

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Pengetahuan

a. Pengertian

Pengetahuan adalah merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu obyek tertentu (Mubarak dan Chayatin, 2010).

Menurut pendekatan konstruktivistik, pengetahuan bukanlah fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari, melainkan sebagai konstruksi kognitif seseorang terhadap objek, pengalaman, maupun lingkungannya. Pengetahuan adalah sebagai suatu pembentukan yang terus menerus oleh seseorang yang setiap saat mengalami reorganisasi karena adanya pemahaman-pemahaman baru. Pengetahuan dapat diperoleh seseorang secara alami atau diintervensi baik langsung maupun tidak langsung (Budiman dan Agus, 2013).

Menurut Notoatmodjo (2014), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 (enam) tingkatan yaitu :

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini

adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima sebelumnya.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, mengimplementasikan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya terjadi.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam satu bentuk keseluruhan yang baru, atau dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang sudah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-Faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Wawan & Dewi (2011), yaitu :

1) Faktor Internal

- a) Pendidikan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup.
- b) Pekerjaan. Merupakan kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga.
- c) Umur. Usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja.

2) Faktor Eksternal

- a) Faktor lingkungan. Lingkungan merupakan suatu kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.
- b) Informasi. Seseorang mempunyai sumber informasi lebih akan mempunyai pengetahuan lebih luas.

- c) Sosial Budaya. Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.
- d) Sosial ekonomi. Sosial ekonomi, tingkat kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup. Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi akan menambah tingkat pengetahuan.

c. Cara Mendapatkan Pengetahuan

Beberapa cara untuk mendapatkan pengetahuan adalah :

- 1) Coba-salah (*trial and error*). Cara ini digunakan saat orang mengalami masalah, upaya pemecahannya adalah dengan cara coba-coba saja atau dengan kemungkinan-kemungkinan.
- 2) Cara kekuasaan atau otoritas. Cara ini digunakan secara turun-temurun, atau karena kebiasaan sehari-hari serta tradisi yang dilakukan oleh orang tanpa melalui penalaran apakah hal tersebut baik atau tidak.
- 3) Pengalaman. Pengalaman artinya berdasarkan pemikiran kritis akan tetapi pengalaman belum tentu teratur dan bertujuan. Mungkin pengalaman hanya dicatat saja. Pengalaman yang disusun sistematis oleh otak maka hasilnya adalah ilmu pengetahuan.
- 4) Melalui jalan pikiran. Dengan cara induksi dan deduksi. Induksi yaitu apabila proses pembuatan keputusan itu melalui pernyataan-pernyataan khusus kepada yang umum. Deduksi apabila pembuatan kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum kepada yang khusus.
- 5) Cara modern. Cara modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut

Metodologi Penelitian atau Metode Penelitian Ilmiah. (Notoatmodjo, 2014)

d. Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Menurut Wawan dan Dewi (2011), bahwa pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- 1) Tinggi : Hasil presentase 76–100% dari total jawaban
- 2) Sedang : Hasil presentase 56-75% dari total jawaban
- 3) Rendah : Hasil presentase > 56% dari total jawaban

2. Sikap

a. Pengertian

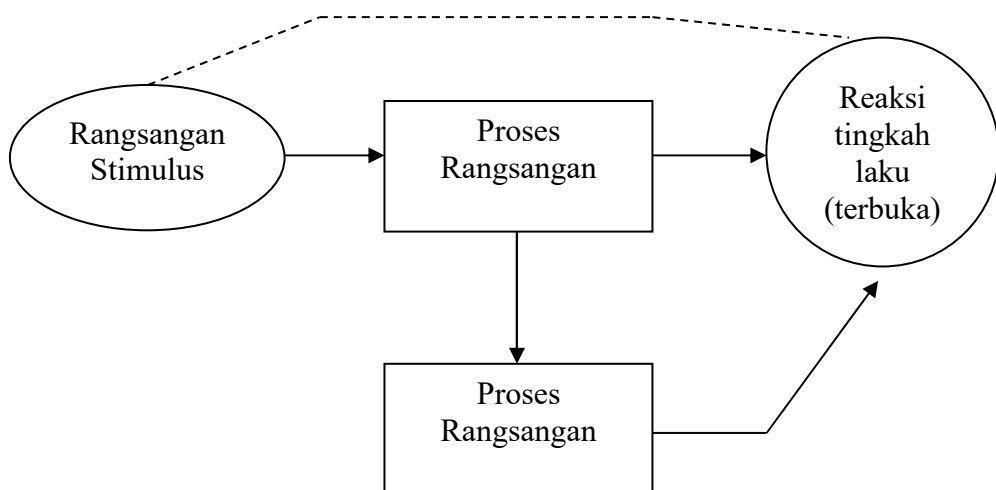
Sikap adalah keadaan mental dan saraf dari kesiapan yang diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamik atau terarah terhadap respon individu pada semua objek dan situasi yang berkaitan dengannya (Widayatun, 2011).

