

Laporan Kasus

PENATALAKSANAAN PENYAKIT KUSTA DENGAN KECACATAN DERAJAT II PADA LAKI LAKI USIA 42 TAHUN MELALUI PENDEKATAN DOKTER KELUARGA

Rizky Arif Prasetyo¹, Fitria Saftarina²

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran,
Universitas Lampung, Lampung

²Departemen Kedokteran Komunitas-Okupasi, Fakultas
Kedokteran Universitas Lampung, Lampung

ABSTRAK

Pendahuluan: Penyakit kusta adalah suatu penyakit menular menahun yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* yang bersifat intraseluler obligat. Bakteri menyerang saraf perifer sebagai afinitas pertama. Kusta selama ini menimbulkan masalah yang sangat kompleks, bukan hanya dari segi medis melainkan meluas sampai masalah sosial, ekonomi, dan budaya. Hal ini disebabkan karena kusta yang tidak terdiagnosis dan diobati secara komprehensif dapat mengakibatkan kecacatan menetap pada penderita.

Ilustrasi Kasus: Laki-laki usia 42 tahun dengan keluhan utama bercak merah disertai baal pada tangan dan kaki, jari tangan kiri sulit digerakkan, berat badan turun drastis, dan seluruh badan terasa nyeri.

Pemeriksaan fisik: Regio *antebrachii sinistra* dan regio *pedis sinistra* didapatkan makula eritematosa sampai hipopigmentasi, multipel, batas tegas, ukuran plakat, skuama (+), atrofi (+), anestesi (+). Sensibilitas raba, nyeri, dan suhu di daerah lesi berkurang. Palpasi saraf perifer didapatkan nyeri dan tebal pada *N. Ulnaris sinistra*, *N. Proneus lateralis sinistra*, dan *N. Tibialis posterior sinistra*. Konsistensi kenyal pada semua saraf yang dilakukan pemeriksaan palpasi.

Pemeriksaan Penunjang: Pewarnaan *Ziehl Nielsen* ditemukan BTA (+) Solid (+) Fragmental (+) Granul (+) Globi (-)

Penatalaksanaan: Edukasi dan konseling mengenai pengawas minum obat, menjelaskan penyakit yang dialami oleh pasien serta pengenalan, pencegahan dan intervensi kecacatan. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient center* (nonmedikamentosa dan mendikamentosa), *family focus*, dan *community oriented*.

Diskusi: Telah didapatkan tiga tanda kardinal kusta pada pasien sebagai dasar untuk menegaskan diagnosis penyakit kusta. Pasien tergolong dalam kecacatan derajat II berdasarkan tingkat kecacatan kusta WHO.

Kata kunci: Dokter Keluarga, Kecacatan, Laki-laki, Penyakit Kusta

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is a chronic infectious disease caused by obligate intracellular *Mycobacterium leprae* bacteria. Bacteria attack peripheral nerves as the first affinity. This leprosy causes a very complex problem, not only from a medical point of view, but extends to social, economic and cultural problems. This is because if leprosy is not diagnosed and treated comprehensively, it can result in permanent disability in the sufferer.



Case Illustration: A 42-year-old man with a major complaint of red spots accompanied by numbness in the hands and feet, fingers of the left hand is difficult to move, body weight drops dramatically, and the entire body feels painful.

Physical examination: The left antebrachii region and the left pedis region are obtained from the erythematous macula to hypopigmentation, multiple, firm borders, placard size, squamous (+), atrophy (+), anesthesia (+). Feeling sensibility, pain, temperature in the lesion area is reduced. Peripheral nerve palpation is painful and thick in the left ulnar nerve, N. left lateral Proneus and N. left posterior tibialis. Chewy consistency in all nerves with palpation examination.

Supporting Examination: Ziehl Nielsen staining is found AFB (+) Solid (+) Fragmental (+) Globi (+) Granule (-)

Management: Education and counseling regarding supervisors taking medication, explaining the diseases experienced by patients as well as introducing, preventing and interfering with disability. Interventions that are carried out are divided into patient centers (non-medical and psychiatric), family focus and community oriented.

Discussion: There have been three cardinal signs of leprosy in patients as a basis for diagnosing leprosy. Patient are classified as second degree disability based on WHO disability rates.

