

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN M. T. DENGAN
KUSTA DI PUSKESMAS PENFUI KOTA KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada
Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**CRISTINO ROSA
NIM : PO.5303201181175**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES
KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. M. T. DENGAN KUSTA DI PUSKESMAS PENFUI KOTA KUPANG”

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan
Dan mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan
Melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)**



**CRISTINO ROSA
NIM: PO.5303201181175**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES
KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

LEMBARAN PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Cristino Rosa, NIM: PO 5303201181175
dengan Judul "Asuhan Keperawatan Pada Nn. M. T. Dengan Kusta
Di Puskesmas Penfui Kecamatan Maulafa Kota Kupang"


Kupang, 24 Juli 2019
Pembimbing


Yustinus Rindu, S.Kep., Ns, M.Kep
NIP. 19661231198901 1 001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus "Asuhan Keperawatan Pada Nn. M. T. Dengan
Kusta Di Puskesmas Penfui Kota Kupang

Disusun Oleh :



Cristino Rosa

NIM: PO.5303201181175

Telah Diuji di Depan Dewan Penguji Program DIII Keperawatan Politeknik
Kesehatan Kemenkes Kupang Pada Tanggal, 24 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Dr. Rafael Paun, SKM, M. Kes
NIP. 19570215198201 1 001

Penguji II



Yustinus Rindu, S.Kep., Ns, M.Kep
NIP. 19661231198901 1 001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Lat, S.KP., M.Kes
NIP : 196811281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Feli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP : 197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Cristino Rosa
Nim : PO.5303201181175
Program Studi : D III Keperawatan
Institusi : Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 24 Juli 2019

Pembuat Pernyataan

Disusun Oleh :



Cristino Rosa

NIM: PO 5303201181175

Mengetahui:

Pembimbing



Yustinus Rindu, S.Kep., Ns, M.Kep

NIP. 196612311989011001

BIODATA PENULIS

Nama : Cristino Rosa
TempatTanggalLahir : Bereleu, 12 Desember 1979
JenisKelamin : Laki-laki
Alamat : Lookeu, RT/RW 002/002, Desa Looke,
Kecamatan Tasfeto Barat, Kabupaten Belu
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SDN Pisulara Tahun 1995
2. Tamat SMP Negeri Kailako Tahun 1998
3. Tamat SPK Kupang Tahun 2001
4. Sejak Tahun 2018 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

“HIDUP INI SIMPEL
TIDAK
PERLU BANYAK GAYA”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan rahmatnya sehinggalah penulis dapat menyelesaikan penyusunan tugas akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Nn. M. T. dengan Kusta di Puskesmas Penfui, Kota Kupang. Penyusunan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Penulis menyadari bahwa dalam menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapat dukungan dan bantuan dari beberapa pihak yang dengan caranya masing-masing menolong penulis demi keberhasilan studi penulis. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga Kepada :

1. Bapak Yustinus Rindu, S.Kep. Ns, M.Kep, sebagai pembimbing sekaligus penguji II yang telah banyak memberi bimbingan, masukan serta memberikan dorongan semangat, sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
2. Bapak Dr. Rafael Paun, SKM, M.Kes, selaku penguji I atas segala masukan dan petunjuknya sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
3. Ibu Nurul Kusbandiyah, A. Md.Kep, selaku Pembimbing Klinik/CI di Puskesmas Penfui Kota Kupang yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
4. Bapak Dominggos Gonsalves, S.Kep.Ns.,MSc, selaku pembimbing akademik yang telah membimbing dan mensupport penulis selama mengikuti kuliah.
5. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.
6. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.

7. Ibu Margaretha Telly, S.Kep., Ns., MSc-PH, selaku Ketua Program Studi Diploma III Jurusan Keperawatan, yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
8. Bapak Jerry Ledoh, SKM, selaku kepala Puskesmas Penfui Kota Kupang yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di Puskesmas Penfui Kota Kupang .
9. Seluruh staf Puskesmas Penfui Kota Kupang, yang telah membantu penulis selama mengikuti Ujian Akhir Program di Puskesmas Penfui Kota Kupang dalam proses penyelesaian Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Para Dosen Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang yang telah membimbing penulis selama mengikuti pendidikan baik di kampus maupun di lahan praktek.
11. Ibu Maria Yunita Nigi , Istriku tercinta, bersama Talia anakku terkasih, yang telah mendukung penulis sampai menyelesaikan studi Diploma III keperawatan.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah berjasa terhadap penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa laporan “Karya Tulis Ilmiah” ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak untuk penyempurnaan “Laporan Karya Tulis Ilmiah” ini sangat diharapkan agar lebih bermanfaat bagi yang berkepentingan.

Kupang, Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Pernyataan Keaslian Penulis.....	iv
Bio Data Penulis.....	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	viii
Abstrak	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 LatarBelakang	1
1.2 Tujuan penulisan	3
1.3 Manfaat penulisan	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Dasar teori	5
2.1.1 Definisi Penyakit Kusta	5
2.1.2 Etiologi Penyakit Kusta	5
2.1.3 Cara Penularan Penyakit Kusta	6
2.1.4 Tanda dan Gejala Penyakit Kusta.....	6
2.1.5 Cara Pencegahan Penyakit Kusta	7
2.1.6 Komplikasi Penyakit Kusta	8
2.1.7 Pengobatan Penyakit Kusta	8
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	9
2.2.1 Asuhan Keperawatan.....	9
2.2.2 Pengkajian	9
2.2.3 Diagnosa Keperawatan	12
2.2.4 Rencana keperawatan	12
2.2.5 Implementasi keperawatan	18
2.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	18
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	19
3.1 Hasil Studi Kasus	19
3.1.1 Gambaran Umum	19
3.1.2 Pengkajian	19
3.1.3 Analisa Data	22
3.1.4 Diagnosa Keperawatan keperawatan.....	23
3.1.5 Intervensi keperawatan.....	23
3.1.6 Implementasi Keperawatan.....	27
3.1.7 Evaluasi Keperawatan.....	31
3.2 Pembahasan	34
3.2.1 Pengkajian	34
3.2.2 Diagnosa keperawatan.....	35

3.2.3 Intervensi keperawatan	36
3.2.4 Implementasi keperawatan	37
3.2.5 Evaluasi keperawatan	38
BAB 4 PENUTUP	39
4.1 Kesimpulan	39
4.2 Saran	41
DAFTAR PUSTAKA	42
LAMPIRAN	43

ABSTRAK

Cristino Rosa : Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Nn. M. T. Dengan Kusta di Puskesmas Penfui Kota Kupang.

Latar Belakang : Kusta (Morbus hansen) merupakan suatu penyakit infeksi kronik yang disebabkan oleh bakteri Mycobacterium Leprae yang pertama kali menyerang syaraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, membran mukosa, saluran pernafasan bagian atas, mata, dan jaringan tubuh lainnya kecuali susunan saraf pusat.

Tujuan Mempelajari Asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan pada Nn. M. T. dengan Kusta.

Metode : Jenis Penulisan ini adalah kualitatif, dengan pendekatan studi kasus, sedangkan rancangan penelitiannya adalah rancangan deskriptif Studi kasus asuhan keperawatan pada Nn. M. T. Dengan Kusta di Puskesmas Penfui, Kota Kupang.

Hasil : Masalah keperawatan didapatkan pada Nn. M. T. adalah Nyeri akut, kerusakan integritas kulit, gangguan citra tubuh, kurang pengetahuan dan resiko penularan., yang dirawat selama 3 hari dengan melakukan teknik relakasasi untuk mengatasi masalah nyeri, rawat luka untuk mengatasi kerusakan integritas kulit dan belum teratasi.

Kesimpulan : Masalah yang ditemukan, kerusakan integritas kulit dan gangguan citra tubuh perlu tindak lanjut oleh perawat yang ada di Puskesmas Penfui agar masalah tersebut dapat diatasi.

Kata Kunci : *Asuhan Keperawatan, Kusta.*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kusta (Morbus hansen) merupakan suatu penyakit infeksi kronik yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Leprae* yang pertama kali menyerang syaraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, membran mukosa, saluran pernafasan bagian atas, mata, dan jaringan tubuh lainnya kecuali susunan saraf pusat (Amiruddin, 2012). Penderita kusta dapat disembuhkan, namun bila tidak dilakukan penatalaksanaan dengan tepat akan beresiko menyebabkan kecacatan pada syaraf motorik, otonom atau sensorik (Kafiluddin, 2010). Penyakit kusta termasuk dalam salah satu daftar penyakit menular yang angka kejadiannya masih tetap tinggi di negara-negara berkembang terutama di wilayah tropis (WHO, 2012).

Penderita kusta membawa dampak yang cukup parah bagi penderitanya. Dampak tersebut dapat berbentuk kecacatan yang menyebabkan perubahan bentuk tubuh. Dampak dari kecacatan tersebut sangatlah besar yaitu umumnya penderita kusta merasa malu dengan kecacatannya, segan berobat karena malu, merasa tekanan batin, dan merasa rendah diri (Rahariyani, 2007). Hal ini disebabkan masih kurangnya pengetahuan, pengertian, dan kepercayaan yang keliru terhadap kusta dan cacat yang di timbulkannya. Dukungan keluarga sangat penting bagi anggota keluarganya yang sakit. Terutama bagi anggota keluarga yang menderita penyakit kusta. Keluarga yang takut tertular penyakit kusta, akan mempengaruhi partisipasinya dalam hal perawatan kesehatan bagi anggota keluarga yang menderita kusta sehingga hal itu akan membuat kurang memberikan dukungan kepada penderita dalam hal pemberian informasi maupun pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengobati penyakit tersebut (Amiruddin, 2012).

Angka kejadian kusta dari tahun ke tahun sudah menunjukkan penurunan, namun angka tersebut masih tetap tergolong tinggi (WHO, 2012). Tahun 2009 jumlah penderita kusta di dunia yang terdeteksi sebanyak

213.036 orang, tahun 2010 sebanyak 228.474 orang, tahun 2011 sebanyak 192.246 orang dan tahun 2012 sebanyak 181.941 orang (WHO, 2012).

Hasil Riskesdas tahun 2018, Indonesia merupakan salah satu negara yang masih memiliki jumlah penderita kusta yang masih tinggi dengan rincian tahun 2015 sebanyak 17.202 jiwa (6,73%), 2016 sebanyak 16.826 jiwa (6,50%), dan tahun 2017 sebanyak 15.920 (6,08%), dimana total keseluruhan tiga tahun berturut-turut 49.948 jiwa. Dengan jumlah kasus tersebut Indonesia menempati peringkat ketiga jumlah kasus kusta terbanyak di dunia setelah India dan Brazil (Dirjen P2P Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan data kusta diatas Nusa Tenggara Timur termasuk salah satu propinsi yang memiliki angka penyebaran penyakit kusta masih cukup tinggi yaitu pada tahun 2017 dengan jumlah kasus baru yang ditemukan yaitu laki 266 jiwa dan perempuan 139 jiwa dengan total keseluruhan 405 jiwa (Dirjen P2P Kemenkes RI, 2018). Prevalensi Kusta di Kota Kupang tercatat 10 kasus positif kusta selama tahun 2017. Sehingga secara keseluruhan jumlah penderita kusta di Kota Kupang sudah berjumlah 67 orang. Dalam waktu tiga tahun terakhir cenderung naik turun. Pada tahun 2015, jumlahnya yang positif 3 kasus dan di tahun 2016 menurun jadi satu kasus, sedangkan di tahun 2017 alami peningkatan menjadi 6. Sehingga total keseluruhan pada tiga tahun terakhir menjadi 10 kasus "10 kasus ini sesuai hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Puskesmas yang ada di Kota Kupang terhadap warga. selain ditemukan yang positif, ditemukan juga suspek (gejala) sebanyak 21 pasien.

Data yang diambil dari Puskesmas Penfui, menggambarkan bahwa jumlah kasus kusta selama periode Januari 2018 sampai dengan Juni 2019 sebanyak 8 orang (Register Kusta Puskesmas Penfui, 2019).

Upaya pemerintah dalam penanggulangan kusta antara lain: 1) Penemuan peningkatan kasus secara dini di masyarakat. 2) Pelayanan kusta berkualitas termasuk layanan rehabilitasi, diintegrasikan dengan pelayanan kesehatandasar dan rujukan. 3) Penyebarluasan informasi tentang kusta di masyarakat. 4) Eliminasi stigma terhadap orang yang pernah mengalami kusta dan keluarganya. 5) Pemberdayaan orang yang pernah mengalami kusta dalam berbagai aspek kehidupan dan penguatan partisipasi mereka dalam

upaya pengendalian kusta. 6) Kemitraan dengan berbagai pemangku kepentingan. 7) Peningkatan dukungan kepada program kusta melalui penguatan advokasi kepada pemerintah pengambil keputusan dan penyedia layanan lainnya untuk meningkatkan dukungan terhadap program kusta. 8) Penerapan pendekatan yang berbeda berdasarkan endemisitas kusta (Kemenkes RI, 2018).

