

BAB II

Tinjauan Pustaka

A. Penelitian Terdahulu

Subbab ini berisi uraian penelitian terdahulu, perbedaan dan persamaan dengan rencana penelitian yang akan dilakukan.

Tabel Matriks Keaslian Penelitian 2.1

No.	Judul Peneliti (Peneliti, Tahun)	Desain & Metodelogi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Kemandirian klien kusta dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia sehari-hari di kabupaten Purbalingga (Ratnasari, 2018)	Deskriptif dan cross sectional	bak 60,7%, toileting 33,9%, makan 60,7%, duduk 60,7%, jalan 51,8%, mandi 62,5%.	Deskriptif dan cross sectional	Kemandirian dengan Dukungan Keluarga dan <i>Self Efficacy</i>
2.	Hubungan dukungan keluarga dengan harga diri penderita kusta rawat jalan Rahatta Donorojo Jepara (Sartika Dewi Lestari, 2016)	Deskripsi korelasi dan cross sectional	rata-rata dukungan keluarga sebesar 47,96% dan dukungan keluarga yang tidak didapat yaitu informasional 3,9% pasien tidak mengerti perawatan diri tentang penyakitnya ada hubungan dengan nilai p value $0,00 \leq 0,5$ dengan nilai koefesiensi korelasi 0.690	Deskripsi korelasi dan cross sectional	Harga diri penderita kusta dengan <i>Self Efficacy</i>
3.	Hubungan dukungan keluarga dengan pengetahuan perawatan diri pada	Cross sectional	Ada hubungan dengan nilai p value $0,00 < 0,5$ dengan nilai	Cross sectional	Pengetahuan dengan <i>Self Efficacy</i>

No.	Judul Peneliti (Peneliti, Tahun)	Desain & Metodelogi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
	penderita kusta di puskesmas Grati (Alif Farkhan Nur Laili, 2016)		koefesiensi korelasi 0,690		
4.	Hubungan antara dukungan keluarga dan efikasi diri dengan perawatan diri pada lansia hipertensi di wilayah kerja puskesmas ujung beruh indah kota Bandung (Leya Indah Permatasari, 2017)	Analitik korelasi dan cross sectional	Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan efikasi diri $< 0,00$, efikasi diri dengan perawatan diri $< 0,00$, dukungan keluarga dengan perawatan diri $< 0,02$	Korelasi dan cross sectional	Hipertensi dan kusta
5.	Self care group of leprosy-Affected people in Mozambique (Deepa k S, 2013)	Kualitatif	SCG terlibat dalam kegiatan yang berbeda dan tidak membatasi diri mayoritas klien menyatakan puas tentang partisipasi dalam SCG dan berguna untuk perawatan diri pencegahan kecacatan dan pasrtisipasi sosial	Perawatan diri kusta	Kualitatif
6.	Social support quality of life and self care behaviors among Africans with type 2 diabetes (Tang TS, 2008)	Cross sectional	Kepuasan dukungan adalah predator untuk peningkatan diabetes-kualita s hidup spesifik ($r=0,57$)	Cross sectional	Kualitatif

No.	Judul Peneliti (Peneliti, Tahun)	Desain & Metodelogi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
			9, P 0,001 dan darah pemantauan glukosa) (r=0,258, P=0,05) dukungan positif perilaku adalah predator untuk mengikuti pola makan sehat (r=0,280, P=0,05) keluarkan karbohidrat secara merata		

B. Penyakit Kusta

Penyakit kusta adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernafasan atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang dan testis (Harahap, 2013). Penyakit kusta disebut juga penyakit Hansen yang disebabkan oleh bakteri, pertama kali ditemukan di Norwegia pada tahun 1873 merupakan bakteri bersifat basil tahan asam berbentuk batang dan memiliki kemampuan yang unik untuk menyerang saraf, kulit dan membran mukosa (Bajaj *et al.*, 2010).

Menurut Harahap (2013) *Mycobacterium leprae* adalah kuman penyebab penyakit kusta yang ditemukan oleh sarjana Norwegia, Gerhard Armaurer Hansen pada tahun 1873. Kuman ini bersifat tahan asam berbentuk batang dengan ukuran 1,8 mikron, lebar 0,3-0,5 mikron, kuman ini hidup *intraseluler* dan

mempunyai afinitas yang besar pada sel syaraf (*Schwan Cell*) dan sel dari sistem retikulo endotelial, biasanya ada yang berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel terutama jaringan yang bersuhu dingin dan tidak dapat di kultur dalam media buatan, waktu pembelahan kuman ini sangat lama yaitu 2-3 minggu.

Diluar tubuh manusia (dalam keadaan tropis) kuman kusta dan sekret nasal dapat bertahan sampai 9 hari. Adanya distribusi lesi yang secara klinik predominan pada kulit, mukosa hidung dan saraf perifer superficial menunjukkan pertumbuhan basil ini cenderung menyukai temperatur kurang dari 37°C. Bagian tubuh yang dingin seperti saluran pernafasan, testis, ruang anterior mata dan kulit terutama cuping telinga dan jari merupakan tempat yang biasa di serang. Saraf perifer yang terkena terutama yang superfisial dan bagian kulit yang dingin cenderung paling banyak mengalami anestesi. Bagian tubuh yang dingin merupakan tempat predileksi tidak hanya karena pertumbuhan optimal *M. leprae* pada temperatur rendah, tetapi juga oleh karena rendahnya temperatur dapat mengurangi respon imunologis. Bakteri kusta dapat bertahan hidup 7-9 hari, sedangkan pada temperatur kamar dibuktikan dapat bertahan hidup sampai 46 hari (Harahap, 2013).

Menurut DEPKES RI (2006) Ada 3 tanda-tanda kardinal (*cardinal sign*) untuk menetapkan diagnosis penyakit kusta yaitu: 1). Lesi (kelainan) kulit yang mati rasa ; kelainan kulit / lesi dapat berbentuk bercak keputih-putihan (hypopigmentasi) atau kemerah-merahan (erithematous) yang mati rasa (anestesi); 2). Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf; gangguan fungsi saraf ini merupakan akibat dari peradangan kronis saraf tepi (neuritis perifer). Gangguan fungsi saraf ini berupa gangguan fungsi sensoris, gangguan fungsi motorik dan

gangguan fungsi otonom. Gangguan fungsi sensoris merupakan gangguan yang ditandai dengan keadaan mati rasa. Gangguan fungsi motoris merupakan gangguan yang ditandai dengan kelemahan otot (parase), atau kelumpuhan (paralise), sedangkan gangguan fungsi otonom merupakan gangguan yang ditandai dengan kulit kering dan retak-retak; 3). Adaanya bakteri tahan asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (BTA positif). Seseorang dinyatakan sebagai penderita kusta bilamana terdapat satu dari tanda-tanda utama di atas.