Keywords: Disability, Family Physicians, Leprosy, Men

1. LATAR BELAKANG

Morbus Hansen (MH) atau biasa disebut sebagai penyakit kusta adalah suatu penyakit menular menahun yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) yang bersifat intraseluler obligat. Bakteri menyerang saraf perifer sebagai afinitas pertama, lalu kulit dan mukosa traktus respiratorius bagian atas, kemudian dapat ke organ lain kecuali susunan saraf pusat.^[1,2]

Kusta selama ini menimbulkan masalah yang sangat kompleks, bukan hanya dari segi medis melainkan meluas sampai masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional. Hal ini disebabkan karena apabila kusta tidak terdiagnosis dan diobati secara dini, dapat mengakibatkan kecacatan menetap pada penderita. Kurangnya pengetahuan dan kepercayaan yang keliru terhadap penyakit kusta dan cacat yang ditimbulkan, mengakibatkan penyakit kusta ditakuti oleh masyarakat, keluarga termasuk sebagian petugas kesehatan. Kondisi seperti ini yang menjadikan penderita kusta dijauhi oleh lingkungan sekitar.^[3]

Jumlah kasus baru kusta di dunia pada tahun 2015 adalah sekitar 210.758 kasus berdasarkan jumlah tersebut paling banyak terdapat di regional Asia

Tenggara (156.118 kasus) diikuti regional Amerika (28.806 kasus) dan Afrika (20.004 kasus), serta sisanya tersebar di regional lain. Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO) dalam *weekly epidemiological report*, September 2016 secara global terjadi penurunan kasus baru, akan tetapi pada beberapa negara seperti Bangladesh, Ethiopia, India, dan Indonesia justru mengalami peningkatan kasus baru yang dilaporkan.^[1,4]

Indonesia telah mencapai status eliminasi kusta, yaitu pravelensi kusta <1 per 10.000 penduduk. Angka pravelensi penyakit kusta di Indonesia pada tahun 2017 sebesar 0,70 kasus per 10.000 penduduk dan angka penemuan kasus baru sebesar 6,08 kasus per 100.000 penduduk. Namun masih terdapat 10 provinsi di Indonesia yang memiliki pravelensi >1 per 10.000 penduduk dan tergolong dalam kelompok beban penyakit kusta tinggi (*high burden*) diantaranya provinsi Jawa Timur, Jawa Barat, Jawa Tengah, Sulawesi, dan Papua.^[1,4]

Pada tahun 2017, terdapat 164 kasus baru yang dilaporkan di provinsi Lampung. Meskipun tergolong dalam kelompok beban penyakit kusta rendah (*low burden*) kondisi ini masih perlu di perhatikan, karena lebih tinggi apabila

dibandingkan dengan tahun 2015 (53 kasus) dan 2016 (77 kasus). Provinsi Lampung selalu mengalami peningkatan jumlah kasus mencapai 2 kali dari tahun sebelumnya.^[1,6]

Pada wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar tahun 2018 terdapat 1 penderita penyakit kusta. Meskipun hanya 1 penderita tetap, perlu memperoleh perhatian mengingat penyakit kusta adalah penyakit menular yang bukan hanya menimbulkan masalah medis namun juga sosial dan ekonomi. Penderita akan diberikan pengobatan intensif melalui petugas di Puskesmas yang berkoordinasi langsung dengan Dinas Kesehatan serta selama pengobatan pelayanan kesehatan yang diberikan berorientasi pada pendekatan dokter keluarga guna memaksimalkan pengobatan. Tidak hanya berfokus pada masalah penyakit saja namun juga kepada masalah keluarga dan lingkungan sosial penderita.^[5,6]

Laporan kasus ini bertujuan untuk menerapkan pendekatan dokter keluarga dalam penatalaksanaan MH secara holistik, komprehensif, dan berbasis *Evidence Based Medicine* dengan pendekatan *Patient Centered* serta *Family Approach*.

2. METODE

2.1 Identitas Pasien

Nama : Tn. EA
Usia : 42 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Status : Menikah
Agama : Islam
Bangsa : Indonesia
Alamat : Lampung Selatan,
Lampung

Sistem Pembayaran: BPJS
Kunjungan Keempat ke Puskesmas Tanjung Sari Natar Provinsi Lampung tanggal 5 Agustus 2018.

2.2 Anamnesis (autoanamnesis, Tanggal 5 Agustus 2018, Pukul 10.30 WIB)

2.2.1 Keluhan Utama:

Bercak merah disertai baal pada tangan dan kaki

2.2.2 Keluhan Tambahan:

Jari tangan kiri sulit digerakkan, berat badan turun drastis dan terkadang seluruh badan terasa nyeri.