Dengan melihat data diatas dapat disimpulkan bahwa masih ditemukannya penderita di masyarakat, oleh karena itu penulis sangat tertarik mengambil kasus tersebut untuk melakukan studi kasus dalam memenuhi tugas akhir program pada Prodi Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang, dengan judul “Asuhan Keperawatan Tn. B. L dengan Penyakit Kusta di Puskesmas Penfui Kota Kupang”.

1.2 Perumusan Masalah

- 1) Bagaimana proses pelaksanaan pengkajian keperawatan pada pasien dengan penyakit kusta?
- 2) Bagaimana cara menetukana diagnosa keperawatan pada pasien dengan penyakit kusta?
- 3) Bagaimana cara mendeskripsikan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan penyakit kusta?
- 4) Bagaimana proses pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan penyakit kusta?
- 5) Bagaimana proses pelaksanaan evaluasi dan pendokumentasian keperawatan pada pasien dengan penyakit kusta?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mempelajari asuhan keperawatan pada Nn. M. T. dengann penyakit kusta di Puskesmas Penfui Kota Kupang, dengan pendekatan proses perawatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mempelajari pengkajian keperawatan pada Nn. M. T. dengan penyakit kusta di Puskesmas Penfui Kota Kupang
- 2) Mempelajari diagnosa keperawatan pada Nn. M. T. dengan penyakit kusta di Puskesmas Penfui Kota Kupang

- 3) Mempelajari rencana tindakan keperawatan pada Nn. M. T. dengan penyakit kusta di Puskesmas Penfui Kota Kupang
- 4) Mempelajari tindakan keperawatan pada Nn. M. T. dengan penyakit kusta di Puskesmas Penfui Kota Kupang
- 5) Mempelajari proses evaluasi dan dokumentasi keperawatan pada Nn. M. T. dengan penyakit kusta di Puskesmas Penfui Kota Kupang

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Manfaat Teoritis

Dapat dijadikan hasil Karya Tulis Ilmiah ini untuk membuktikan teori tentang asuhan keperawatan pada Nn. M. T. yang menderita kusta, sebagai pengembangan ilmu keperawatan khususnya pada pasien dengan kusta.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. **Bagi Mahasiswa**

Menambah wawasan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit kusta.

2. **Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya bagi asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit kusta.

3. **Bagi Puskesmas Penfui**

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperoleh dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat khususnya untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit kusta.

4. **Bagi Pasien**

Agar pasien mendapat asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Kusta

2.1.1 Defenisi Penyakit Kusta

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. Penyakit kusta adalah penyakit infeksi yang kronik, dan penyebabnya ialah *Mycobacterium leprae* yang bersifat intraseluler obligat. Saraf perifer sebagai afinitas pertama, lalu kulit dan ukosa traktus respiratirius bagian atas, kemudian dapat ke organ lain kecuali susunan saraf pusat (Djuanda Adhi, 2010)

2.1.2 Etiologi Penyakit Kusta

Dibandingkan *Mycobacterium tuberculosis*, basil tahan asam, *mycobacterium leprae* tidak memproduksi eksotoksin dan enzim litik. Selain itu, kuman ini merupakan satu-satunya mikobakteria yang belum dibiakkan in vitro. *mycobakteria* ini secara primer menyerang system saraf tepi dan terutama pada tipe lepromatosa, secara sekunder dapat menyerang seluruh organ tubuh lain seperti kulit, mukosa mulut, mukosa saluran nafas bagian atas, system retikuloendotelial, mata, tulang dan testis. Reaksi imun penderita terhadap *M.Leprae* berupa reaksi imun humoral terutama pada lepra bentuk lepromatosa. (Adhi, dkk, 2006)

- 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 di selaput lender 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, menebalnya daun telinga.

- 3) Kusta tipe peralihan : merupakan peralihan antara kedua tipe utama. Pengobatan tipe ini di masukkan kedalam jenis kusta basah.

2.1.3 Cara Penularan Penyakit Kusta

- 1) Penularan terjadi dari penderita kusta yang tidak diobati ke orang lain dengan kontak lama melalui pernafasan.
- 2) Kontak langsung yang lama dan erat melalui kulit.
- 3) Tidak semua orang dapat tertular penyakit kusta, hanya sebagian kecil saja (sekitar 5%) yang tertular kusta.
- 4) Jadi dapat dikatakan bahwa penyakit kusta adalah penyakit menular yang sulit menular.
- 5) Kemungkinan anggota keluarga dapat tertular kalau penderita tidak berobat oleh karena itu seluruh anggota keluarga harus diperiksa (Widoyono, 2008).

2.1.4 Tanda dan Gejala Penyakit Kusta

Menurut Mansjoer Arif (2005) Tanda dan gejala utama penyakit kusta antara lain :

- 1) Kelainan atau lesi kulit yang mati rasa
- 2) Penebalan saraf tepi sertai gangguan saraf (mati rasa, kelemahan, kelumpuhan otot, kulit kering dan retak-retak)
- 3) Ditemukannya mycobacterium leprae pada pemeriksaan hapusan kulit

Gejala lain menurut Djuanda Adhi (2010):

Wajah berbenjol benjol dan tegang, demam dari derajat rendah sampai menggigil, napsu makan menurun, mual muntah dan sakit kepala.

Bagan diagnosa klinis menurut WHO (2005)

Tanda Dan Gejala	Kusta PB (Pausabasilar)	Kusta MB (Multibasilar)
-------------------------	------------------------------------	------------------------------------

Lesi kulit (macula datar, papul yang meninggi, nodus)	1-5 lesi Hipopigmentasi/eritema Distribusi tidak simetris Hilangnya sensasi yang jelas	> 5 lesi Distribusi lebih simetris Hilangnya sensasi kurang jelas
Kerusakan saraf (menyebabkan hilangnya sensasi/kelemahan otot yang di persarafi oleh saraf yang terkena)	Hanya satu cabang saraf	Banyak cabang saraf

2.1.5 Cara pencegahan penyakit Kusta

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit yang dapat segera ditangani dan di cegah. Berikut ini adalah rekomendasi untuk mencegah penularan kusta (Depkes RI, 2005):

- 1) Segera melakukan pengobatan sejak dini secara rutin terhadap penderita kusta, agar bakteri yang dibawa tidak dapat lagi menularkan pada orang lain.
- 2) Menghindari atau mengurangi kontak fisik dengan jangka waktu yang lama
- 3) Meningkatkan kebersihan diri dan kebersihan lingkungan
- 4) Meningkatkan atau menjaga daya tahan tubuh, dengan cara berolahraga dan meningkatkan pemenuhan nutrisi.
- 5) Tidak bertukar pakaian dengan penderita, karena basil bakteri juga terdapat pada kelenjar keringat
- 6) Memisahkan alat-alat makan dan kamar mandi penderita kusta
- 7) Untuk penderita kusta, usahakan tidak meludah sembarangan, karena basil bakteri masih dapat hidup beberapa hari dalam droplet
- 8) Isolasi pada penderita kusta yang belum mendapatkan pengobatan. Untuk penderita yang sudah mendapatkan pengobatan tidak menularkan penyakitnya pada orang lain.
- 9) Lakukan vaksinasi BCG pada kontak serumah dengan penderita kusta
- 10) Melakukan penyuluhan terhadap masyarakat mengenai mekanisme penularan kusta dan informasi tentang ketersediaan obat-obatan yang efektif di puskesmas.

2.1.6 Komplikasi Penyakit Kusta

Neuropati dapat menginduksi terjadinya trauma, nekrosis, infeksi sekunder, amputasi jari dan ekstremitas. Pengobatan kortikosteroid hanya 60% memperbaiki fungsi saraf. Kontraktur dapat menyebabkan kekakuan, yang akibatnya dapat terjadi clawing hand and feet. Terjadinya kelemahan dari hilangnya persarafan pada otot merupakan bukti terjadinya deformitas. Luka dapat menyebabkan “Charcot’s joint” yang merupakan penyebab utama terjadinya deformitas. Arthritis/artralgia dapat terjadi kira-kira 10% pada pasien dengan kusta dan gejala persendian yang ada hubungannya dengan reaksi (Mandal, 2006).

Komplikasi pada mata yaitu keratitis yang dapat terjadi karena berbagai faktor termasuk karena mata yang kering, insensitifitas kornea dan lagopthalmus. Keratitis dan lesi pada bilik anterior bola mata, umumnya terjadi iritis dan menyebabkan kebutaan. Juga dapat terjadi ektropion dan entropion, menurut penelitian resiko komplikasi mata terjadi pada pasien dengan tipe MB, setelah menyelesaikan MDT menjadi 5,6% dengan komplikasi kerusakan mata sebanyak 3,9% (Syafrudin, dkk, 2011).

2.1.7 Pengobatan Penyakit Kusta

Jika hasil pemeriksaan adalah sakit kusta, maka penderita harus minum obat secara teratur sesuai dengan petunjuk petugas kesehatan yaitu sebagai berikut :

- 1) Obat untuk menyembuhkan penyakit kusta dikemas dalam blister yang disebut MDT (Multi Drug Therapy = Pengobatan lebih dari 1 macam obat)
- 2) Kombinasi obat dalam blister MDT tergantung dari tipe kusta, tipe MB harus minum obat lebih banyak dan waktu lebih lama :

Tipe MB : obat harus diminum sebanyak 12 blister selama 12 bulan

Tipe PB : obat harus diminum sebanyak 6 blister selama 6 bulan

Ada 4 macam blister MDT yaitu :Blister untuk PB anak, Blister untuk PB dewasa, Blister untuk MB anak, 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 (Adhi, dkk, 2006).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Penyakit Kusta

2.2.1 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit. Dengan mempertimbangkan aspek bio, psiko, sosial dan spiritual yang komprehensif.

Asuhan keperawatan yang komprehensif dilaksanakan pada klien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien yang dilaksanakan secara bio, psiko, sosial dan spiritual dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

2.2.2 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang sistematis memalu pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien ((Nursalam, 2001). Kegiatan yang dilaksanakan dalam pengkajian adalah pengumpulan data dan merumuskan prioritas masalah. Pada pengkajian – pengumpulan data yang cermat tentang klien, keluarga, didapatkan melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan.

1) Biodata

Merupakan data subyektif yang didapat dari klien terhadap situasi dan kejadian, informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh tenaga kesehatan secara independent tetapi melalui suatu sistem interaksi atau komunikasi seperti:

Nama untuk mengenal dan mengetahui pasien sehingga penulisan nama harus jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan.

Umur; dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko dalam menentukan dosi obat, skap yang belum matang, mental dan psikisnya belum siap.

Agama untuk memberikan motivasi dorongan moril sesuai dengan agama yang dianut;

Suku untuk mengetahui faktor bawaan atau ras serta pengaruh adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari;

Pendidikan Perlu dinyatakan karena tingkat pendidikan berpengaruh pada tingkat pemahaman pengetahuan, sehingga perawat dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya;

Alamat Untuk mengetahui tempat tinggal serta mempermudah pemantauan bila diperlukan melakukan kunjungan rumah;

Pekerjaan untuk mengetahui status ekonomi keluarga, karena dapat mempengaruhi pemenuhan gizi pasien tersebut.

2) **Riwayat Kesehatan**

a) **Kesehatan sekarang**

Biasanya klien dengan penyakit kusta datang berobat dengan keluhan adanya lesi dapat tunggal atau multipel, neuritis (nyeri tekan pada saraf) kadang-kadang gangguan keadaan umum penderita (demam ringan) dan adanya komplikasi pada organ tubuh.

b) **Kesehatan masa lalu**

Pada klien dengan reaksinya mudah terjadi jika dalam kondisi lemah, stres, sesudah mendapat imunisasi.

c) **Riwayat kesehatan keluarga**

Kusta merupakan penyakit menular yang menahun yang disebabkan oleh kuman kusta (mikobakterium leprae) yang masa inkubasinya diperkirakan 2-5 tahun. Jadi salah satu anggota keluarga yang mempunyai penyakit morbus hansen akan tertular.

d) **Riwayat psikologi**

Klien yang menderita penyakit kusta akan malu karena sebagian besar masyarakat akan beranggapan bahwa penyakit ini merupakan penyakit kutukan, sehingga klien akan menutup diri dan menarik diri, sehingga klien mengalami gangguan jiwa pada konsep diri karena penurunan fungsi tubuh dan komplikasi yang diderita.

e) **Pola aktivitas sehari-hari**

Aktifitas sehari-hari terganggu karena adanya kelemahan pada tangan dan kaki maupun kelumpuhan. Klien mengalami ketergantungan pada orang lain dalam perawatan diri karena kondisinya yang tidak memungkinkan

3) Pemeriksaan Fisik

Di awali dengan menilai keadaan umum klien biasanya dalam keadaan demam karena reaksi berat pada tipe I, reaksi ringan, berat tipe II morbus hansen. Lemah karena adanya gangguan saraf tepi motorik.

a) Sistem penglihatan

Adanya gangguan fungsi saraf tepi sensorik, kornea mata anastesi sehingga reflek kedip berkurang jika terjadi infeksi mengakibatkan kebutaan, dan saraf tepi motorik terjadi kelemahan mata akan lagophthalmos jika ada infeksi akan buta. Pada morbus hansen tipe II reaksi berat, jika terjadi peradangan pada organ-organ tubuh akan mengakibatkan iridocyclitis. Sedangkan paus basilis jika ada bercak pada alis mata maka alismata akan rontok.

b) Sistem saraf

Kerusakan fungsi sensorik. Pada kasus kusta biasanya yang terjadi yaitu mati rasa pada telapak tangan dan kaki, kadang disertai luka, pada kornea mata mengakibatkan kurang/hilangnya reflek kedip.

