

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DENGAN INOVASI PERAWATAN LUKA NaCL 0,9 % TERHADAP PENYEMBUHAN LUKA PADA An. AS DENGAN PENYAKIT KUSTA DIKAMPUNG TELAGA KELURAHAN KOYA TIMUR DISTRIK MUARA TAMI

*Karya Ilmiah Akhir Ners Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan
Pendidikan Profesi Ners Pada Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik
Kesehatan Kemenkes Jayapura*



DISUSUN OLEH :

SAMUEL YAROSERAY

NIM: PO.71.20.9.21.049

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Nama : Samuel Yaroseray
Nim : PO.71.20.9.21.049
Judul : Analisis Praktik Klinik Keperawatan Dengan Inovasi Perawatan Luka NaCl 0,9 % Terhadap Penyembuhan Luka Pada An. As Dengan Penyakit Kusta Di Kampung Telaga Kelurahan Koya Timur Distrik Muara Tami.

Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan hasil karya saya sendiri, disusun berdasarkan pedoman tata cara penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners Program Studi Profesi Ners, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura. Semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat pernyataan yang tidak benar, saya bersedia dituntut dan menerima segala tindakan atau sanksi sesuai ketentuan hukum dan perundang-undangan yang berlaku.

Jayapura, 08 Agustus 2022

Pembuat Pernyataan

Samuel Yaroseray
NIM: PO.71.20.9.21.049

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS
ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN
PERAWATAN LUKA NaCl 0,9 % PADA AN.AS DENGAN KUSTA
DIKAMPUNG TELAGA KELURAHAN KOYA TIMUR DISTRIK
MUARA TAMI

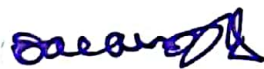
Disusun dan Diajukan oleh:

SAMUEL YAROSERAY
NIM: PO.71.20.9.21.049

Telah disetujui sebagai Karya Ilmiah Akhir Ners dan dinyatakan
Telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing

Bagian Profesi Prodi Pendidikan
Ners



Ishak J.H. Tukayo, S.Kp, M.Sc
NIP. 19640312 198803 1 003

Nasrah, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP. 19691231 199403 0 003

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ners



Blestina Maryorita, S.Kep., Ns., MSN., M.Si
NIP : 196705201986012001

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diajukan oleh:

Nama : Samuel Yaroseray
Nim : PO.71.20.9.21.049
Program Study : Pendidikan Ners
Judul KIAN : Analisis Praktik Klinik Keperawatan Dengan Inovasi
Perawatan Luka NaCl 0,9 % Terhadap Penyembuhan
Luka Pada An. As Dengan Penyakit Kusta Di Kampung
Telaga Kelurahan Koya Timur Distrik Muara Tami.

Telah Berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian memperoleh gelar Ners Pada Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura

Penguji 1 : Dr. Isak J.H. Tukayo, S.Kp., M.Sc

(.....)

Penguji 2 : Kismiyati, S.Kp.,Ns.,M.Kes

(.....)

Jayapura, 08 Agustus 2022

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners



Blestina Maryorita, S.Kep., Ns., MSN., M.Si
NIP. 196705201986012001

HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO

Skripsi ini adalah bagian dari pengabdian kepada Tuhan, karena kepadaNya kami menyembah dan memohon pertolongan.

Kupersembahkan karya sederhana ini kepada semua orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

“ Kedua Orang Tua Yang Sudah Almarhum (Bapak dan Mama) ”

Istri tercinta Esther Hardiana

Sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terima kasih yang tiada terhingga saya persembahkan karya kecil ini untuk Mama dan Bapa yang telah memberikan kasih dan sayang, dukungan serta cinta kasih yang diberikan yang tak terhingga yang tidak mungkin terbalas dengan selebar kata cinta dan persembahan ini.

Motto:

Bekerja keras dan berbuat baiklah, maka hal luar biasa terjadi...

Keberhasilan adalah sebuah proses. Niatmu adalah awal keberhasilan. Peluh keringatmu adalah penyedapnya. Tetesan air matamu adalah pewarnanya. Doamu dan doa orang-orang disekitarmu adalah bara api yang mematangkannya. Kegagalan di setiap langkahmu adalah pengawetnya. maka dari itu, bersabarlah! Tuhan selalu menyertai orang-orang yang penuh kesabaran dalam proses menuju keberhasilan.

Segala Perkara Dapat Kutanggung di Dalam DIA Yang Memberi Kekuatan Kepadaku (Filipi 4 : 13).

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Dengan Inovasi Perawatan Luka NaCl 0,9 % Terhadap Penyembuhan Luka Pada An. As Dengan Penyakit Kusta Di Kampung Telaga Kelurahan Koya Timur Distrik Muara Tami”

Pada kesempatan ini, penulis hendak menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun materil sehingga Tugas Akhir ini dapat selesai. Ucapan terima kasih ini penulis tujukan kepada:

1. Dr. Arwam Hermanus Markus Zeth, Se., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu sebanyak-banyaknya di Institusi Pendidikan ini.
2. Dr. Nouvy Helda Waroi, S.Kep.,Ns., MPH selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura yang sudah membantu penulis selama menempuh pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura khususnya di Jurusan Keperawatan.
3. Ibu Blestina Maryorita, S.Kep., Ns., MSN., M.Si selaku Ketua Program studi Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura yang telah banyak membantu dan mengarahkan serta memberikan motivasi kepada penulis dalam menyusun skripsi ini tanpa mengenal lelah.
4. Bapak Dr. Isak Jurun Hans Tukayo, S.Kp.,M.Sc ,selaku pembimbing I dengan sabar telah memberikan pengarahan, bimbingan serta motivasi, serta memberikan dorongan penuh kepada penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN).
5. Kepala Puskesmas Koya Barat dan seluruh Petugas yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan praktik Asuhan keperawatan di Kampung Telaga.
6. Seluruh staf dan dosen Jurusan Keperawatan yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan KIAN ini.
7. Teristimewa kepada istri tercinta dan anak – anak tersayang kedua Orang tua serta keluarga besar penulis yang selama ini telah memberi semangat, doa, dukungan serta bantuan dalam segala hal demi menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN).
8. Teman – teman dan rekan kerja yang telah memberikan doa, dorongan dan semangat selama penyusunan KIAN ini.
9. Teman-teman Ners, Angkatan 3 (2019) yang selalu memberikan motivasi selama

penyusunan KIAN ini.

10. Sahabat- sahabatku dan rekan kerja dipuskesmas Twano Entrop yang selalu dan senantiasa memberikan support dan masukan dalam penyelesaian KIAN ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa KIAN ini masih jauh dari kata sempurna, sehingga setiap kritik dan saran penulis terima dengan senang hati bagi kesempurnaan KIAN ini. Semoga KIAN ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Akhir kata, penulis menyadari bahwa KIAN ini masih jauh dari kata sempurna, sehingga setiap kritik dan saran penulis terima dengan senang hati bagi kesempurnaan KIAN ini. Semoga KIAN ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Jayapura, 08 Agustus 2022

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Samuel Yaroseray
Nim : PO 71.20.9.21.049
Pembimbing : Dr. Ishak J.H.Tukayo, S.Kp., M.Sc
Nip : 19640312 198803 1 003
Jurusa/Fakultas : Keperawatan / Poltekkes Kemenkes Jayapura
Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Jayapura Hak Bebas Saya Noneksklusif atas Karya Ilmiah saya dan pembimbing yang berjudul :

“Analisis Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Perawatan Luka Nacl 0,9 % Pada An. As. Dengan Kusta Dikampung Telaga Kelurahan Koya Timur Distrik Muara Tami” Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti / Noneksklusif ini, Poltekkes Kemenkes Jayapura berhak menyampaikan dan mempublikasikan Tugas Akhir saya selama tetap mencantumkan nama kami sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Jayapura

Pada Tanggal : 08 Agustus 2022

Yang Menyatakan

Samuel Yaroseray
Nim. PO 71.20.9.21.049

ABSTRAK

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN DENGAN INOVASI PERAWATAN LUKA NaCL 0,9 % TERHADAP PENYEMBUHAN LUKA PADA An. AS DENGAN PENYAKIT KUSTA DIKAMPUNG TELAGA KELURAHAN KOYA TIMUR DISTRIK MUARA TAMI

Latar Belakang : Kusta adalah penyakit menular yang masih merupakan masalah nasional kesehatan masyarakat, dimana beberapa daerah di Indonesia prevalens rate masih tinggi dan permasalahan yang ditimbulkan sangat kompleks. Kusta merupakan penyakit lama yang masih ada hingga saat ini. 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 An. AS.. dengan Kusta. **Metode :** Jenis Penulisan ini adalah kualitatif, dengan pendekatan studi kasus, sedangkan rancangan penelitiannya adalah rancangan deskriptif Studi kasus asuhan keperawatan pada An. AS. Dengan Kusta di Kampung Telaga Kelurahan Koya Timur Distrik Muara Tami Puskesmas Koya Barat, Kota Jayapura. **Hasil :** Masalah keperawatan didapatkan pada An. AS adalah Nyeri akut, kerusakan integritas kulit, kurang pengetahuan dan resiko penularan., yang dilakukan perawatan di rumah selama 3 hari dengan melakukan teknik relaksasi 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 Koya Barat agar masalah tersebut dapat diatasi.

Kata Kunci : NaCL 0,9%, Kusta, Perawatan Luka

ABSTRACT

ANALYSIS OF NURSING CLINIC PRACTICE WITH NACL WOUND CARE INNOVATION 0.9 % AGAINST WOUND HEALING IN AN. AS WITH LEPROSY IN TELAGA VILLAGE, EAST KOYA VILLAGE, MUARA TAMI DISTRICT

Samuel Yaroseray¹, Isak Juruns Hans Tukayo².

Politeknik kesehatan Kemenkes Jayapura

Background : Leprosy is an infectious disease that is still a national problem of public health, where some regions in indonesia have a high prevalence rate and the problems caused are very complex. Leprosy is an old disease that still exists today. Leprosy (Morbus hansen) is a chronic infectious disease caused by the bacterium Mycobacterium Leprae which first attacks the peripheral nerves, then can attack the skin, mucous membranes, upper respiratory tract, eyes, and other body tissues except the central nervous system. The purpose of studying nursing care with the approach of the nursing process in An. S.F. with Leprosy. **Method:** This type of writing is qualitative, with a case study approach, while the research design is a descriptive design Case study of nursing care in An. S.F. With Leprosy in Telaga Village, East Koya Village, Muara Tami District, West Koya Health Center, Jayapura City.