Pengertian sikap atau *attitude* sebagai suatu reaksi pandangan atau perasaan seorang individu terhadap objek tertentu. Walaupun objeknya sama, namun tidak semua individu mempunyai sikap yang sama, hal itu dapat dipengaruhi oleh keadaan individu, pengalaman, informasi dan kebutuhan masing- masing individu berbeda. Sikap seseorang terhadap objek akan membentuk perilaku individu terhadap objek (Gerungan, 2014).

Beberapa batasan tentang sikap yang dikutip oleh Notoatmodjo (2014) antara lain, mengemukakan batasan tentang sikap yaitu tingkah laku sosial seseorang merupakan sebuah *syndrom* atau gejala dari konsistensi reseptor dengan nilai objek sosialnya.

Batasan di atas dapat disimpulkan bahwa manifestasi dari sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan suatu predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

Diagram di bawah ini dapat menjelaskan tentang proses terbentuknya sikap dan reaksi.



Gambar 2.1 Proses terbentuknya Sikap dan Reaksi (Gerungan, 2014)

b. Komponen Pokok Sikap

Sarlito, Meinarno dan Eko (2012) menjelaskan bahwa ada tiga komponen pokok sikap, yaitu:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Kecenderungan untuk bertindak laki-laki dan perempuan berbeda. Hal ini dikarenakan, perempuan lebih banyak menggunakan intuisinya dalam bertindak dibanding laki-laki. Perempuan lebih banyak memilih dalam setiap tindakannya dan selalu memikirkan faktor resiko dari perbuatannya sehingga kecenderungan untuk bertindakpun tidak seagresif kaum lelaki. Laki-laki lebih banyak menggunakan emosionalnya dibanding intuisinya tanpa memikirkan resiko dari tindakannya, sehingga kaum lelaki paling sering terkena resiko tindakannya dibanding perempuan. Tiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam pembentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

b. Pembentukan Sikap

Menurut Azwar (2012) faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap antara lain :

- 1) Pengalaman pribadi

Apa yang telah dan sedang kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial. Tidak adanya

pengalaman sama sekali dengan suatu objek psikologis cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap objek tersebut.

2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggapnya penting. Keinginan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut. Di antara orang yang biasanya dianggap penting oleh individu adalah orang tua, orang yang status sosialnya lebih tinggi, teman sebaya, teman dekat, guru, teman kerja, istri, suami, dan lainnya.

3) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah karena kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita.

4) Media massa

Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Pesan-pesan sugestif yang dibawa oleh informasi tersebut, apabila cukup kuat akan memberi dasar afektif dalam menilai sesuatu

5) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Kedua lembaga ini meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam individu sehingga kedua lembaga ini merupakan suatu sistem yang mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap.

6) Pengaruh faktor emosional

Suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Peran gender sangat mempengaruhi keadaan emosional, perempuan menekankan pada tanggung Jawab sosial dalam emosinya. Perempuan lebih merasa bertanggung Jawab terhadap emosi orang lain. Mereka sangat memperhatikan keadaan emosi orang lain sehingga lebih mampu untuk memahami perubahan emosional. Oleh sebab itu kaum perempuan biasanya jauh lebih memiliki empati terhadap penderitaan orang lain ketimbang laki-laki. Masyarakat memiliki stereotip bahwa laki-laki kurang mampu menghayati perasaan emosionalnya. Adapun perempuan sangat menghayati emosinya. Laki-laki mudah menyembunyikan emosi yang dialaminya, sedangkan perempuan sulit menyembunyikannya. Oleh sebab itu maka perempuan cenderung dilihat lebih emosional ketimbang laki-laki. Masyarakat cenderung menganggap bahwa perempuan lebih mudah merasakan takut, cemas dan sedih daripada laki-laki. Sedangkan laki-laki dianggap lebih mudah untuk marah (Smartpsikologi, 2010).