Kerusakan fungsi motorik. Kekuatan otot tangan dan kaki dapat menjadi lemah/ lumpuh dan lamalama ototnya mengecil (atrofi) karena tidak dipergunakan. Jari-jari tangan dan kaki menjadi bengkok dan akhirnya dapat terjadi kekakuan pada sendi (kontraktur), bila terjadi pada mata akan mengakibatkan mata tidak dapat dirapatkan (lagophthalmos).

Kerusakan fungsi otonom. Terjadi gangguan pada kelenjar keringat, kelenjar minyak dan gangguan sirkulasi darah sehingga kulit menjadi kering, menebal, mengeras dan akhirnya dapat pecah-pecah.

System Musculoskeletal. Adanya gangguan fungsi saraf tepi motorik adanya kelemahan atau kelumpuhan otot tangan dan kaki, jika dibiarkan akan atrofi. **System Integumen.** Terdapat

kelainan berupa hipopigmentasi (seperti panu), bercak eritem (kemerah-merahan), infiltrat (penebalan kulit), nodul (benjolan). Jika ada kerusakan fungsi otonom terjadi gangguan kelenjar keringat, kelenjar minyak dan gangguan sirkulasi darah sehingga kulit kering, tebal, mengeras dan pecah-pecah. Rambut: sering didapati kerontokan jika terdapat bercak (Judith dkk, 2011).

2.2.3 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015

Dari data tersebut diatas masalah keperawatan yang akan muncul antara lain:

- 1) Nyeri akut/kronik berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi).
- 2) Kerusakan integritas kulit berhubungan factor mekanik (daya gesek) dan proses inflamasi
- 3) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan otot.
- 4) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh.
- 5) Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.
- 6) Kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi in adekuat.

2.2.4 Rencana Keperawatan

Diagnosa 1: Nyeri kronik berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi). **NOC :** *Pain level* (Level nyeri), *Pain control* (Kontrol nyeri) dan *Comfort level* (Level kenyamanan) dengan **Kriteria hasil :**

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
5. Tanda vital dalam rentang normal

NIC : *Pain management* (Manajemen nyeri)

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan

3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
9. Kurangi faktor presipitasi nyeri
10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)
11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi
13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
15. Tingkatkan istirahat
16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

Analgesic Administration (Administrasi analgesic)

1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
3. Cek riwayat alergi
4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal

7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
9. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
10. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)

Diagnosa 2: Kerusakan integritas kulit berhubungan factor mekanik (daya gesek) dan proses inflamasi

NOC: Integritas jaringan kulit dan membrane mukosa, yaitu : keutuhan struktur dan fungsi fisiologis kulit dan selaput lendir secara normal.

NIC:

1. Lakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi terjadinya kerusakan integritas kulit.
2. Tentukan penyebab dari terjadinya kerusakan integritas kulit.
3. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar.
4. Hindari kerutan pada tempat tidur.
5. Anjurkan pasien untuk menjaga kebersihan kulitnya agar tetap bersih dan kering.
6. Monitor kulit akan adanya kemerahan.
7. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan.
8. Anjurkan pasien untuk mandi dengan menggunakan sabun dan air hangat.
9. Gunting kuku dan bersihkan kuku yang kotor.

Diagnosa 3: Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan otot.

NOC : *Energy conservation* (Konservasi energi), *Self Care : ADLs* (Perawatan diri: Kegiatan sehari-hari) dengan **Kriteria Hasil :**

1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
2. Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri

NIC : *Energy Management (Manajemen energy)*

1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan

3. Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
4. Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat
5. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
6. Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas
7. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien

Activity Therapy (Terapi aktivitas)

1. Kolaborasi dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.
2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial
4. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan
5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek
6. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai
7. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang
8. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas
9. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas
10. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
11. Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual

Diagnosa 4: Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan citra tubuh (body image) klien meningkat.

NOC: Body image (Citra tubuh), Self esteem Outcome/ dengan kriteria hasil:

1. Body image (citra tubuh) positif
2. Mampu mengidentifikasi kekuatan personal
3. Mendeskripsikan secara faktual perubahan fungsi tubuh
4. Mempertahankan interaksi sosial

NIC: Body image enhancement (Peningkatan Citra Tubuh) :

1. Kaji secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya
2. Monitor frekuensi mengkritik dirinya
3. Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit
4. Dorong klien mengungkapkan perasaannya
5. Identifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu
6. Fasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil

Diagnosa 5: Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

NOC : *Anxiety control* (Kontrol cemas), *Coping* (Koping), *Impulse control* (Kontrol kemauan/dorongan hati) dengan **Kriteria Hasil :**

1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
2. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas
3. Vital sign dalam batas normal
4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan

NIC :Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)

1. Gunakan pendekatan yang menenangkan
2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien
3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
4. Pahami prespektif pasien terhadap situasi stres
5. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
6. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis
7. Dorong keluarga untuk menemani anak
8. Lakukan back / neck rub
9. Dengarkan dengan penuh perhatian
10. Identifikasi tingkat kecemasan
11. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan
12. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi
13. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi
14. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan

Diagnosa 6: Kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi in adekuat.

NOC :*Knowledge : disease process* (Pengetahuan proses penyakit) dan

Knowledge : health Behavior (Pengetahuan : tingkah laku kesehatan)

dengan **Kriteria Hasil :**

1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan.
2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.

NIC : *Teaching : disease Process* (Pengajaran : proses penyakit)

1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik.
2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.
3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.
4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat.
5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat.
6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat.
7. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan.
8. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat

2.2.5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan. Tujuan implementasi adalah mengatasi masalah yang terjadi pada manusia. Setelah rencana keperawatan disusun, maka rencana tersebut diharapkan dalam tindakan nyata untuk mencapai tujuan yang diharapkan, tindakan tersebut harus terperinci sehingga dapat diharapkan tenaga pelaksanaan keperawatan dengan baik dan sesuai dengan waktu yang

ditentukan Implementasi ini juga dilakukan oleh perawat dan harus menjunjung tinggi harkat dan martabat sebagai manusia yang unik (Djuanda Adhi, 2010).

2.2.6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahapan akhir dari proses keperawatan. Evaluasi menyediakan nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah direncanakan dan merupakan perbandingan dari hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Djuanda Adhi, 2010).

Menurut Mansjoer Arif (2005), evaluasi keperawatan ada 2 yaitu:

1. Evaluasi proses (formatif) yaitu evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan. Berorientasi pada etiologi dan dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.
2. Evaluasi hasil (sumatif) yaitu evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Berorientasi pada masalah keperawatan dan menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan. Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

BAB III

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3. 1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Puskesmas Penfui Kota Kupang, yang Penfui terletak di Kelurahan Penfui Kecamatan Maulafa dengan Wilayah kerja tiga (tiga) Kelurahan seperti kelurahan Penfui, Naimata, dan Maulafa, dengan luas wilayah 23,9 km². Dengan jumlah penduduk 20.533 jiwa (Data Proyeksi Penduduk Tahun 2018 BPS).

Puskesmas ini memiliki data kesakitan, terbanyak adalah penyakit infeksi saluran pernapasan akut Ispa sebanyak 35,8 % , mialgia 9,9 % dan hipertensi 8,5 % yang mampu dilayani oleh tenaga kesehatan yang berkarya

di Puskesmas Penfui seperti Dokter umum 3 orang, dokter gigi 1 orang, perawat umum 7 orang, Perawat gigi orang 2, bidan 12 orang, tenaga kesehatan masyarakat 2 orang, tenaga kesling 3 orang, tenaga laboratorium 2 orang, tenaga gizi 2 orang dan tenaga farmasi 3 orang.

3.1.2 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 di Puskesmas Penfui Kota Kupang dengan data-data sebagai berikut :

1. Identitas Pasien

Nama: Nn. M. T., tanggal lahir: 28 Maret 1983, umur: 37 tahun, jenis kelamin perempuan, diagnosa medis: kusta, no. RM : -, pendidikan terakhir : SD, Alamat : Kelurahan Penfui, tanggal kunjungan berobat : 15 Juli 2019, tanggal pengkajian : 15 Juli 2019.

2. Identitas Penanggungjawab

Nama : Tn T. T., Jenis kelamin : Laki-laki, alamat : Naimata, pekerjaan : Wirasswata, hubungan dengan klien : Bapak kadung.

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Nyeri da gatal-gatal

b. Riwayat kesehatan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami sakit seperti ini, biasaya hanya batuk pilek. Waktu sehat badannya mulus tidak seperti ini.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan penyakit ini mulai dirasakan sejak tahun 2018, dan sudah pernah minum obat, dan muali kambuh sejak bula Juni 2019 kemari. Keluhan sekarang pasien mengatakan sakit pada seluruh persendian siku tangan dan lutut, badan kemerahan dan panas, merasa malu dengan keadaan sekarang, lebih banyak didalam rumah karena malu, belum mengetahui tentang apa itu penyakit kusta, tinggal dalam satu rumah 8 orang dan sering menggunakan barang-barang didalam rumah secara bersamaan. Teraba seluruh kulit mengeras dan bercak-bercak kemerahan,

adanya tanda-tanda bekas garukan, tampak malu saat ditanya, tampak pasien lebih banyak diam dan hanya bicara saat ditanya, tampak pasien bingung saat ditanya tentang apa itu kusta, sering kontak langsung dengan semua anggota keluarga dalam rumah, dan tampak pasien dan sering menggunakan alat-alat mandi, makan dan minum secara bersamaan.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Kakek dan nenek dari pasien sudah meninggal dunia, saudara dari bapak kandung empat orang, meninggal dua orang. Sedangkan saudara dari ibu kandung lima orang dan meninggal dua orang. Saudara kandung dari pasien delapan orang, yang tinggal satu rumah enam orang. Pasien mengatakan dalam keluarga tidak pernah yang mengalami sakit seperti ini.

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Tingkat kesadaran baik, yaitu respon mata baik, respon verbal dan respon motorik baik, GCS 15 (E4, V5, M6). Tanda-tanda Vital: TD: 100/80 mmHg, N: 84 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,5^oC. Berat badan 40 kg, tinggi badan 153 cm, IMT : 17,09 dan BBI 38 kg..
- b. Kepala dan leher: bentuk kepala simetris , tidak ada lesi dan massa, observasi wajah: simetris. Mata: konjungtiva merah mudah, sklera putih, tidak ada peradangan. Telinga: bersih, tidak ada gangguan pendengaran. Hidung: bersih, dan tidak ada epistaksis. Tenggorokan dan mulut : keadaan dalam mulut bersih, tidak ada gangguan menelan, dan tidak ada pembesaran kelenjar leher
- c. Sistem Kardiovaskuler: Inspeksi: bentuk dada simetris, kuku normal, capillary refill time (CRT) normal (< 3 detik), tidak ada edema pada tangan, kaki, sendi , *apical pulse* teraba, vena jugularis teraba, palpasi tidak dilakukan, auskultasi BJ I: normal (lub), BJ II: normal (dup), tidak ada murmur (suara jantung tambahan).

- d. Sistem Respirasi: Inspeksi: tidak adanya batuk, pergerakan dada simetris. Auskultasi: suara napas normal (vesicular).
- e. Sistem Pencernaan: Inspeksi: Pasien tidak mengalami mual dan muntah, elastisitas turgor kulit tidak ada (kulit kaku/mengeras), mukosa bibir kering, tidak ada luka/ perdarahan, tidak ada tanda-tanda radang, keadaan gusi normal, keadaan abdomen: warna kulit kemerahan. Palpasi: dinding perut lembek. Auskultasi: terdengar bising usus normal (28x/menit). Perkusi: tidak adanya kembang.
- f. Sistem Persyarafan: tingkat kesadaran compos mentis, GCS : 15 (E4,V5,M6), pupil isokor, tidak ada kejang, tidak ada jenis kelumpuhan, tidak ada parasthesia , koordinasi gerak normal dan reflexes normal.
- g. Sistem Musculoskeletal: ada nyeri pada persendian tangan dan kaki, tidak ada kelainan ekstremitas, Skala kekuatan otot

5	5
5	5

- h. Sistem Integument: Adanya gatal-gatal, elastisitas turgor kulit tidak ada karena (kaku/mengeras), warna sawo kemerahan, kulit kering, kuku pendek dan bersih.
- i. Sistem Perkemihan: Pasien mengatakan buang air kecil 4-5 kali sehari.
- j. Sistem Endokrin: tidak ada pembesaran.

