

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Pengertian Kusta

Kusta atau kustha dalam bahasa Sansekerta artinya kumpulan dari gejala-gejala kulit yang terjadi secara umum. dr. Gerhard Armauer Henrik Hansen merupakan orang pertama yang mengidentifikasi bakteri yang bisa menyebabkan penyakit kusta di bawah mikroskop sehingga penyakit ini disebut juga penyakit Morbus Hansen. Kusta merupakan penyakit menular akibat infeksi kronik oleh bakteri *Mycobacterium leprae* (Kemenkes RI, 2018:1). Bakteri tersebut mula-mula menyerang saraf perifer sebagai afilias pertamanya, kemudian menyerang kulit dan mukosa traktus respiratorius bagian atas serta dapat menyerang organ lain selain saraf pusat (Wisnu et al., 2017:87).

2. Patogenesis Kusta

Mycobacterium leprae dapat menyerang mukosa mulut, mukosa hidung, dan mukosa faring, testis, ginjal, otot polos, endotel pembuluh darah dan sistem retikulo endotial. Bakteri tersebut dapat masuk ke tubuh manusia melalui sistem pernapasan namun ketika orang terinfeksi, hanya sebagian kecil orang yang menunjukkan tanda-tanda penyakit kusta dan memiliki patogenisitas rendah serta walaupun terjadi infeksi, sebagian besar penduduk tidak terserang penyakit kusta. Saat *Mycobacterium leprae* masuk ke dalam tubuh manusia, basil akan bermigrasi ke jaringan saraf dan masuk ke sel schwann. Bakteri tersebut juga ditemukan di makrofag, sel endotel pembuluh darah, dan sel otot. Setelah bakteri memasuki sel schwann/makrofag, hidup bakteri bergantung pada resistensi individu yang terinfeksi terhadap bakteri tersebut. Secara perlahan basil mulai berkembang biak

sekitar 12-14 hari setiap satu bakteri untuk melakukan pembelahan menjadi dua di dalam sel, dilepaskan dari gejala kusta. Saat basil berkembang biak, bakteri memiliki beban yang meningkat di dalam tubuh dan infeksi akan dikenali oleh sistem imunologis. Limfosit dan histiosit (makrofag) menyerang jaringan yang terinfeksi sebagai sistem pertahanan diri agar tidak lanjut menjadi penyakit kusta. Manifestasi klinis akan muncul pada tahap ini sebagai keterlibatan antara saraf dengan gangguan sensasi atau terjadi bercak kulit. Jika hal ini tidak didiagnosa dan diobati secara dini atau pada tahap awal, perkembangan penyakit lebih lanjut akan ditentukan oleh kekuatan respons imun yang dimiliki oleh orang tersebut (Mawardi, 2018:9).

3. Epidemiologi Kusta

Epidemiologi kusta dapat dideskripsikan berdasarkan teori terjadinya penyakit yaitu teori Triad Epidemiology menurut Jhon Gordon dan La Richt (1950) dalam Irwan (2017:47). Teori tersebut menjelaskan bahwa timbulnya suatu penyakit/masalah kesehatan akibat dari ketidakseimbangan dari faktor *agent* (penyebab), *host* (pejamu), dan *environment* (lingkungan). Faktor *agent* (penyebab), *host* (pejamu), dan *environment* (lingkungan) pada kusta, antara lain:

a. Agent

Agent *Mycobacterium leprae* merupakan penyebab penyakit kusta. Bakteri tersebut termasuk bakteri aerob, tidak membentuk spora, berbentuk batang, dikelilingi oleh membrane sel lilin, memiliki panjang 1-8 mikro lebar 0,2- 0,5 mikro, hidup dalam sel (Kemenkes RI, 2018: 1-2). Bakteri tersebut tahan asam dan alkohol serta bersifat gram positif. Ordo taksonomi bakteri tersebut adalah Actinomycetales, dengan family Mycobacteriaceae. Bentuknya sedikit melengkung dan mereplika dengan

cara melakukan pembelahan biner (Widasmara, 2018:11-12). Bakteri tersebut dapat berkembangbiak dalam waktu 2-3 minggu, mampu bertahan diluar tubuh manusia selama 9 hari dan dalam membelah dalam jangka 14-21 hari dengan masa inkubasi rata-rata dua hingga lima tahun bahkan lebih dari 5 tahun, setelah 5 tahun gejala kusta akan muncul (Kemenkes RI, 2018: 1-2). Bakteri tersebut hidup intraseluler serta memiliki afinitas yang besar pada sel saraf (Schwan cell) dan sel dari sistem retikulo endotelial (Kemenkes RI, 2018:9).

