b. Pemberian analgesik / sedatif
 - c. Pemberian obat anti reaksi pada reaksi berat
 - d. MDT diteruskan dengan dosis tidak berubah
2. Pengobatan reaksi ringan
 - a. Berobat jalan dan istirahat di rumah
 - b. Pemberian analgetik dan sedatif bila perlu
 - c. Reaksi kusta ringan yang tidak membaik setelah pengobatan 6 minggu harus diobati sebagai reaksi kusta berat
3. Pengobatan reaksi berat
 - a. Pemberian prednison
Pemberian prednison dengan cara bertahap atau "*taffering off*" selama 12 minggu . Setiap 2 minggu pemberian prednison harus dilakukan pemeriksaan untuk pencegahan cacat.
 - b. Pemberian analgetik, bila perlu sedatif
 - c. Reaksi tipe II berulang diberikan prednison dan clofazimin
 - d. Imobilisasi lokal dan bila perlu penderita dirawat di rumah sakit

4. Skema pemberian prednison

a. Pada orang dewasa (diberikan pagi hari sehabis makan):

- Dua minggu I: 40 mg/hari
- Dua minggu II: 30 mg/hari
- Dua minggu III: 20 mg/hari
- Dua minggu IV: 15 mg/hari
- Dua minggu V: 10 mg/hari
- Dua minggu VI: 5 mg/hari

b. Pada anak-anak:

Prednison untuk penderita reaksi kusta anak diberikan dengan dosis awal maksimal 1 mg/kg BB, kemudian setiap 2 minggu dievaluasi untuk penurunan dosis dengan lama pengobatan minimal 2 minggu.

2.3.7. Faktor Risiko Yang Berperan Terhadap Terjadinya Reaksi Kusta

Faktor risiko yang diduga berperan terhadap terjadinya reaksi kusta adalah sebagai berikut :

1. Karakteristik individu :
 - a. Umur saat didiagnosis kusta lebih dari 15 tahun
 - b. Jenis kelamin wanita
 - c. Pekerja kasar
2. Karakteristik status klinis
 - a. Tipe kusta MB Lama sakit lebih dari 1 tahun
 - b. Jumlah lesi lebih dari 10
 - c. Menstruasi
 - d. Stres

- e. Kelelahan fisik
 - f. Kehamilan
 - g. Laktasi
 - h. Kontrasepsi hormonal
3. Karakteristik status pengobatan
 - a. Lama pengobatan lebih dari 6 bulan
 - b. Riwayat pengobatan reaksi, (PLKN, 2002)

2.4 Dukungan Keluarga dan Risiko terjadinya Reaksi Kusta pada Penderita Kusta

Jumlah kasus kusta yang masih ada akan berdampak pada peningkatan jumlah kecacatan penderita kusta jika tidak di cegah sejak dini. Identifikasi adanya reaksi kusta yang timbul salah satu bentuk pencegahan timbulnya kecacatan. Banyak faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya reaksi kusta salah satunya pengkajian dukungan keluarga kepada anggota keluarga yang sakit. Menurut Friedman (1998), dukungan keluarga merupakan suatu bentuk sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya.

Manfaat adanya dukungan keluarga dapat meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 1998). Wills (1985) dalam Friedman (1998) menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya

mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan dikalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Ryan dan Austin dalam Friedman, 1998).

Dengan adanya dukungan keluarga diharapkan penderita kusta dapat merasa dirinya tidak sakit dan apapun yang dibutuhkan dapat terpenuhi. Dukungan keluarga dapat diberikan dalam bentuk dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan emosional, dan dukungan penghargaan. Keterlibatan keluarga dalam perawatan pencegahan timbulnya rekasi pada penderita kusta memberikan secara tidak langsung memberikan perhatian pada anggota keluarga yang sakit. Dengan dukungan keluarga ini dapat meningkatkan derajat kesehatan penderita kusta.