5. Pemeriksaan Penunjang

Tidak ada pemeriksaan laboratorium dan lainnya

6. Terapi

- a. MDT MB Adult 1 x 2 tablet
- b. Amoksilin 3x500 mg/oral

3.1.3 Analisa Data

1. DS: Pasien mengatakan sakit pada persendian siku tangan dan lutut kiri dan kanan. DO: Tampak wajah pasien meringis kesakitan, PQRST: P: Nyeri saat berjala atau bergerak, Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: Sakit pada persendian tangan dan kaki kiri dan kanan, S: Skala nyeri 3

(nyeri ringan), T: Nyeri hampir setiap saat, TTV: TD: 100/80 mmHg, N: 84 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,5^oC. **Masalah keperawatan:** Nyeri akut. **Etiologi:** Agens cedera biologis (infeksi)

2. DS: Pasien mengatakan badan kemerahan dan panas. DO: Teraba seluruh kulit mengeras dan bercak-bercak kemerahan, adanya tanda-tanda bekas garukan pada kaki dengan ukuran luas, P: 15-20 cm, L: 5-10 cm. **Masalah keperawatan:** Kerusakan integritas kulit **Etiologi:** Faktor mekanik (daya gesek)
3. DS: Pasien mengatakan merasa malu dengan keadaan sekarang, pasien mengatakan lebih banyak didalam rumah karena malu dengan tetangga. DO: Pasien tampak malu saat ditanya, tampak pasien lebih banyak diam dan hanya bicara saat ditanya, klien mengungkapkan keluhannya. **Masalah keperawatan:** Gangguan citra tubuh. **Etiologi:** Ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh.
4. DS: Pasien mengatakan belum mengetahui tentang apa itu penyakit kusta dan penyebabnya. DO: Tampak pasien bingung saat ditanya tentang apa itu kusta dan keluhan apa yang dirasakan. **Masalah keperawatan:** Kurang Pengetahuan. **Etiologi:** Kurang informasi
5. S: Pasien mengatakan yang tinggal di dalam rumah ada 8 orang, pasien mengatakan sering menggunakan barang-barang didalam rumah secara bersamaan. DO: Tampak pasien dan keluarganya menggunakan alat-alat mandi, makan dan minum secara bersamaan. **Masalah keperawatan:** Risiko penularan. **Etiologi:** Kontak secara langsung

3.1.4 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015.

Dari hasil pengkajian diagnosa keperawatan yang diambil dan sesuai dengan prioritas adalah:

1. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi)
3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh
4. Kurang Pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

5. Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung

3.1.5 Intervensi Keperawatan Berdasarkan NOC & NIC (Moorhead. S. & Bulecchek. G., 2013).

Intervensi atau rencana keperawatan adalah sebagai suatu dokumen tulisan yang berisi tentang cara menyelesaikan masalah, tujuan, intervensi. Perencanaan tindakan keperawatan pada kasus ini didasarkan pada tujuan intervensi.

Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (iskemia). **Goal:** Pasien akan mempertahankan rasa nyaman nyeri selama dalam perawatan. **Obyektif:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri terkontrol. **NOC: Level nyeri, Kontrol Nyeri, dan level kenyamanan. Indikator:** 1) Mengenali kapan nyeri terjadi. 2) Menggambarkan factor penyebab. 3) Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik. 4) Menggunakan analgesic yang direkomendasikan. 5) Mengenali apa yang terkait dengan gejala nyeri. 6) Melaporkan nyeri yang terkontrol. **NIC : Manajemen Nyeri:** 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus (PQRST). 2) Berikan informasi mengenai nyeri seperti penyebab dan berapa lama nyeri akan dirasakan. 3) Kurangi atau eliminasi factor-faktor yang dapat mencetuskan dan meningkatkan nyeri. 4) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri. 5) Kolaborasi pemberian terapi analgesic. 6) Monitor keefektifan penggunaan obat analgesik.

Diagnosa keperawatan 2: Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek). **NOC: Tissue Integrity: Skin and Mucous Membranes** (integritas jaringan: kulit dan membrane mukosa). **Kriteria Hasil:** 1) Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi). 2) Tidak ada luka/lesi pada kulit. 3) Perfusi jaringan baik. 4) Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang. 5) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami. **NIC: Pressure Management: Manajemen Perilaku:** 1) Anjurkan

pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, R/ Pakaian yang longgar dapat menghindari iritasi 2) Hindari kerutan pada tempat tidur, R/ Kerutan pada tempat tidur dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada pasien. 3) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, R/ Kebersihan kulit sangat penting dalam menghindari infeksi. 4) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali, R/ Menghindari luka tambahan misalnya dekubitus. 5) Monitor kulit akan adanya kemerahan, R/ Kemerahan pada kulit merupakan salah satu tanda adanya infeksi. 6) Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan, R/ Memberikan kelenturan pada kulit. 7) Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien, R/ Dapat mengetahui tingkat kemampuan pasien. 8) Monitor status nutrisi pasien, R/ Keseimbangan nutrisi dapat memberikan nutrisi yang baik pada kulit. 9) Anjurkan pasien untuk mandi dengan menggunakan sabun dan air hangat, R/ Dengan menggunakan sabun dapat menjaga kebersihan dan keutuhan kulit.

Diagnosa 3: Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh. **NOC:** *Body image* (Citra tubuh), *Self esteem* (Harga diri), *Outcome/kriteria hasil:* 1) *Body image* (citra tubuh) positif. 2) Mampu mengidentifikasi kekuatan personal. 3) Mendiskripsikan secara faktual perubahan fungsi tubuh. 4) Mempertahankan interaksi sosial. **NIC:** *Body image enhancement* (Peningkatan Citra Tubuh) : 1) Kaji secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya, R/ Dengan mengkaji verbal dan non verbal dapat mengetahui gangguan yang terjadi pada pasien. 2) Monitor frekuensi mengkritik dirinya, R/ Menghindari pasien dalam menyalahkan diri sendiri. 3) Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit, R/ Dapat membantu pasien utk meningkatkan pengetahuannya. 4) Motivasi klien mengungkapkan perasaannya, R/ Dapat memberikan keringan kepada pasien dalam menghadapi penyakit yang dialaminya. 5) Identifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu, R/ Dengan menggunakan alat dapat membantu mengurangi risiko. 6) Fasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil, R/ Untuk menghindari risiko isolasi diri.

Diagnosa 4: Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi
NOC: 1. *Knowledge : disease process* (Pengetahuan proses penyakit). 2) *Knowledge : health Behavior*. (Pengetahuan tingkah laku).
Kriteria Hasil: 1) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan. 2) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar. 3) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.
NIC: *Teaching : disease Process* (Pengajaran: Proses penyakit). 1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik, R/ Sebagai gambar untuk menilai tingkat kemampuan pasien. 2) Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat, R/ Meningkatkan pengetahuan pasien. 3) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat, R/ Meningkatkan pengetahuan pasien. 4) Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat, R/ Meningkatkan pengetahuan pasien. 5) Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat, R/ Dapat mengetahui penyebab penyakit yang dialami pasien. 6) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat, R/ Mempermudah pasien dalam mengetahui informasi tentang penyakit yang dialaminya. 7) Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat, R/ Sebagai dukungan terhadap anggota keluarga yang sakit. 8) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit, R/ Menghindari Risiko yang tidak diinginkan. 9) Diskusikan pilihan terapi atau penanganan, R/ Dengan terapi yang efektif dalam membantu mengobati sakit pasien.

Diagnosa 5: Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung.
Goal: Tidak terjadi penularan kepada anggota keluarga selama dalam perawatan.
Obyektif: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x1 jam pasien dapat meminimalisir tingkat penularan kepada keluarga.
Kriteria: 1) Pasien dapat menjelaskan tentang risiko penularan penyakit

kusta . 2) Pasien dapat menjelaskan penyebab risiko penularan penyakit kusta. 3) Pasien dapat menjelaskan tanda-dan gejala risiko penularan penyakit kusta. **Intervensi:** 1) Beri penyuluhan kepada pasien dan keluarga tentang akibat risiko penularan penyakit kusta, R/ Dengan member penyuluhan pasien dapat mengetahui risiko apa yang akan terjadi apabila tidak berobat secara baik dan benar. 2) Kaji ulang pengetahuan keluarga setelah diberikan penyuluhan tentang risiko penularan penyakit kusta, R/ Untuk mengetahui tingkat pengetahuan keluarga. 3) Anjurkan kepada pasien untuk menggunakan barang-barang dalam rumah sendiri (tidak gabung dengan keluarga lain) misalnya alat-alat mandi, alat makan dan lainnya, R/ Menuingkatkan pengetahuan pasien dalam menghindari risiko penularan kepada pasien. 4) Berikan penjelasan kepada keluarga untuk selalu memberikan support dan mau mengerti dengan keadaan pasien, R/ Dukungan keluarga sangat penting dalam proses perawatan dan pengobatan pasien.

3.1.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan respiratory distress syndrome sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya. (Ngastiyah, 2005)

Implementasi: Hari pertama tanggal 15 Juli 2019 yaitu:

Diagnosa keperawatan 1: Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek). **Implementasi : Jam 07.30 Wita.** 1) Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. 2) Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. 3) Memobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali. 4) Memonitor kulit akan adanya kemerahan. 5) Merawat Luka dengan salep gentamisin pada daerah terinfeksi. 6) Memonitor aktivitas dan mobilisasi pasien. 7) Memonitor status nutrisi pasien. 8) Menganjurkan pasien untuk mandi dengan menggunakan sabun dan air hangat.

Diagnosa Keperawatan 2: Jam 07.45 Wita. 1) Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **PQRST:** P: Nyeri saat

berjala atau bergerak, Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: Sakit pada persendian tangan dan kaki kiri dan kanan, S: Skala nyeri 3 (dengan menggunakan angka 1-10), T: Nyeri hampir setiap saat. 2) Mengobservasi tanda-tanda vital. 3) Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknya manan yaitu : sering memegang daerah persendian tangan dan kaki. 4) Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya radang pada hati yang dapat menyebabkan sakit. 5) Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. 6) Menganjurkan pasien untuk berobat secara teratur. 7) Menganjurkan pasien untuk minum obat secara dengan baik dan benar sesuai dengan indikasi medis

Diagnosa keperawatan 3: Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh. **Implementasi: Jam 09.00 Wita.** 1) Mengkaji secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya. 2) Memonitor frekuensi mengkritik dirinya. 3) Menjelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit. 4) Memotivasi klien mengungkapkan perasaannya. 5) Mengidentifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu. 6) Memfasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil

Diagnosa keperawatan 4: Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. **Implementasi: Jam 10.00 Wita.** 1) Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik. 2) Menjelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 3) Mengambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. 4) Menggambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat. 5) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat. 6) Menyediakan informasi pada pasien dan keluarga tentang penyakit kusta dalam bentuk kertas gambar (liflet)

Diagnosa keperawatan 5: Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung. **Implementasi: Jam 11.15 Wita.** 1) Memberikan

penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik. 2) Menjelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 3) Menggambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. 4) Menggambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat. 5) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat. 6) Menyediakan informasi pada pasien dan keluarga tentang penyakit kusta

Hari kedua tanggal 16 Juli 2019 yaitu:

Diagnosa Keperawatan 1: 1) Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **PQRST:** P: Nyeri saat berjala atau bergerak, Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: Sakit pada persendian tangan dan kaki kiri dan kanan, S: Skala nyeri 3 (dengan menggunakan angka 1-10), T: Nyeri hampir setiap saat. 2) Mengoservasi tanda-tanda vital. 3) Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknya manan yaitu: sering memegang daerah tangan dan kaki. 4) Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya radang pada hati yang dapat menyebabkan sakit. 5) Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. 6) Menganjurkan pasien untuk berobat secara teratur. 7) Menganjurkan pasien untuk minum obat secara dengan baik dan benar sesuai dengan indikasi medis

Diagnosa keperawatan 2: Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek). **Implementasi:** 1) Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. 2) Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. 3) Memobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali. 4) Memonitor kulit akan adanya kemerahan. 5) Mengoleskan lotion atau minyak/baby oil pada derah yang tertekan. 6) Memonitor aktivitas dan mobilisasi pasien. 7) Memonitor status nutrisi pasien. 8) Menganjurkan pasien untuk mandi dengan menggunakan sabun dan air hangat.