Menurut WHO klasifikasi penyakit kusta diklasifikasikan kedalam 2 tipe yaitu tipe Pausi Basiler (PB) dan tipe Multi Basiler (MB).

Dibawah ini adalah tabel untuk menentukan tipe penyakit kusta

Tabel 2.2

Pedoman utama menentukan klasifikasi/tipe penyakit kusta

Tanda utama	PB	MB
Jumlah tanda bercak pada kulit	3-5 Bercak	Lebih dari 5 bercak
Kerusakan saraf tepi	Hanya 1 saraf	Banyak saraf
BTA	Negatif (-)	Positif (+)

Sumber: DEPKES RI, 2006

Selain itu terdapat tanda lain yang dapat dipertimbangkan dalam penentuan klasifikasi penyakit kusta yang dapat terlihat dalam tabel dibawah ini :

Tabel 2.3

Pedoman lain untuk menentukan klasifikasi penyakit kusta

Kelainan kulit dan hasil pemeriksaan	PB	MB
1. Bercak (makula) mati rasa		
a. Ukuran	Kecil dan besar	Kecil
b. Distribusi	<i>Unilateral</i> atau <i>bilateralasimetris</i>	<i>Bilateral simetris</i>
c. Konsistensi		
d. Batas		Halus, berkilat
e. Kehilangan rasa pada bercak	Kering dan kasar Tegas Selalu ada dan jelas	Kurang tegas Biasanya tidak jelas jika ada terjadi pada yang sudah lanjut
f. Kehilangan kemampuan berkeringat, rambut rontok pada bercak	Selalu ada dan jelas	Biasanya tidak jelas jika ada terjadi pada yang sudah lanjut
2. Infiltrat		
a. Kulit	Tidak ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
b. Membran mukosa (hidung tersumbat, perdarahan di hidung)	Tidak pernah ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
3. Ciri-ciri	<i>Central healing</i> (penyembuhan ditengah)	- <i>Punched out lesion</i> (lesi bentuk seperti donat) - Madarosis - Ginekoma sti - Hidung pelana - Suara

4. Nodulus	Tidak ada	sengau Kadang-kadang ada
5. Deformitas	Terjadi dini	Biasanya simetris

Sumber: DEPKES RI, 2006

Menurut Kemenkes RI (2011) cacat kusta terjadi akibat kerusakan fungsi saraf pada mata, tangan dan kaki. Penyebab utama terjadinya gangguan dan kerusakan saraf pada penyakit kusta adalah episode akut pada perjalanan penyakit kusta yang dikenal dengan reaksi. Reaksi dapat terjadi pada saat sebelum, selama dan sesudah pengobatan.

Departemen Kesehatan RI (2006) mengklasifikasikan reaksi kusta menjadi 2 tipe yaitu reaksi tipe 1 dan reaksi tipe 2, berikut penjelasan perbedaan kedua reaksi tersebut :

Tabel 2.4
Perbedaan reaksi tipe 1 dan 2

N o	Gejala/tanda	Reaksi tipe 1	Reaksi tipe 2
1.	Keadaan umum	Umumnya baik, demam ringan (<i>subfebris</i>) atau tanpa demam	Ringan sampai berat disertai kelemahan umum dan demam tinggi
2.	Peradangan kulit	Bercak kulit lama menjadi lebih meradang (merah), dapat timbul bercak baru	Timbul nodul kemerahan, lunak dan nyeri tekan. Biasanya pada lengan dan tungkai. Nodul dapat pecah (<i>ulcerasi</i>)
3.	Saraf	Sering terjadi, umumnya berupa nyeri tekan saraf dan atau gangguan fungsi saraf	Dapat terjadi
4.	Peradangan pada organ lain	Hampir tidak ada	Terjadi pada mata, kelenjar getah bening, sendi, ginjal, testis dan lain-lain
5.	Waktu	Biasanya segera setelah	Biasanya setelah pengobatan

timbulnya	pengobatan	yang lama, umumnya lebih dari 6 bulan
6. Tipe Kusta	Dapat terjadi pada kusta tipe PB maupun MB	Hanya pada Kusta tipe MB

Sumber: Depkes RI (2006)

Masalah kecacatan pada penderita kusta ini terjadi akibat peradangan yang menyerang saraf perifer. Terjadinya cacat tergantung dari fungsi saraf mana yang rusak. Diduga kecacatan akibat penyakit kusta dapat terjadi lewat 2 proses: 1) Infiltrasi langsung bakteri kusta ke susunan saraf tepi., 2) Melalui reaksi kusta

Berikut adalah tabel yang memperlihatkan kecacatan karena terganggunya fungsi saraf perifer pada penyakit kusta:

Tabel 2.5
Gangguan fungsi saraf yang menimbulkan kecacatan kusta

Saraf	Fungsi motorik	Fungsi sensorik	Fungsi otonom
Facialis	Kelopak mata tidak menutup		
Ulnaris	Jari manis dan kelingking lemah/lumpuh/kiting	Mati rasa telapak tangan bagian ibu jari, jari telunjuk dan jari tengah	Kekeringan dan kulit retak akibat kerusakan kelenjar keringat, minyak dan aliran darah
Medianus	Ibu jari, telunjuk & jari tengah lemah, lumpuh/kiting	Mati rasa telapak tangan bagian ibu jari, jari telunjuk dan jari tengah	
Radialis	Tangan lunglai	Mati rasa telapak tangan bagian jari manis	
Peroneus	Kaki semper	Mati rasa telapak kaki	
Tibialis posterior	Jari kaki kiting		

Sumber: DEPKES RI, 2006

Setiap penemuan kasus kusta baru harus dicatat tingkat cacatnya karena

menunjukkan kondisi penderita pada saat diagnosis ditegakkan. Tiap organ (mata, tangan dan kaki) diberi tingkat cacat sendiri, tingkat cacat juga digunakan untuk menilai kualitas penanganan pencegahan cacat yang dilakukan oleh petugas.

Berikut tingkat cacat akibat kusta yang berlaku di Indonesia:

Tabel 2.6
Tingkat cacat kusta yang berlaku di Indonesia

Tingkat	Mata	Telapak tangan/kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata akibat kusta	Tidak ada cacat akibat kusta
1		Anestesi, kelemahan otot (Tidak ada cacat atau kerusakan yang kelihatan akibat kusta)
2	Ada Lagophthalmos (kelopak mata tidak bisa menutup)	Ada cacat/kerusakan yang kelihatan akibat kusta, misalnya ulkus, jari kiting, kaki semper, hidung pelana, madarosis.