Keywords : Nursing Care, Leprosy.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vii
HALAMAN PERNYATAAN PUBLIKASI	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	1
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	3
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Konsep Medis Kusta	8
B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan	14
C. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kusta	30
D. Kerangka Konsep	31
BAB III. TINJAUAN KASUS	31
A. Pengkajian	34
B. Klasifikasi Data	34
C. Analisa Data	35
D. Diagnosa Keperawatan	37
E. Intervensi	48
F. Implementasi & Evaluasi	55
G. Catatan Perkembangan	59
BAB IV. ANALISIS SITUASI MASALAH	59
A. Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep Terkait Dan Konsep Kasus Terkait	60
B. Analisis Masalah Keperawatan dengan penerapan EBN	61
C. Alternatif pemecahan masalah yang dapat dilakukan	62
BAB V. PENUTUP	62
A. Kesimpulan	62
B. Saran	62

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar Kegiatan Perawatan Luka Kusta

75

DAFTAR LAMPIRAN

SPO Perawatan Luka Menggunakan NaCL 0,9 %

Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

Materi SAP Kusta

Lembar Bimbingan Mahasiswa

Foto Kegiatan Perawatan Luka

Lieflet Kusta

BAB I

PENDAHULUAN

A. 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 Papua termasuk salah satu propinsi yang memiliki angka penyebaran penyakit kusta masih cukup tinggi yaitu pada tahun 2017 dengan jumlah kasus baru yang ditemukan yaitu penderita kasus 1.022 jiwa tersebar di beberapa daerah Kabupaten dan Kota (Dirjen P2P Kemenkes RI, 2018). Prevalensi Kusta di Kota Jayapura tercatat 217 kasus positif kusta selama tahun 2017. 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 kesehatan dasar 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 profesi Ners pada Prodi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jayapura, dengan judul “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Perawatan Luka NaCl 0,9 % Pada An. As. Dengan Kusta Dikampung Telaga Kelurahan Koya Timur Distrik Muara Tami”

B. Rumusan Masalah

Karya ilmiah akhir ners ini dapat dirumuskan suatu masalah sebagai berikut:”
Apakah Aplikasi Penerapan Perawatan Luka Menggunakan NaCL 0,9 % pada pasien kusta An. AS di Kampung Telaga Koya Timur Distrik Muara Tami dapat berhasil atau k tidak?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi Analisis Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Perawatan Luka Nacl 0,9 % Pada An. As. Dengan Kusta Dikampung Telaga Kelurahan Koya Timur Distrik Muara Tami.

2. Tujuan Khusus

- a. Memahami asuhan keperawatan Pada An. AS dengan Kusta meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi Keperawatan, implementasi Keperawatan serta evaluasi keperawatan.
- b. Mampu mengimplementasikan tindakan perawatan luka Menggunakan Cairan NaCL 0,9 % Pada Pasien Kusta.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Keilmuan

Dapat dijadikan hasil Karya Tulis Ilmiah ini untuk membuktikan teori tentang “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Perawatan Luka Nacl 0,9 % sebagai pengembangan ilmu keperawatan khususnya pada pasien dengan kusta.

2. Manfaat aplikatif

a) Penulis

Menambah wawasan dalam memberikan Penerapan Perawatan Luka dengan menggunakan Cairan NaCl 0,9 % pada pasien dengan penyakit kusta

b) Puskesmas

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperoleh dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat khususnya untuk melakukan Penerapan Perawatan Luka menggunakan Cairan NaCL 0,9 % pada pasien dengan penyakit kusta.

c) Masyarakat / Pasien.

Agar masyarakat / pasien mendapat asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Kusta

1. Pengertian

Penyakit kusta adalah penyakit menular, menahun (lama) yang disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium leprae*). Penyakit tersebut menyerang kulit, saraf tepi dan dapat menyerang jaringan tubuh lainnya kecuali otak. Kusta bukan penyakit keturunan, dan bukan disebabkan oleh kutukan, guna-guna, dosa atau makanan. 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 respiratorius bagian atas, kemudian dapat ke organ lain kecuali susunan saraf pusat (Djuanda Adhi, 2010)

2. Etiologi

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.

3. Manifestasi klinis

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

4. Patofisiologi

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

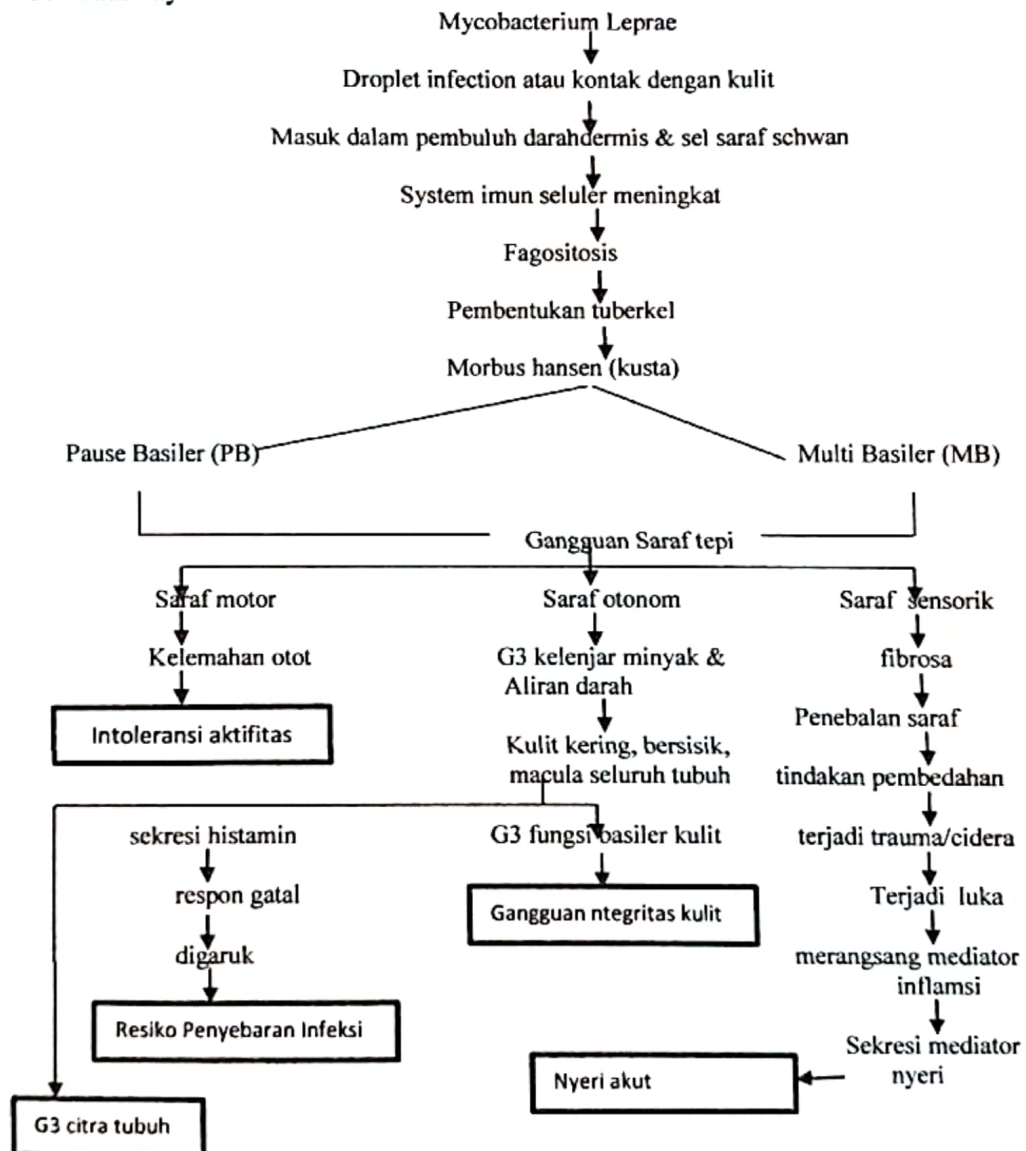
- a. Kelainan atau lesi kulit yang mati rasa
 - b. Penebalan saraf tepi sertai gangguan saraf (mati rasa, kelemahan, kelumpuhan otot, kulit kering dan retak-retak)
 - c. Ditemukannya mycobacterium leprae pada pemeriksaan hapusan kulit
- Gejala lain menurut Djuanda Adhi (2010):

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

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

5. Pathway



6. Penatalaksanaan

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).

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan

1. Pengertian

a) Penggunaan Cairan Normal Salin (NaCl 0,9%) sebagai perawatan Luka Kusta.

Natrium klorida atau normal saline 0,9% adalah larutan fisiologis yang ada diseluruh tubuh, karena alasan ini tidak ada reaksi hipersensitivitas dari natrium klorida. Normal saline aman digunakan untuk kondisi apapun (Kristianingrum, 2013).

NaCl atau yang kita kenal dengan natrium klorida, memiliki nama lain *Sodium Chloride*. Tersedia dalam bentuk infus steril, NaCl digunakan untuk mengganti cairan tubuh yang hilang karena beberapa sebab. Misalnya, dehidrasi dan untuk menjaga keseimbangan kadar air dalam tubuh. Obat NaCl juga membantu mengatur fungsi dan kerja otot jantung, merangsang kerja saraf, serta mendukung metabolisme tubuh. NaCl termasuk dalam obat keras. Penggunaan infus NaCl juga perlu bantuan dari tenaga medis profesional. Tidak disarankan

menggunakannya sendiri di rumah. Jika Anda ingin menggunakan cairan infus NaCl untuk membersihkan luka, perhatikan kadarnya dulu. NaCl yang cocok untuk membersihkan luka berkadar 0,9 persen karena mirip dengan cairan tubuh.

NaCl 0,9% merupakan cairan isotonis yang bersifat fisiologis, non toksik dan tidak menimbulkan hipersensitivitas sehingga aman digunakan untuk tubuh dalam kondisi apapun. NaCl 0,9% merupakan larutan isotonis aman untuk tubuh, tidak iritan, melindungi granulasi jaringan dari kondisi kering, menjaga kelembaban sekitar luka dan membantu luka menjalani proses penyembuhan.

Menurut Bashir dan Afzal (2010) bahwa pemberian kompres NaCl 0,9% pada luka dapat menurunkan gejala edema karena cairan normal salin dapat menarik cairan dari luka melalui proses osmosis. Selain itu NaCl 0,9% memiliki respon anti inflamasi sehingga dapat menurunkan gejala nyeri dan eritema yang timbul pada luka, serta meningkatkan aliran darah menuju area luka, sehingga mempercepat proses penyembuhan luka. Perawatan luka yang dilakukan oleh perawat di rumah sakit ataupun Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) salah satunya dengan NaCl 0,9%. Normal salin atau NaCl 0,9% merupakan larutan isotonis aman untuk tubuh, tidak iritan, melindungi granulasi jaringan dari kondisi kering, menjaga kelembaban sekitar luka dan membantu luka menjalani proses penyembuhan. Perawat menggunakan cairan normal salin untuk mempertahankan permukaan luka agar tetap lembab sehingga dapat meningkatkan perkembangan dan migrasi jaringan epitel. Membersihkan luka secara hati-hati dengan normal saline dengan memasang balutan yang dibasahi normal salin (basah-basah, lembab-basah) merupakan cara yang sering digunakan untuk menyembuhkan luka dan melakukan debridement luka basahkering (Wahyuni, 2014). Penelitian yang dilakukan Rostini dkk (2013) menunjukkan bahwa ada pengaruh perawatan luka dengan NaCl 0,9% terhadap lama hari rawat pasien vulnus laceratum. Pasien yang dirawat luka dengan NaCl 0,9%

memiliki waktu hari rawat yang lebih cepat.

Pembersihan luka secara klasik menggunakan antiseptik seperti hydrogen peroxide, povidone iodine, aeti acid dan chlorohexadine dapat mengganggu proses penyembuhan dari tubuh karena kandungan antiseptic tersebut tidal hanya membunuh kuman, tapi juga membunuh leukosit yang dapat membunuh bakteri pathogen dan jaringan fibrolast yang membentuk jaringan kulit baru. Cara yang terbaik untuk membersihkan luka adalah dengan menggunakan cairan saline ddan untuk luka yang sangat kotor dapat digunakan water-presure (Kristiyaningrum, 2013).

