

**TUGAS MAKALAH PRAKTEK KERJA PROFESI
APOTEKER BIDANG PEMERINTAHAN
DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**

**TENTANG:
KUSTA**



**PROGRAM STUDI PROFESI APOTEKER
PERIODE L
UNIVERSITAS KATOLIK WIDYA MANDALA SURABAYA
2018**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit kusta atau *Morbus Hansen* adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium leprae* yang secara primer menyerang saraf tepi, selanjutnya menyerang kulit mukosa mulut, saluran nafas bagian atas, sistem retikoloendotel, mata, otot, tulang dan testis. Kusta menyebar luas ke seluruh dunia, dengan sebagian besar kasus terdapat di daerah tropis dan subtropis, tapi dengan adanya perpindahan penduduk maka penyakit ini bisa menyerang dimana saja.

Pada umumnya penyakit kusta terdapat di negara yang sedang berkembang, dan sebagian besar penderitanya adalah dari golongan ekonomi lemah. Hal ini sebagai akibat keterbatasan kemampuan negara tersebut dalam memberikan pelayanan kesehatan, pendidikan, kesejahteraan sosial ekonomi pada masyarakat. Hal ini menyebabkan penyakit kusta masih merupakan masalah kesehatan masyarakat, disamping besarnya masalah di bidang medis juga masalah sosial yang ditimbulkan oleh penyakit ini memerlukan perhatian yang serius.

Konon penyakit kusta telah menyerang manusia sejak 300 SM dan telah dikenal oleh peradaban Tiongkok kuno, Mesir kuno, dan India pada 1995 organisasi kesehatan dunia (WHO) memperkirakan terdapat dua atau tiga juta jiwa yang cacat permanen karena kusta. Walaupun pengisolasian atau pemisahan penderita dengan masyarakat dirasakan kurang perlu dan tidak etis beberapa

kelompok penderita masih dapat ditemukan dibelahan dunia, seperti India, dan Vietnam.

Permasalahan penyakit kusta bila dikaji secara mendalam merupakan permasalahan yang sangat kompleks bukan hanya dari segi medis tetapi juga menyangkut masalah ekonomi, budaya dan ketahanan nasional. Dalam keadaan ini warga masyarakat berupaya menghinari penderita. Sebagai akibat dari masalah-masalah tersebut dapat mengakibatkan penderita kusta menjadi tuna sosial, tuna wisma, tuna karya dan ada kemungkinan mengarah untuk melakukan kejahatan atau gangguan di lingkungan masyarakat.

Hal ini disebabkan rasa takut, malu dan isolasi sosial berkaitan dengan penyakit ini. Laporan tentang kusta lebih kecil dari pada sebenarnya karena ketidaktahuan. Melihat besarnya manifestasi penyakit ini maka perlu dilakukan suatu langkah penanggulangan penyakit tersebut. Program pemberantasan penyakit menular bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit, menurunkan angka kesakitan dan angka kematian serta mencegah akibat buruk lebih lanjut sehingga tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat. Masalah yang dimaksud bukan saja dari segi medis, tetapi meluas sampai masalah ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan sosial.

Berdasarkan dari fenomena diatas maka kami mengangkat masalah aspek sosial terhadap penyakit kusta sebagai judul makalah dengan harapan dapat lebih memahami penyakit kusta dan dampak sosial terhadap penderitanya.

1.2. Tujuan

Makalah ini dimaksudkan untuk memenuhi tugas Praktek Kerja Profesi (PKP) Pemerintahan Bidang Pengembangan Sumber

Daya Kesehatan (PSDK). Selain itu, diharapkan makalah ini dijadikan salah satu sumber informasi dalam rangka menunjang pengobatan kusta.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Definisi

Istilah kusta berasal dari bahasa sansekerta, yakni kushta yang 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*.

Menurut Depkes RI (1996) diacu dalam Hutabarat (2008) penyakit kusta adalah penyakit menular yang menahun dan disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium leprae*) yang menyerang syaraf tepi, kulit dan jaringan tubuh lainnya. Menurut Depkes RI (2006) diacu dalam Hutabarat (2008) penyakit kusta adalah salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi, dan psikologis.

Permasalahan penyakit kusta ini bila dikaji secara mendalam merupakan permasalahan yang sangat kompleks dan merupakan permasalahan kemanusiaan seutuhnya. Masalah yang dihadapi pada penderita bukan hanya dari medis saja tetapi juga adanya masalah psikososial sebagai akibat penyakitnya. Dalam keadaan ini warga masyarakat berupaya menghindari penderita. Sebagai akibat dari masalah-masalah tersebut akan mempunyai efek atau pengaruh terhadap kehidupan bangsa dan negara, karena masalah-masalah tersebut dapat mengakibatkan penderita kusta menjadi tuna sosial, tuna wisma, tuna karya dan ada kemungkinan

mengarah untuk melakukan kejahatan atau gangguan di lingkungan masyarakat.