Sumber: DEPKES RI, 2006

Kegiatan yang termasuk dalam upaya pencegahan cacat primer adalah: diagnosis dini, pengobatan secara teratur dan adekuat, diagnosis dini dan penatalaksanaan neuritis dan diagnosis dini dan penatalaksanaan reaksi. Karena kecacatan kusta adalah akibat gangguan saraf perifer, maka pemeriksaan saraf perifer harus dilakukan secara teliti dan benar, namun cukup sederhana dan murah (DEPKES RI, 2006).

Beberapa penelitian menunjukkan cara penularan bahwa *Mycrobacterium leprae* menyebar dari orang ke orang melalui droplet, hal ini dapat terjadi ketika seseorang batuk atau bersin (CDC, 2013). Hal ini juga dimungkinkan terjadi jika seseorang terpapar cairan hidung orang yang mengalami kusta, berjuta-juta basil

dikeluarkan melalui lendir hidung pada klien kusta yang tidak diobati dan basil tersebut dapat hidup selama tujuh hari pada lendir hidung yang kering (Chin, 2000). Penularan kusta juga dapat terjadi melalui kulit yakni kontak langsung dengan lama dan erat, selain itu kulit pada klien kusta tipe Mb juga dapat menjadi sumber penyebaran basil (Chin, 2000. Menurut Mansjoerdalam Sutanto et al., 2013)

Tempat terjadinya kerusakan saraf pada penyakit kusta biasanya ada pada mata, tangan dan kaki, tepatnya yaitu pada saraf-saraf:

- a) Fasialis, menyerang saraf kelopak mata sehingga mata tidak bisa terpejam
- b) Ulnaris, menyerang jari kelingking dan jari manis sehingga kehilangan kemampuan bergerak
- c) Medianus, menyerang ibu jari, jari telunjuk dan jari tengah sehingga kehilangan kemampuan bergerak
- d) Radialis, menyerang bagian pergelangan tangan sehingga kehilangan kemampuan bergerak
- e) Peroneus communis, menyerang bagian pergelangan kaki sehingga kehilangan kemampuan bergerak
- f) Tibialis posterior, menyerang saraf jari kaki sehingga kehilangan kemampuan bergerak

Setelah menyerang saraf, tulang juga akan terkena infeksi sehingga menyebabkan kecacatan atau perubahan bentuk pada tulang seperti pelana hidung.

C. Keluarga

a. Definisi Keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan atau tidak adanya perkawinan darah atau adopsi dan keluarga anggota saling berinteraksi dan berkomunikasi serta memiliki peran masing-masing dalam keluarga (Friedman, 2010). Keluarga merupakan satuan unit paling kecil dalam masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan individu yang tinggal dibawah satu atap (Departemen Kesehatan RI (1998) dalam Setiadi, 2008)

b. Fungsi Keluarga

Friedman (2010) menjelaskan bahwa terdapat lima fungsi keluarga yang harus dijalankan dalam suatu keluarga untuk menciptakan keluarga yang harmonis yaitu sebagai berikut :

- a) Fungsi perawatan kesehatan yaitu fungsi keluarga dalam menjaga dan merawat kesehatan anggota keluarganya agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Keluarga diharapkan mampu merawat anggota keluarga yang menderita kusta dengan cara membantu dalam aktivitas sehari-hari dan membantu penderita kusta dalam menjalani pengobatan
- b) Fungsi afektif adalah fungsi keluarga yang berhubungan dengan fungsi internal keluarga dalam memberikan perlindungan psikososial dan dukungan terhadap anggota keluarga. Keluarga sebagai sumber cinta, pengakuan, penghargaan, dan sumber dukungan primer. Satir (1972, dalam Friedman, 2010) menjelaskan bahwa fungsi afektif merupakan aspek dasar dalam

pembentukan dan tercapainya keharmonisan keluarga.

- c) Fungsi Sosialisasi adalah keluarga berfungsi memberikan pengalaman belajar kepada anggota keluarga. Pengalaman ini ditunjukkan untuk mengajarkan pada anak bagaimana mengemban peran sebagai orang dewasa didalam masyarakat, sebelum anak keluar dari rumah untuk hidup mandiri dimasyarakat.
- d) Fungsi Ekonomi keluarga berfungsi sebagai pencari sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarganya. Keluarga sebagai tempat perencanaan akan kebutuhan di masa yang akan datang melalui menabung. Keluarga mampu membantu memenuhi kebutuhan finansial penderita kusta untuk kebutuhan pengobatan dan kehidupan sehari-harinya.
- e) Fungsi Reproduksi adalah keluarga bertugas meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memenuhi kebutuhan gizi keluarga serta menjaga kelangsungan hidup keluarga

D. Dukungan Keluarga

a. Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah suatu proses hubungan keluarga dengan lingkungan sosialnya yang dapat berupa mendukung dan memberikan pertolongan pada anggota keluarga (Friedman, 2010). Dukungan keluarga dapat berasal dari sumber internal yang meliputi dukungan dari suami, istri, atau dukungan dari

saudara kandung dan keluarga besar (Friedman, 2010. Widyastuti (2009).

b. Jenis-jenis Dukungan Keluarga

a) Dukungan emosional

Dukungan yang diberikan berupa rasa empati dan perhatian kepada individu sehingga membuatnya merasa lebih baik, mendapatkan kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai oleh orang lain (Sarafino, 2009). Menurut Nugroho (2005), dukungan keluarga merupakan suatu bentuk dukungan berupa rasa aman, cinta kasih, memberi semangat, mengurangi putus asa dan rendah diri sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik.

b) Dukungan Penilaian

Dukungan penilaian yakni keluarga bertindak sebagai pemberi bimbingan, umpan balik atas pencapaian serta menengahi pemecahan masalah (Friedman dalam Setiadi 2008). Penilaian mengacu pada kemampuan untuk menafsirkan lingkungan dan situasi diri engan benar ddan mengadaptasi suatu perilaku dan keputusan diri secara tepat (Karyuni, 2008)

c) Dukungan Informasional

Keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, nasehat dan bimbingan kepada anggota keluarga untuk menyelesaikan permasalahan yang dihadapi. Manfaat dari dukungan ini dapat menekan munculnya stressor karena informasi tertentu dapat memberikan pengaruh sugesti pada individu.

Keluarga mendampingi penderita kusta untuk berobat serta memperoleh penjelasan atau informasi dari petugas kesehatan terkait penyakit kusta (Rahayu,2012). Informasi yang terkait peningkatan kesehatan penderita bisa

berupa anggota keluarga, teman, tetangga dan petugas kesehatan lainnya.

d) Dukungan Instrumental

Keluarga menjadi sumber pemberi pertolongan secara nyata. Misalnya bantuan langsung dari orang yang diandalkan seperti memberikan materi, tenaga dan sarana. Manfaat dari diberikannya dukungan ini yaitu individu merasa mendapat perhatian atau kepedulian dari lingkungan keluarga.