c. Berbagai Tingkatan Sikap

Tingkatan sikap menurut Notoatmodjo (2014) adalah sebagai berikut:

1) Menerima (*receiving*)

Menerima dapat diartikan bahwa orang (subjek) mau dan mempertahankan stimulus yang diberikan (objek)

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti orang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*valuing*)

Indikasi sikap ketiga adalah mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi adalah bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek. Sedangkan secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pertanyaan-pertanyaan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden. Dan biasanya jawaban berada dalam rentang antara sangat setuju sampai sangat tidak setuju.

d. Praktek atau Tindakan

Notoatmodjo (2014) menyatakan bahwa suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*over behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Disamping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor pendukung (*support*) dari pihak lain. Praktek ini mempunyai beberapa tingkatan , yaitu :

- 1) Persepsi (*perception*), yaitu mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.
- 2) Respon terpimpin (*guided response*), yaitu indikator praktek tingkat dua adalah dapat melakukan sesuatu sesuai dengan contoh.
- 3) Mekanisme (*mecanism*), yaitu apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.
- 4) Adopsi (*adoption*), adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

3. Kusta

a. Pengertian

Penyakit kusta adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh infeksi *Mycobakterium Leprae* yang pertama menyerang saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa mulut, saluran napas bagian atas, sistem retikuloendotelial, mata, otot, tulang dan testis, kecuali susunan saraf pusat (Zulkifli, 2009). Penyakit kusta dinamakan juga sebagai *Lepra*, *Morbus Hansen*, *Hanseniasis*, *Elephantiasis Graecorum*, *Satyriasis*, *Lepra Arabum*, *Leontiasis*, *Kushta*, *Melaats*, *Mal de San Lazaro* (Gunadi, 2010).

b. Epidemiologi

Penyakit kusta menyebar di seluruh dunia, namun sebagian kasus yang terjadi pada daerah tropis dan sub tropis. Konsultan rehabilitasi kusta

dari lembaga *Netherlands Leprosy Relief*, Firmansyah Arief mengungkapkan bahwa Indonesia menempati urutan ketiga di dunia dengan penderita terbanyak setelah India dan Brazil. Penyebaran penyakit ini dapat terjadi karena beberapa hal termasuk distribusi geografis. Sejarah penyebaran penyakit kusta di Indonesia diduga dibawa oleh pendatang dari India yang datang ke Indonesia untuk menyebarkan agamanya dan berdagang.

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PP & PL) telah menetapkan 33 provinsi di Indonesia kedalam dua kelompok beban kusta yaitu kelompok dengan beban kusta tinggi (*high endemic*) dan beban kusta rendah (*low endemic*).

Berdasarkan data dari Ditjen PP&PL, Kemenkes RI tahun 2011, pada tahun 2010 dilaporkan terdapat kasus baru penyakit kusta dengan jenis Multi Basiler sebanyak 13.734 dan kasus tipe Pausi Basiler sebanyak 3.278 dengan *Newly Case Detection Rate* (NCDR) sebesar 7,22 per 100.000 penduduk.

c. Etiologi

Mycobacterium Leprae atau kuman Hansen adalah kuman penyebab penyakit kusta yang ditemukan oleh sarjana dari Norwegia GH.Armauer Hansen pada tahun 1873. Kuman ini bersifat tahan asam, berbentuk batang dengan ukuran 1-8 μ , lebar 0,2-0,5 μ , biasanya berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel terutama jaringan yang bersuhu dingin dan tidak dapat dikultur dalam media buatan. Penyakit kusta dapat ditularkan dari penderita kusta tipe multibasilar (MB)

kepada orang lain dengan cara penularan langsung. Cara penularan yang pasti belum diketahui, tetapi sebagian besar para ahli berpendapat bahwa penyakit kusta dapat ditularkan melalui saluran pernafasan dan kulit (Djuanda, 2010).

d. Patogenesis

Meskipun cara masuk *Mycobakterium Leprae* kedalam tubuh masih belum diketahui dengan pasti, beberapa penelitian telah memperlihatkan bahwa yang tersering ialah melalui kulit yang lecet pada bagian tubuh yang bersuhu dingin dan melalui mukosa nasal. Pengaruh *Mycobakterium Leprae* terhadap kulit bergantung pada faktor imunitas seseorang, kemampuan hidup *Mycobakterium Leprae* pada suhu tubuh yang rendah, waktu regenerasi yang lama, serta sifat kuman yang avirulen dan nontoksis.