b. Host

Host pada penyakit kusta adalah manusia. Faktor manusia pada penderita kusta (Permenkes RI No.11 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Kusta:20- 21), antara lain:

1. Umur

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sari dan Darmada (2018:3) menunjukkan bahwa mayoritas atau 97,4% penderita kusta berumur ≥ 15 tahun. Usia 15-64 tahun merupakan kategori usia produktif (Kemenkes, 2019:6). Penelitian yang dilakukan oleh Meiningtyas dan Hargono (2018:259) juga menunjukkan hasil bahwa sebagian besar penderita kusta berada pada kelompok umur produktif yaitu sebesar 61,3%. Hal ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Manyullei et al (2012:12) sebagian besar atau 78,4% berumur ≥ 15 tahun saat pertama kali terdiagnosa menderita kusta. Usia produktif tersebut merupakan fase dimana seseorang lebih banyak terpapar oleh faktor eksternal (lingkungan) yang berpotensi terhadap penularan kusta.

2. Jenis kelamin

Beberapa daerah di Indonesia, laki-laki memiliki tingkat terkena kusta dua kali lebih tinggi dari perempuan. Jumlah penderita kusta yang berjenis kelamin laki-laki tahun 2018 sebanyak 10.678 kasus dan perempuan sebanyak 6.339 kasus. Jumlah penderita kusta yang berjenis kelamin laki-laki tahun 2018 tertinggi berada di Provinsi Jawa Timur yaitu 1.977 kasus. Begitu juga pada penderita kusta yang berjenis kelamin perempuan tahun 2018 tertinggi berada di Provinsi Jawa Timur yaitu 1.282 kasus. (Kemenkes RI, 2019:505). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sari dan Darmada (2018:3) menunjukkan bahwa 65,8% penderita kusta berjenis kelamin laki-laki. Hal ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Ranjan et al (2015:123) menunjukkan hasil bahwa 66,96% penderita kusta berjenis kelamin laki-laki. Hal ini bisa berkaitan dengan peluang perempuan yang lebih banyak tinggal di rumah sehingga lebih sedikit kesempatan untuk tertular kusta. Laki-laki lebih banyak terpapar faktor risiko sebagai akibat dari gaya hidup yang dijalannya sehingga laki-laki lebih berisiko terpapar penyakit menular seperti kusta (Saju dan Muntasir, 2018:204).

3. Faktor sosial ekonomi

Penyakit kusta terdapat diberbagai negara diseluruh dunia, terutama di wilayah Asia, Afrika, Amerika Latin, daerah tropis dan subtropis. Penyakit kusta dapat menyerang masyarakat dengan keadaan sosial ekonomi yang rendah. Semakin rendah keadaan sosial ekonominya maka semakin berat penyakitnya, sebaliknya apabila keadaan sosial ekonominya tinggi dapat membantu penyembuhannya (Wisnu et al., 2017:87).

4. Pendidikan

Penelitian yang dilakukan oleh Salju & Rulianti (2018:204), menunjukkan hasil bahwa pendidikan memiliki pengaruh terhadap kejadian kusta dimana orang berpendidikan rendah memiliki risiko 5,56 kali tertular penyakit kusta. Kondisi ini disebabkan oleh pengetahuan yang rendah sehingga membuat lambatnya dalam pencarian pengobatan yang dapat berakibat fatal pada kecatatan jika tidak secara dideteksi secara dini. kontak atau saling bersentuhan semakin meningkat. Riwayat kontak serumah lebih berisiko tertular penyakit kusta. Hal ini sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh Siswanti & Wijayanti (2018:359) menunjukkan adanya risiko 6,98 kali lebih besar terkena penyakit kusta ketika memiliki riwayat kontak dengan penderita kusta. Riwayat kontak serumah memiliki hubungan dengan kejadian kusta karena terjadi kontak yang lama dan terjadi secara terus menerus baik kontak secara fisik ataupun udara.

5. Lama Kontak

Lama kontak memiliki pengaruh terhadap kejadian kusta. Orang yang memiliki lama kontak dengan penderita ≥ 1 tahun berisiko 2,29 kali tertular penyakit kusta. Kedekatan dan kontak secara terus menerus diyakini dapat meningkatkan risiko penyakit kusta karena semakin dekat hubungan keluarga dengan penderita kusta maka risiko terkena penyakit kusta semakin tinggi (Zuhdan, et al. 2017:95). Penelitian yang di lakukan oleh Aprizal, et al. (2017:430) menunjukkan hasil bahwa orang yang kontak dengan penderita kusta selama 4 sampai 10 tahun berisiko lebih besar terkena penyakit kusta daripada kontak selama <4 tahun.