2.2. Epidemiologi

Kusta menyebar luas ke seluruh dunia, dengan sebagian besar kasus terdapat di daerah tropis dan subtropis, tetapi dengan adanya perpindahan penduduk maka penyakit ini bisa menyerang dimana saja. Di seluruh dunia, dua hingga tiga juta orang diperkirakan menderita kusta. Distribusi penyakit kusta dunia pada 2003 menunjukkan India sebagai negara dengan jumlah penderita terbesar, diikuti oleh Brasil dan Myanmar. Pada 1999, insidensi penyakit kusta di dunia diperkirakan 640.000, pada 2000, 738.284 kasus ditemukan. Pada 1999, 108 kasus terjadi di Amerika Serikat. Pada 2000, WHO membuat daftar 91 negara yang endemik kusta. 70% kasus dunia terdapat di India, Myanmar, dan Nepal. Pada 2002, 763.917 kasus ditemukan di seluruh dunia, dan menurut WHO pada tahun itu, 90% kasus kusta dunia terdapat di Brasil, Madagaskar, Mozambik, Tanzania dan Nepal.

Insidensi tinggi pada daerah tropis dan subtropis yang panas dan lembab. Insidens penyakit kusta di Indonesia pada Maret 1999 sebesar 1,01 per 10.000 penduduk. Kusta dapat menyerang semua umur, anak-anak lebih rentan dari pada orang dewasa. Frekuensi tertinggi pada kelompok dewasa ialah umur 25-35 tahun, sedangkan pada kelompok anak umur 10-12 tahun.

2.3. Penyebaran Penyakit Kusta

Penyakit kusta dapat ditularkan dari penderita kusta tipe MB kepada orang lain secara langsung. Cara penularan penyakit ini

masih belum diketahui secara pasti, tetapi sebagian besar para ahli berpendapat bahwa penyakit kusta dapat ditularkan melalui saluran pernafasan dan kulit.

Kusta mempunyai masa inkubasi 2-5 tahun, akan tetapi dapat juga berlangsung sampai bertahun-tahun. Meskipun cara masuk kuman *M. leprae* ke dalam tubuh belum diketahui secara pasti, namun beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa yang paling sering adalah melalui kulit yang lecet pada bagian tubuh yang bersuhu dingin dan pada mukosa nasal. Selain itu penularan juga dapat terjadi apabila kontak dengan penderita dalam waktu yang sangat lama.

2.4. Penyebab

Penyebab penyakit kusta yaitu *Mycobacterium leprae* dimana untuk pertama kali ditemukan oleh G.H. Armauer Hansen pada tahun (1973). Cara penularannya yang pasti belum diketahui, tetapi menurut sebagian besar ahli melalui saluran pernafasan (inhalasi) dan kulit (kontak langsung yang lama dan erat). Kuman mencapai permukaan kulit melalui folikel rambut, kelenjar keringat, dan juga melalui air susu ibu. Basil ini berbentuk batang gram positif, tidak bergerak dan tidak berspora, dapat tersebar atau dalam berbagai ukuran bentuk kelompok, termasuk massa ireguler besar yang disebut sebagai globi (Depkes , 2007).

Kuman ini hidup intraseluler dan mempunyai afinitas yang besar pada sel saraf (*Schwan Cell*) dan sel dari Retikulo Endotelial, waktu pembelahan sangat lama, yaitu 2-3 minggu, diluar tubuh manusia (dalam kondisi tropis) kuman kusta dari sekret nasal dapat bertahan sampai 9 hari (Desikan 1977, dalam Leprosy Medicine in

the Tropics Edited by Robert C. Hasting, 1985). Pertumbuhan optimal kuman kusta adalah pada suhu 27-30° C (Depkes, 2005).

Penyakit kusta adalah penyakit menular menahun dan disebabkan oleh kuman kusta. Penyakit ini dapat ditularkan dari penderita kusta kepada orang lain, secara teoritis penularan ini dapat terjadi dengan cara kontak yang erat dan lama dengan penderita. Timbulnya penyakit kusta bagi seseorang tidak mudah, semua tergantung dari beberapa faktor, antara lain: faktor kuman kusta dan faktor daya tahan tubuh (Depkes, 2005).

2.5. Tanda dan Gejala

- a. Tanda-tanda pada kulit
 - Bercak/kelainan kulit yang merah atau putih di bagian tubuh.
 - Bercak yang tidak gatal dan kulit mengkilap.
 - Adanya bagian tubuh yang tidak berkeringat atau tidak berambut.
 - Lepuh tidak nyeri.
- b. Tanda-tanda pada saraf
 - Rasa kesemutan, tertusuk-tusuk dan nyeri pada anggota badan dan muka.
 - Gangguan gerak anggota badan atau bagian muka.
 - Adanya cacat (deformitas) dan luka (ulkus) yang tidak mau sembuh.