Diagnosa keperawatan 3: Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh. **Implementasi:** 1)

Mengkaji secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya. 2) Memonitor frekuensi mengkritik dirinya. 3) Menjelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit. 4) Memotivasi klien mengungkapkan perasaannya. 5) Mengidentifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu. 6) Memfasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil

Diagnosa keperawatan 4: Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung. **Implementasi:** 1) Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik. 2) Menjelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 3) Menggambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. 4) Menggambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat. 5) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat. 6) Menyediakan informasi pada pasien dan keluarga tentang penyakit kusta.

Hari ketiga tanggal 17 Juli 2019 yaitu:

Diagnosa Keperawatan 1: 1) Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **PQRST:** P: Nyeri saat berjala atau bergerak, Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: Sakit pada persendian tangan dan kaki kiri dan kanan, S: Skala nyeri 3 (dengan menggunakan angka 1-10), T: Nyeri hampir setiap saat. 2) Mengobservasi tanda-tanda vital. 3) Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidakhadiran manan yaitu: sering memegang daerah tangan dan kaki. 4) Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya radang pada hati yang dapat menyebabkan sakit. 5) Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. 6) Mengajarkan pasien untuk berobat secara teratur. 7) Mengajarkan pasien untuk minum obat secara dengan baik dan benar sesuai dengan indikasi medis

Diagnosa keperawatan 2: Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek). **Implementasi:** 1) Mengajarkan

pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. 2) Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. 3) Memobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali. 4) Memonitor kulit akan adanya kemerahan. 5) Mengoleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan. 6) Memonitor aktivitas dan mobilisasi pasien. 7) Memonitor status nutrisi pasien. 8) Menganjurkan pasien untuk mandi dengan menggunakan sabun dan air hangat.

Diagnosa keperawatan 3: Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh. **Implementasi:** 1) Mengkaji secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya. 2) Memonitor frekuensi mengkritik dirinya. 3) Menjelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit. 4) Memotivasi klien mengungkapkan perasaannya. 5) Mengidentifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu. 6) Memfasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil

Diagnosa keperawatan 4: Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung. **Implementasi:** 1) Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik. 2) Menjelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 3) Menggambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. 4) Menggambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat. 5) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat. 6) Menyediakan informasi pada pasien dan keluarga tentang penyakit kusta.

3.1.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien (Ngastiyah, 2005). Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang dilakukan.

Evaluasi hari pertama pada tanggal 15 Juli 2019,

Diagnosa 1: Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek). **Jam. 08.00 Wita. S:** Pasien mengatakan badan

kemerahan dan panas. **O:** 1) Teraba seluruh kulit mengeras dan bercak-bercak kemerahan. 2) Adanya tanda-tanda bekas garukan. **A :** Masalah belum teratasi. **P :** Intervensi dilanjutkan di rumah.

Diagnosa 2: Jam 08.50, S : Pasien mengatakan masih sakit pada persendian tangan dan kaki. **O:** Tampak wajah pasien meringis kesakitan, skala nyeri 3, tampak pasien sering memegang daerah yang sakit yaitu siku tangan, TD: 110/80 mmHg, N: 84 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,5°C. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan di rumah.

Diagnosa 3: Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh. Pasien mengatakan merasa malu dengan keadaan sekarang. **Jam. 10.00 Wita. S:** Pasien mengatakan lebih banyak didalam rumah karena malu dengan tetangga. **O:** 1) Pasien tampak malu saat ditanya. 2) Tampak pasien lebih banyak diam dan hanya bicara saat ditanya. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan di rumah.

Diagnosa keperawatan 4: Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. **Jam 10.50, S:** 1) Ibu mengatakan sudah tahu penyebabnya. **O:** 1) Ibu tampak bisa menjawab saat ditanya kembali materi yang diberikan. **A:** Masalah teratasi. **P :** Intervensi dihentikan.

Diagnos keperawatan 5: Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung. **Jam 11.45, S:** 1) Pasien mengatakan di dalam rumah hanya tinggal bersama istrinya. 2) Pasien mengatakan sering menggunakan barang-barang didalam rumah secara bersamaan. **O:** 1) Tampak pasien sering kontak langsung dengan istrinya di rumah. 2) Tampak pasien dan istri menggunakan alat-alat mandi secara bersamaan. **A:** Risiko penularan masih bisa terjadi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 16 Juli 2019,

Diagnosa 1: Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek). **Jam. 08.00 Wita. S:** Pasien mengatakan badan kemerahan dan panas. **O:** 1) Teraba seluruh kulit mengeras dan bercak-bercak kemerahan. 2) Adanya tanda-tanda bekas garukan. **A :** Masalah belum teratasi. **P :** Intervensi dilanjutkan di rumah.

Diagnosa 2: Jam 08.50, S : Pasien mengatakan masih sakit pada persendian tangan dan kaki. **O:** Tampak wajah pasien meringis kesakitan, skala nyeri 3, tampak pasien sering memegang daerah yang sakit yaitu siku tangan, TD: 110/80 mmHg, N: 84 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,5^oC. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan di rumah.

Diagnosa 3: Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh. Pasien mengatakan merasa malu dengan keadaan sekarang. **Jam. 10.00 Wita. S:** Pasien mengatakan lebih banyak didalam rumah karena malu dengan tetangga. **O:** 1) Pasien tampak malu saat ditanya. 2) Tampak pasien lebih banyak diam dan hanya bicara saat ditanya. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan di rumah.

Diagnosa keperawatan 4: Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung. **Jam 11.45, S:** 1) Pasien mengatakan di dalam rumah hanya tinggal bersama istrinya. 2) Pasien mengatakan sering menggunakan barang-barang didalam rumah secara bersamaan. **O:** 1) Tampak pasien sering kontak langsung dengan istrinya di rumah. 2) Tampak pasien dan istri menggunakan alat-alat mandi secara bersamaan. **A:** Risiko penularan masih bisa terjadi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi hari ketiga pada tanggal 17 Juli 2019,

Diagnosa 1: Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek). **Jam. 08.00 Wita. S:** Pasien mengatakan badan kemerahan dan panas. **O:** 1) Teraba seluruh kulit mengeras dan bercak-bercak kemerahan. 2) Adanya tanda-tanda bekas garukan. **A :** Masalah belum teratasi. **P :** Intervensi dilanjutkan di rumah.

Diagnosa 2: Jam 08.50, S : Pasien mengatakan masih sakit pada persendian tangan dan kaki. **O:** Tampak wajah pasien meringis kesakitan, skala nyeri 3, tampak pasien sering memegang daerah yang sakit yaitu siku tangan, TD: 110/80 mmHg, N: 84 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,5^oC. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan di rumah.

Diagnosa 3: Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh. Pasien mengatakan merasa malu dengan keadaan sekarang. **Jam. 10.00 Wita. S:** Pasien mengatakan lebih banyak didalam rumah karena malu dengan tetangga. **O:** 1) Pasien tampak malu saat ditanya. 2) Tampak pasien lebih banyak diam dan hanya bicara saat ditanya. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan di rumah.

Diagnosa keperawatan 4: Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung. **Jam 11.45, S:** 1) Pasien mengatakan di dalam rumah hanya tinggal bersama istrinya. 2) Pasien mengatakan sering menggunakan barang-barang didalam rumah secara bersamaan. **O:** 1) Tampak pasien sering kontak langsung dengan istrinya di rumah. 2) Tampak pasien dan istri menggunakan alat-alat mandi secara bersamaan. **A:** Risiko penularan masih bisa terjadi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

3.2 Pembahasan

Pada bagian ini membuat pembahasan mengenai adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 sampai dengan 17 Juli 2019 di Puskesmas Penfui Kota Kupang. Pembahasan yang dimaksud adalah meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Pengkajian

Menurut Price & WilsonSodikin (2005) pada pengkajian biasanya ditemukan data subjektif dan obyektif pada pasien kusta antara lain : Kelainan atau lesi kulit yang mati rasa, penebalan saraf tepi disertai gangguan saraf (mati rasa, kelemahan, kelumpuhan otot, kulit kering dan retak-retak), ditemukannya mycobacterium leprae pada pemeriksaan hapusan kulit. Gejala lain menurut Djuanda Adhi (2010): Wajah berbenjol benjol dan tegang, demam dari derajat rendah sampai menggigil, nafsu makan menurun, mual muntah dan sakit kepala.

Pada kasus nyata yang dialami Nn. M.T. mengalami sakit yang sedang, dan data yang ditemukan yaitu : Pasien mengatakan sakit pada

persendian siku tangan dan lutut kiri dan kanan, tampak wajah pasien meringis kesakitan, PQRST: P: Nyeri saat berjala atau bergerak, Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: Sakit pada persendian tangan dan kaki kiri dan kanan, S: Skala nyeri 3, T: Nyeri hampir setiap saat, TTV: TD: 110/80 mmHg, N: 84 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,5⁰C. badan kemerahan dan panas, teraba seluruh kulit mengeras dan bercak-bercak kemerahan, adanya tanda-tanda bekas garukan. Pasien mengatakan belum mengetahui tentang apa itu penyakit kusta dan penyebabnya.

Berdasarkan hasil tersebut diatas ditemukan banyak kesesuaian data antara teori dan kasus nyata yang dialami oleh Nn. M.T. sehingga penulis menyimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan memungkinkan perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah di kelompokkan, selain itu juga digunakan untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Sodikin (2011)).

Manurut NANDA (2015) terdapat enam (6) diagnosa keperawatan pada kasus kusta antara lain : 1) Kerusakan integritas kulit berhubungan factor mekanik (daya gesek) dan proses inflamasi. 2) Nyeri kronik berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi). 3) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan otot. 4) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh. 5) Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan. 6) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

Berdasarkan kasus nyata yang dialami oleh Nn. M. T. yaitu penulis hanya menegakkan empat (4) diagnosa keperawatan yang ada didalam teori antara lain: 1) Kerusakan integritas kulit berhubungan factor mekanik (daya gesek) dan proses inflamasi. 2) Nyeri akut berhubungan denga agens cedera biologis (infeksi), 3) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh. 4)

Kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi in adekuat. Dan satu (1) diagnose keperawatan yang tidak terdapat dalam teori yaitu Risiko penularan. Sedangkan tiga (2) diagnosa keperawatan lainnya tidak ditemukan pada kasus nyata karena tidak ada tanda dan gejala untuk ditegakkan diagnose keperawatan tersebut. Penulis menyimpulkan bahwa terdapat kesenjangan antar teori dan kasus nyata karena ditemukan satu diagnosa keperawatan yang tidak terdapat dalam teori yaitu risiko penularan.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan NOC & NIC (2013), perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan. Diharapkan perawat mampu memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, dan menulis dan mendokumentasikan rencana keperawatan. Menurut teori intervensi yang dilakukan untuk empat (4) diagnose keperawatan antara lain : 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus (PQRST). 2) Berikan informasi mengenai nyeri seperti penyebab dan berapa lama nyeri akan dirasakan. 3) Kurangi atau eliminasi factor-faktor yang dapat mencetuskan dan meningkatkan nyeri. 4) Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. 5) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. 6) Monitor kulit akan adanya kemerahan. 7) Anjurkan pasien untuk mandi dengan menggunakan sabun dan air hangat. 8) Kaji secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya. 9) Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit. 10) Identifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu. 11) Fasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil. 12) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik . 13) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. 14) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat.

Pada kasus Nn. M.T. dengan penyakit kusta, lima (5) masalah keperawatan yang berurutan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yaitu :

1. Kerusakan integritas kulit berhubungan factor mekanik (daya gesek) dan proses inflamasi.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi),
3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh.
4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi in adekuat.
5. Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung, semua intervensi sudah dilaksanakan sesuai dengan teori.

Berdasarkan uraian tersebut diatas penulis menarik kesimpulan bahwa adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang dialami Nn. M.T., dimana pada teori ditemukan 6 diagnosa keperawatan, dan pada kasus nyata 5 diagnosa keperawatan.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Ngastiyah, 2005).

Pada hari senin, 15 Juli 2019 di lakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa keperawatan: 1) Kerusakan integritas kulit berhubungan factor mekanik (daya gesek) dan proses inflamasi. 2) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis infeksi). 3) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh. 4) Kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi in adekuat. 5) Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung pada Nn. M.T. dengan diagnosa medis kusta yaitu:) Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. 2) Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. 3) Memobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali. 4) Memonitor kulit akan adanya kemerahan. 5)

Mengoleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan. 6) Memonitor aktivitas dan mobilisasi pasien. 7) Memonitor status nutrisi pasien. 8) Menganjurkan pasien untuk mandi dengan menggunakan sabun dan air hangat.