2.2.3 Riwayat Perjalanan Penyakit:

Keluhan pertama kali dirasakan pada bulan Juli 2018. Awalnya bercak timbul kemerahan pada tangan kiri sebatas siku sampai jari, kaki kiri dan punggung pasien. Jumlah bercak merah sebanyak 5 buah, berbentuk bulat, berbatas jelas, permukaan kering bersisik dan tersebar hanya pada sisi kiri tubuh. Bercak merah dirasakan semakin lama semakin menebal, kesemutan dan timbul rasa baal pada bercak. Pertama kali pasien datang berobat ke klinik dokter pada bulan Juli 2018 dan diduga mengalami penyakit kusta. Selanjutnya pasien di rujuk ke RS. Advent Bandar Lampung. Pasien mengatakan dilakukan beberapa pemeriksaan dan akhirnya didiagnosis sebagai penyakit kusta. Setelah itu pasien melanjutkan pengobatan kusta di Puskesmas Tanjung Sari. Tn. EA tidak mengetahui secara pasti bagaimana awalnya bisa terjangkit kusta. Pasien menyangkal adanya keluhan yang sama pada keluarga dan tempat bekerja. Pasien tidak bekerja sejak bulan Juli 2018 sampai saat ini. Sebelumnya pasien bekerja sebagai pekerja jalan tol, tinggal di Bandung dan Jakarta dari tahun 2011. Pasien kembali pulang ke Lampung pada tahun 2016. Bulan Juli 2018 pasien baru mulai merasakan keluhan, terasa baal disekitar bercak disertai dengan jari tangan kiri sulit digerakkan. Kondisi tersebut pasien memutuskan untuk berhenti bekerja sampai saat ini.

2.2.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Tidak terdapat riwayat penyakit dahulu. Tidak ada riwayat alergi pada pasien.

2.2.5 Riwayat Penyakit Dalam Keluarga

Terdapat riwayat hipertensi pada ibu pasien.

2.2.6 Riwayat Sosial Ekonomi

Pasien berhenti bekerja sejak awal sakit, berasal dari golongan sosial



ekonomi menengah. Pasien tinggal bersama istri dan 2 anak kandungannya. Ayah dan ibu pasien sudah meninggal. Orang tua pasien tidak sekolah. Istri pasien tamat S1 dan bekerja sebagai PNS.

3. Hasil

3.1 Status Generalikus

Keadaan umum: baik, tampak sakit ringan
 Nadi : 95x/menit
 Nafas : 16x/menit
 Suhu : 36,7°C
 Tekanan Darah: 120/80 mmHg
 BB Awal : 57 kg
 BB Sekarang : 48 kg
 Tinggi Badan : 163 cm

3.2 Keadaan Spesifik

Mata, telinga, dan hidung dalam batas normal. Leher, JVP tidak meningkat kesan dalam batas normal. Paru, gerak dada, dan fremitus taktil simetris suara napas vesikuler dikedua lapang paru. Jantung, batas kanan jantung pada linea sternalis kanan, batas kiri jantung tepat pada linea midclavicula ICS 5, kesan batas jantung normal. Abdomen datar dan supel, tidak terdapat organomegali, kesan dalam batas normal

3.3 Status Dermatologis

Regio Antebrachii sinistra: Makula eritematosa sampai hipopigmentasi, multipel, batas tegas, ukuran plak, skuama (+), atrofi (+), anestesi (+)

Regio Pedis sinistra: Makula hipopigmentasi, mutipel, batas tegas, ukuran plak, skuama (+), atrofi (-), anestesi (+)

Regio vertebralis: Makula hipopigmentasi, single, batas tegas ukuran plak, skuama (+), atrofi (-), anestesi (+)

3.4 Status Neurologis

Sensibilitas: raba, nyeri, suhu (hipoestesia) daerah lesi berkurang.

Palpasi Saraf Tepi:

Nervus	Nyeri	Tebal	Konsistensi
Auricularis Mag.	-/-	-/-	Lunak
Ulnaris	+/-	+/-	Lunak
Proneus Lateral	+/-	+/-	Lunak
Tibialis Posterior	+/-	+/-	Lunak

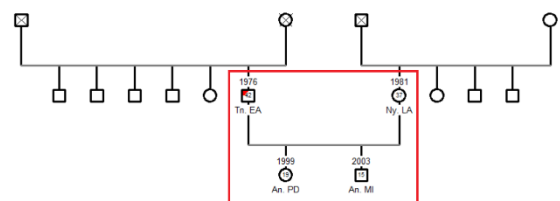
3.5 Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium pewarnaan Ziehl Nielsen ditemukan BTA (+) Solid (+) Fragmental (+) Granul (+) Globi (-)

3.6 Data Keluarga

Bentuk keluarga pada pasien ini adalah keluarga inti. Menurut siklus Duvall, siklus keluarga ini berada pada tahap V (tahap keluarga dengan anak tertua berusia 13 s/d 20 tahun).