Keluarga sebagai sistem pendukung bagi penderita kusta diharapkan mampu memberikan dukungan penuh dalam upaya perawatan pada penderita kusta.

Keluarga senantiasa mendampingi penderita kusta dalam minum obat secara teratur dan membantu memenuhi kebutuhan makan dan minum serta istirahat pada penderita kusta (Rahayu, 2012).

a) Manfaat Dukungan Keluarga

Wilis (dalam Fitriani, 2011) menyatakan bahwa dukungan keluarga akan melindungi individu terhadap efek negatif dari depresi dan dukungan keluarga secara langsung akan mempengaruhi status kesehatan individu. Pencegahan penularan kusta salah satunya dengan cara pengobatan sejak dini dan teratur dan perawatan diri sehingga penderita kusta dapat sembuh tanpa mengalami cacat.

b) Faktor-faktor yang mempengaruhi Dukungan Keluarga

Faktor Internal

- Tahap Perkembangan

Dukungan keluarga yang diberikan ditentukan oleh usia sesuai dengan tahap pertumbuhan dan perkembangan individu. Setiap rentang usia akan memiliki respon yang berbeda pula terhadap kesehatan.

- Pendidikan atau Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan akan mempengaruhi persepsi individu terhadap dukungan. Kemampuan berfikir individu akan mempengaruhi dalam memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan kesehatan. Dukungan keluarga yang diberikan kepada penderita kusta tergantung dari tingkat pengetahuan keluarga. Keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi akan memberikan dukungan informasional bagi penderita kusta untuk menjalankan pengobatan terkait penyakit yang diderita.

- Faktor Emosi

Faktor emosi sangat berpengaruh terhadap keyakinannya terhadap dukungan. Individu yang tidak mampu melakukan coping adaptif terhadap adanya ancaman penyakit akan menyangkal adanya gejala penyakit dan tidak mau menjalankan pengobatan.

- Spiritual

Aspek spiritual tampak pada individu saat menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan dilaksanakan dan bagaimana hubungannya dengan keluarga atau teman.

Faktor Eksternal

- Praktif di keluarga

Cara dan bentuk dukungan yang diberikan keluarga akan mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya.

- Faktor sosioekonomi

Faktor sosioekonomi dapat memungkinkan resiko terjadinya penyakit dan

sangat berpengaruh terhadap individu dalam melaksanakan kesehatannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi biasanya akan lebih tanggap terhadap tanda dan gejala penyakit.

- Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai, dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk melaksanakan kesehatan. Keyakinan keluarga dan masyarakat selama ini menganggap bahwa penyakit kusta adalah suatu penyakit yang berasal dari kutukan, hal ini akan berpengaruh pada rendahnya dukungan keluarga yang diberikan untuk penderita kusta.

E. *Self Efficacy*

d) Definisi

Self efficacy menurut Bandura (1998) merupakan suatu keyakinan seseorang terhadap kemampuannya dalam melakukan aktivitas-aktivitas tertentu yang akan berpengaruh terhadap kehidupannya. *Self efficacy* menentukan bagaimana orang merasa, berfikir, memotivasi diri dan berperilaku. Menurut Alwisol dalam Rondhianto (2011) *efficacy* adalah persepsi mengenai seberapa bagus diri dapat berfungsi dalam situasi tertentu. *Self efficacy* berhubungan dengan keyakinan bahwa diri memiliki kemampuan tindakan yang diharapkan. Pender dalam Alligood (2014) menjelaskan bahwa *self efficacy* merupakan inti penyusun HMP (*Health Promotion Model*) dimana nilai motivasi seseorang digambarkan sebagai perilaku yang rasional dan ekonomis untuk perkembangan perilaku seseorang.

Sedangkan menurut Tomey dan Alligood dalam Rhondianto (2011) *self efficacy* akan mempengaruhi pengelolaan hambatan dalam bertindak sehingga semakin tinggi *self efficacy* akan menurunkan persepsi adanya hambatan untuk melakukan tindakan. Dari definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa *self efficacy* adalah keyakinan seseorang terhadap kemampuannya dalam melakukan aktivitas-aktivitas tertentu.

e) Konsep Teori *Self Efficacy*

Menurut Bandura dalam Elizabeth (2005) ada dua konsep utama yang terdapat pada *self efficacy* adalah ekspektasi (*self efficacy/self expectation*) dan sukses (*outcome expectation*) menentukan bagaimana seseorang akan berperilaku secara spesifik. *Outcome expectation* merupakan keyakinan seseorang terhadap capaian dari hasil yang diberikan akibat berperilaku. Sedangkan *self efficacy* berfokus kepada kepercayaan, keyakinan kemampuan seseorang untuk menghasilkan perilaku tertentu. Seseorang termotivasi untuk menunjukkan perilaku yang mereka yakini akan menghasilkan hasil yang mereka inginkan. Dengan adanya hal tersebut maka *outcome expectation* akan bergantung pada *self efficacy* seseorang.

f) Dimensi *Self Efficacy*

Bandura dalam Rondhianto (2011) menjelaskan *self efficacy* terdiri atas tiga dimensi. Ketiga dimensi tersebut digunakan untuk mengukur *self efficacy* Elizabeth (2002). Menurut Bandura dalam Elizabeth (2002) dimensi *self efficacy* terdiri atas :

Magnitude, yakni dimensi yang berfokus pada tingkat kesulitan yang

dihadapi oleh seseorang terkait usaha yang dilakukan. Menurut Bandura dalam Elizabeth (2002) *magnitude* berhubungan dengan bagaimanakah kesulitan seseorang untuk beradaptasi dengan perilaku spesifik tertentu. Dimensi ini berimplikasi pada pemilihan perilaku yang dipilih berdasarkan harapan akan keberhasilannya.

Generality, yakni berkaitan dengan seberapa besar atau luas cakupan tingkah laku yang diyakini mampu dilakukan. Bandura dalam Elizabeth (2002) menyebutkan bahwa *generality* merupakan derajat yang mana kepercayaan terhadap *self efficacy* tersebut terkait secara positif, baik dalam sebuah domain perilaku terhadap domain perilaku atau terhadap waktu. Berbagai pengalaman pribadi dibandingkan pengalaman orang lain pada umumnya akan lebih mampu meningkatkan *self efficacy* seseorang.