Mycobakterium Leprae merupakan parasit obligat intraselular yang terutama terdapat pada sel makrofag di sekitar pembuluh darah superficial pada dermis atau sel *Schwann* di jaringan saraf. Bila kuman *Mycobakterium Leprae* masuk kedalam tubuh, maka tubuh akan beraksi mengeluarkan makrofag untuk memfagositnya. Pada kusta tipe LL terjadi kelumpuhan sistem imunitas selular, dengan demikian makrofag tidak mampu menghancurkan kuman sehingga kuman dapat bermultiplikasi dengan bebas, yang kemudian dapat merusak jaringan.

Pada kusta tipe TT kemampuan fungsi sistem imunitas selular tinggi, sehingga makrofag sanggup menghancurkan kuman. Sayangnya setelah kuman di fagositosis, makrofag akan berubah menjadi sel epiteloid

yang tidak bergerak aktif dan kadang-kadang bersatu membentuk sel *Dantia Langhans*. Bila infeksi ini tidak segera diatasi akan terjadi reaksi berlebihan dan masa epiteloid akan menimbulkan kerusakan saraf dan jaringan sekitarnya. Sel *Schwann* merupakan sel target untuk pertumbuhan *Mycobakterium Leprae*, di samping itu sel Schwann berfungsi sebagai demielinisasi dan hanya sedikit berfungsi sebagai fagositosis. Jadi, bila terjadi gangguan imunitas tubuh dalam sel *Schwann*, kuman dapat bermigrasi dan beraktivasi. Akibatnya aktivitas regenerasi saraf berkurang dan terjadi kerusakan saraf yang progresif (Harahap, 2013).

e. Gambaran Klinis

Manifestasi klinis penyakit kusta biasanya menunjukkan gambaran yang jelas pada stadium yang lanjut, dan diagnosis cukup ditegakkan dengan pemeriksaan fisik saja. Suatu penderita kusta adalah seseorang yang menunjukkan gejala klinis kusta dengan atau tanpa pemeriksaan bakteriologis dan memerlukan suatu pengobatan.

Bagian tubuh yang dingin seperti saluran napas, testis, bilik mata depan dan kulit terutama cuping telinga dan jari merupakan daerah yang biasa terkena. Bagian tubuh yang dingin tidak hanya karena pertumbuhan optimal *Mycobakterium Leprae* pada suhu rendah tetapi mungkin juga karena kurangnya respon imunologi akibat rendahnya suhu pada daerah tersebut (Amiruddin, 2010). Gejala dan keluhan penyakit tergantung pada :

- 1) Multiplikasi dan diseminata kuman M. Leprae.
- 2) Respon imun penderita terhadap kuman M. Leprae.
- 3) Komplikasi yang diakibatkan oleh kerusakan saraf perifer.

Ada 3 tanda cranial yang kalau salah satunya ada sudah cukup untuk menetapkan diagnosis dari penyakit kusta, yakni :

1) Lesi kulit yang anestesi.

Macula atau plak atau lebih jarang pada papul atau nodul dengan hilangnya rasa raba, rasa sakit dan suhu yang jelas. Kelainan lain pada kulit yang spesifik berupa perubahan warna dan tekstur kulit serta kelainan pertumbuhan rambut.

2) Penebalan saraf perifer.

Penebalan saraf perifer sangat jarang ditemukan kecuali pada penyakit kusta. Pada daerah endemik kusta penemuan adanya penebalan saraf perifer dapat dipakai untuk menegakkan diagnosis. Untuk mengevaluasi ini diperlukan latihan yang terus menerus, cara meraba saraf dan pada saat pemeriksaan perlu membandingkan dengan saraf.