2.6. Pemeriksaan Diagnosis Penunjang

Deteksi dini untuk reaksi penyakit kusta sangat penting untuk menekan tingkat kecacatan ireversibel yang mungkin terjadi sebagai gejala sisa. Tingkat keberhasilan terapi tampak lebih baik jika penyakit kusta ini dideteksi dan ditangani secara dini. Diagnosis dapat ditegakkan berdasarkan :

1. Gambaran klinik
 - a. Gejala klinik tersebut diantara lain: Lesi kulit menjadi lebih merah dan membengkak.
 - b. Nyeri, dan terdapat pembesaran saraf tepi.
 - c. Adanya tanda-tanda kerusakan saraf tepi, gangguan sensorik maupun motorik.
 - d. Demam dan malaise.
 - e. Kedua tangan dan kaki membengkak.
 - f. Munculnya lesi-lesi baru pada kulit.
2. Laboratorium :
 - a. Darah rutin: tidak ada kelainan
 - b. Bakteriologi
3. Pemeriksaan histopatologi

Dari pemeriksaan ini ditemukan gambaran berupa *Infiltrate* limfosit yang meningkat sehingga terjadi uedema dan hiperemi. Diferensiasi makrofag kearah peningkatan sel epiteloid dan sel giant memberi gambaran sel langerhans. Kadang-kadang terdapat gambaran nekrosis (kematian jaringan) didalam granulosum. Dimana penyembuhannya ditandai dengan fibrosis.

2.7. Klaifikasi

WHO membagi dua tipe menjadi tipe:

- Pause/pansil Basiler (PB): TT dan BT
 - TT (tuberkoloid) : lesi berupa macula dengan permukaan kering dan kadan dengan skuma diatasnya.
 - BT (borderkine tuberkaloid) : lesi berupa macula dengan permukaan kering dengan jumlah 1-4 buah.
- Multy Basiler (MB) : BL dan LL
 - BL (borderline lepromatous) : Lesi infiltrate dalam jumlah banyak, ukuran variasi,.
 - LL (lepromatosa) : Lesi infiltrate dengan permukaan mengkilat, ukuran kecil, jumlahnya sangat banyak.

Tabel 2.1. Kriteria Penentuan Tipe

Kelainan kulit dan hasil pemeriksaan bakteriologis	Tipe (PB) Pansil basiler	Tipe (MB) Milty basiler
Jumlah	1-5	Banyak
Ukuran	Kecil dan besar	Kecil-kecil
Distribusi	Unilateral atau bilateral simetris	Bilateral dan Simertis
Konsistensi	Kering dan kasar	Halus dan berkilat
Batas	Tegas	Kurang Tegas
Kehilangan kemampuan, berkeringat, bulu rontok dan bercak	Bercak, beringat ada bulu rontok pada bercak	Bercak, tidak berkeringat tidak ada bulu rontok psds bercak

2.8. Terapi

Tujuan utama program pemberantasan kusta adalah penyembuhan pasien kusta dan mencegah timbulnya cacat serta memutuskan mata rantai penularan dari pasien kusta terutama tipe yang menular kepada orang lain untuk menurunkan insiden penyakit.

Program *Multi Drug Therapy* (MDT) dengan kombinasi Rifampisin, Klofazimin, dan DDS dimulai tahun 1981. Program ini bertujuan untuk mengatasi resistensi Dapson yang semakin meningkat, mengurangi ketidaktaatan pasien, menurunkan angka putus obat, dan mengeliminasi persistensi kuman kusta dalam jaringan.

Rejimen pengobatan MDT di Indonesia sesuai rekomendasi WHO 1995 sebagai berikut:

a. Tipe PB (PAUSE BASILER)

Jenis obat dan dosis untuk orang dewasa :

Rifampisin 600 mg/bln diminum didepan petugas DDS tablet 100 mg/hari diminum di rumah. Pengobatan 6 dosis diselesaikan dalam 6-9 bulan dan setelah selesai minum 6 dosis dinyatakan RFT (*Release From Treatment*) meskipun secara klinis lesinya masih aktif. Menurut WHO (1995) tidak lagi dinyatakan RFT tetapi menggunakan istilah *Completion Of Treatment Cure* dan pasien tidak lagi dalam pengawasan.

b. Tipe MB (MULTI BASILER)

Jenis obat dan dosis untuk orang dewasa:

Rifampisin 600 mg/bln diminum didepan petugas. Klofazimin 300 mg/bln diminum didepan petugas dilanjutkan dengan Klofazimin 50 mg/hari diminum di rumah. DDS 100 mg/hari diminum dirumah. Pengobatan 24 dosis diselesaikan dalam waktu maksimal 36 bulan sesudah selesai minum 24 dosis dinyatakan RFT meskipun secara klinis lesinya masih aktif dan pemeriksaan bakteri positif. Menurut WHO (1998) pengobatan MB diberikan untuk 12

dosis yang diselesaikan dalam 12-18 bulan dan pasien langsung dinyatakan RFT.

c. Dosis untuk anak

Klofazimin:

Umur, dibawah 10 tahun: Harian 50mg/2kali/minggu, Umur 11-14 tahun, Bulanan 100 mg/bln, harian 50 mg/3kali/minggu, DDS: 1-2 mg/Kg BB, Rifampisin: 10-15 mg/Kg BB

d. Pengobatan MDT terbaru

Metode ROM adalah pengobatan MDT terbaru. Menurut WHO (1998), pasien kusta tipe PB dengan lesi hanya 1 cukup diberikan dosis tunggal Rifampisin 600 mg, Ofloksasim 400 mg dan Minosiklin 100 mg dan pasien langsung dinyatakan RFT, sedangkan untuk tipe PB dengan 2-5 lesi diberikan 6 dosis dalam 6 bulan. Untuk tipe MB diberikan sebagai obat alternatif dan dianjurkan digunakan sebanyak 24 dosis dalam 24 jam.

e. Putus obat

Pada pasien kusta tipe PB yang tidak minum obat sebanyak 4 dosis dari yang seharusnya maka dinyatakan DO, sedangkan pasien kusta tipe MB dinyatakan DO bila tidak minum obat 12 dosis dari yang seharusnya.