1. Tujuan Perawatan Luka Menggunakan NaCl 0,9%

Tujuan perawatan luka menurut Hidayat (2014):

- a) Mencegah terjadinya infeksi.
- b) Mengurangi nyeri dan mempercepat proses penyembuhan
- c) Memperbaiki integritas kulit dan jaringan

2. Jenis Cairan NaCl 0,9 %

Menurut kristiyaningrum (2013) jenis-jenis NaCl adalah sebagai berikut:

- a) NaCl 0,3%

Kandungan dalam larutan NaCl 3% (513 mEq/L)

- b) NaCl 0,5%

Kandungan dalam larutan NaCl 5% (855 mEq/L)

- c) NaCl 0,9 %

Cairan NaCl 0.9% juga merupakan cairan fisiologis yang efektif untuk perawatan luka karena sesuai dengan kandungan garam tubuh.

3. Manfaat Cairan NaCL.

Normal salin atau NaCl 0,9% merupakan larutan isotinis aman untuk tubuh, tidak iritan, melindungi granulasi jaringan dari kondisi kering, menjaga kelembaban sekitar luka dan membantu luka menjalani proses penyembuhan. Perawat menggunakan airan normal salin untuk mempertahankan permukaan luka agar tetap

lembab sehingga dapat meningkatkan perkembangan dan migrasi jaringan epitel.

b) Konsep Masalah Keperawatan Gangguan Integritas Kulit (SDKI PPNI, 2017)

1. Pengertian Gangguan Integritas Kulit

Gangguan Integritas Kulit adalah kerusakan kulit (dermis atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul atau sendi dan ligamen) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Tanda dan Gejala Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) tanda dan gejalanya sebagai berikut:

- a. Kerusakan jaringan atau lapisan kulit
- b. Nyeri
- c. Perdarahan
- d. Kemerahan
- e. Hematoma

2. Penyebab

Etiologi Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 etiologi Gangguan Integritas Kulit yaitu:

- a. Perubahan sirkulasi
- b. Perubahan status nutrisi
- c. Kekurangan atau kelebihan volume cairan
- d. Penurunan mobilitas
- e. Bahan kimia iritatif
- f. Suhu lingkungan yang ekstrem
- g. Faktor mekanisme
- h. Efek samping terapi radiasi
- i. Kelembaban
- j. Proses penuaan
- k. Neoropati perifer
- l. Perubahan pigmentasi
- m. Perubahan hormonal

- n. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan integritas jaringan

3. Gejala dan Tanda Mayor / Minor

Tanda dan Gejala yang terdapat pada pasien kusta (Maharani, 2015) antara lain:

a) Tanda-tanda penderita kusta

1. Tanda-tanda pada kulit

- a) Kelainan pada kulit berupa bercak kemerahan, keputihan atau benjolan
- b) Kulit mengkilap
- c) Bercak yang tidak gatal
- d) Adanya bagian tubuh yang tidak berkerengat dan tidak berambut
- e) Lepuh tapi tidak nyeri

2. Tanda-tanda pada syaraf

- a) Rasa kesemutan, tertusuk-tusuk dan nyeri pada anggota badan atau muka
- b) Gangguan gerak pada anggota badan atau bagian muka
- c) Adanya kecatatan (deformitas) pada bagian tubuh
- d) Terdapat luka tapi tidak sakit

b) Gejala penderita kusta

- 1. Panas dari derajat yang rendah sampai dengan menggigil
- 2. Anoreksia
- 3. Nausea, kadang-kadang disertai vomitus
- 4. Cephalgia
- 5. Kadang-kadang disertai Iritasi, Orchitis dan Pleuritis
- 6. Kadang-kadang disertai Nephrosia, Nepritis dan Hepatosplenomegali
- 7. Neuritis

c) Tanda dan Gejala Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) tanda dan gejalanya sebagai berikut:

- 1. Kerusakan jaringan atau lapisan kulit

2. Nyeri
 3. Perdarahan
 4. Kemerahan
 5. Hematoma
4. Kondisi Klinis Terkait

Menurut (Kemenkes, 2019) ialah :

- a. Cara Keluar dari Pejamu (Host) Kuman *Mycobacterium leprae* banyak ditemukan di mukosa hidung manusia. Pada Penderita Kusta tipe lepromatosa telah terbukti bahwa saluran napas bagian atas merupakan sumber kuman.
- b. Cara masuk ke dalam pejamu Menurut teori, cara masuknya kuman *Mycobacterium leprae* ke dalam tubuh adalah melalui saluran pernapasan bagian atas dan melalui kontak kulit yang lama.
- c. Pejamu Manusia merupakan satu-satunya pejamu bagi kuman *Mycobacterium leprae*. Faktor kekebalan tubuh berperan pada terjangkitnya Kusta, sehingga pada kondisi manusia dengan kekebalan tubuh yang rendah akan mudah terinfeksi. Kekebalan tubuh yang rendah antara lain dapat dipengaruhi oleh faktor fisiologis seperti pubertas, menopause, kehamilan, serta faktor infeksi dan malnutrisi. Sebagian besar (95%) manusia kebal terhadap Kusta, hanya sebagian kecil yang dapat ditulari (5%). Dari 5% yang tertular tersebut, sekitar 70% dapat sembuh sendiri dan hanya 30% yang menjadi sakit, contohnya yaitu dari 100 orang yang terpapar, 95 orang tidak menjadi sakit (kebal), 3 orang sembuh sendiri tanpa obat, 2 orang menjadi sakit dan hal ini dikaitkan dengan memperhitungkan pengaruh pengobatan. Seseorang dalam lingkungan tertentu akan termasuk dalam salah satu dari tiga kelompok berikut ini, yaitu:
 - 1) Pejamu yang mempunyai kekebalan tubuh sempurna merupakan kelompok terbesar yang telah atau akan menjadi resisten terhadap kuman *Mycobacterium leprae*.
 - 2) Pejamu yang mempunyai kekebalan tubuh tinggi terhadap kuman *Mycobacterium leprae*, jika menderita Kusta biasanya merupakan

tipe Pausibasiler (PB). Pausibasiler adalah tipe Kusta yang mempunyai sedikit kuman *Mycobacterium leprae*.

- 3) Pejamu yang mempunyai kekebalan tubuh rendah terhadap kuman *Mycobacterium leprae*, jika menderita Kusta biasanya merupakan tipe Multibasiler (MB). Multibasiler adalah tipe Kusta yang mempunyai banyak kuman *Myobacterium leprae*.
- 4) Kondisi klinis terkait menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 meliputi:
 - 1) Imobilisasi
 - 2) Gagal jantung kongestif
 - 3) Gagal ginjal
 - 4) Diabetes melitus
 - 5) Imonodefisiensi

C. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kusta

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.

1. Fokus Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang sistematis dimulai dengan 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. Pengkajian atau assement pada

pasien meliputi:

a. 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.

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat 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

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

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

3) 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.

4) 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

5) Genogram

Untuk mengetahui gambaran penularan penyakit kusta dari keluarga atau faktor lain

6) Pola Aktivitas Sehari-hari

Aktivitas 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

c. Pemeriksaan Fisik

Diawali 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.

1) 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 pada basiler jika ada bercak pada alis mata maka alisma akan rontok

2) 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. Diagnosa Keperawatan (Berdasarkan diagnosa Keperawatan (SDKI) yang muncul pada pathway)

- Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek) (D.0129).
- Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi) (D.0077)
- Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan dan kehilangan fungsi tubuh
- Kurang Pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi
- Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung

3. Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI PPNi, 2017)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI PPNi, 2017)	Intervensi (SIKI PPNi, 2017)	Rasional
1	Gangguan Integritas Kulit (D.0129). Definisi: Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament. Penyebab : 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3. Kelebihan/kekurangan volume cairan 4. Penurunan mobilitas	Penyembuhan Luka (L.14130) Ekspektasi : Meningkatkan Kriteria Hasil : a. Penyatuan kulit meningkat b. Penyatuan tepi luka meningkat c. Jaringan granulasi meningkat d. Pembentukan jaringan parut meningkat e. Edema pada sisi luka menurun f. Peradangan luka menurun g. Nyeri menurun	Perawatan Luka (L.14564) Tindakan : Observasi a. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) b. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan b. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan c. Bersihkan jaringan nekrotik d. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu e. Pasang balutan sesuai jenis luka f. Pertahankan teknik steril saat	Observasi a. Untuk mengetahui kondisi luka b. Untuk mengetahui luka terinfeksi atau tidak Terapeutik a. Agar pasien merasa nyaman b. Untuk mencegah infeksi c. Mempercepat kesembuhan luka d. Mempercepat kesembuhan luka e. Mencegah infeksi f. Untuk mencegah kontaminasi

5. Bahan kimia iritatif	h. Drainase purulen	melakukan perawatan luka	mikroorganisme
6. Suhu lingkungan yang ekstrem	menurun	g. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	g. Mencegah infeksi
7. Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)	i. Drainase serosa menurun j. Drainase sanguinis menurun	h. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien	h. Mencegah luka tambah parah
8. Efek samping terapi radiasi	k. Drainase serosanguinis menurun	i. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dengan protein 1,25-1,5g/kgBB/hari	i. Mempercepat kesembuhan luka
9. Kelembaban	l. Eriema pada kulit sekitar menurun	j. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi	j. Mempercepat kesembuhan luka
10. Proses penuaan	m. Peningkatan suhu kulit menurun	k. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneous), jika perlu.	k. Untuk menghilangkan nyeri
11. Neuropati perifer	n. Bau tidak sedap pada luka menurun	Edukasi	Edukasi
12. Perubahan pigmentasi	o. Nekrosis menurun	a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	a. Menambah informasi terkait penyakit yang diderita
13. Perubahan hormonal	p. Infeksi menurun	b. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	b. Untuk mempercepat kesembuhan luka
14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan		c. Anjurkan prosedur perawatan luka	c. Agar keluarga dan pasien mampu secara mandiri melakukan perawatan
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia)			
Objektif			
Kerusakan jaringan dan/atau			

lapisan kulit Gejala dan Tanda Minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma		secara mandiri Kolaborasi a. Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu. b. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.	luka Kolaborasi a. Membantu mempercepat penyembuhan luka b. Mencegah infeksi
2 Nyeri Akut (D.0077) Kategori: Psikologis Subkategori: Nyeri dan Kenyamanan. Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan Penyebab :	Tingkat Nyeri (L.08066) Ekspektasi : Menurun Kriteria Hasil : a. Kemampuan menuntutkan aktivitas meningkat b. Keluhan nyeri menurun c. Meringis menurun d. Sikap protektif menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Tindakan : Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan	Observasi a. Untuk mengetahui tindakan apa yang selanjutnya akan dilakukan b. Untuk mengetahui tingkat nyeri c. Untuk mengetahui tingkat nyeri d. Untuk mencegah nyeri e. Untuk mengetahui

1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemik, neoplasma)	e. Gelisah menurun	nyeri	pemahaman pasien terhadap nyeri
2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)	f. Kesulitan tidur	e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	f. Untuk mengetahui tindakan selanjutnya
3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)	g. Menarik diri menurun	f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	g. Untuk mengetahui kondisi pasien terhadap nyeri
Gejala dan Tanda Mayor	h. Berfokus pada diri sendiri menurun	g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	h. Untuk mengetahui terapi yang diberikan berhasil atau tidak
Subjektif:	i. Diaforesis menurun	h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	i. Untuk mencegah bertambahnya masalah keperawatan
1. Mengeluh nyeri	j. Perasaan depresi (tertekan) menurun	i. Monitor efek samping penggunaan analgetik	
Objektif:	k. Perasaan mengalami ketakutan		
1. Tampak meringis	l. Anoreksia menurun	Terapeutik	
2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)	m. Perineum terasa tertekan menurun	a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres	Terapeutik
3. Gelisah	n. Uterus teraba membulat menurun		a. Untuk mengurangi nyeri
4. Frekuensi nadi meningkat	o. Ketegangan otot menurun		b. Untuk meringankan nyeri
			c. Untuk meringankan nyeri
			d. Untuk mengetahui terapi

5. Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif : 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 2. 4. Proses berpikir terganggu	p. Pupil dilatasi menurun q. Muntah menurun r. Mual menurun s. Frekuensi nadi membaik t. Pola napas membaik u. Tekanan darah membaik v. Proses berpikir membaik w. Fokus membaik x. Fungsi berkemih membaik y. Perilaku membaik z. Nafsu makan membaik	hangat/dingin, terapi bermain) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur d. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	yang cocok untuk meringankan nyeri Edukasi a. Agar pasien dan keluarga mengerti kapan nyeri muncul b. Agar pasien dan keluarga secara mandiri dapat meringankan nyeri yang dirasakan c. Untuk mengetahui hal apa yang bisa menyebabkan nyeri bertambah d. Untuk mengurangi nyeri e. Untuk meringankan nyeri Kolaborasi Untuk menghilangkan nyeri
--	--	---	---

			Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
3	Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan perubahan struktur atau bentuk tubuh Definisi : Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu. Etiologi : 1. Perubahan struktur atau bentuk tubuh 2. Perubahan fungsi tubuh Gangguan psikososial Gejala dan tanda mayor : Subjektif Mengungkapkan kehilangan bagian tubuh. Objektif : 1. Kehilangan bagian tubuh.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan dapat teratasi. Kriteria Hasil : 1. Melihat bagian tubuh meningkat 2. Menyentuh bagian tubuh meningkat 3. Verbalisasi bagian tubuh meningkat 4. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun Verbalisasi	Promosi Citra Tubuh Definisi : Meningkatkan perbaikan perubahan persepsi terhadap fisik pasien Tindakan Observasi : 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 3. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 4. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah Terapeutik : 1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya	Observasi: 1. Untuk meningkatkan rasa percaya diri pasien 2. Mengetahui perubahan tubuh yang terjadi yang mengakibatkan klien tidak berinteraksi sosial 3. Mengetahui tentang kemungkinan pada dirinya 4. Mengungkapkan perasaan sesuai bagian tubuh yang luka atau cacat. Terapeutik: 1. mengetahui gangguan pada anggota tubuhnya

2. Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang. Gejala dan tanda minor : Subjektif : 1. Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh 2. Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh 3. Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang 4. Mengungkapkan perubahan gaya hidup Objektif : 1. Menyembunyi an/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan 2. Menghindari melihat	5. kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun 6. Menyembunyi bagian tubuh berlebih	2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3. Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis. luka, penyakit, pembekuan) 4. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh Edukasi : 1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 3. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis. Kelompok sebaya) 4. Latih peningkatkan penampilan diri (mis. Berdandan)	2. mengetahui tentang harga diri yang rendah akibat cacat 3. mengetahui luka kusta yang diderita oleh klien 4. mengetahui support system dari keluarga. Edukasi: 1. Supaya memberikan dukungan positif pada pasien 2. Mengetahui kekurangan pada klien 3. Bergabung dengan kelompok sesuai dengan penyakitnya 4. Meningkatkan percaya diri pasien 5. Meningkatkan rasa
---	---	---	--

dan/mententuh bagian tubuh 3. Fokus berlebihan pada perubahan tubuh 4. Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh 5. Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu 6. Hubungan sosial berubah		5. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok	percaya diri dan terhadap orang lain
4 Defisit Pengetahuan (D.0111) Kategori : Perilaku Subkategori : Penyuluhan dan Pembelajaran Definisi : Ketidadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Penyebab : 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kekeliruan mengikuti anjuran 4. Kurang terpapar informasi 5. Kurang minat dalam belajar 6. Kurang mampu meningkat	Tingkat Pengetahuan (L.12111) Ekspektasi : Meningkatkan Kriteria Hasil : a. Perilaku sesuai anjuran meningkat b. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat c. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang	Edukasi Kesehatan (L.12383) Tindakan : Observasi a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik	Edukasi Kesehatan (L.12383) Tindakan : Observasi a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik

7. Ketidaktahuan sumber informasi	menemukan	suatu topik meningkat	d.	a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	a.	a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
		d. Kemampuan menggambarkan pengalaman yang sebelumnya sesuai dengan topik meningkat e. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun f. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun g. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun h. Perilaku membaik				

5	Resiko Penularan Infeksi (D.0142) Kategori : Lingkungan Sub-kategori : Keamanan dan Proteksi Definisi: Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor Risiko : 1. Penyakit kronis (mis. diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : a. Gangguan peristaltik b. Kerusakan integritas kulit	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI PPNL, 2017) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan resiko infeksi dapat berkurang. Dengan kriteria hasil sebagai berikut : 1. Mengenal tanda dan gejala yang mengindikasikan risiko dalam penyebaran infeksi 2. Mengetahui cara mengurangi penularan infeksi 3. Mengetahui aktivitas yang dapat meningkatkan infeksi	Pencegahan Infeksi (I.14539) Tindakan : Observasi a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik a. Batasi jumlah pengunjung b. Berikan perawatan kulit pada area edema c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Ajarkan cara memeriksa kondisi	Pencegahan Infeksi (I.14539) Tindakan : Observasi a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik a. Batasi jumlah pengunjung b. Berikan perawatan kulit pada area edema c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci
---	---	--	--	---

c. Perubahan sekresi pH		luka atau luka operasi d. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi e. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	tangan dengan benar c. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi d. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi e. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
-------------------------	--	---	--

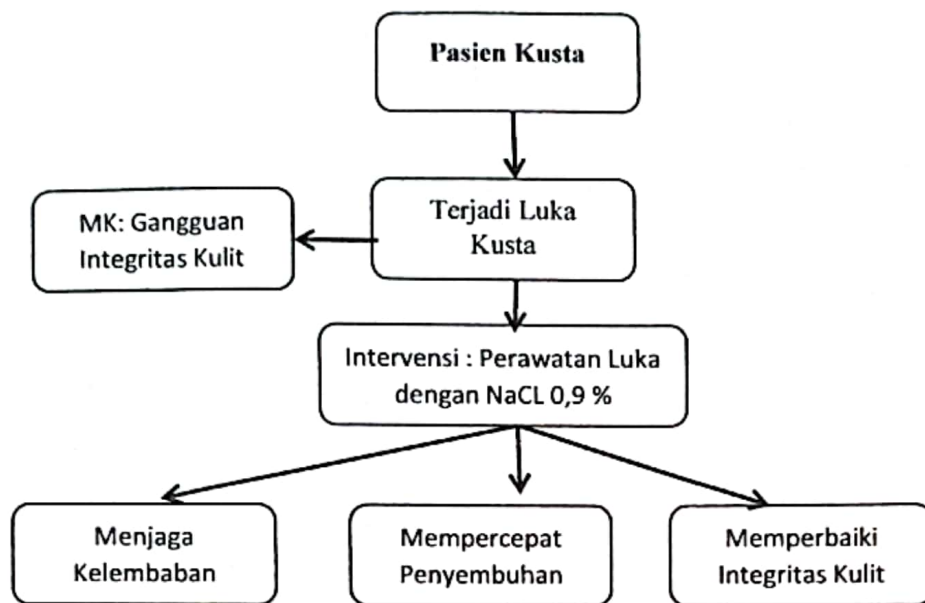
4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah rencana tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan dari kriteria hasil yang dibuat. Tahap pelaksanaan dilakukan setelah rencana tindakan di susun dan di tunjukkan kepada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan dan kriteria hasil yang dibuat sesuai dengan masalah yang klien hadapi. Tahap pelaksanaan terdiri atas tindakan mandiri dan kolaborasi yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Agar kondisi klien cepat membaik diharapkan bekerja sama dengan keluarga klien dalam melakukan pelaksanaan agar tercapainya tujuan dan kriteria hasil yang sudah di buat dalam intervensi (Nursalam, 2009)

5. Evaluasi Keperawatan (Mengacu pada SDKI PPNI, 2017)

Evaluasi keperawatan berdasarkan (Kozier & Erb, 2010) adalah fase kelima dan terakhir dalam suatu proses keperawatan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan sebuah hasil evaluasi yang terdiri dari evaluasi formatif, yaitu dapat menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Evaluasi sumatif dapat dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan suatu informasi efektifitas dan pengambilan keputusan. Proses evaluasi dalam asuhan keperawatan di dokumentasikan dalam SOAP (subjektif, objektif, assesment, planning) (Achar, 2010). Suatu evaluasi yang telah diharapkan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh pasien dan telah dibuat pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil evaluasi yang telah diarpakan dapat tercapai.

D. Kerangka Konsep



BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Nama Pasien : An. As
Umur : 7 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Pendidikan : SD
Alamat : Kampung Telaga Koya Timur
Tanggal Pengkajian : 22 Februari 2022
Diagnosa Medis : Kusta

2. Identitas Penanggung Jawab Pasien

Nama : Tn. YK
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Swasta
Hubungan : Ayah Kandung

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama :

Nyeri dan gatal-gatal

b. Riwayat Kesehatan sebelum sakit:

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

c. Riwayat penyakit sekarang:

Pasien mengatakan penyakit ini mulai dirasakan sejak tahun 2018, dan sudah pernah minum obat namun hanya sebulan dan tidak minum lagi, dan mulai kambuh sejak bulan Juni 2019 kemarin. Keluhan sekarang pasien mengatakan sakit pada kedua telapak kaki serta seluruh persendian 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 5 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 menggunakan alat-alat mandi, makan dan minum secara bersamaan.

d. Riwayat Penyakit 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 3 orang, yang tinggal satu rumah lima orang. Pasien mengatakan dalam keluarga tidak pernah yang mengalami sakit seperti ini.

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis (GCS:E4M6V5)
- c. Tanda – Tanda Vital : TD = 128/90 mmHg, N; 90x/m, RR; 20x/m, suhu tubuh 36,5°C
- d. Antropometri : TB : 40 kg, TB: 153 cm, IMT : 17,09
- e. Pemeriksaan head to toe

No	Jenis Pemeriksaan	Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi
1	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
2	Sistem Kardiovaskuler	Inspeksi: bentuk dada simetris, kuku normal, capillary refill time (CRT) normal (< 3 detik), tidak

		ada edema pada tangan, kaki, sendi , <i>apical pulse</i> teraba, vena jugularis teraba, palpasi tidak dilakukan, auskultasi BJ I: normal (lub), BJ II: normal (dup), tidak ada murmur (suara jantung tambahan).
3	Sistem Respirasi:	Inspeksi: tidak adanya batuk, pergerakan dada simetris. Auskultasi: suara napas normal (vesicular).
4	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 kembung.
5	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.
6	Sistem Musculoskeletal	Ada nyeri pada persendian tangan dan kaki, tidak ada kelainan ekstremitas, Skala kekuatan otot 5 + 5
7	Sistem Integument:	Adanya gatal-gatal, elastisitas turgor kulit tidak ada karena (kaku/mengeras), warna sawo kemerahan, kulit kering, kuku pendek dan bersih.
8	Sistem Perkemihan	Pasien mengatakan buang air kecil 4-5 kali sehari.
9	Sistem Endokrin:	tidak ada pembesaran.