Pada implementasi tersebut penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana semua intervensi yang sudah direncanakan dapat dilaksanakan sesuai dengan yang diharapkan

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Ngastiyah (2005) evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan kriteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek), Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh, Kurang Pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi, Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung. Yang sesuai dengan teori antara lain Pengetahuan pasien meningkat, Gangguan citra diri teratasi, Tidak terjadi risiko penularan, sedangkan yang tidak sesuai dengan teori yaitu: Nyeri akut dan Kerusakan integritas kulit yang belum tuntas penanganannya. Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 15-17 Juli 2019, pasien masih merasa sakit pada persendian kedua tangan dan kaki, masih merasa gatal-gatal pada seluruh badan, kulit masih tampak kemerahan, bersisik dan menebal. Hal ini disebabkan karena obat yang diminum belum tuntas.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Dari hasil studi kasus yang telah menguraikan tentang Asuhan Keperawatan pada Nn. M. T. dengan penyakit kusta di Puskesmas Penfui Kota Kupang, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- 4.1.1** Pengkajian pada kasus Nn. M. T. dengan penyakit kusta yaitu keluhan utama : Pasien mengatakan sakit pada persendian siku tangan dan lutut kiri dan kanan, tampak wajah pasien meringis kesakitan, PQRST: P: Nyeri saat berjala atau bergerak, Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: Sakit pada persendian tangan dan kaki kiri dan kanan, S: Skala nyeri 3, T: Nyeri hampir setiap saat, badan kemerahan dan panas, teraba seluruh kulit mengeras dan bercak-bercak kemerahan, adanya tanda-tanda bekas garukan. Pasien mengatakan belum mengetahui tentang apa itu penyakit kusta dan penyebabnya.
- 4.1.2** Diagnosa keperawatan, yang muncul yaitu: 1) Kerusakan integritas kulit berhubungan factor mekanik (daya gesek) dan proses inflamasi. 2) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis infeksi). 3) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh. 4) Kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi in adekuat. 5) Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung.
- 4.1.3** Intervensi keperawatan ditetapkan yaitu: 1) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. 2) Monitor kulit akan adanya kemerahan. 3) Anjurkan pasien untuk mandi dengan menggunakan sabun dan air hangat. 4) Kaji secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya 5) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus (PQRST). 6) Berikan informasi mengenai nyeri seperti penyebab dan berapa lama nyeri akan dirasakan. 7) Kurangi atau eliminasi factor-faktor yang dapat mencetuskan dan meningkatkan nyeri. 8) Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar.. 9) Jelaskan tentang

pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit. 10) Identifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu. 11) Fasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil. 12) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik . 13) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. 14) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat.

4.1.4 Implementasi keperawatan antara lain: 1) Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. 2) Memonitor kulit akan adanya kemerahan. 3) Menganjurkan pasien untuk mandi dengan menggunakan sabun dan air hangat. 4) Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **PQRST**: P: Nyeri saat berjala atau bergerak, Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: Sakit pada persendian tangan dan kaki kiri dan kanan, S: Skala nyeri 3 (dengan menggunakan angka 1-10), T: Nyeri hampir setiap saat. 5) Mengoservasi tanda-tanda vital. 6) Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknya manan yaitu : sering memegang daerah persendian tangan da kaki. 7) Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. 8) Kaji secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya. 9) Menjelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit. 10) Mengidentifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu. 11) Memfasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil. 12) Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik . 12) Menggambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. 13) Menyediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat.

4.1.5 Evaluasi yang dilakukan dengan menggunakan metode *subjektif, Objektif, Assesment* dan *Planning* (SOAP), dan hasil yang didapatkan pada Nn. M. T. dengan masalah keperawatan 1) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek), 2) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi), 3) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh, Kurang, 4)

Pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi, 5) Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung. Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan teori antara lain: pengetahuan pasien meningkat, gangguan citra diri teratasi, tidak terjadi risiko penularan, sedangkan yang tidak sesuai dengan teori yaitu: nyeri akut, kerusakan integritas kulit yang belum tuntas penanganannya, dimana setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 15-17 Juli 2019, pasien masih merasa sakit pada persendian tangan dan kaki, gatal-gatal pada seluruh badan, kulit masih tampak kemerahan, bersisik dan menebal, hal ini disebabkan karena obat yang diminum belum tuntas.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Pasien

Diharapkan pasien mendapatkan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya.

4.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan adanya literature yang berkaitan dengan kasus yang ditemukan khususnya penyakit kusta sehingga mempermudah penulis dalam proses pembelajaran lebih lanjut.

4.2.3 Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat memahami asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada pasien penyakit kusta dan dapat mengaplikasikannya di masyarakat.

4.2.4 Bagi Perawat Puskesmas

Diharapkan perawat puskesmas dapat melanjutkan pelayanan perawatan dan pengobatan yang secara teratur terhadap masalah pasien yang belum teratasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin, M.D.(2012). *Penyakit Kusta Sebuah Pendekatan Klinis*. Surabaya : Brillian Internasional.
- Bulechek, M. G., Butcher, K. H., Dochterman, M. J., & Wagner, M. C. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*, Edisi Keenam. Singapore: Elsevier.
- Depkes RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2005. *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta*. Cetakan XVII. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. (2007). *Buku Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta, Tidak Dipublikasikan
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). *NANDA Internasional Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Kemenkes RI. 2018.*Riset Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI 2018
- Kosasih, A., I Made, W.,Emmy, S.D., Sri, L.M.(2007) Kusta Dalam Juanda, A. Hamzah, M. Aisyah.,S. (ed). *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Edisi Kelima*. Jakarta : FKUI.
- Kozier Barbara. *Fundamental of Nursing: Concepts, Process and Practice*. 7th Edition. New Jersey. 2004
- Moprhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, Edisi Keenam. Singapore: Elsevier.
- Modul 2. (2009). *Diagnosis, Klasifikasi, Pemeriksaan dan Pengobatan*. Pusat Latihan Kusta Nasional Makasar.
- WHO.(2012).
Leprosy.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/>diakses. 18 Juli 2019.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Format Asuhan Keperawatan.....	
Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan Penyakit Kusta	
Lampiran 3 Leaflet Hipertensi	
Lampiran 4 Proses Bimbingan Laporan Karya Tulis Ilmiah	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Lampiran 1

Nama : Cristino Rosa
Mahasiswa
NIM : PO 5303201181175

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Nn. M. T
Ruang/Kamar : -
Diagnosa Medis : Kusta
No. Medical Record :
Tanggal Pengkajian : 15 Juli 2019 Jam : 10.00 wita
Masuk Rumah Sakit : - Jam : -

Identitas Pasien

Nama Pasien	: Nn. M. T	Jenis Kelamin	: Perempuan
Umur/Tanggal Lahir	: 37 tahun	Status Perkawinan	: Belum Nikah
Agama	: Katolik	Suku Bangsa	: Timor/Indonesia
Pendidikan Terakhir	: SD	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Penfui, RT/RW: 16/03 Kelurahan Penfui, Kecamatan Maulafa Kabupaten Kupang		

Identitas Penanggung

Nama	: Tn. T. T	Pekerjaan	: Tani
Jenis Kelamin	: Laki-laki	Hubungan dengan klien	: Orang Tua
Alamat	: Penfui RT 16/ RW 03		

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama
 - Kapan : Keluhan terasa sejak tahun 2015
2. Lokasi :

3. Riwayat Keluhan Utama

- Mulai timbulnya keluhan : Muncul bintik-bintik merah
- Sifat keluhan : Nyeri hilang timbul.
- Lokasi : Seluruh badan.
- Keluhan lain yang menyertai :
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Muncul tiba-tiba
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana): Tidak ada
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan: Berobat ke Puskesmas

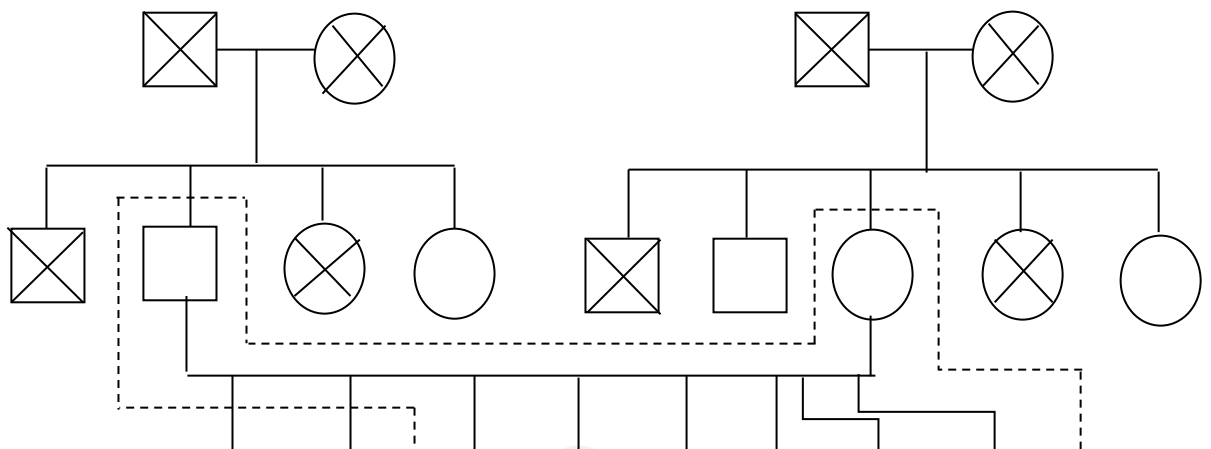
4. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Ya , Sebutkan :
 - **Tidak**
- Riwayat Alergi
 - Ya , Jenis , Waktu , Cara Mengatasi :
 - **Tidak**
- Riwayat Operasi
 - Ya , Jenis : Operasi katarak, Waktu : Tahun 2016
 - **Tidak**






5. Kebiasaan

- Merokok
 - Ya ,Jumlah: , waktu
 - **Tidak**
- Minum alkohol
 - Ya , Jumlah: , waktu
 - **Tidak**
 - Minum kopi :
 - Ya
 - **Tidak**
- Minum obat-obatan
 - **Ya**
 - **Tidak**

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :



Keterangan:

	Laki – laki hidup		Pasien
	Wanita hidup	-----	Tinggal serumah
	Laki – laki meninggal	———	Garis keturunan
	Wanita meninggal		

Keterangan:

G1

- Kakek dan nenek dari klien sudah meninggal dunia.

G2

- Saudara Kandung Bapak empat orang, meninggal dua orang.
- Saudara kandung ibu lima orang, meninggal 2 orang.

G3

- Klien belum menikah
- Enam orang saudara kandung tinggal dalam satu rumah.

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 100/80 mmHg
- Nadi : 80 x/menit
- Pernapasan : 18 x/menit
- Suhu badan : 36 °C

2. Kepala dan leher

- Kepala : Simetris
- Sakit kepala : Ya, Pusing : Ya
 - ya **tidak**
- Bentuk , ukuran dan posisi:
 - normal** abnormal, jelaskan :
- Lesi : ada, Jelaskan : **tidak ada**
- Masa : ada, Jelaskan : **tidak ada**
- Observasi Wajah : **simetris** asimetri, Jelaskan
- Penglihatan : Normal

- Konjungtiva: Merah
- Sklera: Normal
- Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan :
- tidak**
- Penglihatan kabur : Ya, Jelaskan : Pasien mengatakan bahwa penglihatannya kabur **tidak**
- Nyeri : Tidak ada nyeri
- Peradangan : Tidak ada
- Operasi :
 - Jenis :
 - Waktu:
 - Tempat :
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
 - Nyeri : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
 - Peradangan : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
- Hidung
 - Alergi Rhinitus : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
 - Riwayat Polip : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
 - Sinusitis : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
 - Epistaksis : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : Bersih
 - Caries : Ya, Jelaskan : Pada gigi pasien, rahang atas dan bawah terdapat caries **tidak**
 - Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
 - Gangguan bicara : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
 - Gangguan menelan : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
 - Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
- 3. Sistem Kardiovaskuler
 - Nyeri Dada : Ya, Jelaskan :
 - tidak**
 - Inspeksi : Simetris antara dada kiri dan kanan
 - Kesadaran/ GCS : E4M6V5 Jumlah 15 = Composmentis

- Bentuk dada : abnormal , Jelaskan :
normal
- Bibir : sianosis **normal**
- Kuku : sianosis **normal**
- Capillary Refill : Abnormal **normal**
- Tangan : Edema **normal**
- Kaki : Edema **normal**
- Sendi : Edema **normal**
- Ictus cordis/Apical Pulse: **Teraba** tidak teraba
- Vena jugularis : **Teraba** tidak teraba
- Perkusi : pembesaran jantung : Tidak pembesaran jantung
- Auskultasi : BJ I : Abnormal **normal**
 BJ II : Abnormal **normal**
- Murmur : Tidak terdengar bunyi murmur