3.7 Genogram

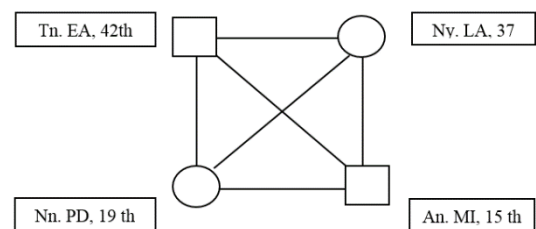


Keterangan:

□ : Laki-laki □ : Laki-laki (meninggal) ■ : Pasien
 ○ : Perempuan ○ : Perempuan (meninggal) — : Tinggal Serumah

Gambar 1 Genogram Keluarga Tn. EA

3.8 Family Map



Keterangan Gambar :

———— : Hubungan Dekat
 ----- : Hubungan Tidak Dekat

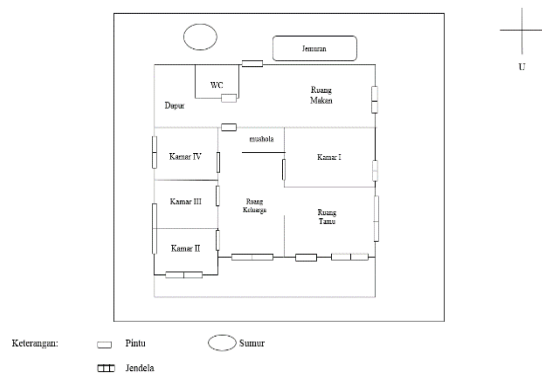
Gambar 2 Hubungan antar keluarga Tn. EA

3.9 Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal bersama dengan istri, dan 2 anak kandungannya. Jarak dari rumah ke puskesmas kurang lebih 400m. Rumah berukuran 9m x 11m tidak bertingkat, memiliki teras, ruang tamu, ruang keluarga, ruang makan, 4 kamar tidur, 1 kamar mandi dan dapur. Lantai

rumah dilapisi keramik semua bagian, kecuali dapur. Dinding semua terbuat dari tembok yang sudah dicat. Atap rumah sudah di plavon. Penerangan cukup baik, ventilasi cukup, setiap ruangan dilengkapi jendela, namun jendela kamar ada yang tidak dapat dibuka lebar. Terdapat 1 kamar mandi, dapur bersih, dan di belakang rumah terdapat sumur. Rumah sudah menggunakan listrik. Rumah berada di lingkungan yang kurang bersih. Sumber air berasal dari sumur, digunakan untuk mandi dan mencuci. Untuk minum keluarga menggunakan air isi ulang. Limbah dialirkan ke got.

3.10 Denah Rumah



Gambar 3 Denah Rumah Tn. EA

4. TATALAKSANA

Tatalaksana yang diberikan pada pasien ini adalah edukasi dan konseling mengenai pengawas minum obat, menjelaskan penyakit yang dialami oleh pasien serta pengenalan, pencegahan, dan intervensi kecacatan. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient center*, *family focus*, dan *community oriented*.

4.1 Patient center

a. Nonmedikamentosa

- Konseling mengenai reaksi kusta yang dapat timbul akibat penyakit kusta pada pasien dan keluarga.
- Konseling kepada pasien untuk melakukan kontrol rutin jika ada

keluhan dan mengambil obat di Puskesmas jika obatnya habis.

- Konseling kepada pasien untuk makan makanan yang bergizi berupa tinggi kalori dan tinggi protein.
- Konseling kepada pasien efek samping obat yang timbul seperti buang air kecil akan berwarna merah yang menandakan itu bukalah darah hanya menandakan reaksi obat. Selain itu juga bisa timbul gatal-gatal dan kepala terasa pusing. Hal ini dilakukan agar pasien tetap minum obatnya dan tidak berhenti minum obat.
- Edukasi mengenai gaya hidup bersih dan sehat.
- Mengajarkan pasien mengenai 3M (memeriksa, melindungi dan merawat) apabila mendapati tanda cacat pada mata, tangan dan kaki serta cara pencegahannya.

b. Medikamentosa

MDT MB dewasa 12 blister diminum selama 12-18 bulan.

Pengobatan bulanan: hari pertama (obat diminum di depan petugas)

- 2 kapsul rifampisin @300mg (600mg)
 - 3 tablet lampren @100mg (300mg)
 - 1 tablet dapson/DDS 100mg
- Pengobatan harian: hari ke 2-28
- 1 tablet lampren 50mg
 - 1 tablet dapson/DDS 100mg
 - 8 tablet prednison 4mg (*tapering off* tiap 2 minggu)

4.2 Family Focused

- Konseling mengenai reaksi kusta kecacatan yang dapat timbul akibat penyakit kusta kepada keluarganya.
- Konseling mengenai penyakit kusta yang tidak dapat menular sesudah pasien meminum obat MDT. Hanya sedikit orang yang

akan terjangkit kusta setelah kontak dengan pasien kusta.