5. Pemeriksaan Penunjang

Tidak ada pemeriksaan laboratorium dan lainnya

6. Terapi Obat

- MDT MB 1 x 2 tablet
- Amoksilin 3 x 500 mg / oral.

B. Klasifikasi Data

Data Subyektif	Data Obyektif
1. Pasien mengatakan sakit pada kedua telapak kaki yang ada luka serta persendian siku tangan dan lutut.	1. Tampak wajah pasien meringis kesakitan
2. Pasien mengatakan badan kemerahan dan panas.	2. Teraba seluruh kulit mengeras dan bercak-bercak kemerahan, adanya tanda-tanda bekas garukan pada telapak kaki ada luka dengan ukuran luas, P: 15-20 cm, L: 5-10 cm
3. Pasien mengatakan belum mengetahui tentang apa itu penyakit kusta dan penyebabnya	3. Tampak pasien bingung saat ditanya tentang apa itu kusta dan keluhan apa yang dirasakan
4. Pasien mengatakan yang tinggal di dalam rumah ada 5 orang, sering menggunakan barang-barang didalam rumah secara bersamaan.	4. Tampak pasien dan keluarganya menggunakan alat-alat mandi, makan dan minum secara bersamaan.

C. Analisa Data

Data Fokus	Penyebab	Masalah
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: 128/90 mmHg, N: 90 kali/menit,	Agens cedera biologis (infeksi)	Nyeri akut

RR: 20 kali/menit dan S: 36,5°C		
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.	Faktor mekanik (daya gesek)	Kerusakan integritas kulit
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.	Kurang informasi	Kurang Pengetahuan.
DS: Pasien mengatakan yang tinggal di dalam rumah ada 5 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.	Kontak secara langsung	Risiko (Penyebaran) Infeksi

D. Diagnosa Keperawatan

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. Kurang Pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi
4. Resiko Penularan berhubungan dengan kontak secara langsung

E. Rencana Asuhan Keperawatan

No	Daignosa Keperawatan (SDKI PPNi, 2017)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI PPNi, 2017)	Intervensi (SIKI PPNi, 2017)	Rasional
1	Gangguan Integritas Kulit (D.0129). Definisi: Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament. Penyebab : 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3. Kelebihan/kekurangan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iritatif	Penyembuhan Luka (L.14130) Ekspektasi : Meningkatkan Kriteria Hasil : a. Penyatuan kulit meningkat b. Penyatuan tepi luka meningkat c. Jaringan granulasi meningkat d. Pembentukan jaringan parut meningkat e. Edema pada sisi luka menurun f. Peradangan luka	Perawatan Luka (L.14564) Tindakan : Observasi a. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) b. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan b. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan c. Bersihkan jaringan nekrotik d. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu e. Pasang balutan sesuai jenis luka f. Pertahankan teknik steril saat	Observasi a. Untuk mengetahui kondisi luka b. Untuk mengetahui luka terinfeksi atau tidak Terapeutik a. Agar pasien merasa nyaman b. Untuk mencegah infeksi c. Merangsang penyembuhan luka lebih cepat d. Mempercepat kesembuhan luka e. Mempercepat kesembuhan luka f. Mencegah infeksi g. Untuk mencegah

6. Suhu lingkungan yang ekstrem	menurun	melakukan perawatan luka	kontaminasi mikroorganisme
7. Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)	g. Nyeri menurun h. Drainase purulen menurun i. Drainase serosa menurun j. Drainase sanguinis menurun k. Drainase serosanguinis menurun l. Eritema pada kulit sekitar menurun m. Peningkatan suhu kulit menurun n. Bau tidak sedap pada luka menurun o. Nekrosis menurun p. Infeksi menurun	g. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase h. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dengan protein 1,25-1,5g/kgBB/hari i. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi j. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneous), jika perlu.	h. Mencegah luka tambah parah i. Mempercepat kesembuhan luka j. Untuk menghilangkan nyeri
8. Efek samping terapi radiasi			Edukasi
9. Kelembaban			Edukasi
10. Proses penuaan			a. Menambah informasi terkait penyakit yang diderita
11. Neuropati perifer			b. Untuk mempercepat kesembuhan luka
12. Perubahan pigmentasi			c. Agar keluarga dan pasien mampu secara mandiri melakukan perawatan luka
13. Perubahan hormonal			Kolaborasi
14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan integritas jaringan			a. Membantu mempercepat penyembuhan luka
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia)			b. Mencegah infeksi
Objektif			
Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit		Kolaborasi	

Gejala dan Tanda Minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma		a. Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu. b. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.	
2 Nyeri Akut (D.0077) Kategori: Psikologis Subkategori: Nyeri dan Kenyamanan. Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan Penyebab : 1. Agen pencedera fisiologis (mis.	Tingkat Nyeri (L.08066) Ekspektasi : Menurun Kriteria Hasil : a. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat b. Keluhan nyeri menurun c. Meringis menurun d. Sikap protektif menurun e. Gelisah menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Tindakan : Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan	Observasi a. Untuk mengetahui tindakan apa yang selanjutnya akan dilakukan b. Untuk mengetahui tingkat nyeri c. Untuk mengetahui tingkat nyeri d. Untuk mencegah nyeri e. Untuk mengetahui pemahaman pasien terhadap nyeri

inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1. Mengeluh nyeri Objektif : 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur	f. Kesulitan tidur g. Menarik diri menurun h. Berfokus pada diri sendiri menurun i. Diaforesis menurun j. Perasaan depresi (tekanan) menurun k. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun l. Anoreksia menurun m. Perineum terasa tekanan menurun n. Uterus teraba membulat menurun o. Ketegangan otot menurun p. Pupil dilatasi	keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) b. Kontrol lingkungan yang	f. Untuk mengetahui tindakan selanjutnya g. Untuk mengetahui kondisi pasien terhadap nyeri h. Untuk mengetahui terapi yang diberikan berhasil atau tidak i. Untuk mencegah bertambahnya masalah keperawatan Terapeutik a. Untuk mengurangi nyeri b. Untuk meringankan nyeri c. Untuk meringankan nyeri d. Untuk mengetahui terapi yang cocok untuk meringankan nyeri Edukasi
---	--	---	--

Gejala dan Tanda Minor Subjektif : (tidak tersedia) Objektif : 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu	menurun q. Muntah menurun r. Mual menurun s. Frekuensi nadi membaik t. Pola napas membaik u. Tekanan darah membaik v. Proses berpikir membaik w. Fokus membaik x. Fungsi berkemih membaik y. Perilaku membaik z. Nafsu makan membaik	memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	a. Agar pasien dan keluarga mengerti kapan nyeri muncul b. Agar pasien dan keluarga secara mandiri dapat meringankan nyeri yang dirasakan c. Untuk mengetahui hal apa yang bisa menyebabkan nyeri bertambah d. Untuk mengurangi nyeri e. Untuk meringankan nyeri Kolaborasi Untuk menghilangkan nyeri
---	--	---	--

3	Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan perubahan struktur atau bentuk tubuh Definisi : Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu. Etiologi : 1. Perubahan struktur atau bentuk tubuh 2. Perubahan fungsi tubuh Gangguan psikososial Gejala dan tanda mayor : Subjektif Mengungkapkan/ kehilangan bagian tubuh. Objektif: 1. Kehilangan bagian tubuh. 2. Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang. Gejala dan tanda minor : Subjektif :	Serelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan dapat teratasi. Kriteria Hasil : 1. Melihat bagian tubuh meningkat 2. Menyentuh bagian tubuh meningkat 3. Verbalisasi kehilangan bagian tubuh meningkat 4. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun 5. Verbalisasi kekhawatiran pada	Promosi Citra Tubuh Definisi : Meningkatkan perbaikan perubahan persepsi terhadap fisik pasien Tindakan Observasi : 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 3. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 4. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah Terapeutik : 1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3. Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis.luka,	Observasi: 1. Untuk meningkatkan rasa percaya diri pasien 2. Mengetahui perubahan perubahan tubuh yang terjadi yang mengakibatkan klien tidak berinteraksi sosial 3. Mengetahui tentang kekurangan pada dirinya 4. Mengungkapkan perasaan sesuai bagian tubuh yang luka atau cacat. Terapeutik: 1. mengetahui gangguan pada anggota tubuhnya 2. mengetahui tentang harga diri yang rendah akibat cacat 3. mengetahui luka kusta yang
---	--	---	--	---

1. Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh 2. Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh 3. Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang 4. Mengungkapkan perubahan gaya hidup Objektif : 1. Menyembunyikan/ an/ menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan 2. Menghindari melihat dan/menyentuh bagian tubuh 3. Fokus berlebihan pada perubahan tubuh 4. Respon nonverbal pada	penolakan/reaksi orang lain menurun 6. Menyembunyikan bagian tubuh berlebih	penyakit, pembedahan) 4. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh Edukasi : 1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 3. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis. Kelompok sebaya) 4. Latih peningkatan penampilan diri (mis. Berdandan) 5. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok	diderita oleh klien 4. mengetahui support system dari keluarga. Edukasi: 1. Supaya memberikan dukungan positif pada pasien 2. Mengetahui kekurangan pada klien 3. Bergabung dengan kelompok sesuai dengan penyakitnya 4. Meningkatkan percaya diri pasien 5. Meningkatkan rasa percaya diri dan terhadap orang lain
--	---	--	---

perubahan dan persepsi tubuh 5. Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu 6. Hubungan sosial berubah			
4 Defisit Pengetahuan (D.0111) Kategori : Perilaku Subkategori : Penyuluhan dan Pembelajaran Definisi : Ketidadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Penyebab : 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kekeiruan mengikuti anjuran 4. Kurang terpapar informasi 5. Kurang minat dalam belajar 6. Kurang mampu meningkat 7. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi	Tingkat Pengetahuan (L.12111) Ekspektasi : Meningkatkan Kriteria Hasil : a. Perilaku sesuai anjuran meningkat b. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat c. Kemampuan menjelaskan d. pengetahuan tentang suatu topik meningkat e. Kemampuan	Edukasi Kesehatan (L.12383) Tindakan : Observasi a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan c. Berikan kesempatan untuk	Edukasi Kesehatan (L.12383) Tindakan : Observasi a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai

	menggambarakan pengalaman yang sebelumnya sesuai dengan topik meningkat f. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun g. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun h. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun i. Perilaku membaik	bertanya Edukasi a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

5	Resiko Penularan Infeksi (D.0142) Kategori : Lingkungan Sub-kategori : Keamanan dan Proteksi Definisi: Berisiko mengalami peningkatan teraseng organisme patogenik. Faktor Risiko : 1. Penyakit kronis (mis. diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : a. Gangguan peristaltik d. Kerusakan integritas kulit e. Perubahan sekresi pH	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI PPNI, 2017) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan resiko infeksi dapat berkurang. Dengan kriteria hasil sebagai berikut : 1. Mengenal tanda dan gejala yang mengindikasikan risiko dalam penyebaran infeksi 2. Mengetahui cara mengurangi penularan infeksi 3. Mengetahui aktivitas yang dapat meningkatkan infeksi	Pencegahan Infeksi (I.14539) Tindakan : Observasi Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik a. Batasi jumlah pengunjung b. Berikan perawatan kulit pada area edema c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Ajarkan cara memeriksa kondisi	Pencegahan Infeksi (I.14539) Tindakan : Observasi Untuk Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik a. Batasi jumlah pengunjung b. Berikan perawatan kulit pada area edema c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
---	---	--	--	--

		luka. d. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi e. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka d. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi e. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