6. Pekerjaan

Pekerjaan dengan penghasilan rendah cenderung hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan makan sehari-hari, sehingga cenderung tidak bisa mengakses pelayanan kesehatan dan tidak bisa memperbaiki kondisi rumah untuk menjadi rumah sehat. Seseorang yang tidak memiliki pekerjaan dan lebih banyak tinggal di rumah mengakibatkan banyak waktu yang digunakan bersama hal ini dapat meningkatkan risiko kontak fisik dan udara dengan penderita kusta dan menyebabkan penularan kusta lebih mudah (Siswanti & Wijayanti, 2018:359).

C. Environment

Kejadian kusta tersebar diseluruh dunia terutama di negara tropis dan subtropis. Data *World Health Organization* (2019:391-394) menyatakan bahwa ada 208.619 kasus baru yang terdaftar dari 159 negara di tahun 2018 secara global. Sejak tahun 2009 sampai 2018 kasus baru mengalami penurunan secara perlahan dari 244.796 menjadi 208.619 dengan NCD (*New Case Detection*) sebesar 2,74 per 100.000 penduduk. Tren dalam mendeteksi kasus baru kusta dari tahun 2009-2018 tertinggi berada di wilayah Asia Tenggara. India, Brazil, dan Indonesia secara bersama-sama merupakan negara penyumbang 79,6% beban kasus baru secara global. India berada pada tingkat tertinggi pertama yang memiliki 120.334 kasus baru, kedua tertinggi adalah Brazil dengan 28.660 kasus baru, dan ketiga adalah Indonesia dengan 17.017 kasus baru di tahun 2018. Jawa Timur merupakan provinsi tertinggi yang menyumbang jumlah kusta kasus baru di Indonesia, yaitu 3.259 kasus baru pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2019:505).

a. Tempat Pelayanan Kesehatan

Penelitian yang dilakukan oleh Efrizal, et al. (2016:350), menunjukkan hasil bahwa masyarakat yang tinggal dengan jarak lebih dari 3 kilometer dari puskesmas lebih berisiko karena masyarakat umum dan penderita kusta khususnya cenderung tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik dan tidak ada transportasi umum menuju ke puskesmas akan membuat masyarakat kalangan tertentu tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik. Akses menuju pelayanan kesehatan berperan dalam penyembuhan penderita kusta. 2)

b. Tempat Tinggal Penderita Kusta.

Penelitian yang dilakukan oleh Idayani, et al.(2017:124) menunjukkan hasil bahwa, 89,5% tempat tinggal penderita kusta memiliki rumah tidak sehat. Diketahui sebagian besar tempat tinggal penderita kusta memiliki komponen fisik yang kurang baik seperti lantai dan dinding tidak kedap air, jendela dan ventilasi rumah <10 luas lantai, dan kurangnya cahaya yang masuk ke dalam rumah sehingga mengakibatkan kelembaban yang tinggi. Kondisi ini dapat berpengaruh pada kondisi penghuni rumah dan dapat menjadi media berkembangnya penyakit menular seperti bakteri bakteri *Mycobacterium leprae*. 84,2% tempat tinggal penderita kusta berada di dekat area persawahan.

c. Kepadatan Hunian

Kepadatan hunian memiliki hubungan dengan kejadian kusta. Risiko 6,98 lebih besar terkena penyakit kusta ketika tidak memiliki kepadatan hunian kamar yang memenuhi syarat. Kondisi kamar dengan kepadatan hunian

tidak memenuhi syarat meningkatkan risiko kejadian kusta karena akan meningkatnya adanya kontak fisik maupun udara dengan penderita kusta. Kondisi tersebut akan mendukung bakteri kusta dapat secara optimal untuk berkembang dan meningkatkan terjadinya penularan penyakit kusta (Siswanti & Wijayanti, 2018:357).

d. Kepadatan Penduduk

Kepadatan penduduk adalah jumlah penduduk yang ada di suatu daerah dibagi dengan luas daratan pada daerah tersebut dan dinyatakan dalam per kilometer persegi (per km²). Semakin tinggi angkanya berarti semakin padat penduduk pada daerah tersebut. Penelitian yang dilakukan oleh Nurmala & Sari (2019:96) menunjukkan bahwa kepadatan penduduk tinggi memiliki risiko tinggi terhadap kusta. Kepadatan penduduk tinggi memiliki risiko lebih tinggi untuk perkembangan kusta di masa depan (Sari & Nurmala, 2019:17). Penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan et al., (2018:8) menggambarkan bahwa 56% penderita kusta berada di daerah dengan kepadatan penduduk yang tinggi namun kepadatan penduduk tidak memiliki hubungan dengan kejadian kusta.