2.9. Pencegahan Penyakit Kusta

Mengingat di masyarakat masih banyak yang belum memahami tentang penyakit kusta yang bisa menjadi hambatan bagi pelaksanaan program pemberantasan kusta termasuk dalam mengikutsertakan peran serta masyarakat, maka diperlukan upaya-

upaya pencegahan untuk dapat mengurangi prevalensi, insidens dan kecacatan penderita kusta.

1. Pencegahan primordial

Tingkat pencegahan ini adalah tingkat pencegahan yang paling baru dikenal. Tujuan dari pencegahan primordial adalah untuk menghindari kemunculan dan kepapanan di bidang sosial, ekonomi, dan pola kehidupan yang diketahui mempunyai kontribusi untuk meningkatkan risiko penyakit.

2. Pencegahan Primer

Pencegahan primer adalah pencegahan tingkat pertama, tujuannya adalah untuk mengurangi insidensi penyakit dengan cara mengendalikan penyebab-penyebab penyakit dan faktor-faktor risikonya, pencegahan ini terdiri dari :

- Promosi kesehatan
- Pemberian imunisasi

3. Pencegahan sekunder

Pencegahan ini meliputi diagnosis dini dan pemberian pengobatan:

- a. Diagnosis dini yaitu diagnosis dini pada kusta dapat dilakukan dengan pemeriksaan kulit, dan pemeriksaan syaraf tepi dan
- b. Pemberian pengobatan untuk mematikan kuman kusta. Pada tipe MB lama pengobatan 12-18 bulan dan tipe PB lama pengobatan 6-9 bulan, antara lain:
 - Tipe PB
 - Rifampisin 600mg/bulan diminum di depan petugas.

- DSS tablet 100mg/hari diminum di rumah.
- Tipe MB
- Rifampisin 600mg/bulan diminum didepan petugas.
- Klofazimin 300mg/bulan diminum depan petugas dan dilanjutkan yang 50mg/hari dirumah
- DSS 100mg/hari diminum di rumah.

4. Pencegahan tersier

Pencegahan tersier dimaksudkan untuk mengurangi kemajuan atau komplikasi penyakit yang sudah terjadi. Pencegahan tersier merupakan usaha pencegahan terakhir yang terdiri dari:

➤ Rehabilitasi medik

Diperlukan pencegahan cacat sejak dini dengan disertai pengelolaan yang baik dan benar. Untuk itulah diperlukan pengetahuan rehabilitasi medik secara terpadu, mulai dari pengobatan, psikoterapi, fisioterapi, perawatan luka, bedah rekonstruksi dan bedah septik, pemberian alas kaki, protese atau alat bantu lainnya, serta terapi okupasi.

➤ Rehabilitasi nonmedik

Meskipun penyakit kusta tidak banyak menyebabkan kematian, namun penyakit ini termasuk penyakit yang paling ditakuti diseluruh dunia. Penyakit ini sering kali menyebabkan permasalahan yang sangat kompleks bagi penderita kusta itu sendiri, keluarga, dan

masyarakat. Pada penyakit kusta ini dikenal 2 jenis cacat yaitu cacat psikososial dan cacat fisik.

- **Rehabilitasi mental**
Penyuluhan kesehatan berupa bimbingan mental, harus diupayakan sedini mungkin pada setiap penderita, keluarganya, dan masyarakat sekitarnya, untuk memberikan dorongan dan semangat agar mereka dapat menerima kenyataan ini.
- **Rehabilitasi karya**
Upaya rehabilitasi karya ini dilakukan agar penderita yang sudah terlanjur cacat dapat kembali melakukan pekerjaan yang sama, atau dapat melatih diri terhadap pekerjaan baru sesuai dengan tingkat cacat, pendidikan dan pengalaman bekerja sebelumnya
- **Rehabilitasi sosial**
Bertujuan memulihkan fungsi sosial ekonomi Hal ini sangat sulit dicapai oleh penderita sendiri tanpa partisipasi aktif dari masyarakat di sekitarnya.

2.10. Stigma Terhadap Kusta

Stigma menunjukkan “tanda” yaitu tanda yang diberikan dalam bentuk cap oleh masyarakat terhadap seseorang, orang yang terstigmatisasi menjadi berperilaku seolah-olah mereka dalam kenyataan yang memalukan atau namanya tercemar (Dayakisni, 2003).

Efek dari stigmatisasi berakibat dapat membuat masyarakat / orang lain untuk merubah persepsi dan perilaku mereka terhadap

individu yang di kenai stigma, dan pada umumnya menyebabkan orang yang dikenai stigma untuk merubah persepsi tentang dirinya serta menjadikan mereka mendefinisikan diri sendiri sebagai orang yang menyimpang.