Strength (kekuatan) dimana dimensi ini berfokus pada bagaimana kekuatan sebuah harapan atau keyakinan individu akan kemampuan yang dimiliki. Bandura dalam Elizabeth (2002) mengatakan bahwa *strenght* merefleksikan seberapa yakin seseorang mampu melakukan tugas tertentu. Keyakinan ataupun harapan yang lemah bisa disebabkan karena adanya kegagalan tetapi seseorang dengan harapan yang kuat pada dirinya akan tetap berusaha gigih meskipun mengalami kegagalan.

g) Faktor yang Mempengaruhi *Self Efficacy*

Menurut Elizabeth terdapat dua faktor yang mempengaruhi yaitu faktor personal dan lingkungan. Resenstock dalam Elizabeth (2002) mengatakan bahwa ciri perssonal, kedudukan dan proses dalam diri seorang dapat mempengaruhi

self efficacy seseorang. Hal tersebut diantaranya yaitu : locus of control, self esteem, self confidence dan hard ins. Coppel dalam Elizabeth (2002) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara self efficacy dengan faktor personal, yakni self esteem dan self efficacy yang memiliki hubungan positif, self confidence dengan self self efficacy yang memiliki hubungan positif.

Selain faktor personal, faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi faktor self efficacy seseorang adalah ekspektasi dan dukungan dari orang lain yaitu berupa dukungan sosial/dukungan keluarga (Bandura dalam Elizabeth, 2002). Dukungan sosial salah satunya adalah dukungan keluarga. Bentuk dukungan sosial menurut Dilorio dalam Elizabeth (2002) adalah berupa dukungan instrumental serta komunikasi yang bersifat membangunkan keyakinan serta mengarahkan untuk menguatkan kemampuan yang dimilikinya. Pemberian informasi juga termasuk dalam pembentukan self efficacy.terdapat faktor-faktor lain yang berkaitan dengan self efficaacy yaitu : ★

-Usia

Flamer dalam Elizabeth (2002) mengatakan bahwa usia seseorang akan mempengaruhi tingkat self efficacy seseorang. Hal tersebut bergantung kepada tahap perkembangan mereka. Kemampuan fisik, psikologi dan kemampuan sosial memungkinkan kebanyakan orang dapat meningkatkan self efficacy mereka karena kematangan serta kemampuan mereka dalam kehidupan. Menurut Chyntia et al., (2010) self efficacy pada remaja awal diperlukan keterlibatan dengan orang tua.sedangkan pada usia lansia pengukuran ini akan menghasilkan hasil yang menunjukkan penurunan self efficacy akibat adanya penurunan

kapasitas seseorang. Hal tersebut sesuai penelitian Anand et al., (2010) yang menyatakan bahwa hasil yang rendah ditemukan pada hasil self efficacy. Hal tersebut dalam Anand et al., (2010) dapat terjadi karena kesalahan pemikiran serta persepsi yang salah tentang penuaan.

-Jenis kelamin

Menurut Aamond et al., (2013) self efficacy dapat bergantung pada jenis kelamin. Penelitian yang dilakukan pada DM ditemukan bahwa wanita memiliki self efficacy lebih rendah dari pada pria. Hal tersebut berhubungan dengan faktor sosial budaya (Aamond et al., 2013)

-Pendidikan

Brekke (2003) mengungkapkan seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah cenderung memiliki self efficacy yang rendah terkait pengelolaan rheumatoid arthritis. Penelitian Aamond et al., (2013) menunjukkan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan yang tinggi memiliki self efficacy yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang berpendidikan rendah pada pengelolaan DM tipe 2

-Status pernikahan

Menurut Elbha et al., (2014) status pernikahan dapat mempengaruhi self efficacy seseorang. Dalam penelitiannya ditemukan bahwa orang yang telah menikah yang tinggal bersama keluarga memiliki self efficacy lebih tinggi dari pada orang tinggal sendiri dalam pengelolaan DM tipe 2, hal tersebut dikarenakan adanya pemberdayaan keluarga sehingga keluarga berperan sebagai manajemen DM

F. Perawatan Diri Penyakit Kusta

Perawatan diri adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Potter, 2005).

Orem mendefinisikan perawatan diri sebagai performa atau tindakan yang dilakukan oleh seseorang karena keinginannya sendiri dengan tujuan untuk mempertahankan kesejahteraan dan menjaga kesehatannya (Alligood & Tomey, 2006). Pemenuhan kebutuhan self care berdasarkan teori dari Orem diklasifikasi dalam 3 bagian kebutuhan, yaitu : (Craven and Hilme, 2002)

-Universal self care requisites (kebutuhan perawatan diri universal)

Kebutuhan perawatan diri secara umum adalah kebutuhan yang diperlukan oleh seseorang selama siklus hidupnya dalam mempertahankan kondisi yang seimbang yang meliputi kebutuhan udara, air, makan, eliminasi, istirahat dan interaksi sosial serta menghadapi resiko yang mengancam kehidupan. Pada klien kusta kebutuhan yang dapat terganggu dapat berupa interaksi sosial. Penelitian yang dilakukan oleh Rukmana & Widodo (2012) menjelaskan bahwa proses interaksi sosial pada klien kusta dipengaruhi oleh persepsi citra tubuh dari klien kusta sendiri, selain itu stigma dari masyarakat yang berbentuk juga dapat mengakibatkan klien kusta mengalami

rendah diri.

-Development self care requisites (kebutuhan perawatan diri pengembangan)

Kebutuhan perawatan diri pengembang yaitu kebutuhan yang berhubungan dengan proses pertumbuhan manusia dan perkembangan diri manusia itu sendiri. Klien dengan kusta dapat mengalami perubahan fungsi perkembangan dan fungsi perannya. Kecacatan yang terjadi pada klien kusta dapat menjadi hambatan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari serta kegiatan yang seharusnya dapat dilakukan secara mandiri. Hal tersebut berdampak pada penurunan fungsi peran dari klien kusta dalam hidupnya (Susilowati, 2014)

-Health deviation self care requisites (kebutuhan perawatan diri penyimpangan kesehatan)

Kebutuhan perawatan diri penyimpangan kesehatan adalah kebutuhan perawatan diri yang berhubungan dengan genetik atau keturunan, kerusakan struktur manusia, penyimpangan cara, struktur norma, gangguan fungsi peran dan pengaruhnya, diagnosa medis dan penatalaksanaan terukur dan gangguan integritas yang dapat mengganggu kemampuan seseorang untuk melakukan perawatan diri. Pada klien kusta terjadi kerusakan saraf yang dapat mengakibatkan klien mengalami gangguan rasa raba yang dapat meningkatkan resiko terjadinya injuri tanpa disadari. Penelitian yang dilakukan oleh Hartanti et al (2015) menunjukkan bahwa adanya dampak dari kusta

memicu perubahan perilaku dari klien dalam melakukan perawatan diri. Hal tersebut ditunjukkan dengan masih adanya klien kusta yang malas serta enggan untuk melakukan perawatan diri.