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : Pasien mengatakan bahwa ia dapat bernapas dengan baik.
- Inspeksi : Lubang hidung simetris, antara lubang hidung kiri dan kanan
- Jejas : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan :
Normal
- Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,)
tidak
- Irama Napas : **teratur** tidak teratur
- Retraksi otot pernapasan : Ya
tidak
- Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan
tidak
- Perkusi : Cairan : Ya **tidak**
 Udara : Ya **tidak**
 Massa : Ya **tidak**
- Auskultasi :
- Inspirasi : **Normal** Abnormal
- Ekspirasi : **Normal** Abnormal
- Ronchi : Ya **tidak**
 - Wheezing : Ya **tidak**
 - Krepitasi : Ya **tidak**
 - Rales : Ya **tidak**
- Clubbing Finger : **Normal** Abnormal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : Pasien mengatakan bahwa ia makan dengan baik, 3x sehari
- b. Inspeksi :
- Turgor kulit : **Abnormal**, Jelaskan : Oedema kaki dan tangan
 Normal
 - Keadaan bibir : **lembab** kering
 - Keadaan rongga mulut
 Warna Mukosa : Merah muda

- Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan
tidak
- Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan
tidak
- Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan
normal
- Keadaan abdomen
- Warna kulit : Sawo matang
- Luka : Ya, Jelaskan
tidak
- Pembesaran : Abnormal, Jelaskan
normal
- Keadaan rektal
- Luka : Ya, Jelaskan
tidak
- Perdarahan : Ya, Jelaskan
tidak
- Hemmoroid : Ya, Jelaskan
tidak
- Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan.....
tidak
- c. Auskultasi :
- Bising usus/Peristaltik : 12 x/menit
- d. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan
normal
- Udara : Abnormal, Jelaskan
normal
- Massa : Abnormal, Jelaskan
normal
- e. Palpasi:
- Tonus otot: Abnormal, Jelaskan
normal
- Nyeri : Abnormal, Jelaskan
normal
- Massa : Abnormal, Jelaskan
normal
6. Sistem Persyarafan
- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Tingkat kesadaran: Sadar penuh (Composmentis), GCS (E/M/V):
E4M6V5 Jumlah 15
- c. Pupil : **Isokor**
anisokor

- d. Kejang : Abnormal, Jelaskan
normal
- e. Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan
tidak
- f. Parasthesia : Ya, Jelaskan
tidak
- g. Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan
normal
- h. Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan
normal
- i. Reflexes : Abnormal, Jelaskan
normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan : Pasien mengatakan bahwa ia dapat bergerak dengan baik
- b. Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan.....
tidak ada
- c. Nyeri otot : ada **tidak ada**
- d. Nyeri Sendi : **ada** tidak ada
- e. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan
normal
- f. kekuatan otot :
- g. Atropi hiperthropi **normal**

5	5
5	5

8. Sistem Integumentari

- a. Rash : ada, Jelaskan..... **tidak ada**
- b. Lesi : ada, Jelaskan..... **tidak ada**
- c. Turgor : Elastis, Warna : Sawo matang
- d. Kelembaban : Abnormal, Jelaskan **normal**
- e. Petechie : ada, Jelaskan..... **Tidak ada**
- f. Lain lain: Tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya **tidak**
- c. Kandung kencing : membesar ya **tidak**
nyeri tekan ya **tidak**
- d. Produksi urine :
- e. Intake cairan : oral : 3000 cc/hr parenteral : Tidak ada

f. Bentuk alat kelamin : **Normal** Tidak normal, sebutkan.....

g. Uretra : **Normal** Hipospadia/Epispadia

Lain-lain :

10. Sistem Endokrin

a. Keluhan : Tidak ada

b. Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan.....
tidak ada

c. Lain – lain : Tidak ada

11. Sistem Reproduksi

a. Keluhan : Tidak ada

b. Wanita : Siklus menstruasi : Pasien sudah menopause

- Keadaan payudara : Normal
- Riwayat Persalinan : Tidak ada
- Abortus: Pasien tidak pernah mengalami abortus
- Pengeluaran pervagina: Normal
- Lain-lain: Tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : Baik, makan pagi, siang dan malam.
- Frekuensi makan : 3x sehari
- Nafsu makan : Baik
- Makanan pantangan : Tidak ada
- Makanan yang disukai : Tidak ada
- Banyaknya minuman dalam sehari : 3000 cc/hari
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Tidak ada.
- BB : 40 kg TB : 153 cm
- Kenaikan/Penurunan BB: Tidak ada kenaikan atau penurunan BB pada pasien.

2. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan. Pasien tetap makan dengan baik.

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 4 – 5 x/hari, Warna : Kuning jernih
Bau : Pesing, Jumlah/ hari : ± 1000 cc/hari

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan selama sakit.

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : 1x sehari, Frekuensi dalam sehari : 1 kali
Warna : Kuning kecoklatan, Bau : Khas

Konsistensi : Lembek

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan selama sakit.

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : Tidak ada
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : Tidak ada

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 21.00 wita
Bangun jam : 06.30 wita
- Tidur siang jam : 13.00 wita
Bangun jam : 14.00 wita
- Apakah mudah terbangun : Tidak
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Tidak ada

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Adik
2. Organisasi sosial yang diikuti : Tidak ada
3. Keadaan rumah dan lingkungan : Bersih
Status rumah : Numoang orang tua
Cukup / tidak : Cukup
Bising / tidak: Tidak
Banjir / tidak : Tidak ada
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Tidak ada
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : Tidak ada
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : Pasien mengatakan bahwa hubungannya dengan anggota keluarga yang lain baik – baik saja, selalu harmonis.

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : sesuai Agama Khatolik
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : Tidak ada

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : Pasien menerima kenyataan yang dialaminya
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Pasien sedikit risau dengan kesehatannya
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : Pasien mengatakan bahwa ia memiliki hubungan yang baik dengan lingkungannya. Pasien akan menyambut dengan baik, setiap petugas kesehatan yang ia temui.

Data Laboratorium & Diagnostik : Tidak ada

Penatalaksanaan/pengobatan

MDT 1 X 2, Amoxicillin 500 mg 3 x 1

Penfui, 15 Juli 2019
Mahasiswa

Cristino Rosa
PO.5303201181175

Lampiran 2

**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
PENCEGAHAN PENYAKIT KUSTA**

Topik	: Pencegahan Penyakit Menular
Sub Topik	: Penyakit Kusta
Sasaran	: Penderita penyakit kusta dan keluarga
Hari/Tanggal	: Selasa, 16 Juli 2019
Tempat	: Rumah Pasien
Waktu / Jam	: 45 Menit / 10.00 – Selesai.

I. TUJUAN

- a. TIU (Tujuan Intruksional Umum) :
Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan selama 45 menit, peserta mampu mengerti tentang penyakit kusta secara menyeluruh
- b. TIK (Tujuan Intruksional Khusus)
 1. Menyebutkan tentang pengertian penyakit kusta
 2. Menyebutkan penyebab penyakit kusta
 3. Menyebutkan tentang cara penularan penyakit kusta
 4. Menyebutkan tanda dan gejala penyakit kusta
 5. Menyebutkan tentang cara pencegahan penyakit kusta
 6. Menyebutkan tentang komplikasi penyakit kusta
 7. Menyebutkan tentang cara pengobatan penyakit kusta

II. MATERI YANG DISAMPAIKAN :

1. Pengertian Penyakit kusta
2. Penyebab Penyakit kusta
3. Cara penularan Penyakit kusta
4. Tanda dan Gejala Penyakit kusta
5. Cara Pencegahan Penyakit kusta
6. Komplikasi penyakit kusta

7. Cara pengobatan penyakit kusta

III. PESERTA PENYULUHAN

Peserta yaitu mahasiswa yang hadir

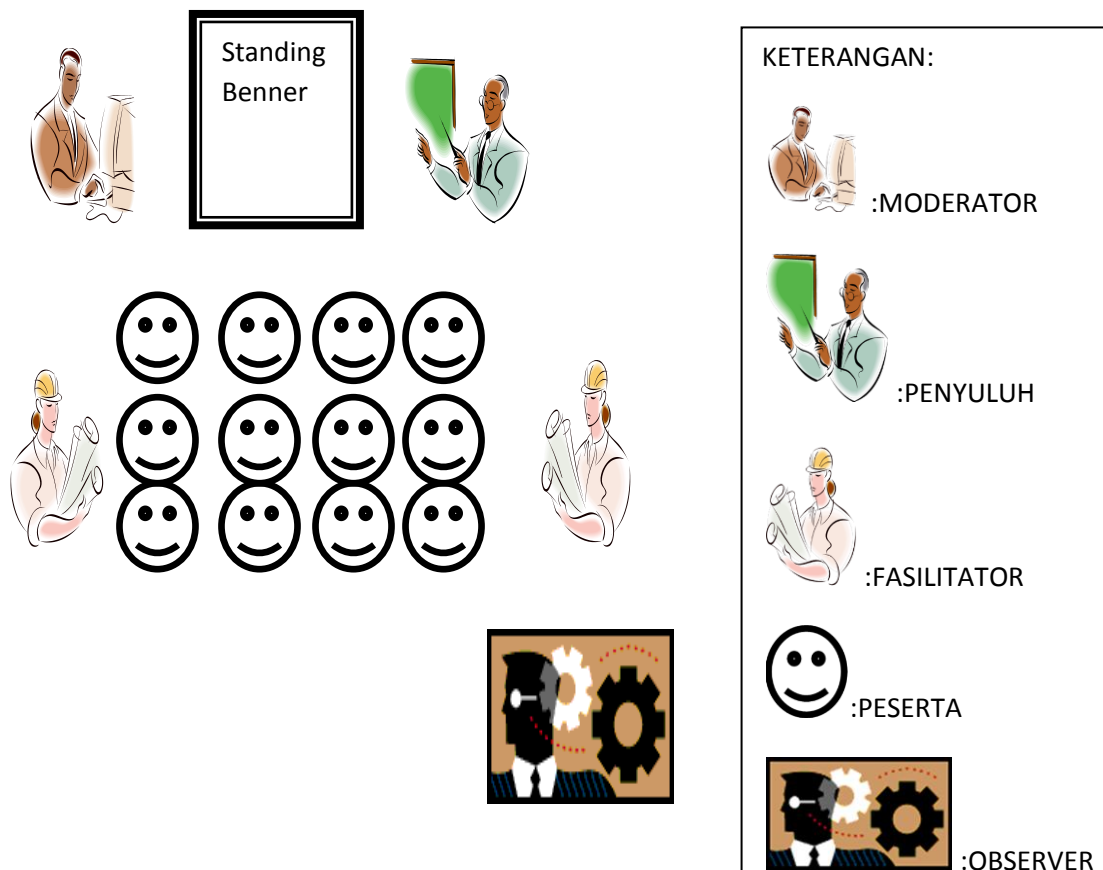
IV. MEDIA

- a. Leaflet
- b. Power point

V. METODE

- a. Ceramah
- b. Tanya Jawab

VI. SETING TEMPAT



VII. PENGORGANISASIAN

Penanggung jawab : Yustinus Rindu, S.Kep.Ns.,M.Kep

Penyuluh : Cristino Rosa
Moderator : -
Fasilitator : -
Observer : -

VIII. RINCIAN TUGAS

Penanggung jawab : Mengkoordinir persiapan dan pelaksanaan penyuluhan.

Moderator :

- Membuka dan menutup acara penyuluhan .
- Membuat kontrak waktu pelaksanaan kegiatan.
- Menjelaskan tujuan dan topik penyuluhan.
- Menyerahkan penjelasan penyuluhan kepada presenter.
- Mengarahkan jalannya diskusi.
- Memeberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya.
- Menyimpulkan kegiatan.

Penyuluh : Memberikan penyuluhan sesuai topik yang disajikan.

Fasilitator :

- Memotivasi peserta agar berperan aktif dalam penyuluhan.
- Memfasilitasi dalam kegiatan.

Observer :

- Mengamati jalannya acara.
- Mencatat pertanyaan yang diajukan peserta.
- Mencatat prilaku verbal dan non verbal selama kegiatan berlangsung.
- Membuat laporan hasil kegiatan penyuluhan yang telah dilakukan.