Kusta adalah salah satu penyakit yang mempunyai stigma sosial yang tinggi. stigma sosial pada kusta dihubungkan dengan mitos dan kepercayaan terhadap penyakit kusta. Penderita kusta tidak hanya mengalami kerusakan secara fisik namun juga menderita secara psikososial karena perilaku lingkungan. Pembatasan secara fisik dan psikososial secara jangka panjang lambat laun akan menyingkirkan penderita dari masyarakat. Penderita dengan cacat mengalami ketidakmampuan untuk berperan secara normal dalam masyarakat, yang disebut sebagai pembatasan partisipasi. Hal ini secara jangka panjang akan menimbulkan pengangguran, kemiskinan, kehilangan status sosial dan harga diri penderita kusta. Kurangnya dukungan sosial dan kepercayaan diri, beberapa penderita yang tidak menjalani rehabilitasi bahkan ada yang menjadi pengemis (Kaur & Brahel, 2002).

2.11. Masalah yang Ditimbulkan Akibat Kusta

Dari segala jenis penyakit didunia ini, tidak ada satupun yang mengungguli penyakit kusta dalam hal aspek sosialnya. Dampak sosial akibat penyakit kusta sedemikian besarnya sehingga menimbulkan masalah yang sangat mendalam, tidak hanya pada penderita itu sendiri tetapi juga pada keluarga, masyarakat, antara lain:

- Masalah terhadap penderita kusta

Pada umumnya penderita kusta merasa rendah diri, merasa tekan batin, takut terhadap penyakitnya dan terjadinya kecacatan, takut menghadapi keluarga dan masyarakat karena sikap penerimaan mereka yang kurang wajar. Segan berobat karena malu, apatis, karena kecacatan tidak dapat mandiri sehingga beban bagi orang lain (jadi pengemis, gelandangan dsb).

➤ Masalah terhadap keluarga

Keluarga menjadi panik, berubah mencari pertolongan termasuk dukun dan pengobatan tradisional, keluarga merasa takut diasingkan oleh masyarakat disekitarnya, berusaha menyembunyikan penderita agar tidak diketahui masyarakat disekitarnya, dan mengasingkan penderita dari keluarga karena takut ketularan.

➤ Masalah terhadap masyarakat

Pada umumnya masyarakat mengenal penyakit kusta dari tradisi kebudayaan dan agama, sehingga pendapat tentang kusta merupakan penyakit yang sangat menular, tidak dapat diobati, penyakit keturunan, kutukan Tuhan, najis dan menyebabkan kecacatan. Sebagai akibat kurangnya pengetahuan/informasi tentang penyakit kusta, maka penderita sulit untuk diterima di tengah-terengah masyarakat, masyarakat menjauhi keluarga dari penderita, merasa takut dan menyingkirkannya. Masyarakat mendorong agar penderita dan keluarganya diasingkan.

BAB III

PEMBAHASAN

3.1 Analisa Kondisi

Penyakit kusta masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, menurut data WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2009 terdapat 670.000 penderita kusta di dunia dan Indonesia berada pada peringkat ketiga berkaitan dengan jumlah penderita kusta di dunia setelah India dan Brasil dengan angka insiden 20.968 penderita. Penyakit ini adalah salah satu penyakit menular yang timbulnya memerlukan waktu yang lama dengan penyebab kuman kusta (*Micobacterium leprae*) yang menyerang kulit dan saraf.

Jumlah penderita kusta di Indonesia di wilayah Asia adalah terbanyak kedua setelah India. Penderita kusta di Indonesia terdapat hampir di seluruh daerah dengan penyebaran yang tidak merata. Suatu kenyataan, di Indonesia Timur terdapat angka kesakitan kusta yang lebih tinggi. Penderita kusta 90% tinggal di antara keluarga mereka dan hanya beberapa persen saja yang tinggal di rumah sakit kusta, koloni penampungan atau perkampungan kusta.

Data epidemiologi kusta di Provinsi Maluku terlihat bahwa angka prevalensi kusta terus menerus mengalami perubahan, khususnya pada tahun 2010 di Provinsi Maluku tercatat memiliki 512 kasus yang terdiri dari 60 penderita tipe PB (Plausibasilar) dan 452 penderita tipe MB (Multi-basilar) dan di Kabupaten Maluku Tenggara Barat pada tahun 2010-2011 dengan jumlah penduduk 29.071 juta jiwa tercatat 167 kasus kejadian kusta yang terdiri dari tipe PB 43 dan tipe MB 124 penderita, sedangkan di wilayah kerja

Puskesmas Saumlaki tahun 2010 tercatat 31 kasus yang terdiri dari tujuh penderita PB dan 24 penderita MB, dan pada tahun 2011 tercatat sampai bulan Oktober dengan jumlah penderita 29 kasus yang terdiri dari empat tipe PB dan 25 tipe MB.

Sifat penyakit kusta secara epidemiologis, baik sumber penularan, sifat penularan maupun tingkat keterpaparan, dapat dikatakan bahwa cukup banyak orang dalam masyarakat yang terpapar kusta yang seharusnya mengalami infeksi, ternyata mereka tidak menderita penyakit tersebut. Berbagai penelitian telah dilakukan untuk menganalisis faktor-faktor yang ikut berpengaruh dalam proses terjadinya manifestasi klinik penyakit ini, yang antara lain disebutkan sebagai faktor genetik, cara penularan dan dosis *Micobacterium leprae*, sifat reaksi imunologi dari penjamu, serta faktor faal tubuh (seperti status gizi, kehamilan, status ekonomi).