3) Ditemukannya *M. Leprae*.

Mycobacterium Leprae dimasukkan dalam family *Mycobacteriaceae*, ordo *Actinomycetales*, kelas *Schyzomycetes*. Berbentuk *pleomorf*, lurus, batang ramping dan sisanya berbentuk paralel dengan kedua ujungnya bulat, ukuran panjang 1-8 mm dan lebar 0,3-0,5 mm. Basil ini menyerupai kuman berbentuk batang yang gram positif, tidak bergerak dan tidak berspora.

Masa inkubasi *Mycobacterium Leprae* dapat berlangsung selama 2-5 tahun. Bakteri ini terutama terdapat pada kulit, mukosa hidung dan saraf perifer yang superficial dan dapat ditunjukkan dengan apusan sayatan kulit atau kerokan mukosa hidung. Secara klinis telah dibuktikan bahwa

basil ini biasanya tumbuh pada daerah temperature kurang dari 37°C (Amiruddin, 2010).

f. Klasifikasi/Tipe Penyakit Kusta

Penyakit kusta dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa hal, yaitu :

- 1) Manifestasi klinik yaitu jumlah lesi pada kulit dan jumlah saraf yang terganggu.
- 2) Hasil pemeriksaan bakteriologis, yaitu skin smear Basil Tahan Asam (BTA) positif atau negatif.

Pada tahun 1982, sekelompok ahli WHO mengembangkan 2 tipe/klasifikasi untuk memudahkan pengobatan di lapangan yaitu tipe *Paucybacillary* (PB) dan *Multibacillary* (MB) yang dibedakan seperti dalam tabel dibawah ini :

Tabel 2.1. Klasifikasi Pengobatan Kusta

Tanda Utama	PB	MB
Bercak kusta	Jumlah 1 – 5	Jumlah > 5
Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi	Hanya satu saraf	Lebih dari satu saraf
Sediaan apusan	BTA Negatif	BTA Positif

Sumber : Depkes RI, 2010.

g. Pengobatan

Ditjen PPM dan PL Departemen Kesehatan Republik Indonesia dalam Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta (2010) memaparkan metode pengobatan kusta yakni:

1) Tipe PB dengan lesi tunggal

Diberikan dosis tunggal Rifampicine-Ofloxacin-Minocycline (ROM) :

Tabel 2.2. Pemberian *Rifampicine Ofloxacin Minocycline*

Dewasa (50-70 kg	600 mg	400 mg	100 mg
Anak (5-14 tahun)	300 mg	200 mg	50 mg

Sumber: Ditjen PPM dan PL Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2010.

Obat ditelan didepan petugas, dan anak < 5 tahun serta ibu hamil tidak diberikan ROM. Pemberian pengobatan sekali saja dan langsung *Release From Treatment* (RFT).

2) Monoterapi

a) Dapson : DDS (*Diamino Diphenyl Sulfon*).

b) Sifat : Bakteriostatik yaitu menghalangi/menghambat pertumbuhan kuman kusta.

c) Dosis

Dewasa : 100 mg/hari, secara terus menerus.

Anak-anak : 1-2 mg/kg BB/hari.

d) Lamanya pengobatan tergantung dari tipe penyakit

Tipe T : ± 3 ½ tahun.

Tipe I : 6 tahun.

Tipe B/L : 10-15 tahun, bahkan lebih.

e) Penderita dinyatakan

(1) Inaktif apabila penderita sudah berobat lebih dari 1 ½ tahun dan penderita berobat teratur (lebih 75% dosis seharusnya).

(2) *Release from Control (RFC)* apabila penderita telah dinyatakan inaktif dan penderita tidak pernah mengalami reaktivasi.

3) *Multi Drug Treatment (MDT)* = Pengobatan Kombinasi

Sejak timbulnya masalah resistensi terhadap DDS, telah diambil suatu kebijaksanaan untuk mengadakan perubahan dari pengobatan tunggal DDS menjadi pengobatan kombinasi. Dengan pengobatan kombinasi, *relaps rate* sangat rendah yaitu sekitar 0,1% per tahun untuk penderita PB dan 0,06% per tahun untuk penderita MB. Disamping itu pengobatan monoterapi menurut WHO juga tidak etis. Di Indonesia sejak tahun 1982 mulai menggunakan obat kombinasi.