D. Tanda-Tanda dan Tipe Kusta

Klasifikasi kusta didasari oleh gambaran klinis dan hasil pemeriksaan Basil Tahan Asam (BTA) melalui pemeriksaan kerokan pada jaringan kulit. Klasifikasi tersebut sesuai dengan kriteria dari World Health Organization (WHO) yang dapat dibagi menjadi 2 tipe kusta (Permenkes RI No.11 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Kusta:49-50)

Tabel 2.1 Tanda-tanda kusta pada tipe Pausibasiler (PB) dan Multibasiler (MB)

Tanda-Tanda Kusta	Tipe Pausibasiler (PB)	Tipe Multibasiler (MB)
Terdapat lesi pada kulit (bercak lesi berbentuk datar, papul, ataupun nodus)	Terdapat lesi dengan jumlah lesi 1-5 Hipopigmentasi atau eritema Distribusi berbentuk asimetris Hilangnya rasa/sensasi yang jelas	Terdapat lesi dengan jumlah lesi >5 Distribusi simetris Hilangnya rasa/sensasi yang tidak jelas
Terjadi kerusakan pada saraf (terdapat rasa mati/kurang terasa dan/atau terjadi kelemahan otot yang dipersarafi saraf yang terinfeksi)	1 saraf	>1 saraf
Pemeriksaan slit skin smear menunjukkan hasil BTA	Negatif	Positif

Sumber: Permenkes RI No.11 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Kusta:49-50 dan
Widasmara (2018:16)

E. Diagnosis Kusta

Diagnosis kusta dapat ditegakkan apabila terdapat satu dari tanda-tanda utama (cardinal signs) (Permenkes No 11 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Kusta:47-49). Tanda-tanda tersebut, antara lain:

- Terdapat kelaian pada kulit atau terjadinya lesi berbentuk hipopigmentasi ataupun eritema yang mati rasa.
- Terjadinya penebalan pada saraf tepi disertai gangguan fungsi saraf sebagai akibat dari peradangan saraf tepi (neuritis perifer) kronis. Gangguan ini dapat berupa gangguan fungsi sensoris (anestesi), gangguan fungsi motoris

(paresis atau paralisis pada otot), dan gangguan fungsi otonom (kulit terlihat kering atau anhidrosis dan noda fisura).

c. Hasil kerokan jaringan kulit (*slit skin smear*) di dalamnya terdapat Basil Tahan Asam (BTA).

d. Apabila masih ragu dalam mendiagnosis kusta berdasarkan tanda-tanda utama tersebut maka dapat dianggap sebagai penderita kusta yang dicurigai (suspek/tersangka). Tanda-tanda suspek/tersangka kusta sebagai berikut:

e. Tanda-tanda pada kulit

1. Bercak kulit yang berbentuk eritema atau hipopigmentasi, datar atau timbul, disertai dengan tidak adanya rasa gatal, dan mengkilap atau kering bersisik.
2. Terdapat kelainan kulit yang tidak dapat berkeringat (anhidrosis) dan/atau tidak terdapat rambut pada alis mata (madarosis)
3. Terjadinya pembengkakan atau penebalan di wajah dan cuping telinga.
4. Timbul lepuh atau luka tanpa adanya rasa nyeri di tangan dan kaki.

f. Tanda-tanda pada saraf

1. Adanya rasa nyeri dan/atau spontan pada saraf.
2. Adanya rasa kesemutan, tertusuk-tusuk, dan rasa nyeri pada anggota gerak tubuh.
3. Terjadinya kelemahan pada anggota gerak dan/atau kelompok mata.
4. Terdapat disabilitas (deformitas).
5. Terjadinya luka (ulkus) yang sulit disembuhkan.

g. Diagnosis kusta dapat dilakukan melalui pemeriksaan yang teliti dan

lengkap. Pemeriksaan tersebut, antara lain:

1. Dilakukan anamnesis termasuk riwayat kontak.

- a. Dilakukan pemeriksaan fisik Pemeriksaan pada kulit/dermatologis.

Pemeriksaan kulit/dermatogis merupakan pemeriksaan pada kulit melalui bercak putih yang tidak memiliki rasa/mati rasa dan merah.