- Memberikan edukasi kepada keluarga untuk berperan dalam mengingatkan pasien mengenai rutinitas minum obat.
- Edukasi dan motivasi mengenai perlunya perhatian dukungan dari semua anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien.

4.3 Community Oriented

- Konseling mengenai pencegahan dan penularan penyakit kusta di lingkungan sekitar rumah.

5. PEMBAHASAN

Diagnosis pada pasien ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang yang dilakukan. Dari segi klinis terdapat bercak merah pada tangan dan kaki kiri, jari tangan kiri sulit digerakkan disertai dengan rasa baal pada bercak. Gejala tambahan berupa badan terasa nyeri dan berat badan turun secara drastis.

Hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang telah didapatkan tiga tanda kardinal sebagai dasar untuk menegakkan diagnosis penyakit kusta, berupa ditemukannya lesi kulit yang mati rasa, penebalan saraf tepi disertai gangguan fungsi saraf, dan hasil pemeriksaan BTA positif dari kerokan jaringan kulit (*slit-skin smear*) pasien.^[2,7,8]

Pasien saat ini tengah mengikuti pengobatan rawat jalan di RS Advent Bandar Lampung dan setiap bulan akan mengambil obat MDT di Puskesmas Tanjung Sari. Pada setiap bulan di hari pertama pasien akan mengkonsumsi 2 tablet rifampisin @300mg, 3 tablet lampren @100mg dan 1 tablet dapson/DDS @100mg yang diminum langsung didepan petugas. Sedangkan pada hari ke-2 sampai ke-28 pasien akan mengkonsumsi 2 tablet diantaranya lampren @50mg dan dapson/DDS @100mg. Pasien telah menjalankan pengobatan selama 4 bulan dan masih ada 8 bulan lagi sampai selesai berobat. MDT atau *Multi Drug Therapy* merupakan rekomendasi pengobatan

dari WHO dengan kombinasi dua atau lebih obat antikusta salah satunya rifampisin yang bersifat bakterisidal kuat sedangkan antikusta lain bersifat bakteriostatik.^[3,7,8]

Alasan untuk merekomendasikan pengobatan dengan MDT dibandingkan dengan monoterapi berdasarkan penelitian adalah bertujuan untuk memutus rantai penularan, mencegah resistensi obat, memperpendek masa pengobatan menjadi 6 bulan untuk PB (pausibasiler) dan 12 bulan untuk MB (mutibasiler) dengan waktu pengobatan yang lebih singkat dapat meningkatkan keteraturan minum obat dan mencegah terjadinya kecacatan pada pasien. Dibandingkan dengan regimen dahulu tanpa MDT, pengobatan kusta menggunakan monoterapi membutuhkan waktu 5-10 tahun menyebabkan keteraturan minum obat pasien rendah yang berakibat pada resistensi obat meningkat sehingga gejala penyakit kusta menetap bahkan dapat memburuk.^[3,7,8]

Pelaksanaan pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan mengintervensi pasien beserta keluarga sebanyak 3 kali, dimana dilakukan kunjungan pertama pada tanggal 31 Desember 2018. Pada kunjungan keluarga pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihal penyakit yang telah diderita. Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep *Mandala of Health*, dari segi perilaku kesehatan pasien masih mengutamakan kuratif daripada preventif dan memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit-penyakit yang ia derita.^[9,10]

Human biology, keluhan-keluhan awal pasien adalah nafsu makan menurun yang menyebabkan BB pasien turun dan lemas, namun keluhan ini masih bisa ditoleransi sehingga tidak begitu mengganggu aktivitasnya. Setelah muncul bercak merah disertai dengan rasa baal pada bercak. Pasien khawatir kemudian melakukan pengobatan, dan baru tahu dari dokter

bahwa konsumsi obat harus dilakukan setiap hari selama 1 tahun. Untuk hal ini pasien diberikan edukasi kembali bahwa pengobatan penyakit kusta harus rutin minum obat dan kontrol ke pelayanan kesehatan untuk mengetahui perbaikan klinis pasien, hal ini sejalan dengan teori bahwa pengobatan penyakit kusta yang harus teratur dan rutin. Menyampaikan kepada pasien apabila tidak minum obat secara teratur, maka kuman kusta dapat menjadi resisten/kebal terhadap obat yang sedang dikonsumsi. Sehingga gejala dapat memberat bahkan gejala baru dapat timbul pada kulit dan saraf.^[3]