Rejimen pengobatan kombinasi sebagai berikut :

a) PB

(1) *Dapson* 100 mg/hari, makan di rumah.

(2) *Rifampisin* 600 mg/bulan, makan di depan petugas.

(3) Lamanya pengobatan 6 bulan, maksimal 9 bulan (6 dosis *Rifampisin*).

b) MB

(1) *Dapson* 100 mg/hari, makan di rumah.

(2) *Rifampisin* 600 mg/bulan, diminum di depan petugas.

(3) *Klofasimin (Lampren)* 50 mg/hari, diminum di rumah dan 300 mg/bulan, diminum di depan petugas.

(4) Lamanya pengobatan 12 bulan, maksimal 18 bulan (12 dosis *Rifampisin*) (Amiruddin, 2010).

h. Pencegahan

Pencegahan secara umum adalah mengambil tindakan terlebih dahulu sebelum kejadian. Dalam mengambil langkah-langkah untuk pencegahan, haruslah didasarkan pada data/keterangan yang bersumber dari hasil analisis epidemiologi atau hasil pengamatan/penelitian epidemiologis. Ada tiga tingkatan pencegahan penyakit menular secara umum yakni :

1) Pencegahan tingkat pertama

Sasaran ditujukan pada faktor penyebab, lingkungan serta faktor pejamu.

- a) Sasaran yang ditujukan pada faktor penyebab kusta yang bertujuan untuk mengurangi penyebab atau menurunkan pengaruh penyebab serendah mungkin dengan usaha antara lain : desinfeksi, pasteurisasi, sterilisasi yang bertujuan untuk menghilangkan mikroorganisme penyebab penyakit, menghilangkan sumber penularan maupun memutuskan rantai penularan, disamping karantina dan isolasi yang juga dalam rangka memutus rantai penularan, serta mengurangi atau menghindari perilaku yang dapat meningkatkan risiko perorangan dan masyarakat.
- b) Mengatasi/modifikasi lingkungan melalui perbaikan lingkungan fisik seperti peningkatan air bersih, sanitasi lingkungan dan perumahan serta bentuk pemukiman lainnya.
- c) Meningkatkan daya tahan pejamu melalui perbaikan status gizi, status kesehatan umum dan kualitas hidup penduduk, serta berbagai

bentuk pencegahan khusus lainnya serta usaha menghindari pengaruh faktor keturunan dan peningkatan ketahanan fisik melalui olah raga kesehatan.