- b. Pemeriksaan pada saraf tepi

Pemeriksaan pada saraf tepi adalah pemeriksaan yang dilakukan pada saraf tepi dengan cara meraba saraf tepi yaitu saraf ulnaris, peroneus communis, dan tibialis posterior. Pemeriksaan ini dilakukan secara sistematis pada mata, tangan, dan kaki.

2. Dilakukan pemeriksaan bakteriologi dan penunjang lainnya.

Pemeriksaan bakteriologis dapat dilakukan dengan cara membuat kerokan jaringan kulit (*skin smear*) yaitu pemeriksaan sediaan yang didapat dari sayatan dan kerokan tersebut lalu diberi pewarnaan tahan asam agar terlihat keberadaan bakteri *Mycobacterium leprae*.

Sarana labolatorium dan tenaga kesehatan yang memiliki keterampilan khusus dibutuhkan dalam pemeriksaan ini. Apabila hal tersebut tidak tersedia maka observasi dilakukan selama 3-6 bulan.

Pemeriksaan penunjang lainnya bisa dilaksanakan di rumah sakit rujukan yang ada fasilitas terkait. Pemeriksaan yang bisa dilakukan tersebut antara lain pemeriksaan histopatologi, serologis, *Polimerase Chain Reaction* (PCR).

f. Cara Penemuan Kasus Kusta

Cara penemuan kasus penderita kusta dapat dilakukan sebagai berikut (Kemenkes RI, 2018:25-28):

a. Sukarela

Sukarela merupakan cara penemuan kasus penderita kusta yang dilakukan secara pasif atau pasien yang ditemukan dikarenakan datang ke pelayanan kesehatan/puskesmas atas kehendak sendiri atau saran dari orang lain.

b. Pemeriksaan kontak serumah

Pemeriksaan kontak serumah merupakan kegiatan penemuan kasus kusta dengan mengunjungi tempat tinggal/rumah pasien yang baru ditemukan. Tujuan dari pemeriksaan kontak serumah adalah meningkatkan kesadaran dan dukungan dari anggota keluarga agar pasien dapat melakukan pengobatan dengan baik dan tidak ada diskriminasi terhadap pasien. Selain itu, bertujuan untuk menemukan pasien baru sejak dini. Sasaran dari pemeriksaan kontak serumah adalah semua anggota keluarga pasien yang tinggal serumah atau tetangga di sekitarnya. Kegiatan pemeriksaan kontak serumah dilakukan paling lambat dalam waktu 3 bulan.

c. LEC (*Leprosy Elimination Campaign*)

LEC (*Leprosy Elimination Campaign*) merupakan kegiatan penemuan kasuskusta yang memiliki tujuan meningkatkan komitmen dan dukungan dari politis ataupun pemangku kepentingan di wilayah setempat. Dapat meningkatkan partisipasi dari masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian penyakit kusta. Selain itu, bertujuan untuk meningkatkan

kemampuan petugas kesehatan di pelayanan kesehatan/puskesmas/bidan desa dalam pengendalian kusta serta ditemukannya dan diobatinya kasus kusta. Pelaksanaan LEC dapat dilakukan saat pertemuan dengan kepala dinas kesehatan kabupaten dengan menjelaskan kegiatan LEC, membuat suatu perencanaan pertemuan dengan lintas sektor. Bisa dilaksanakan dengan membuat pelatihan tenaga kesehatan di puskesmas dan pertemuan kecamatan. Selain itu, bisa dilaksanakan dengan mengadakan pertemuan kepala desa/kader desa yang membahas peningkatan pengetahuan tentang penyakit kusta.

d. RVS (*Rapid Village Survey*)

RVS (*Rapid Village Survey*) merupakan kegiatan penemuan kasus kusta dengan tujuan untuk meningkatkan partisipasi dan kesadaran masyarakat, meningkatnya partisipasi dan pengetahuan petugas kesehatan, dan ditemukannya kasus baru pada lingkup kecil/desa. Sasaran dari RVS adalah dusun atau kelompok potensial masyarakat desa/kelurahan atau unit yang lebih kecil.

g. Tingkat Kecacatan Kusta

Tingkat kecacatan/disabilitas kusta menurut *World Health Organization* (WHO) ada 3 tingkat yaitu tingkat 0, 1, dan 3 (Permenkes RI No.11 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Kusta:25)