F. Implementasi

N0	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1	Gangguan Integritas Kulit (D.0129). Definisi: Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon,tulang,kartilago, kapsul sendi / ligament.	Observasi a. Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) R: luka sudah infeksi dan bau, berwarna hitam. b. Memonitor tanda-tanda infeksi (kalor, dolor, rubor, tumor, fungsi/leosa) terdapat luka di telapak kaki kanan dan kiri serta kedua tangan. R : luka infeksi teraba kulit luka menebal ketika ditekan terasa sakit. Terapeutik a. Menyiapkan peralatan b. Menyiapkan pasien dan keluarga untuk melihat cara perawatan luka. c. Membersihkan luka dengan menggunakan cairan NaCl 0,9%. d. Membersihkan jaringan nekrotik yang rusak e. Memberikan salep oxytetracyclin pada luka f. Menutup luka dengan kasa steril	S: Pasien mengatakan badan masih kemerahan dan panas. O: a. Teraba seluruh kulit mengeras dan bercak-bercak kemerahan. b. Adanya tanda-tanda bekas garukan. A : Masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan di rumah klien

		g. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka R: Luka kusta yang dialami pasien berada di telapak ibu jari kaki kanan dan kiri dan sudah infeksi. Edukasi - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi - Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Menganjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi: Memberikan obat antibiotik sesuai advis dokter - MDT MB 1 x 2 tablet - Amoksisilin 3 x 500 mg / oral.	
2	Nyeri Akut (D.0077) Kategori: Psikologis Subkategori: Nyeri dan Kenyamanan.	Observasi - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R : nyeri pada kedua telapak kaki yang ada luka, luka borok, - Mengidentifikasi skala nyeri R : Skala nyeri 3 - Mengidentifikasi respons nyeri non verbal R : -	S : Pasien mengatakan masih sakit pada telapak ibu jari kaki kanan dan kiri namun tidak seperti semula ketika belum dirawat. O: Tampak wajah pasien meringis kesakitan, skala nyeri 1, tampak

	d. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. R : Tidak memakai alas kaki e. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri R : - Terapeutik a. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) b. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi a. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri b. Menjelaskan strategi meredakan nyeri c. Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri d. Mengajarkan menggunakan analgetik secara tepat. Kolaborasi Melakukan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	pasien sering memegang daerah yang sakit yaitu telapak kaki, TD: 120/80 mmHg, N: 84 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36,5°C. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan di rumah

3	Gangguan Citra Tubuh (D.0083) Kategori : Psikologis Subkategori : Integritas Ego	Observasi : 1. Mengidentifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan R : Klien ingin tubuhnya kembali seperti biasanya 2. Mengidentifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi social R : Pada tangan kanan mengalami kaku dan kedua kaki mengalami luka 3. Memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri R :- 4. Memonitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah R : setiap saat melihat tubuhnya yang berubah Terapeutik : 1. Mendiskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2. Mendiskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3. Mendiskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis.luka, penyakit, pembedahan) 4. Mendiskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh R : Klien dan keluarga mengerti apa yang disampaikan oleh petugas	S: Klien mengatakan mengerti tentang perubahan tubuhnya. O: Klien tampak malu dengan perubahan tubuhnya. A: Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan
---	---	---	---

		Edukasi : 1. Menjelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2. Mengajarkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 3. Mengajarkan mengikuti kelompok pendukung (mis. Kelompok sebaya) 4. Melatih peningkatan penampilan diri (mis. Berdandan) 5. Melatih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok	
4	Defisit Pengetahuan (D.0111) Kategori : Perilaku Subkategori : Penyuluhan dan Pembelajaran	Observasi a. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi R : Klien mengerti b. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. R : - Terapeutik a. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang kusta dan perawatan luka kusta	S: Pasien serta keluarga mengatakan sudah tahu penyebabnya. O: keluarga tampak bisa menjawab saat ditanya kembali materi yang diberikan. A: Masalah teratasi.

		b. Membuat jadwal pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan c. Memberikan kesempatan untuk bertanya Edukasi a. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan b. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat c. Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk d. Meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	P : Intervensi dihentikan
5	Resiko Penularan Infeksi (D.0142)	Observasi a. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi R : - b. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. R : - Terapeutik a. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang kusta dan perawatan luka kusta b. Membuat jadwal pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan c. Memberikan kesempatan untuk bertanya Edukasi a. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	S: Pasien mengatakan di dalam rumah ada 5 orang yang tinggal bersama dan sering menggunakan barang-barang didalam rumah secara bersamaan. O: 1) Tampak pasien sering kontak langsung dengan keluarganya. 2) Tampak pasien dan

		b. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat c. Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk d. Meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	keluarga menggunakan alat-alat mandi secara bersamaan. A: Risiko penularan masih bisa terjadi. P: Intervensi dilanjutkan
--	--	--	---

A. Catatan Perkembangan.

Hari /Tanggal	Diagnosa Kep	Evaluasi (Catatan Perkembangan)	paraf
22 Februari 2022 Jam. 08.00	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek).	S: Pasien mengatakan badan masih kemerahan dan panas. O: c. Teraba seluruh kulit mengeras dan bercak-bercak kemerahan. d. Adanya tanda-tanda bekas garukan. A : Masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan di rumah klien.	Samuel Yaroseray
Jam 08.50,	Nyeri Akut	S : Pasien mengatakan masih sakit pada telapak ibu jari kaki kanan dan kiri. O: Tampak wajah pasien meringis kesakitan, skala nyeri 3, tampak pasien sering memegang daerah yang sakit yaitu siku tangan, TD: 128/90 mmHg, N: 90 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36,5°C. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan di rumah	Samuel Yaroseray
Jam 10.50,	Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi	S: keluarga mengatakan sudah tahu penyebabnya. O: keluarga tampak bisa menjawab saat ditanya kembali materi yang diberikan. A: Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan.	Samuel Yaroseray

Jam 11.45	Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung	S: Pasien mengatakan di dalam rumah ada 5 orang yang tinggal bersama dan sering menggunakan barang-barang didalam rumah secara bersamaan. O: 1. Tampak pasien sering kontak langsung dengan keluarga didalam rumah. 2. Tampak pasien dan keluarga dirumah menggunakan alat-alat mandi secara bersamaan. A: Risiko penularan masih bisa terjadi. P: Intervensi dilanjutkan	Samuel Yaroseray
------------------	--	--	------------------

Hari /Tanggal	Diagnosa Kep	Evaluasi (Catatan Perkembangan)	paraf
23 Februari 2022 Jam. 08.00	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek).	S: Pasien mengatakan badan masih 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.	Samuel Yaroseray
Jam 08.50,	Nyeri Akut	S : Pasien mengatakan masih sakit pada telapak ibu jari kaki kanan dan kiri namun sudah berkurang sakitnya. O: Tampak wajah pasien meringis kesakitan, skala nyeri 1, tampak pasien sering	Samuel Yaroseray

		memegang daerah yang sakit yaitu telapak ibu jari kaki kanan dan kiri, TD: 120/80 mmHg, N: 84 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36,5°C. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan di rumah	
Jam 10.50,	Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung	S: Pasien mengatakan di dalam rumah ada 5 orang yang tinggal bersama dan sering menggunakan barang-barang didalam rumah secara bersamaan. O: 1) Tampak pasien sering kontak langsung dengan keluarga dirumah 2) Tampak pasien dan keluarga menggunakan alat-alat mandi secara bersamaan. A: Risiko penularan masih bisa terjadi. P: Intervensi dilanjutkan.	Samuel Yaroseray

Hari /Tanggal	Diagnosa Kep	Evaluasi (Catatan Perkembangan)	paraf
24 Februari 2022 Jam. 08.00	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek).	S: Pasien mengatakan badan masih kemerahan dan panas. O: a. Teraba seluruh kulit mengeras dan bercak-bercak kemerahan. b. Adanya tanda-tanda bekas garukan. A : Masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan di rumah.	Samuel Yaroseray
Jam 08.50,	Nyeri Akut	S : Pasien mengatakan masih sakit pada	Samuel Yaroseray

		telapak ibu jari kaki kanan dan kiri namun sudah berkurang. O: Tampak wajah pasien meringis kesakitan, skala nyeri 1, tampak pasien sering memegang daerah yang sakit yaitu telapak ibu jari kaki kanan dan kiri, TD: 120/80 mmHg, N: 80 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,5°C. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan di rumah	
Jam 10.50,	Risiko penularan berhubungan dengan kontak secara langsung	S: a. Pasien mengatakan di dalam rumah ada 5 orang yang tinggal bersama dan sering menggunakan barang-barang didalam rumah secara bersamaan. O: a. Tampak pasien sering kontak langsung dengan keluarganya di rumah. b. Tampak pasien dan istri menggunakan alat-alat mandi secara bersamaan. A: Risiko penularan masih bisa terjadi. P: Intervensi dilanjutkan.	Samuel Yaroseray

BAB IV

ANALISA SITUASI MASALAH

A. Analisa Kasus Kelolaan Terkait Dengan Teori.

Pada kasus nyata yang dialami An. AS. 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, PQRS: P: Nyeri saat berjala atau bergerak, Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: Sakit pada persendian tangan dan telapak ibu jari kaki kanan dan kiri, S: Skala nyeri 3, T: Nyeri hampir setiap saat, TTV: TD: 128/90 mmHg, N: 90 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36,5 °C. 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. Menurut Price & Wilson Sodikin (2015) pada pengkajian biasanya ditemukan data subjektif dan obyektif pada pasien kusta antara lain : Kelainan atau lesi kulit yang mati rasa, penebalan saraf tepi sertai 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, napsu makan menurun, mual muntah dan sakit kepala.

Diagnosa Keperawatan yang muncul pada An.AS yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (daya gesek) dan proses inflamasi. 1) Gangguan integritas kulit berhubungan factor mekanik (daya gesek) dan proses inflamasi. 2) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi), 3) Kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi in adekuat, 4). Resiko infeksi.

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) Kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi in adekuat. 4) Risiko penularan (infeksi) berhubungan dengan kontak secara langsung

pada An. AS. dengan diagnosa medis kusta yaitu: 1) melakukan perawatan luka menggunakan NaCl 0,9 % serta menggunakan Antibiotik Oxytetracyclin Salep. Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. 2) Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. 3) Memonitor kulit akan adanya kemerahan. 4) Mengoleskan lotion atau minyak/baby oil pada derah yang tertekan. 5) Memonitor aktivitas dan mobilisasi pasien. 6) Memonitor status nutrisi pasien. 7) Menganjurkan pasien untuk mandi dengan menggunakan sabun dan air hangat.

Evaluasi dari tindakan implementasi ini yaitu Pengetahuan pasien meningkat, namun masih bisa terjadi risiko penularan, sedangkan yang tidak sesuai dengan teori yaitu: Nyeri akut dan Kerusakan integritas kulit yang belum tuntas penanganannya, namun berkurang nyerinya. Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 22-24 Februari 2022, pasien masih merasa sakit pada persendian kedua tangan dan telapak ibu jari kaki kanan dan kiri, masih merasa gatal-gatal pada seluruh badan, kulit masih tampak kemerahan, bersisik dan menebal. Hal ini disebabkan karena obat yang diminum belum tuntas. Keadaan luka pasien semakin membaik setelah dilakukan perawatan luka secara rutin.