Perilaku seseorang untuk melakukan perawatan diri dipengaruhi oleh beberapa faktor. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan diri menurut Potter and Perry (2005) adalah sebagai berikut:

-Citra tubuh

Citra tubuh merupakan cara pandang seseorang tentang keadaan tubuhnya, baik dalam penampilan, struktur, ataupun fungsi fisik. Citra tubuh berbeda antara satu orang dengan orang lain, dan ini seringkali berubah dipengaruhi oleh faktor tertentu seperti penyakit dan status fungsional

-Praktek sosial

Kelompok sosial berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dalam melakukan perawatan diri. Faktor kebiasaan dalam keluarga serta pergaulan dengan teman berperan penting dalam pembentukan perilaku individu, termasuk dalam perilaku perawatan diri.

-Status ekonomi

Status ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan sejauh mana kemampuan orang tersebut dapat melakukan perawatan diri. Contohnya orang-orang dengan

status ekonomi rendah, mereka cenderung melakukan perawatan diri dengan alat dan bahan seadanya. Bukan karena mereka tidak ingin melakukan dengan maksimal, namun karena keterbatasan ekonomi yang memaksa mereka untuk melakukan perawatan diri dengan keterbatasan.

-Kebudayaan

Faktor budaya dan kepercayaan dari individu berpengaruh terhadap kemampuan dan kemauan melakukan perawatan diri. Beberapa budaya juga memiliki praktek perawatan diri yang berbeda dan sebagian budaya juga tidak menganggap kesehatan sebagai kebutuhan yang utama.

-Tingkat pengetahuan

Menurunkan motivasi seseorang untuk melakukan perawatan diri secara mandiri dan teratur

-Pilihan pribadi

Setiap individu memiliki hak dan pemikirannya sendiri dalam menentukan dan memutuskan suatu tindakan untuk dirinya.

-Kondisi fisik

Keterbatasan fisik seseorang mempengaruhi kemampuan dari orang tersebut dalam beraktifitas. Keterbatasan fisik ini dapat disebabkan oleh keadaan fisik, psikis, maupun karena suatu penyakit yang dideritanya yang dapat menghambat

seseorang tidak dapat melakukan aktifitas perawatan diri.

-Dukungan sosial keluarga

Penelitian yang dilakukan oleh Ariyanta (2013) menjelaskan adanya keterkaitan antara dukungan sosial keluarga dengan konsep diri pada klien kusta yang ditunjukkan dengan dukungan keluarga pada penderita kusta di desa Bangklea sebagian besar adalah rendah (54%) konsep diri pada pasien kusta sebagian besar kurang (57%)

Adapun dampak perawatan diri yang kurang menurut Tarwoto dan Wartona (2015) dibagi menjadi dua yaitu:

-Dampak fisik

Dampak fisik dari perawatan diri yang kurang dapat berupa gangguan pada integritas kulit, resiko terkena penyakit infeksi, gangguan pada kuku, mudah terkena luka, dan keparahan penyakit penyerta

-Dampak psikososial

Dampak psikososial yang berhubungan dengan perawatan diri yang kurang baik antaranya: gangguan rasa nyaman, harga diri rendah, aktualisasi diri kurang, dan gangguan pada pola interaksi sosial.

Permasalahan yang dialami oleh penyakit kusta dapat menyebabkan dampak fisik yang parah serta bersifat permanen. Untuk menghindari hal tersebut terdapat

langkah-langkah pencegahan yang dapat dilakukan melalui perawatan diri. Kemenkes RI (2012) membagi perawatan diri pada klien kusta untuk pencegahan kecacatan lebih lanjut yakni ada tiga perawatan diri yaitu perawatan mata, perawatan tangan dan perawatan kaki. Prinsip pencegahan cacat pada kusta yang bisa dilakukan di rumah yaitu memeriksakan mata, tangan dan kaki secara teratur. Melindungi mata, tangan dan kaki dari trauma fisik serta merawat diri.

Perawatan diri pada klien kusta yang dapat dilaksanakan di rumah yaitu sebagai berikut (Kemenkes RI dan Kesejahteraan India (2009))

a) Mata

Memeriksa mata dengan sering dan bercermin untuk mengetahui apakah ada tanda iritasi seperti kemerahan, gatal, berair atau ada benda yang masuk ke dalam mata. Sebelum melakukan pemeriksaan mata yang terpenting yaitu mencuci tangan dengan air yang bersih dan mengalir sehingga tangan menjadi bersih sebelum menyentuh kontak mata. Adapun hal penting lainnya yaitu memeriksakan ke pelayanan kesehatan jika didapatkan mata seperti kemerahan, nyeri disertai pandangan kabur.

Melindungi mata dari debu, angin, serangga dan benda-benda yang dapat melukai mata dengan cara : Memakai kacamata hitam, memakai topi yang dapat melindungi mata di siang hari. Menghindari aktivitas-aktivitas dimana terdapat debu misalnya mencangkul tanah kering, menuai padi, menggiling padi, membakar sampah dan aktivitas membereskan rumah. Menghindari benda-benda yang dapat menyebabkan goresan pada mata seperti goresan kain baju, sarung bantal, tangan, rambut dan asap yang menyebabkan menjadi merah.

Merawat mata dengan cara : Mencuci mata dengan sering atau membasuhi mata dengan air bersih dan mengalir dengan air yang direbus dan kemudian didinginkan. Menggunakan tetes mata mengandung *saline* jika mata sangat kering. Menutupi mata dengan sepotong kain basah pada waktu tidur. Menggunakan antibiotik tropikal bisa di indikasikan. Bagi orang dengan otot-otot wajah yang normal diajarkan untuk mendorong pipi mereka atau menggunakan otot-otot wajah mereka yang lainnya untuk menutupi mata. Bagi yang mengalami *lagophthalmus* (tidak dapat menutup mata) di sarankan untuk melatih kebiasaan berkedip agar terhindar dari paparan yang dapat menyebabkan iritasi, selain itu juga dapat dilakukan latihan otot wajah sesering mungkin untuk membantu menutup mata. Pada klien yang mengalami *lagophthalmus* disarankan mencukur bulu mata untuk menghindari iritasi pada mata.

b) Tangan

Perawatan tangan yang mati rasa yaitu dengan cara : Memeriksa tangan dengan teliti dan sesering mungkin apakah terdapat luka atau lecet setelah beraktivitas atau bekerja.

Melindungi tangan yaitu dengan cara : Menggunakan kaos tangan yang tebal atau kain untuk mencegah terjadinya luka dari benda-benda yang panas seperti gelas berisi air panas, teko air, rokok, api dan benda-benda tajam seperti kaca, seng, pisau, duri, paku. Gesekan alat kerja seperti cangkul, tali tambang, batu serta pegangan yang terlalu kuat pada alat kerja. Menghindari benda-benda yang dapat menimbulkan luka seperti benda panas, benda tajam maupun benda kasar. Membagi tugas dengan orang lain untuk mengerjakan bagian tugas yang dapat membahayakan tangan yang

mengalami mati rasa. Menghindari melakukan satu jenis pekerjaan untuk pekerjaan dengan durasi panjang tanpa memberikan istirahat ataupun kesempatan untuk memeriksa tangan.