Tabel 2.2 Tingkat Kecacatan/Disabilitas Kusta Menurut WHO

Tingkat	Mata	Telapak Tangan/Kaki
Kecamatan		
0	Tidak ada kelainan pada mata	Tidak ada disabilitas akibat kusta

1	Ada kerusakan anestesi pada kornea, tetapi gangguan tidak berat pada visus (Visus > 6/60: masih dapat menghitung jari dari jarak 6 meter)	Anestesi, kelemahan otot. (Tidak ada kecacatan/ kerusakan)
2	Lagoftalmos, iridosiklitis, opasitas terdapat pada kornea serta gangguan visus berat (visus <6/60: tidak mampu menghitung jari dari jarak 6 meter)	Ada disabilitas/ kerusakan yang terlihat seperti ulkus, jari kiting, dan kaki semper.

Sumber: Permenkes RI No.11 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Kusta:25

Kerusakan atau deformitas pada telapak tangan/kaki termasuk ulserasi, mutilasi, absorbs, dan kontraktur. Kerusakan Kerusakan atau deformitas pada mata termasuk anestesi kornea, lagoftalmos, dan iridosklitis (Wisnu et al., 2017:102). Pencegahan disabilitas dapat dilakukan dengan penemuan dini penderita kusta sebelum terjadinya disabilitas yaitu dengan cara active case finding (penemuan penderita kusta secara aktif). Pencegahan disabilitas dapat dilakukan dengan melakukan pengobatan pada penderita kusta dengan (Multidrug Treatment) MDT sampai (Release From Treatment) RFT (Permenkes RI No.11 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Kusta:64).

h. Release From Treatment (RFT)

Release From Treatment (RFT) atau angka kesembuhan yang artinya seorang penderita kusta dinyatakan sehat dan selesai dari pengobatan. Angka ini sangat penting untuk menunjukkan kualitas dari tatalaksana pasien dan kepatuhan pasien untuk minum obat. RFT digunakan untuk keperluan analisa pengobatan yaitu analisa kohort atau analisa yang digunakan untuk mempelajari angka kesakitan yang berubah menurut waktu dimana data kasus kusta dapat dikelompokkan berdasarkan waktu dimana pasien memulai pengobatan Multidrug

Therapy (MDT) dan monitoring selama masa pengobatan, yaitu pengobatan selama 6-9 bulan untuk pasien dengan tipe kusta Pausibasiler (PB) dan pengobatan selama 12-18 bulan untuk pasien dengan tipe kusta Multibasiler (MB) (Kemenkes RI, 2012:63).

i. Pencegahan dan Pengendalian Kusta

Pencegahan dan pengendalian kusta dilakukan sebagai upaya penanggulangan kusta (Permenkes RI No.11 Tahun 2019 tentang Penanggulan Kusta:5-9) antara lain:

1. Promosi kesehatan

Promosi kesehatan dalam upaya pencegahan dan pengendalian kusta yaitu melakukan pemberdayaan pada masyarakat untuk berperan aktif dalam mendukung perubahan perilaku dan lingkungan ke arah yang lebih sehat. Kegiatan promosi kesehatan yang bisa dilakukan yaitu memberikan informasi terkait dengan tanda-tanda ataupun gejala yang timbul secara dini pada penyakit kusta dan cara mencegahnya; mempengaruhi masyarakat mulai dari individu, keluarga, ataupun kelompok-kelompok untuk tidak melakukan stigma dan diskriminasi pada orang yang menderita kusta; mempengaruhi pemilik kebijakan untuk mendapatkan dukungan kebijakan dalam menanggulangi kusta, menghilangkan stigma dan diskriminasi serta dari segi biaya; dan membantu masyarakat untuk dapat berperan aktif dalam penemuan kasus dan tata laksana penderita kusta, pelaksanaan pemberian obat kemoprofilaksis dan kegiatan penelitian pengembangan kusta.

2. Surveilans Kesehatan

Kegiatan surveilans kesehatan dalam upaya pencegahan dan pengendalian kusta yaitu digunakan untuk penemuan kasus dan penanganan secara dini serta dapat mengetahui besaran masalah kusta yang ada di suatu wilayah. Kegiatan surveilans dapat dilakukan dalam bentuk pengumpulan data, pengolahan data, analisis data, dan diseminasi informasi. Kegiatan surveilans dilakukan oleh pengelola program di fasilitas pelayanan kesehatan, dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dinas kesehatan daerah provinsi sampai di kementerian kesehatan.