B. *Analisa Based Evidence Proctices* (Salah satu Intervensi dengan konsep dan Penelitian Terkait).

Perawatan luka pada pasien dengan berbagai stadium membutuhkan perawatan tersendiri, mulai stadium ringan yang cukup menggunakan alat-alat sederhana sampai stadium berat yang harus menggunakan sarana dan prasarana dan seorang perawat khusus Kusta, perawatan secara langsung terhadap luka pasien menjadi tanggung jawab utama perawat (Riani dan Handayani 2017). Selama ini larutan yang sering digunakan untuk melakukan perawatan luka kusta adalah NaCl 0,9% ataupun larutan antibiotik. Cairan NaCl 0,9% juga merupakan cairan fisiologis yang efektif untuk perawatan luka karena sesuai dengan kandungan garam tubuh (Kristianingrum, 2013). Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya tentang efektifitas penggunaan NaCl 0,9% dibandingkan dengan dextrose 40%.

Adapun hasil penelitian (Lestari dan Kunidah 2015) membahas mengenai perawatan luka menggunakan NaCL 0,9% dan Antibiotik Oxytetracyclin Salep Kulit didapatkan hasil bahwa ada perbedaan antara efektifitas proses penyembuhan luka pada perawatan luka Kusta dengan menggunakan NaCL 0,9%.

Penyembuhan luka merupakan suatu proses yang kompleks karena berbagai kegiatan bio-seluler, bio-kimia terjadi berkesinambungan. Penggabungan respon vaskuler, aktivitas seluler dan terbentuknya bahan kimia sebagai substansi mediator di daerah luka merupakan komponen yang saling terkait pada proses penyembuhan luka (Lestari and Kunidah 2015).

C. Alternatif Pemecahan Masalah

Evidence based nursing untuk melakukan perawatan luka kusta salah satunya menggunakan cairan fisiologis NaCl 0,9%. Tetapi ada alternatif lain menggunakan madu asli. Perawatan luka menggunakan cairan NaCl 0,9% lebih murah dan ekonomis. Penyembuhan luka adalah pergantian sel-sel mati atau rusak dengan sel-sel sehat. Teknik perawatan luka adalah dengan mencuci awal luka menggunakan bahan kimia. Bahan-bahan ini adalah NaCl 0,9%, memberikan efek holistik yang bermanfaat; bertindak sebagai katalis untuk berbagai proses tubuh yang diperlukan dan langsung mengurangi infeksi bakteri anaerob. Natrium klorida (NaCl 0,9%) adalah solusi fisiologis dan tidak akan merugikan jaringan luka. Penelitian ini bertujuan untuk menentukan efektivitas dari bahan tersebut.

Cara yang terbaik untuk membersihkan luka adalah dengan menggunakan cairan saline untuk luka yang sangat kotor dapat digunakan water-presure. Cairan NaCl 0.9% juga merupakan cairan fisiologis yang efektif untuk perawatan luka karena sesuai dengan kandungan garam tubuh (Thomas, 2017).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian pembahasan diatas maka dapat ditarik suatu kesimpulan sebagai berikut:

5. Hasil pengkajian pada An. AS mengatakan nyeri didaerah luka kusta yang ada ditangan dan kedua kakinya. Sakit dipersendian, pasien mengatakan belum mengetahui tentang apa yang terjadi pad kusta dan penyebabnya. Diagnosa keperawatan yang muncul pada An. AS yaitu Gangguan integritas kulit, nyeri akut, kurang pengetahuan dan resiko penyebaran infeksi. Intervensi keperawatan diberikan sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul diantaranya melakukan perawatan luka emnggunakan NaCl 0,9% untuk luka kusta, menjaga kebersihan kulit, anjurkan pasien menggunakan pakaian yang longgar. Evaluasi didapatkan masih merasakan nyeri tetapi berkurang, luka menjadi bersih
6. Penerapan evidence based nursing Perawatan Luka menggunakan NaCl 0,9% efektif untuk luka kusta. Sehingga perlu dikembangakn lagi dengan kombinasi lain.

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Diharapkan evidence based ini dapat dikembangkan oleh peneliti lain dalam peenerapan perawatan luka pasien kusta.

2. Bagi Puskesmas

Perawatan luka menggunakan NaCl 0,9 % menjadikan SPO yang selalu dipakai oleh Puskesmas Koya Barat

3. Bagi Masyarakat

Diharapkan masyarakat mampu merawat keluarga dengan luka kusta menggunakan cairan fisiologis NaCL 0,9% karena murah dan mudah didapatkan di apotik-apotik terdekat.

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin, M.D.(2012). *Penyakit Kusta Sebuah Pendekatan Klinis*. Surabaya : Brililian Internasional.
- Bulechek, M. G., Butcher, K. H., Dochterman, M. J., & Wagner, M. C. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*, Edisi Keenam. Singapore: Elsevier.
- Huda, Nuh, dan Hendro Joko. (2015). "Perbandingan Pencucian Menggunakan Daun Sirih Dengan Larutan NaCl 0,9% Terhadap Proses Penyembuhan Luka Pada Pasien Diabetes Melitus Ganggren di Rsud Soewandhie Surabaya." *Jurnal Ilmiah Keperawatan* 7 (1).
- Kemenkes RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2015. *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta*. Cetakan XVII. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Buku Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta, Tidak Dipublikasikan
- Kemenkes RI. 2018.*Riset Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI 2018
- Kristiyaningrum, dkk. 2013. Efektifitas Penggunaan larutan NaCl Dibandingkan Dengan D40 % Terhadap Proses Penyembuhan Luka Ulkus Dm di RSUD KUDUS. *Jurnal Keperawatan*. 52-58.
- Kosasih, A., I Made, W., Emmy, S.D., Sri, L.M.(2017) Kusta Dalam Juanda, A. Hamzah, M. Aisyah.,S. (ed). *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Edisi Kelima*. Jakarta : FKUI.
- Lestari, Sri, dan Kunidah. (2015). "Efektifitas Antara Perawatan Luka Dengan Menggunakan NaCl 0,9% Dan Betadin Terhadap Proses Penyembuhan Luka Post Operasi."
- Magfirah, Afia, Nurhidayah, dan Mahyudin. (2015). "Pengaruh Perawatan Luka Dengan Menggunakan Sodium Clorida dan Povideniodium terhadap penyembuhan Luka Diabetes Melitus di RSUD Labuang Baji Makassar." *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis* 4 (5).
- Purnomo, S. Eko Ch, Sri Utami Dwiningsih, dan Kurniati Puji Lestari. (2015). "Efektifitas Penyembuhan Luka Menggunakan NaCl 0,9% Dan Hydrogel Pada Ulkus Diabetes Melitus Di RSUD Kota Semarang."

Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah.

- Rasli, Adriani, Suhartatik, dan St Nurbaya. (2018). "Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Dengan Perawatan Luka Diabets Melitus Menggunakan Teknik Moist di RSUD Labuang Baji Makassar." *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis* 12 (4).
- Riani, Ns, dan Fitri Handayani. (2017). "Perbandingan Efektivitas Perawatan Luka Modern "Moist Wound Healing" dan Terapi Komplementer "NaCl 0,9% + Madu Asli" Terhadap Penyembuhan Luka Kaki Diabetik Derajat II di RSUD Bangkinang." *Jurnal Ners Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai* 1 (2).
- Rostini, dkk. 2013. Pengaruh Penggunaan Larutan NaCl 0,9% Terhadap Lama Hari Rawat Pada Pasien Vulnus Laceratum di RSUD H.Andi Sulthan Daeng Radja Kabupaten Bulukumba. *Jurnal Keperawatan*. 1-6.
- SDKI, Tim Pokja DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Cetakan ke-II. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia : Jakarta.
- Wahyuni TP. 2014. Pemberian Luka Dermatitis Atopik Dengan Cairan Normal Salin. *Jurnal Keperawatan*. 79-91.
- WHO.(2021). *Leprosy*.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/diakse>
s. 18 Juli 2022.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SPO PERWATAN LUKA MENGGUNAKAN NaCL 0,9 %



Oleh Samuel Yaroseray, S.Tr.Kep

1	Pengertian	Membersihkan luka kusta dengan menggunakan cairan saline (NaCL 0,9 %) dan Antibiotik Salep Oxytetracycline.
2	Tujuan	- Mencegah terjadinya infeksi. - Mengurangi nyeri dan mempercepat proses penyembuhan luka. - Memperbaiki integritas kulit dan jaringan
3	alat dan Bahan	Alat : - Medikasi set steril (Minor set) dalam bak steril - Pinset anatomi - Pinset cirugis - Kom steril 2 buah - Gunting jaringan - Hipavik/dressing luka transparan - Gunting verban - Kassa steril secukupnya - Cairan Garam Fisiologis (NaCl 0,9%) - Bengkak/kantong plastic
4	Langkah-langkah procedural	- Ucapkan salam dan jelaskan pada pasien tindakan yang akan dilakukan - Jaga Privasi pasien - Siapkan pasien pada posisi yang nyaman, posisi perawat disebelah kanan - Petugas melakukan anamnesa (subjectiv) Penting untuk menentukan cara penganganan dengan menanyakan dimana, bagaimana, dan kapan luka terjadi. Hal ini dilakukan untuk memperkirakan kemungkinan terjadinya kontaminasi dan menentukan apakah luka akan ditutup atau dibiarkan terbuka. - Petugas melakukan pemeriksaan fisik (objectiv) Lokasi: penting sebagai petunjuk kemungkinan adanya cedera pada struktur yang lebih dalam. - Luka tidak teratur - Jaringan rusak - Bengkak - Tampak lecet atau memar di setiap luka. - Eksplorasi: dikerjakan untuk menyingkirkan kemungkinan cedera pada

	struktur yang lebih dalam, menemukan benda asing yang mungkin tertinggal pada luka serta menentukan adanya jaringan yang telah mati
6.	Petugas mendiagnosa (assesment) Kusta
7.	Petugas melakukan penatalaksanaan berupa: - Lakukan cuci tangan sebelum tindakan - Pakai sarung tangan - Berdoa sebelum melakukan tindakan - Rawat luka - Bersihkan luka dengan NaCl 0,9% sampai bersih - Perhatikan adanya tanda-tanda infeksi sekunder seperti kemerahan, bengkak, panas, atau adanya pus di sekitar luka - Lakukan penutupan luka menggunakan sufratul secukupnya, bila tidak ada tanda infeksi sekunder - Balut luka dengan kassa steril, bila menggunakan verban transparan tidak perlu tutup dengan kassa steril - Tutup balutan menggunakan hipavix/dressing luka transparan secara rapat - Pemberian Antibiotik (Oxytetracilin Salep) Prinsipnya adalah pada luka bersih tidak perlu diberikan antibiotik dan pada luka terkontaminasi atau kotor maka perlu diberikan antibiotik. Luka merupakan media yang baik bagi perkembanganbiakan bakteri-bakteri anaerob (misalnya luka tusuk, luka menggaung, terkontaminasi bahan-bahan yang merupakan media yang baik untuk berkembangnya kuman anaerob seperti karat, kotoran kuda) memerlukan pemberian ATS/Toksoid. - Bereskan alat - Rapikan pasien dan beritahu pasien atau keluarga bila tindakan telah selesai - Lakukan cuci tangan.

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Penyakit Kusta
Sub Pokok Bahasan	: Pengobatan Penyakit Kusta
Sasaran	: Pasien dan Keluarga di kampung Telaga
Hari/Tanggal	: Kamis, 23 Februari 2022
Waktu	: 30 Menit

ANALISIS SITUASI

a. Peserta Promkes

Sasaran promkes adalah Pasien dan Keluarga, berjumlah 5 orang.

b. Ruang Pembelajaran

Rumah Keluarga pasien Kusta

c. Pemateri/Promotor

Mahasiswa Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Jayapura rangka
Penyuluhan kesehatan.

TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM

Setelah mengikuti proses promkes diharapkan Pasien dan Keluarga mampu menjelaskan konsep pengobatan penyakit kusta dengan tepat.

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

Setelah mengikuti proses promosi kesehatan diharapkan Pasien dan Keluarga mampu :

1. Menjelaskan tentang pengertian penyakit kusta
2. Menjelaskan tentang penyebab penyakit kusta
3. Menjelaskan tentang tanda dan gejala penyakit kusta
4. Menjelaskan tentang klasifikasi penyakit kusta
5. Menjelaskan tentang cara penularan penyakit kusta
6. Menjelaskan tentang cara mengobati penyakit kusta

MATERI

1. Pengertian penyakit kusta

2. Penyebab penyakit kusta
3. Tanda dan gejala penyakit kusta
4. Klasifikasi penyakit kusta
5. Cara penularan penyakit kusta
6. Cara mengobati penyakit kusta

METODE

1. Ceramah (Penyuluhan)
2. Tanya jawab

KEGIATAN BELAJAR MENGAJAR

NO	WAKTU	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA
1	5 Menit	Pembukaan : • Memperkenalkan diri • Menjelaskan tujuan dari penyuluhan. • Menyebutkan materi penyuluhan yang akan diberikan	• Menyambut salam dan mendengarkan
2	10 Menit	Menjelaskan : • Pengertian penyakit kusta • Penyebab penyakit kusta • Tanda dan gejala penyakit kusta • Klasifikasi penyakit kusta • Cara penularan penyakit kusta • Cara mengobati penyakit kusta	• Mendengarkan dan memperhatikan penjelasan
3	10 Menit	Evaluasi : • Memberi umpan balik terhadap penjelasan Penyakit Kusta • Memberi kesempatan pada Pasien dan keluarga untuk menanyakan hal-hal yang	• Memperhatikan • Mengajukan pertanyaan • Memperhatikan

		belum jelas. • Memberi jawaban atas pertanyaan Peserta.	
4	5 Menit	Terminasi : • Mengucapkan terimakasih kepada Pasien dan Keluarga pasien • Mengucapkan salam	• Mendengarkan dan membalas salam

MEDIA/ ALAT

1. Leaflet

EVALUASI

1. Evaluasi Struktur :

- Penyuluh dapat memberikan materi penyuluhan yang baik
- Media dan alat memadai
- Setting sesuai dengan kegiatan

2. Evaluasi Proses :

- Pelaksanaan sesuai dengan alokasi waktu
- Pasien dan Keluarga mengikuti dengan aktif materi penyuluhan
- Pasien dan Keluarga dapat hal-hal yang tidak dimengerti pada saat diskusi

3. Evaluasi akhir :

- Mahasiswa dapat menjelaskan pengertian penyakit kusta
- Mahasiswa dapat menjelaskan tentang penyebab penyakit kusta
- Mahasiswa dapat menjelaskan tentang tanda dan gejala penyakit kusta
- Mahasiswa dapat menjelaskan tentang klasifikasi penyakit kusta
- Mahasiswa dapat menjelaskan tentang cara penularan penyakit kusta
- Mahasiswa dapat menjelaskan tentang cara mengobati penyakit kusta

MATERI

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PENYAKIT KUSTA

1. Pengertian

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

Istilah kusta berasal dari bahasa sansekerta, yakni kushtha berarti kumpulan gejala-gejala kulit secara umum. Penyakit kusta disebut juga Morbus Hansen, sesuai dengan nama yang menemukan kuman yaitu Dr. Gerhard Armauer Hansen pada tahun 1874 sehingga penyakit ini disebut Morbus Hansen.

Penyakit ini bersifat kronis pada manusia, yang bisa menyerang saraf-saraf dan kulit. Bila dibiarkan begitu saja tanpa diobati, maka akan menyebabkan cacat-cacat jasmani yang berat.

2. Penyebab

Penyakit kusta disebabkan oleh kuman yang dimakan sebagai microbakterium, dimana microbakterium ini adalah kuman aerob, tidak membentuk spora, berbentuk batang yang tidak mudah diwarnai namun jika diwarnai akan tahan terhadap dekolisasi oleh asam atau alkohol.

Faktor yang Mempengaruhi Penyakit Kusta:

Penyebab kusta yang paling sering ialah terdapat pada kebersihan diri serta lingkungan. mampu atau tidaknya seseorang menjaga kebersihan diri dapat menekan penyebab kusta yang memang sangat mengancam masa depan serta mungkin hingga menyebabkan kematian.

3. Tanda dan Gejala

a. Tanda-tanda pada Kulit:

- Kelainan pada kulit berupa bercak kemerahan, keputihan, atau benjolan.

- Kulit Mengkilap.
- Bercak yang tidak gatal.
- Adanya bagian tubuh yang tidak berkeringat dan tidak berambut.
- Lepuh tapi tidak nyeri.

b. Tanda-tanda pada Syaraf:

- Rasa kesemutan, tertusuk-tusuk dan nyeri pada anggota badan atau muka.
- Gangguan kerak pada anggota badan atau bagian muka.
- Adanya kecacatan (deformitas) pada bagian tubuh.
- Terdapat luka tapi tidak sakit.

4. Klasifikasi

Setelah seseorang didiagnosa kusta, maka tahap selanjutnya menentukan type / klasifikasi penyakit kusta yang diderita, penentuan type penyakit kusta pada seseorang penderita disebut klasifikasi penyakit kusta.

Dalam klasifikasi menurut WHO (1982) seluruh penderita hanya dibagi dalam 2 tipe yaitu :

Tipe Paucibacillary (PB) dan tipe Multibacillary (MB).

Pedoman utama untuk menentukan klasifikasi/tipe penyakit kusta menurut WHO adalah sebagai berikut :

Tanda Utama	type PB	type MB
Bercak kusta	Jumlah 1s/d 5	Jumlah > 5
Penebalan saraf yang disertai gangguan Fungsi (mati/kurang rasa / kelemahan otot yang dipersarafi).	Hanya satu saja	Lebih dari satu saraf
Sediaan apus	BTA Neg	BTA Pos

5. Cara Penularan Penyakit Kusta

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

6. Cara Mengobati Penyakit Kusta

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

- 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
- 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.

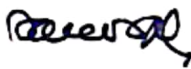
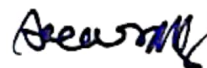
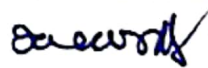


KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS



LEMBAR KONSULTASI

Nama : Samuel Yaroseray, S.Tr.Kep
NIM : PO.71.2.09.21.049
Judul KIAN : Analisis Praktik Klinik Keperawatan Dengan Inovasi Perawatan Luka NaCl 0,9 % Terhadap Penyembuhan Luka Pada An. AS Dengan Penyakit Kusta Di Kampung Telaga Kelurahan Koya Timur Distrik Muara Tami

No	Hari Tanggal	Materi Bimbingan	Masukan Pembimbing	Paraf/TTD
1				
2				
3				

4				Deansh
5				Deansh
6				Deansh
7				
8				



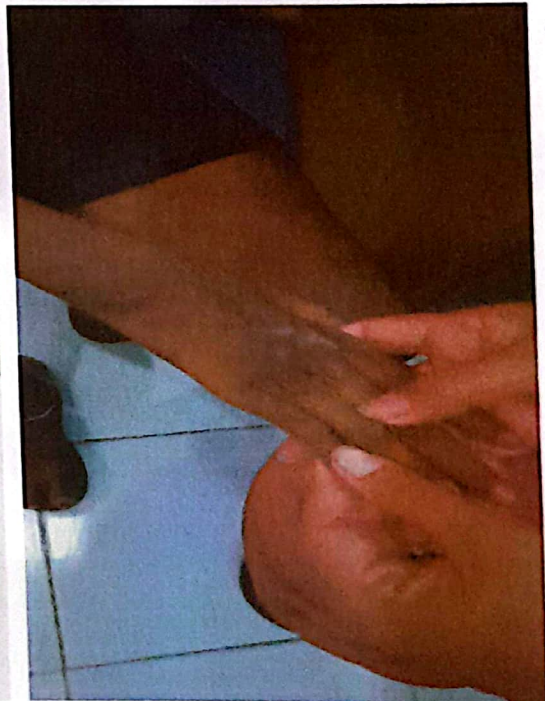
Gambar telapak kaki kanan



Gambar telapak kaki kiri



Gambar tindakan pembersihan luka dengan menggunakan cairan NaCl 0,9 %

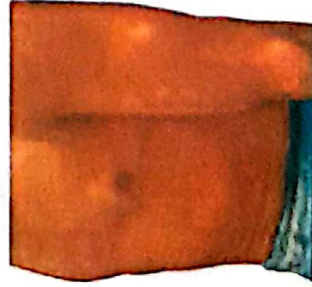


Gambar Jari tangan kanan luka kusta

PENGOBATAN?

Untuk memeriksa dan menjalani pengobatan, penderita dapat berobat ke :

- Puskesmas
- Praktek Dokter Umum/Dokter Ahli Kulit
- Rumah Sakit Umum



WASPADA!

SEGERA PERIKSA KE PUSKESMAS jika ada bercak di kulit tidak ditumbuhi bulu, tidak mengeluarkan keringat, kurang rasa/mati rasa karena kemungkinan tanda awal penyakit kusta.



**KENALI KUSTA
SEJAK DINI**



**PROGRAM STUDI
PROFESI NERS**

**POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENKES JAYAPURA
PROGRAM STUDI PROFESI N
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

1. APAKAH PENYAKIT KUSTA ITU?

Penyakit kusta adalah penyakit menular yang menahun dan disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium Leprosae*) yang menyerang kulit, syaraf tepi dan jaringan tubuh lainnya.

Kusta bukan penyakit keturunan, dan bukan pula disebabkan oleh kutukan, guna-guna, dosa, ataupun makanan.



Ini anggapan yang salah di masyarakat sehingga penderita menjadi terlambat berobat dan menyebabkan cacat

Ada 2 jenis penyakit kusta :

- Multi Basiler (kusta basah)
- Pausi Basiler (kusta kering)



Kusta Kering



Kusta Basah

3. BAGAIMANA PENULARAN KU

Kusta adalah penyakit menular yang tidak mudah menular.

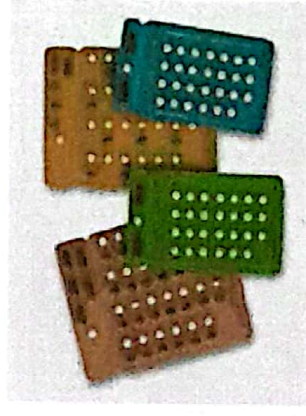
Penyakit kusta menular dari penderita kusta tipe basah yang tidak diobati keorang lain melalui pernafasan atau kontak kulit yang lama dan terus menerus

4. PENGOBATAN

Obat kusta dikemas dalam blister yang disebut MDT (multi drug Therapy)

Kusta kering : selama 6-9 bulan

Kusta basah : selama 12-18 bulan



Pada awalnya penderita kusta tidak merasa

terganggu, hanya terdapat kelainan kulit

berupa bercak putih seperti panu ataupun

bercak kemerahan yang :



- Kurang rasa/hilang rasa
- Tidak gatal
- Tidak sakit
- Tidak berambut
- Tidak berkeringat

Cacat kusta dapat terjadi pada penderita yang terlambat ditemukan dan terlambat diobati.