Lingkungan psikososial, hubungan antar anggota keluarga juga terbilang dekat dan jarang mengalami suatu masalah. Hal ini dapat mendukung pasien dalam menjalani pengobatan yang dapat dilihat dari seluruh anggota keluarga memberikan dukungan serta bersedia menjadi pengingat minum obat.^[3,12]

Ekonomi, pasien merasa kurang dapat membantu keluarganya karena sudah tidak bekerja sejak 5 bulan yang lalu. Uang untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga bergantung pada istri yang berkerja sebagai guru PNS, anak pertama pasien juga sudah membantu bekerja, hanya anak ke-2 yang masih sekolah kelas 1 SMA. Dengan pendapatan tersebut keluarga merasa sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dan biaya pengobatan namun pasien tetap berencana akan segera kembali bekerja apabila sudah merasa mampu. Selain itu, pasien memiliki jaminan kesehatan berupa asuransi BPJS dan keluarga pasien menggunakannya untuk melakukan pengobatan atas penyakit pasien.

Lingkungan rumah, pasien jarang keluar dan lebih memilih tetap di dalam rumah, karena malu dengan kondisi tangannya. Namun setelah 4 bulan ini pasien mulai bisa menerima. Pasien masih mengenal tetangga disekitar rumah. Lingkungan fisik, pemukiman tidak padat penduduk. Kondisi kebersihan dan ventilasi rumah cukup baik tetapi di halaman sekitar rumah masih terlihat banyak rumput liar dan

sampah plastik. Penilaian faktor risiko penyakit pasien menunjukkan kurang adanya hubungan dengan lingkungan rumah pasien. Mengingat penularan kusta terutama melalui droplet pasien dan kontak yang lama terhadap penderita. Namun dengan kondisi ventilasi rumah yang baik dapat menurunkan daya tahan hidup kuman kusta di dalam droplet. Menurut penelitian juga hanya sedikit orang yang akan terjangkit setelah kontak dengan pasien kusta, hal ini disebabkan adanya kekebalan tubuh seluler karena *M. leprae* termasuk obligat intraseluler.^[2,3,7]

Life style, pola makan belum sesuai dengan anjuran dokter, pasien belum mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein. Pasien tidak nafsu makan, sehingga hal ini memungkinkan proses pemulihan pasien terhambat. Pasien kemudian diberikan edukasi mengenai asupan gizi yang harus terpenuhi sesuai kebutuhan energi harian Tn. EA.

Dalam hal lingkungan tempat tinggal pencahayaan rumah, luas ventilasi dan kepadatan hunian, menurut Kepmenkes RI No.829/MenKes/SK/VII/1999 pencahayaan yang memenuhi syarat dengan intensitas minimal ≥ 60 lux. Pencahayaan berasal dari cahaya alami (cahaya matahari) dipengaruhi letak dan lebar jendela, untuk mendapatkan pencahayaan secara maksimal jendela paling sedikit luasnya 20% dari luas lantai ruangan. Keadaan rumah Tn. EA sudah ideal, cukup luas, dan memiliki pencahayaan baik. Berdasarkan hasil pengamatan menunjukkan bahwa kondisi fisik rumah (pencahayaan) kamar memenuhi syarat yaitu luasnya 20% dari lantai ruangan.^[10,13]

Rumah Tn. EA dihuni oleh 4 orang dengan luas rumah 9m x 11m terdapat 4 kamar, semua kamar memiliki pencahayaan dan ventilasi yang baik. Tiap kamar memiliki luas 3x3 m. Kepadatan penghuni adalah perbandingan antara luas lantai rumah dengan jumlah anggota keluarga dalam satu rumah tinggal. Persyaratan kepadatan hunian untuk seluruh

perumahan biasa dinyatakan dalam m² per orang.^[13]

Menurut Kemenkes RI No.829/Menkes/SK/VII/ 1999 luas ruang tidur minimal 8 m² dan tidak dianjurkan digunakan lebih dari 2 orang tidur dalam satu ruang tidur, kecuali anak dibawah umur 5 tahun, berarti kepadatan penghuni kamar tidur yang memenuhi syarat. Berdasarkan hasil pengamatan menunjukkan bahwa kepadatan hunian kamar Tn. EA memenuhi syarat dengan luas 9 m² yang dihuni oleh dua orang dewasa. Tn. EA tidur bersama dengan istrinya. Kepadatan hunian ruang tidur merupakan perbandingan antara luas ruang tidur dengan jumlah individu semua umur yang menempati ruang tidur tersebut.¹⁰ Semakin banyaknya penghuni, maka kadar oksigen bebas dalam ruangan menurun (<20,7 %) dan diikuti oleh peningkatan CO₂ bebas (>0,04%) sehingga daya tahan tubuh penghuninya menurun, ruangan yang sempit akan membuat napas sesak dan mudah tertular penyakit dari anggota keluarga lain.^[13]