Faktor sosial ekonomi merupakan salah satu karakteristik tentang faktor orang yang perlu mendapatkan perhatian sendiri. Status sosial ekonomi sangat erat hubungannya dengan pekerjaan dan jenis pekerjaan serta besarnya pendapatan keluarga, juga berhubungan dengan lokasi tempat tinggal, kebiasaan hidup keluarga termasuk kebiasaan makan, jenis rekreasi keluarga dan lain sebagainya. Status sosial ekonomi erat pula hubungannya dengan faktor psikologi individu dan keluarga dalam masyarakat. Berdasarkan hal tersebut maka peneliti mengadakan penelitian tentang faktor risiko kejadian penyakit kusta, yaitu faktor jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, kepadatan hunian dan riwayat kontak serumah di wilayah kerja Puskesmas Saumlaki.

3.2 Hasil dan Pembahasan

3.2.1 Hasil

Tabel 3.1. Distribusi Karakteristik Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Saumlaki Kabupaten Maluku Tenggara Barat

Karakteristik	Penderita kusta				Total	
	Kasus		Kontrol		N	%
	n	%	n	%		
Umur						
≥ 15 tahun	41	91,1	90	100	131	97,0
< 15 tahun	4	8,9	0	0	4	3,0
Jenis Kelamin						
Laki-Laki	36	80,0	57	63,3	93	68,9
Perempuan	9	20,0	33	36,7	42	31,1
Pendidikan						
Tidak sekolah	6	13,3	6	6,7	12	8,9
SD	3	6,7	5	5,6	8	5,9
SLTP	16	35,6	17	18,9	33	24,4
SLTA	19	42,2	51	56,7	70	51,9
Perguruan tinggi	1	2,2	11	12,2	12	8,9
Pekerjaan						
Tidak bekerja	13	28,9	29	32,2	42	31,1
Pegawai	3	6,7	21	23,3	24	17,8
Pegawai swasta	0	0	4	4,4	4	3,0
Wiraswasta	5	11,1	14	15,6	19	14,1
Petani	18	40,0	19	21,1	37	27,4
Buruh	6	13,3	3	3,3	9	6,7

Sumber : Data Primer, 2012

Tabel 3.2. Analisis Kejadian Kusta berdasarkan Faktor Risiko Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Kontak Serumah, Kepadatan Hunian di Wilayah Kerja Puskesmas Saumlaki Kabupaten Maluku Tenggara Barat

Penyakit Kusta								
Faktor Risiko	Kasus Kontrol Total						OR	95% CI
	n	%	n	%	n	%		
Jenis Kelamin							2,316	0,933-5,402
Laki-laki	36	80,057	63,3	93	68,9			
Perempuan	9	20,033	36,7	42	31,3			
Pendidikan							2,768	1,323-5,791
Rendah	25	55,628	31,1	53	39,3			
Tinggi	20	44,462	68,9	82	60,7			
Pekerjaan							3,535	1,656-7,536
Risiko tinggi	24	53,322	24,4	46	65,9			
Risiko rendah	21	46,768	75,6	89	34,1			
Kontak Serumah							2,023	0,124-33,105
Risiko tinggi	1	2,2	1	1,1	1	0,7		
Risiko rendah	44	97,889	98,9	134	99,3			
Kepadatan Hunian							7,429	2,99-18,422
Risiko tinggi	38	84,838	42,2	76	56,3			
Risiko rendah	7	15,652	57,8	59	43,7			

Sumber : Data Primer, 2012

3.2.2 Pembahasan

Jenis kelamin merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta yaitu bahwa laki-laki berisiko 2,3 kali terhadap kejadian penyakit kusta dibanding perempuan, tetapi jenis kelamin tidak bermakna secara statistik terhadap kejadian pe-nyakit kusta. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Naibaho di Rumah Sakit Kusta Pulau Sicanang Medan Belawan Sumatra Utara di temukan 108 penderita kusta, dengan pro-porsi penderita laki-laki 61,10% dan penderita perempuan 38,90%. Hasil penelitian Hutahean di Rumah

Sakit Kusta Hutasaalem Laguboti terdapat 125 penderita kusta, dengan proporsi penderita laki-laki 58,40% dan penderita perempuan 41,60%.

Jenis kelamin memengaruhi perbedaan bentuk dan proporsi tubuh dan kulit. Jenis kelamin belum diketahui sebagai pencetus langsung terjadinya penyakit kusta, tetapi berdasarkan penelitian Scollard menyatakan bahwa kejadian penyakit kusta lebih dominan pada pria yaitu sebesar 47% dan wanita sebesar 26% karena pria lebih banyak melakukan aktivitas fisik yang bisa mengakibatkan terjadi penurunan daya tahan tubuh yang bisa memungkinkan kuman kusta masuk sendiri.