2) Pencegahan tingkat kedua

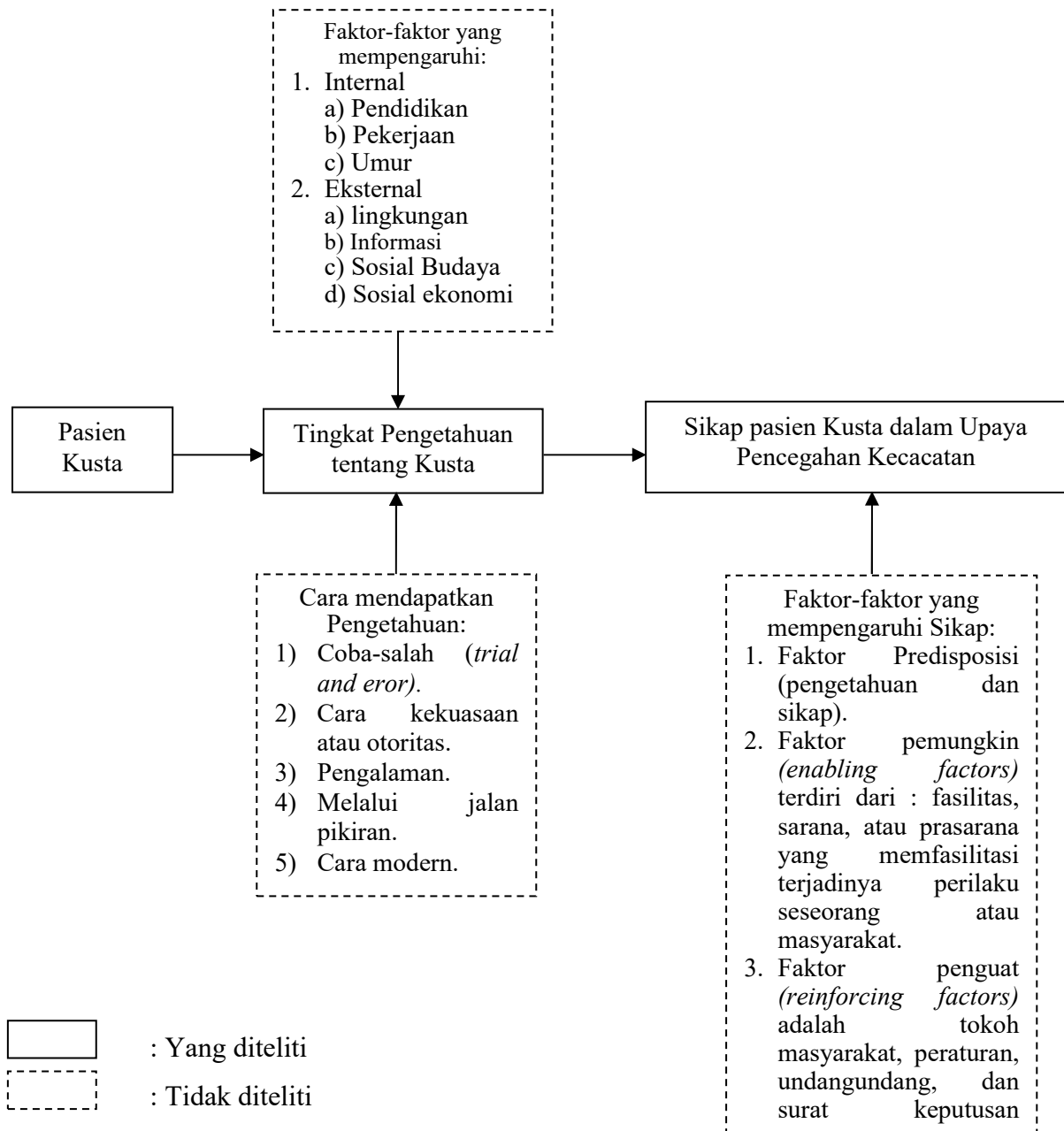
Sasaran pencegahan ditujukan pada mereka yang menderita atau yang dianggap menderita (suspek) atau yang terancam akan menderita (masa tunas). Adapun tujuan tingkat kedua ini meliputi diagnosis dini dan pengobatan yang tepat agar dapat dicegah meluasnya penyakit atau untuk mencegah timbulnya wabah, serta untuk segera mencegah proses penyakit lebih lanjut serta mencegah terjadinya komplikasi.

3) Pencegahan tingkat ketiga

Sasaran pencegahan adalah penderita kusta dengan tujuan mencegah jangan sampai mengalami kecacatan. Pada tingkat ini juga dilakukan usaha rehabilitasi. Rehabilitasi adalah usaha pengembalian fungsi fisik, psikologis dan sosial penderita kusta seoptimal mungkin.

B. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka di atas, maka dapat dibuat kerangka teori sebagai berikut:

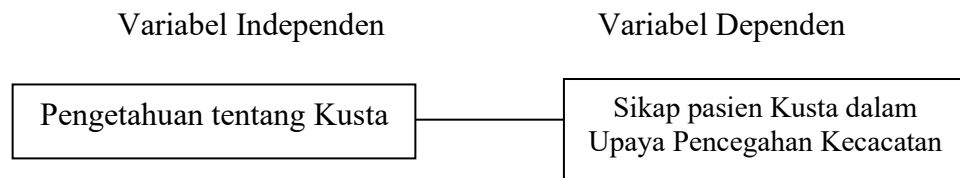


Gamabr 2.2. Kerangka Teori

Sumber: Notoatmodjo (2014), Wawan & Dewi (2012), Dinkes (2010), Azwar (2010)

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat dibuat sebagai mana terlihat dalam gambar berikut:



Gambar 2.3. Kerangka Konsep

C. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Terdapat hubungan pengetahuan dengan sikap pasien Kusta dalam upaya pencegahan kecatatan Di Puskesmas Gandasuli Kabupaten Halmahera Selatan, Provinsi Maluku Utara.