Selanjutnya pada kunjungan pertama ini juga dilakukan pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan fisik status dermatologis dan neurologist terhadap pasien dan didapatkan suhu: 36,5°C; frekuensi nadi: 95 x/menit; frekuensi nafas: 16x/menit; berat badan: 48 kg; tinggi badan: 163 cm; indeks massa tubuh 18; Pada pemeriksaan fisik status dermatologis dan neurologis ditemukannya lesi kulit yang mati rasa, penebalan saraf tepi disertai gangguan fungsi saraf. Hasil pemeriksaan mengarah pada tanda kardinal penyakit kusta.

Kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 4 Januari 2018, dengan tujuan intervensi terhadap pasien. Pada kunjungan kedua ini Pasien diberikan intervensi dengan menggunakan media utama *flip chart* mengenai edukasi penyakit kusta, kecacatan yang dapat terjadi dan mengajarkan penerapan prinsip 3M (memeriksa, melindungi, merawat) guna mencegah terjadinya kecacatan sekunder, juga melakukan edukasi pentingnya mengingat minum

obat dan gizi yang baik bagi penderita penyakit kusta.

Media-media ini membahas tentang penyakit kusta mulai dari penyebab, gejala klinis, penatalaksanaan hingga pencegahan yang dapat dilakukan. Dalam hal ini ditekankan pentingnya keteraturan minum obat dan gizi yang adekuat untuk membantu proses penyembuhan serta penerapan prinsip 3M.

Intervensi ini dilakukan dengan tujuan agar pengobatan pasien tidak terputus dan mencegah terjadinya kecacatan sekunder, mengoreksi status gizi serta merubah pola berpikir keluarga mengenai penyakit kusta meskipun untuk merubah hal tersebut bukanlah hal yang dapat dilihat hasilnya dalam kurun waktu yang singkat.

Ada beberapa langkah atau proses sebelum orang mengadopsi perilaku baru. Pertama adalah kesadaran (*awareness*), dimana orang tersebut menyadari stimulus tersebut. Kemudian dia mulai tertarik (*interest*). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*). Setelah itu, dia akan mencoba melakukan apa yang dikehendaki oleh stimulus (*trial*). Pada tahap akhir adalah *adoption*, berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya. Intervensi ini disampaikan kepada pasien dan keluarga (istri dan 2 orang anak), karena keluarga merupakan orang terdekat yang selalu menemani pasien sehari-hari.^[10,11]

Edukasi yang diberikan berupa pola hidup bersih dan sehat, rumah yang bersih, makanan yang sehat, dan pentingnya minum obat dan dampak bila tidak minum obat, menghindari faktor yang dapat memperberat gejala dan kecacatan sekunder, dan cara penularan penyakit. Dengan tujuan pasien minum obat secara teratur, menerapkan prinsip 3M, mengoreksi status gizi dan dapat memutus rantai penyebaran penyakit kusta.^[3,10,11] Edukasi ini disampaikan dengan bantuan media *flip chart* dan buku catatan pengawas minum obat serta pilihan menu food recall.



Kunjungan ketiga dilakukan pada tanggal 12 Januari 2018, untuk menilai bagaimana hasil edukasi yang dilakukan pada kunjungan sebelumnya. Dalam hal keteraturan minum obat, pasien teratur dan perubahan yang dirasakan adalah keluarga saling mengingatkan apakah pasien sudah minum obat hari ini. Kemudian untuk penerapan prinsip 3M pasien saat ini sudah rutin menggunakan sandal/sepatu dalam kesehariannya serta mengganti sandal dan sepatu sesuai anjuran yaitu keras dibagian yang kontak dengan tanah agar tidak mudah ditembus benda tajam dan lunak dibagian yang berkontak dengan kaki sehingga tidak menyebabkan lecet apabila digunakan terus menerus. Serta pasien juga mulai teratur melatih tangan kirinya yang kaku dengan menggerak-gerakkan dibantu dengan tangan kanan. Perihal konsumsi makanan bergizi, recall pasien yang terlihat bahwa pasien makan makanan tinggi kalori dan tinggi protein sesuai panduan menu yang telah diberikan. Keluarga pasien juga setelah dilakukan evaluasi dari intervensi yang telah dilakukan. Keluarga khususnya istri pasien mulai paham dan mengerti mengenai penyakit kusta mulai dari penyebab, penularan, pengobatan hingga tindakan pencegahan yang harus dilakukan. Selain itu kini keluarga juga paham bagaimana tindakan pola hidup bersih dan sehat yang harus dilakukan pada anggota keluarga dengan pasien kusta.