Tingkat pendidikan merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta bahwa pendidikan rendah berisiko 2,8 kali terhadap kejadian penyakit kusta dibanding dengan orang yang berpendidikan tinggi, dan pendidikan bermakna secara statistik terhadap kejadian penyakit kusta. Tingkat pendidikan memengaruhi pengetahuan tentang bahaya penyakit kusta dan cara pencegahannya sehingga dengan pengetahuan yang diperoleh melalui pendidikan, dapat menjadi salah satu faktor yang dapat mencegah berbagai macam penyakit seperti juga penyakit kusta. Penelitian ini sesuai dengan teori *Health Belief Model* yang mengatakan bahwa tingkat pendidikan dapat berpengaruh terhadap kejadian kusta. Hal ini berarti bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan semakin rendah faktor risiko yang didapatkan oleh responden.

Salah satu faktor risiko kejadian penyakit kusta adalah jenis pekerjaan. Pekerjaan sebagai petani dan buruh berisiko 3,5 kali terhadap kejadian penyakit kusta dibanding dengan orang yang pekerjaannya bukan petani atau buruh dan pekerjaan bermakna

secara statistik terhadap kejadian penyakit kusta. Kejadian pada penderita kusta diduga lebih banyak terjadi pada pekerja kasar yang banyak mengeluarkan tenaga dan mengalami kelelahan fisik. Hal ini diakibatkan karena pada wilayah kerja Puskesmas Saumlaki didominasi oleh pekerja buruh pelabuhan dan tani yang tanpa kenal lelah bekerja mengeluarkan tenaga berlebihan yang akan berdampak pada penurunan stamina sehingga penderita kusta dapat mengalami stress fisik dan terjadi perubahan respon imun yang dapat memicu terjadinya ENL (*Erythema Nodosum Leprosum*).

Kelelahan fisik dan stres akibat bekerja pada penderita kusta menyebabkan gangguan umum yang dapat memicu meningkatnya respon imun seluler dan dapat terjadi reaksi kusta. Hasil ini sejalan dengan penelitian Pagolori mengatakan bahwa kelelahan fisik merupakan faktor risiko penyakit kusta. Dave menyatakan bahwa stress fisik pekerjaan berhubungan dengan terjadi ENL. Kontak serumah merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta, yaitu bahwa kontak dengan penderita yang lama berisiko 2 kali terhadap kejadian penyakit kusta dibanding dengan orang yang kontak dengan penderita hanya singkat, namun kontak serumah tidak bermakna secara statistik terhadap kejadian penyakit kusta.

Izumi melaporkan bahwa dari 70 kontak serumah yang berasal dari berbagai tempat menunjukkan adanya 7,1% positif. Sedangkan dari dua desa endemis di Sulawesi Selatan dijumpai penduduk positif secara umum sebanyak 27,7% dan 35,5% dari masing-masing desa.

Studi yang dilakukan di Indonesia selama tahun 1962 sampai tahun 1970 didapatkan lebih dari 97% yang tertular melalui kontak serumah dari 5.088 keluarga yang menderita penyakit kusta.

Seiring dengan upaya pemberantasan, program pemberantasan kusta menghadapi masalah akan banyaknya penderita yang tidak terdeteksi dalam periode yang lama. Kebanyakan penderita tersebut merupakan sumber infeksi yang berkelanjutan dan menyebabkan penularan terus berlangsung. Salah satu kegiatan program pemberantasan kusta adalah penemuan penderita secara aktif melalui pemeriksaan kontak serumah (survei kontak) dengan sasaran ditujukan pada semua anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita.

Faktor risiko kepadatan hunian dengan kejadian kusta menunjukkan bahwa hunian padat berisiko 7,4 kali terhadap kejadian penyakit kusta dan bermakna secara statistik. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kepadatan hunian pada wilayah kerja Puskesmas Saumlaki merupakan faktor risiko terhadap penyakit kusta, dimana dilihat dari segi tempat tinggal yang dihuni oleh kasus maupun kontrol masih banyak penghuni yang didalam rumah huniannya masi hidup bersama-sama beberapa keluarga yang berbeda, sehingga hal ini mengakibatkan terjadi keadaan yang tidak diinginkan seperti di dalam satu kamar bisa tidur 2 sampai 4 penghuni rumah yang tidur bersama, itupun ada yang memiliki tempat tidur dan ada juga yang tidak memilki tempat tidur dan harus tidur dilantai. Selain itu, di daerah wilayah kerja Puskesmas Saumlaki masih terdapat banyak daerah pemukiman penduduk yang kumuh dengan berbagai macam aktifitas yang berbeda-beda dan kebiasaan warga yang selalu menjual tanah ke-pada pengusaha-pengusaha sehingga perluasan wilayah pada daerah itu tidak berkembang sehingga terjadi kepadatan hunian di desa tersebut.

Kepadatan hunian akan mendukung penularan penyakit kusta bisa melalui droplet infeksi atau melalui udara, dengan

penghuni yang padat maka akan mempengaruhi kualitas udara, sehingga bila ada anggota keluarga yang menderita kusta maka anggota yang lain akan rentan tertular, tetapi kuman kusta akan inaktif bila terkena cahaya matahari, sinar ultraviolet yang dapat merusak dan mematikan kuman kusta.