Merawat tangan dengan cara yaitu : Jika terdapat luka, memar ataupun lecet sekecil apapun maka dilakukan perawatan luka dan istirahatkan bagian yang terluka tersebut sehingga menjadi lebih baik atau sembuh.

Perawatan kulit tangan yang kering yaitu dengan cara : Memeriksa dengan teliti dan sering mungkin kemungkinan adanya kulit kering, retak, kulit pecah-pecah dan tidak terasa. Kulit kering yang akan mengakibatkan luka kecil dapat menimbulkan infeksi.

Melindungi kulit tangan dengan cara yaitu : Melindungi kulit tangan dari benda-benda yang dapat dengan mudah menimbulkan luka seperti benda tajam, panas dan benda kasar. Melindungi tangan dengan cara mengistirahatkan jika terdapat tanda *hot spot* (daerah hangat, kemerahan dan nyeri) akibat aktivitas-aktivitas terlalu lama. Melindungi tangan menggunakan kaus tangan tebal atau alas kain untuk mencegah luka

Merawat tangan dengan cara yaitu : Merawat kulit tangan kering setiap hari dengan merendam tangan selama kurang lebih 20 menit dalam air dingin, menggosok bagian kulit secara lembut kemudian langsung mengolesi lotion atau minyak kelapa untuk menjaga kelembaban kulit, kulit yang keras atau kulit yang menebal harus dihilangkan secara bertahap dengan merendam dan menggosok secara lembut selama berminggu-minggu dan jika menghilangkan kulit menebal itu dilakukan dengan paksaan dalam beberapa hari akan mengakibatkan cedera pada anggota tubuh.

c) Kaki

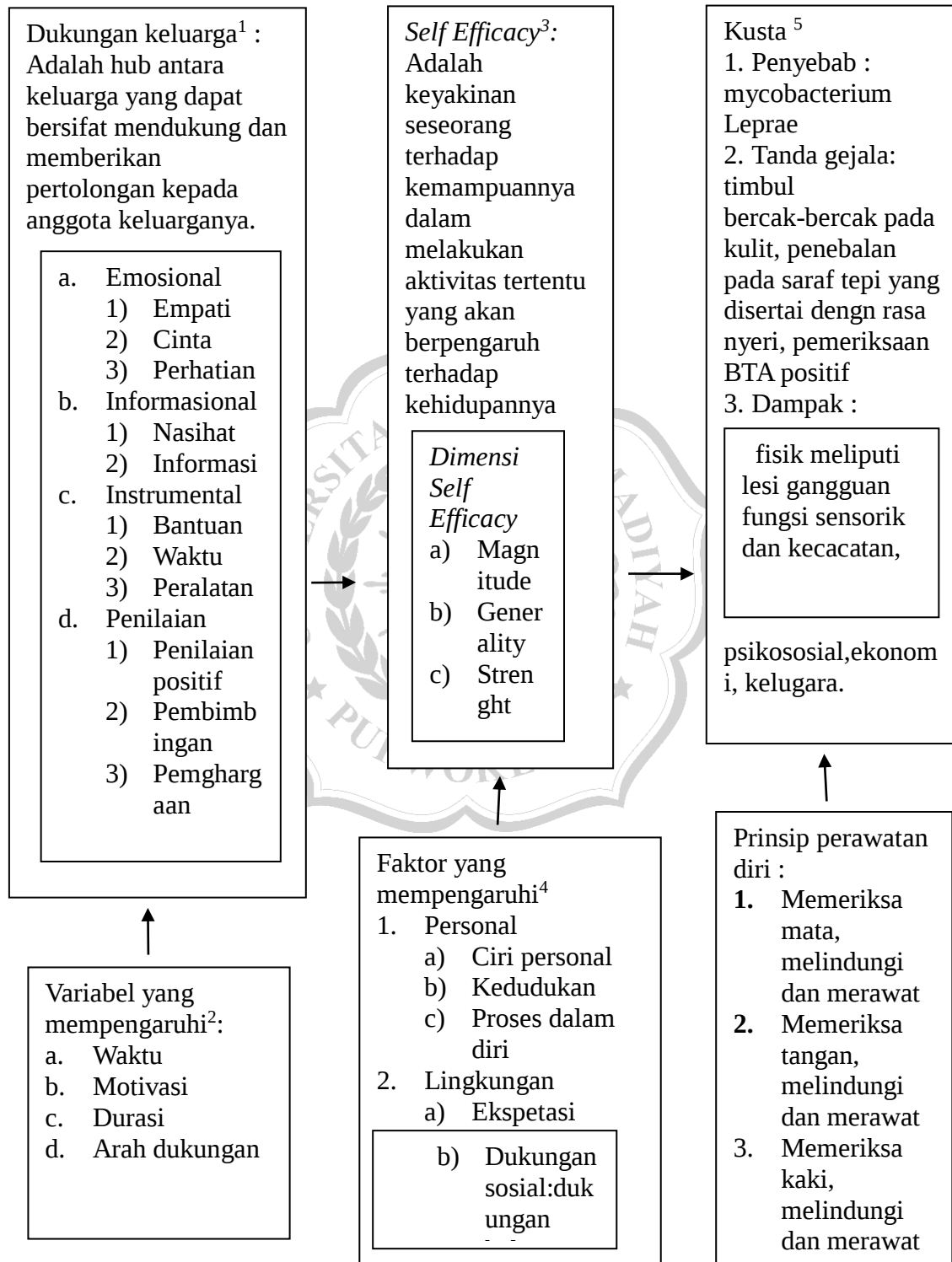
Perawatan kulit kaki kering dan pecah-pecah yaitu dengan cara : Memeriksa dengan teliti dan sesering mungkin kemungkinan adanya kulit kering, retak, kulit pecah-pecah dan tidak terasa, kulit kering akan mengakibatkan luka-luka kecil yang dapat menimbulkan infeksi. Melindungi kulit dengan menganjurkan klien memakai sandal atau alas kaki untuk melindungi kulit dari luka dan sebisa mungkin melindungi kulit kaki dari benda-benda yang dapat menimbulkan trauma seperti benda tajam dan panas, pelindung kaki di usahakan sesuai tidak terlalu besar atau kekecilan sehingga tidak menimbulkan lecet pada kulit, sol alas kaki yang digunakan harus tebal agar dapat melindungi kulit dari benda tajam dan panas, kaki juga diusahakan tidak berjalan terlalu jauh dan lama untuk menghindar lecet pada kaki. Merawat kaki dengan merawat kulit kaki kering setiap hari secara teratur dengan merendam kaki selama kurang lebih 20menit dengan air dingin, menggosok bagian kulit secara lembut kemudian mengolesi dengan lotion atau minyak kelapa untuk menjaga kelembaban kulit pada kaki, kulit yang keras atau kulit menebal harus dihilangkan secara bertahap dengan merendam dan menggosok secara lembut selama berminggu-minggu , jika menghilangkan kulit yang menebal itu dilakukan dengan cara paksaan dalam beberapa hari akan mengakibatkan cedera pada anggota badan, selain itu memotong kuku kaki secara teratur penting diperhatikan untuk mengurangi resiko luka akibat kuku kaki tersebut