IX. KEGIATAN/STRATEGI:

No	Langkah-langkah	Waktu	Kegiatan	Peserta
1.	Pendahuluan	8 Menit	1. Mengucap salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menggali pengetahuan tentang penyakit kusta 4. Menjelaskan tujuan yang akan dicapai berkaitan dengan materi penyuluhan yang akan disampaikan	1. Menjawab salam 2. Mengenal petugas penyuluhan 3. Mengemukakan pendapat sesuai dengan apa yang diketahui 4. Menyimak dengan seksama
2.	Penyajian	20 menit	Penyaji menyampaikan materi : 1. Menjelaskan tentang pengertian penyakit kusta. 2. Menjelaskan penyebab penyakit kusta. 3. Menjelaskan cara penularan penyakit kusta. 4. Menjelaskan tanda dan gejala penyakit kusta. 5. Menjelaskan cara pencegahan kusta. 6. Menjelaskan tentang komplikasi penyakit kusta 7. Menjelaskan tentang cara pengobatan penyakit kusta	Mendengar dan menyimak dengan seksama
3	evaluasi	12 menit	1. Tanya Jawab 2. Menanyakan Kembali (Post test)	Partisipasi aktif
4	penutup	5 menit	1. Meminta atau memberi pesan dan kesan 2. Memberi salam	1. Memberikan pesan dan kesan 2. Menjawab salam

X. EVALUASI

1. Struktur : Pada saat penyuluhan Leaflet dan SAP telah disiapkan sebelum penyampaian materi.
2. Proses : Penyuluhan berlangsung dengan baik, Peserta tertib dan sangat antusias

memperhatikan pada saat penyampaian materi, penyuluhan mulai pukul 12.00 WITA tepat.

3. Hasil : Peserta sudah mengerti tentang materi yang di sampaikan oleh moderator pada saat melakukan evaluasi.

XI. RESUME

Penyuluhan yang dilakukan berjalan dengan lancar dan tertib. Terbukti dengan banyaknya peserta yang hadir pada saat penyuluhan dan memahami materi yang disampaikan oleh penyaji. Sebagian besar peserta sudah mengetahui pengertian, gejala serta cara pencegahan dari penyakit Kusta. Dengan adanya penyuluhan ini, masyarakat menjadi tahu dan lebih waspada serta berhati-hati dalam mewaspadaai penyakit Kusta. terutama para peserta yang menghadiri penyuluhan tersebut.

LAMPIRAN MATERI PENYAKIT KUSTA

A. Pengertian Penyakit Kusta

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. Penyakit kusta adalah penyakit infeksi yang kronik, dan penyebabnya ialah *Mycobacterium leprae* yang bersifat intraseluler obligat. Saraf perifer sebagai afinitas pertama, lalu kulit dan ukosa traktus respiratirius bagian atas, kemudian dapat ke organ lain kecuali susunan saraf pusat (Djuanda Adhi,2010)

B. Penyebab Penyakit Kusta

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

penderita terhadap *M. Leprae* berupa reaksi imun humoral terutama pada lepra bentuk lepromatosa. (Wim de jong et al. 2005)

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 di selaput lender 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, menebalnya daun telinga.
3. Kusta tipe peralihan : merupakan peralihan antara kedua tipe utama. Pengobatan tipe ini di masukkan kedalam jenis kusta basah.

C. Cara penularan penyakit Kusta

1. Penularan terjadi dari penderita kusta yang tidak diobati ke orang lain dengan kontak lama melalui pernafasan.
2. Kontak langsung yang lama dan erat melalui kulit.
3. Tidak semua orang dapat tertular penyakit kusta, hanya sebagian kecil saja (sekitar 5%) yang tertular kusta.
4. Jadi dapat dikatakan bahwa penyakit kusta adalah penyakit menular yang sulit menular.
5. Kemungkinan anggota keluarga dapat tertular kalau penderita tidak berobat oleh karena itu seluruh anggota keluarga harus diperiksa.

D. Tanda dan Gejala penyakit Kusta

1. Makula hipopigmentasi / bercak putih pada kulit
2. Hiperpigmentasi / perubahan warna kulit (hitam).
3. Eritematoso / bercak kemerahan pada kulit.
4. Gejala kerusakan saraf (sensorik, motoric, autonom)

5. Kerusakan jaringan (kulit, mukosa traktus repiartosius atas, tulang-tulang jari dan wajah).
6. Kulit kering dan alopesia.

Bagan diagnose klinis menurut WHO (1995)

Tanda Dan Gejala	Kusta PB (Pausabasilar)	Kusta MB (Multibasilar)
Lesi kulit (macula datar, papul yang meninggi, nodus)	1-5 lesi Hipopigmentasi/eritema Distribusi tidak simetris Hilangnya sensasi yang jelas	> 5 lesi Distribusi lebih simetris Hilangnya sensasi kurang jelas
Kerusakan saraf (menyebabkan hilangnya sensasi/kelemahan otot yang di persarafi oleh saraf yang terkena)	Hanya satu cabang saraf	Banyak cabang saraf

E. Cara pencegahan penyakit Kusta

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit yang dapat segera ditangani dan di cegah. Berikut ini adalah rekomendasi untuk mencegah penularan kusta:

1. Segera melakukan pengobatan sejak dini secara rutin terhadap penderita kusta, agar bakteri yang dibawa tidak dapat lagi menularkan pada orang lain.
2. Menghindari atau mengurangi kontak fisik dengan jangka waktu yang lama
3. Meningkatkan kebersihan diri dan kebersihan lingkungan
4. Meningkatkan atau menjaga daya tahan tubuh, dengan cara berolahraga dan meningkatkan pemenuhan nutrisi.
5. Tidak bertukar pakaian dengan penderita, karena basil bakteri juga terdapat pada kelenjar keringat
6. Memisahkan alat-alat makan dan kamar mandi penderita kusta

7. Untuk penderita kusta, usahakan tidak meludah sembarangan, karena basil bakteri masih dapat hidup beberapa hari dalam droplet
8. Isolasi pada penderita kusta yang belum mendapatkan pengobatan. Untuk penderita yang sudah mendapatkan pengobatan tidak menularkan penyakitnya pada orang lain.
9. Melakukan vaksinasi BCG pada kontak serumah dengan penderita kusta.
10. Melakukan penyuluhan terhadap masyarakat mengenai mekanisme penularan kusta dan informasi tentang ketersediaan obat-obatan yang efektif di puskesmas.

F. Komplikasi Penyakit Kusta

Neuropati dapat menginduksi terjadinya trauma, nekrosis, infeksi sekunder, amputasi jari dan ekstremitas. Pengobatan kortikosteroid hanya 60% memperbaiki fungsi saraf. Kontraktur dapat menyebabkan kekakuan, yang akibatnya dapat terjadi clawing hand and feet. Terjadinya kelemahan dari hilangnya persarafan pada otot merupakan bukti terjadinya deformitas. Luka dapat menyebabkan “Charcot’s joint” yang merupakan penyebab utama terjadinya deformitas. Arthritis/artralgia dapat terjadi kira-kira 10% pada pasien dengan kusta dan gejala persendian yang ada hubungannya dengan reaksi.

Komplikasi pada mata yaitu keratitis yang dapat terjadi karena berbagai faktor termasuk karena mata yang kering, insensitifitas kornea dan lagopthalmus. Keratitis dan lesi pada bilik anterior bola mata, umumnya terjadi iritis dan menyebabkan kebutaan. Juga dapat terjadi ektropion dan entropion, menurut penelitian resiko komplikasi mata terjadi pada pasien dengan tipe MB, setelah menyelesaikan MDT menjadi 5,6% dengan komplikasi kerusakan mata sebanyak 3,9%

G. Pengobatan Penderita Kusta

Jika hasil pemeriksaan adalah sakit kusta, maka penderita harus minum obat secara teratur sesuai dengan petunjuk petugas kesehatan yaitu sebagai berikut :

1. Obat untuk menyembuhkan penyakit kusta dikemas dalam blister yang disebut MDT (Multi Drug Therapy = Pengobatan lebih dari 1 macam obat)
2. Kombinasi obat dalam blister MDT tergantung dari tipe kusta, tipe MB harus minum obat lebih banyak dan waktu lebih lama :
Tipe MB : obat harus diminum sebanyak 12 blister
Tipe PB : obat harus diminum sebanyak 6 blister
3. Ada 4 macam blister MDT yaitu :
 - a. Blister untuk PB anak
 - b. Blister untuk PB dewasa
 - c. Blister untuk MB anak
 - d. 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.

DAFTAR PUSTAKA

Syafrudin, Damayani Diah.A, Delmaifanis. *Himpunan Penyuluhan Kesehatan (Pada Remaja, Keluarga, Lansia dan Masyarakat)*. Trans Info Media. 2011. Jakarta.

Depkes RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2005. *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta*. Cetakan XVII. Jakarta

Kozier Barbara. *Fundamental of Nursing: Concepts, Process and Practice*. 7th Edition. New Jersey. 2004

APA PENGERTIAN PENYAKIT KUSTA?



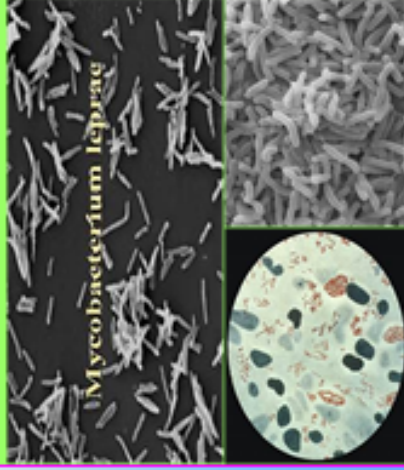
Penyakit kusta adalah penyakit infeksi menular, menahun (lama) yang bersi fat intraseluler obligat. . Penyakit tersebut menyerang kulit, saraf tepi dan dapat menyerang jaringan tubuh lainnya kecuali otak. Kusta bukan penyakit keturunan, dan bukan disebabkan oleh kutukan, guna-guna, dosa atau makanan.

APA PENYEBAB PENYAKIT KUSTA?

Disebabkan oleh kuman kusta

(*Mycobacterium leprae*).

Dibandingkan *Mycobacterium tuberculosis*, basil tahan asam, *mycobacterium leprae* tidak memproduksi eksotoksin dan enzim litik. Selain itu, kuman ini merupakan satu-satunya mikobakteria yang belum dibiakkan in vitro.



CARA PENULABAN PENYAKIT KUSTA?

1. Penularan terjadi dari penderita kusta yang tidak diobati ke orang lain dengan kontak lama melalui pernafasan.
2. Kontak langsung yang lama dan erat melalui kulit.
3. Tidak semua orang dapat tertular penyakit kusta, hanya sebagian kecil saja (sekitar 5%) yang tertular kusta.
4. Jadi dapat dikatakan bahwa penyakit kusta adalah penyakit menular yang sulit menular. Kemungkinan anggota keluarga dapat tertular kalau penderita tidak berobat oleh karena itu seluruh anggota keluarga harus diperiksa.

APA TANDA & GEJALA PENYAKIT KUSTA?

1. Bercak putih pada kulit
2. Hiperpigmentasi / perubahan warna kulit (hitam).
3. Eritematosa / bercak kemerahan pada kulit.
4. Gejala kerusakan saraf (sensornik, motorik, autonom)
5. Kerusakan jaringan (kulit, tulang-tulang jari dan wajah).
6. Kulit kering dan alopesia.



CARA PENGOBATAN PENYAKIT KUSTA

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 :

Tipe MB : obat harus diminum

sebanyak 12 blister

Tipe PB : obat harus diminum sebanyak
6 blister



AYO!! KENALI PENYAKIT KUSTA



OLEH :
CRISTINO ROSA
NIM : PO. 5303201181175

POLTEKES KEMENKES
KUPANG
PRODI KPERAWATAN
2019



Lampiran 4



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PRODI D-III KEPERAWATAN




• Direktorat: Jl. Piet A Tallo Liliba-Kupang, Telp (0380) 881880; 880880
Fax (0380) 85534188; email: poltekkeskupang@yahoo.com

PROSES BIMBINGAN LAPORAN STUDI KASUS

Nama mahasiswa : Cristino Rosa
NIM : PO 530320118175
Nama pembimbing : Yustinus Rindu, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP : 196612311989011001
Judul studi kasus : "Asuhan Keperawatan Pada Ny. M. T. Dengan Kusta Di Puskesmas Penfui Kota Kupang"

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin, 15 Juli 2019	Bimbingan arahan penulisan KTI 1. Judul 2. Isi Bab I 3. Latar Belakang 4. Rumusan Masalah 5. Tujuan Studi Kasus	
2.	Selasa, 16 Juli 2019	1. Konsultasi Bab I 2. Arahan Bab II a. Konsep Teori b. Konsep Asuhan Keperawatan	

3.	Rabu, 17 Juli 2019	1. Konsultasi Bab II 2. Arahan Bab III a. Hasil Studi Kasus b. pembahasan	✓
4.	Kamis, 18 Juli 2019	1. Konsultasi Bab III 2. Revisi Bab II 3. Arahan Bab IV a. Kesimpulan b. Saran	✓
5.	Kamis, 18 Juli 2019	1. Revisi Bab III 2. Konsultasi Bab IV	✓
6.	Jumat, 19 Juli 2019	1. Revisi Bab IV	✓
7.	Jumat, 19 Juli 2019	Konsultasi Lampiran	✓
8	Senin, 22 Juli 2019	1. Konsultasi Revisi Bab I-IV 2. Acc Ujian Sidang	✓

9	25 Juli 2019	Revisi pasca sidang	
10	26 Juli 2019	ACC Jilid	