Kunjungan kali ini juga tetap dilakukan motivasi kepada pasien dan keluarganya. Hal ini dilakukan agar pasien dan keluarga senantiasa tetap menerapkan gaya hidup sehat yang pada akhirnya meningkatkan kualitas hidup pasien dan anggota keluarga lainnya.^[10,11]

6. SIMPULAN

Penyakit kusta masih menjadi masalah kesehatan meskipun Indonesia telah mencapai status eliminasi kusta di 24 provinsi tahun 2017. Meskipun demikian, kusta dapat menimbulkan masalah yang sangat kompleks yang tidak hanya terbatas pada masalah

medis. Hal ini disebabkan karena kecacatan yang dapat dialami oleh penderita. Kondisi ini akan menyebabkan diskriminasi dari lingkungan sosial dan menjadi tekanan secara psikologi bagi penderita. Situasi seperti ini dapat diatasi dengan menerapkan penatalaksanaan kusta secara komprehensif dan melibatkan pendekatan dokter keluarga dalam menatalaksana pasien kusta.

Pendekatan dokter keluarga memberikan manfaat besar dalam menatalaksanan pasien kusta dan telah dibuktikan oleh berbagai penelitian. Dalam laporan kasus ini melalui pendekatan dokter keluarga yang tidak hanya terfokus pada tatalaksana medikamentosa. Namun Tatalaksana yang diberikan melibatkan intervensi kepada keluarga dan lingkungan sosial pasien. akan memberikan pemahaman mengenai penyakit yang diderita kepada keluarga dan lingkungan sosial. Sehingga dengan cara komprehensif seperti ini dapat membantu penyembuhan pasien tanpa kita melupakan tekanan psikologi dan tekanan sosial yang mungkin diterima pasien selama menjalani pengobatan.

7. SARAN

Penyakit kusta adalah penyakit infeksi menahun yang mengharuskan pasien untuk mengkonsumsi MDT dalam kurun waktu yang lama. Penulis menyarankan agar pasien dapat teratur dan rajin mengkonsumsi MDT dan menerapkan prinsip pencegahan 3M untuk mengurangi kecacatan yang dapat terjadi. Keluarga dapat saling mengingatkan agar pasien teratur mengkonsumsi MDT. Selain itu juga keluarga diharapkan dapat memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien. Akibat kecacatan yang terjadi pada pasien kusta menyebabkan masyarakat cenderung mengasingkan penderita. sehingga untuk mengatasi kondisi ini disarankan juga kepada pelaksana pelayanan kesehatan untuk melakukan promosi kesehatan kepada masyarakat



agar masyarakat bisa memahami kondisi pasien kusta.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada dr. Fitria Saftarina, S. Ked, M.Sc atas bimbingan dan masukan dalam penulisan manuskrip ini dan dr. Farida Listiani, M.KM dan dr. Sabda sebagai pembimbing selama di Puskesmas Tanjung Sari, dan tak lupa kepada Tn. EA dan keluarga sebagai sumber inspirasi penulis dalam menyusun karya ilmiah ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *Infodatin Hapuskan Stigma dan Diskriminasi Terhadap Kusta*. Jakarta: Kemenkes RI; 2018.
2. Djuanda, Adhi, Prof. DR. dr. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Edisi Ketujuh. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2015 Halaman : 87-102.
3. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta: Kemenkes RI; 2012.
4. World Health Organization. *Leprosy Elimination* [internet]. USA: World Health Organization's Association; 2018 [diakses tanggal 22 Desember 2018]. Tersedia dari: www.who.int/lep/el.
5. Dinas Kesehatan Pemerintah Provinsi Lampung. *Profil Kesehatan Provinsi Lampung*. Lampung: Dinkes Lampung; 2017.
6. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan*. Jakarta: Depkes RI; 2017.
7. Wolff K, Doldsmith, Stevern, Barbara. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine 8th ed*. USA: McGraw Hill. 2008.
8. Walker SL, Lockwood DNJ. *The clinical and immunological features of leprosy*. Br Med Bull. 2006; 77-78:103-121.
9. Lee A, Kiyu A. *Improving health and building human capital through an effective primary care system*. USA: Journal of urban health. 2007; 2(2): 17-25.
10. Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
11. Notoatmodjo S. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2003.
12. Price SA, Wilson LM. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi keenam*. Hartanto dr. H, Susi dr. N, Wulansari dr. P, Mahanani dr. DA, editors. Jakarta: EGC; 2012.
13. Keman S. *Kesehatan Perumahan dan Lingkungan Pemukiman*. J Kesehatan Lingkung. 2005;2(1):29-42.