Suhu di dalam rumah dipengaruhi oleh jumlah penghuni di dalam rumah dan luas rumah yang di tempati. Ketidakseimbangan antara luas rumah dan jumlah penghuni akan menyebabkan suhu di dalam rumah menjadi tinggi dan hal ini yang dapat mempercepat penularan suatu penyakit seperti penyakit kusta yang kuman penyebabnya hidup dengan baik baik pada suhu tinggi, yakni 27-30°C.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhi, N. Dkk, 1997. *Kusta, Diagnosis dan Penatalaksanaan*, FK UI, Jakarta.
- Aditama, Tjandra Y., 2002. *Tuberkulosis Diagnosis, Terapi & Masalahnya*, Ed. IV. Ikatan Dokter Indonesia. Jakarta.
- Affan, F. M. 2014. *Analisis perubahan penggunaan lahan untuk permukiman dan industri dengan menggunakan Sistem Informasi Geografis (SIG)*. *Jurnal Ilmiah Pendidikan Geografi*. 1(2):49—60.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Lampung. 2014. *Lampung dalam Angka 2014*. *Buku*. Badan Pusat Statistik Provinsi Lampung. Bandar Lampung. 423 p
- Bakri, S. 2012. *Fungsi instristik hutan dan faktor endogenik pertumbuhan ekonomi sebagai determinan pembagunan wilayah Provinsi Lampung*. Tesis. Institut Pertanian Bogor. Bogor. 219 p.
- Departemen Kesehatan RI, 2008. *Pedoman Nasional Penanggulangan TUBERKULOSIS ed.2*. Jakarta, Depkes RI
- Departemen Kesehatan RI., 2007. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. 2015. *Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2014*. *Buku*. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. Bandar Lampung. 149 p.

- Dirjen Bina Farmasi dan Alkes, 2006. *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Tuberkulosis*. Jakarta, Depkes RI.
- Dirjen Cipta Karya. 1997. Rumah dan Lingkungan Pemukiman Sehat. Departemen Pekerjaan Umum RI. Jakarta. 62 p.
- Fitriani, E. 2013. *Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian tuberkulosis paru*. *Unnes Journal of Public Health*. (2)1:1-6.
- Forest Watch Indonesia. 2011. Potret *Keadaan Hutan Indonesia Periode Tahun 2000-2009*. Forest Watch Indonesia. Buku. Bogor. 129 p.
- Graber, Mark A, 1998, *Buku Saku Kedokteran university of IOWA*, EGC, Jakarta
- Harahap, M. 1997. *Diagnosis and Treatment of Skin Infection*, Blackwell Science, Australia
- Juall, Lynda, 1999 *Rencana Asuhan Keperawatan Dan Dokumentasi Keperawatan Edisi II*, EGC. Jakarta.
- Kalsum, U. 2014. *Analisis faktor risiko dan gambaran pemetaan kejadian tuberkulosis paru di Kabupaten Enrekang*. Tesis. Universitas Hasanuddin. Makasar. 127 p
- Kaur dan Van Brankel. 2002. *Dehabilitation of Leprosy Affected People a Study On Leprosy Affected Beggars*. Diakses dari: www.leprahealthnaction.org. Tanggal akses 10 November 2013.

- Keman, S. 2005. *Kesehatan pemukiman dan lingkungan pemukiman. Jurnal Kesehatan Lingkungan*. 2(1):29—42
- Mansjoer, Arif, 2000, *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 2 Ed. III*, media Aescualpius, Jakarta.
- Pratama, Y. C. 2014. *Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kemiskinan di Indonesia. Jurnal Bisnis dan Management*. 4(2):210—223.
- Purbawiyatna, A., H. Kartodihardjo, H. S. Alikodra, dan L. B. Prasetyo. 2012. *Analisis kebijakan pengelolaan hutan rakyat untuk mendorong fungsi lindung. JPSL*. 2(1):1— 10.
- Rauf, A., Rahmawaty, dan D. B. T. J. Said. 2013. *Sistem pertanian terpadu di lahan pekarangan mendukung ketahanan pangan berkelanjutan dan berwawasan lingkungan. Jurnal online Pertanian Tropik Pasca Sarjana FP USU*. 1(1):1—8.
- Reuters Health Information. Direct nucleic acid amplification testing improves TB diagnosis. Medscape Medical News* [serial online]. June 6, 2013; Accessed June 17, 2013
- Rosari, R., Bakri1 S., Santoso, T., dan Wardani. 2017. *Pengaruh Perubahan Penggunaan Lahan Terhadap Insiden Penyakit Tuberkulosis Paru: Studi Di Provinsi Lampung. Jurnal Sylva Lestari* 5 (1):71—80
- Ruswanto, B. 2010. *Analisis spasial sebaran kasus tuberkulosis paru ditinjau dari faktor lingkungan dalam dan luar rumah di Kabupaten Pekalongan*. Tesis. Universitas Diponegoro. Semarang. 182 p.

- Trihono dan R. Gitawati. 2009. *Hubungan antara penyakit menular dengan kemiskinan di Indonesia. Jur. Peny. Mlr. Indo.* 1(1):38—42
- Wardani, D. W. S. R. 2014. *Peningkatan determinan sosial dalam menurunkan kejadian tuberkulosis paru. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional.* 1(9):39—43
- Wardani, D. W. S. R. 2015. *Determinan kondisi rumah penderita tuberkulosis paru di Kota Bandar Lampung. Jurnal Kesehatan Unila.* 5(9):23—27.