3. Kemoprofilaksis

Kemoprofilaksis digunakan untuk mencegah penularan kusta dimasyarakat pada orang yang kontak dengan penderita kusta. Kemoprofilaksis dilaksanakan dalam bentuk memberikan obat rifampisin dosis tunggal pada orang yang kontak dengan penderita kusta (penduduk yang menetap minimal 3 bulan di daerah dengan penderita kusta, berusia lebih dari 2 tahun, tidak dalam terapi rifampisin dalam 2 tahun terakhir, tidak sedang dalam masa perawatan di rumah sakit, tidak mempunyai kelainan seperti kelainan fungsi ginjal dan hati, bukan suspek penyakit menular seperti tuberculosis, kusta/terdiagnosis kusta, dan bukan masyarakat yang memiliki usia lanjut dengan gangguan pada kognitifnya). Obat rifampisin wajib diminum langsung di depan petugas kesehatan pada saat diberikan.

4. Tata laksana penderita kusta

Tata laksana penderita kusta dilakukan untuk mengobati secara dini pada penderita kusta dan mencegah timbulnya disabilitas yang ditimbulkan akibat kusta. Tata laksana penderita kusta ini dapat dilakukan dalam bentuk

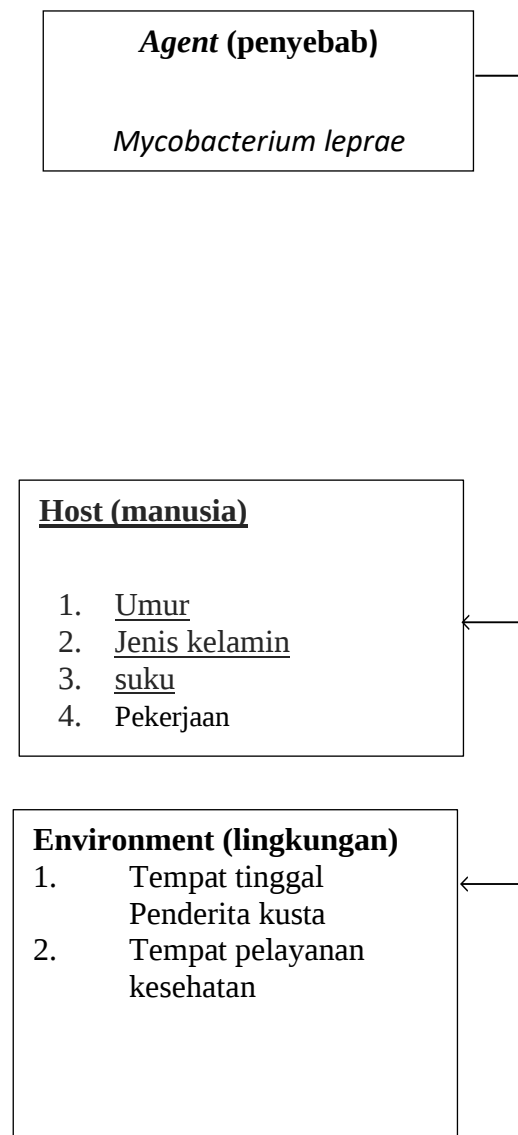
penegakan diagnosis, pemberian obat dan pencegahan serta penanggulangan disabilitas.

j. Pengobatan Kusta

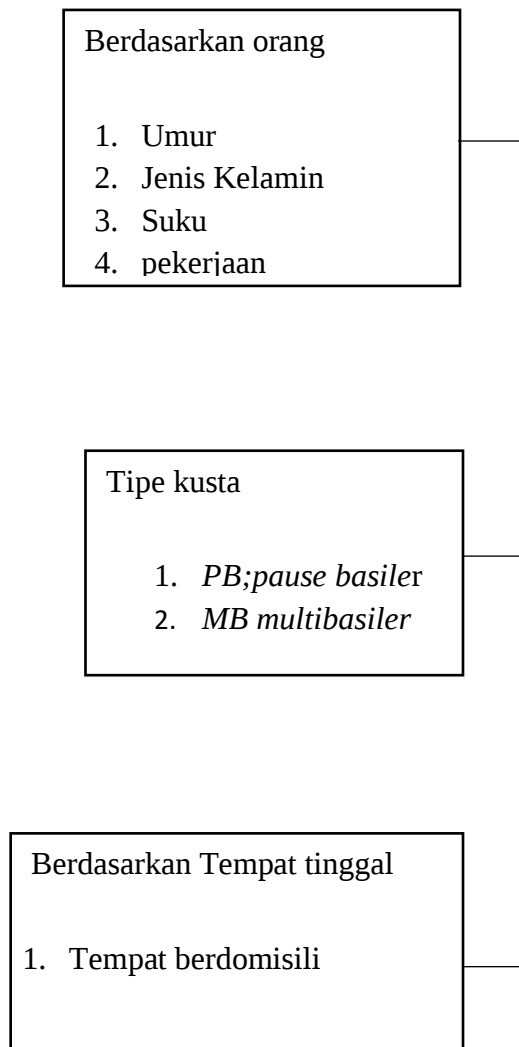
DDS (*diaminodifenil sulfon*) merupakan obat anti kusta yang paling banyak digunakan untuk pengobatan kusta setelah itu obat klofazimin dan rifampisin. Sejak tahun 1948 DDS mulai digunakan dan Indonesia baru menggunakannya pada tahun 1952. WHO (*World Health Organization*) menambahkan 3 jenis antibiotik pada tahun 1998, yaitu ofloksasin, minosiklin, dan klaritromisin. MDT (*Multidrug treatment*) digunakan untuk mencegah resistensi pada pengobatan kusta sejak tahun 1971. MDT memiliki manfaat untuk mencegah dan mengobati resistensi obat, memperpendek masa pengobatan, mempercepat pemutusan dari mata rantai penularan kusta. Hal-hal yang harus diperhatikan ketika menyusun kombinasi obat yaitu efek terapeutik obat, efek samping obat, ketersediaan obat, harga obat, dan kemungkinan penerapannya. DDS adalah obat anti kusta yang paling murah dan banyak dipakai sehingga obat ini sesuai dengan para penderita yang ada di negara berkembang dengan sosial ekonomi yang rendah (Wisnu et al., 2017:97).

B. Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini disusun berdasarkan modifikasi dari teori triad epidemiologi menurut Jhon Gordon dan La Richt (1950) dalam Irwan (2017), WHO, dan Hadi & Kumalasari (2018). Tujuan umum dalam penelitian ini adalah menggambarkan epidemiologi spasial penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Sentani Kabupaten Jayapura tahun 2020-2022. Berdasarkan teori triad epidemiologi menurut Jhon Gordon dan La Richt (1950) dalam Irwan (2017) menjelaskan bahwa teori tersebut dapat menggambarkan interaksi antara tiga komponen penyebab timbulnya suatu penyakit, meliputi agent (penyebab), host (manusia), dan environment (lingkungan).



C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Menurut Hadi & Kumalasari (2018) faktor risiko kejadian kusta meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, jenis pekerjaan, riwayat kontak, personal hygiene, status gizi, status ekonomi, lama kontak, genetik, vaksinasi BCG, tempat tinggal penderita kusta, kepadatan penduduk, tempat pelayanan kesehatan, dan kepadatan hunian. Cara penemuan kusta terdiri dari sukarela, pemeriksaan kontak serumah, pemeriksaan kontak intensif, survei anak sekolah, LEC/RVS, dan lain- lain. Seseorang yang menderita kusta akan dibagi menjadi 2 tipe kusta yang diderita antara lain tipe *pausibasiler* (PB) dan *multibasiler* (MB), tingkat kecacatannya akan dikategorikan menjadi 3 tingkatan yaitu cacat tingkat 0, 1, dan 2, apabila penderita kusta telah sehat maka dinyatakan dengan *Release From Treatment* (RFT). Program eliminasi kusta mendapat rekomendasi dari WHO yaitu merekomendasikan penggunaan Sistem Informasi Geografis (SIG) melalui analisis spasial dengan bantuan software (*Quantum Geographic Information System*) untuk memberikan gambaran *Multidrug Therapy* (MDT) khususnya pada RFT, menggambarkan epidemiologi dari waktu ke waktu, distribusi spasial dan keparahan penyakit, mengidentifikasi kantong endemi, mengungkapkan tren, dan menunjukkan daerah yang membutuhkan kebutuhan sumber daya tambahan untuk mendukung eliminasi kusta.

Variabel personal hygiene, status gizi, status ekonomi, lama kontak, genetik, vaksinasi BCG, dan kepadatan hunian tidak diteliti dikarenakan keterbatasan penelitian. Penelitian ini terbatas pada data sekunder yang mengakibatkan variabel di atas tidak tersedia secara lengkap sehingga tidak diteliti oleh peneliti. Variabel tempat pelayanan kesehatan pada penelitian ini hanya ada satu yaitu Puskesmas Sentani sehingga tidak diteliti oleh peneliti dikarenakan pelayanan kesehatan hanya terfokus pada puskesmas tersebut.