d) Perawatan kaki yang mati rasa yaitu dengan cara dapat dilakukan dengan sesering mungkin memeriksa kaki dengan teliti sebelum saat dan sesudah melakukan

aktivitas-aktivitas atau bekerja, apakah terdapat luka memar maupun lecet yang kecil sekalipun, melindungi kaki dengan selalu memakai alas kaki atau pelindung kaki yang tepat (empuk, keras dibagian bawah, tidak mudah lepas, bahan alas kaki tidak melukai kulit, ukuran yang sesuai)

- e) Perawatan kaki yang mengalami luka borok yaitu berpotensi menyebabkan penularan kusta, perawatan luka menjadi sangat penting dilakukan untuk menghindari penularan serta mencegah infeksi yang lebih lanjut. Bagian kaki yang melepuh atau terdapat luka dilakukan pembalutan dengan kasa atau kain yang bersih. Apabila terdapat luka tanpa adanya discharge luka dapat dibersihkan dengan sabun air kemudian dibalut menggunakan kain bersih. Apabila terdapat luka dengan discharge maka dibersihkan terlebih dahulu discharge pada kulit yang luka menggunakan air matang dan kassa atau kain bersih kemudian membersihkan kulit yang luka tersebut dengan sabun antiseptik serta air lalu dibalut. Selama perawatan kaki yang mengalami borok atau luka klien dianjurkan untuk mengistirahatkan kaki, bila perlu dapat menggunakan bantuan tongkat atau kruk untuk berjalan untuk menghindari penekanan pada daerah luka. Jika tidak terjadi perubahan selama empat minggu maka sebaiknya klien dirujuk ke rumah sakit.
- f) Perawatan kaki yang semper (lemah) dapat dilakukan dengan memeriksa secara teratur dan teliti apakah terdapat luka ataupun memar kemudian melindungi kaki agar tidak bertambah cacat dengan menganjurkan selalu memakai sepatu agar jari-jari tidak beresiko terluka ataupun melukai. Jika terdapat luka memar ataupun lecet sekecil apapun maka dilakukan perawatan luka dan istirahatkan bagian yang terluka tersebut hingga sembuh.

G. Kerangka Teori

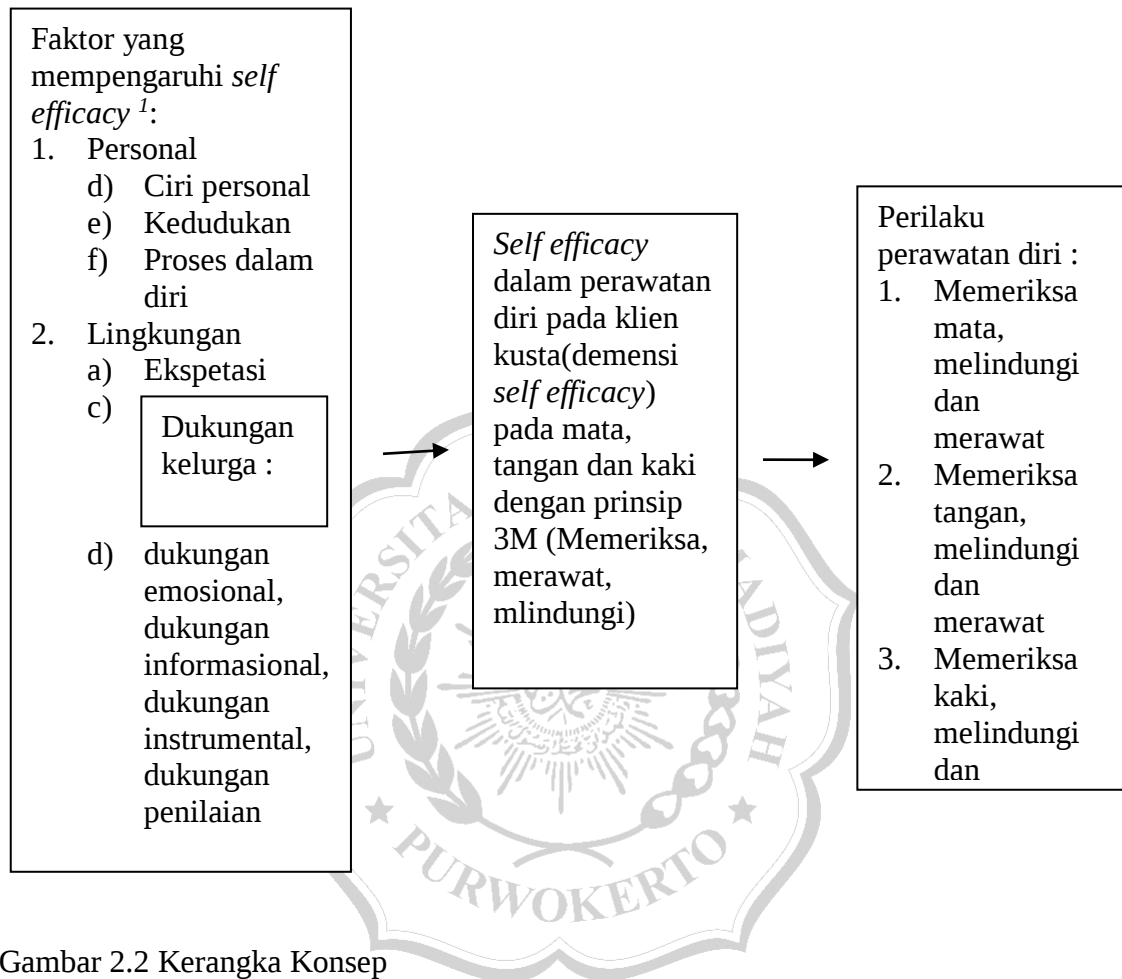


(Friedman, 2010; Sarafino, 2011; Setiadi, 2008; Kaakinen, 2010), (Peterson 2013), (Bandura,

1998), (Elizabethh, 2002), (Brown dan Burns 2005 CDC 2013; Kemenkes RI 2012)

Gambar 2.1 Kerangka Teori

H. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep