

## BAB 2

### LANDASAN TEORI

#### 2.1 Konsep Dasar Teori Stigma Kusta

##### 2.1.1 Definisi Penyakit Kusta

Penyakit kusta (Morbus hansen) adalah suatu penyakit infeksi menahun akibat bakteri tahan asam yaitu *Mycobacterium leprae* yang secara primer menyerang saraf tepi dan secara sekunder menyerang kulit serta organ lainnya (WHO, 2010; Noto & Schreuder, 2010). Penyakit kusta adalah penyakit kronis yang dapat menimbulkan masalah kecacatan (Susanto, 2006). Masalah yang timbul tidak hanya pada masalah kesehatan fisik saja, tetapi juga masalah psikologis, ekonomi dan sosial bagi penderitanya (Amiruddin, 2006). Menurut Kemenkes RI Kusta atau disebut juga *Morbus Hansen* merupakan penyakit yang menyerang kulit maupun saraf yang disebabkan oleh infeksi *microbacterium leprae*. Kusta berasal dari bahasa sansekerta yaitu *Kusta* yang artinya kumpulan gejala penyakit kulit secara umum (Kemenkes RI, 2015). Penyakit kusta memiliki manifestasi klinis yang bervariasi dimana secara garis besar terdapat tiga pembagian penyakit kusta yaitu tipe tuberkuloid (tipe kusta yang lebih ringan), lepromatosa (tipe kusta yang lebih berat, dapat disertai keterlibatan organ lain) dan borderline (terdapat gejala tuberkuloid maupun lepromatosa) (Sandle, 2013; Thorat dan Sharma, 2010). Kusta termasuk penyakit tertua. Kata kusta berasal dari bahasa India *kustha*, dikenal sejak 1400 tahun sebelum masehi yang berarti kumpulan gejala-gejala kulit secara umum. Selain lepra, kusta juga dikenal dengan nama Morbus Hansen, sesuai dengan nama yang menemukan kuman yaitu Dr. Gerhard Armauer Hansen pada tahun 1874. (Sandle, 2013)

##### 2.1.2 Etiologi

Penyebab munculnya penyakit kusta adalah bakteri *Mycobacterium leprae*. Bakteri ini masuk ke dalam tubuh manusia melalui luka pada permukaan kulit atau bisa juga melalui droplet yang dihembuskan dari saluran pernafasan. Sehgall (dalam Putra, 2012) mengatakan bahwa *Mycobacterium leprae* memiliki ciri-ciri yaitu tahan asam, bersifat gram positif, berbentuk batang, lebar 0,3-0,4 mikrometer, panjang 2-7

mikrometer, dan hidup di dalam sel yang banyak mengandung lemak dan lapisan lilin. *Mycobacterium leprae* membelah dalam kurun waktu 21 hari, sehingga menyebabkan masa tunas yang sangat lama yaitu 4 tahun. Munculnya penyakit kusta tersebut ditunjang oleh cara penularan.

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 kondisis tropis) kuman kusta dari sekret nasal dapat bertahan sampai 9 hari (Desikan 1977, dalam *Leprosy Medicine in 207 the Tropics* Edited by Robert C. Hasting, 1985). Pertumbuhan optimal kuman kusta adalah pada suhu 27-30° C (Depkes, 2005).

Cara penularan penyakit kusta sampai sekarang masih belum diketahui dengan pasti, namun beberapa ahli mengatakan bahwa penyakit kusta menular melalui saluran pernafasan dan kulit (Chin, 2006). Agustin dan Nurjanti (2002 dalam Susanto, 2006) menyatakan bahwa penyakit kusta tidak hanya ditularkan oleh manusia tetapi juga ditularkan oleh binatang seperti armadillo, monyet dan mangabey. *Mycobacterium leprae* hidup pada suhu rendah. Bagian tubuh manusia yang memiliki suhu lebih rendah yaitu mata, saluran pernafasan bagian atas, otot, tulang, testis, saraf perifer dan kulit (Burn, 2010).

Ada beberapa cara masuk *M. Leprae* ke dalam tubuh manusia yaitu:

1. Penularan kulit dengan kulit secara langsung yang erat, lama dan berulang. *M. Leprae* terutama memasuki tubuh manusia melalui lesi kulit atau setelah trauma, walaupun dikatakan bahwa penularan melalui kulit yang kontak juga mungkin tetapi lebih sulit.
2. Penularan melalui saluran pernapasan yaitu percikan ludah, di mana *M. Leprae* tidak mengakibatkan lesi pada paru-paru karena suhu pada paru-paru yang tinggi tetapi langsung masuk ke aliran darah. Dari aliran darah *M. Leprae* kemudian dapat mencapai saraf tepi dan difagosit sel *Schwann* dan bermultiplikasi di dalamnya.
3. Penularan melalui ingesti atau saluran pencernaan. Air susu ibu yang menderita kusta lepromatosa mengandung sangat banyak bakteri yang hidup, namun

insiden kusta pada bayi yang minum susu dari ibu yang menderita kusta lepromatosa hanya setengah bila dibandingkan dengan bayi yang minum susu botol. Hal ini menunjukkan bahwa penularan melalui air susu masih dipertanyakan.

4. Penularan melalui gigitan serangga. Adanya kemungkinan transmisi kusta melalui gigitan serangga. Untuk terjadinya penularan ada 3 hal yang perlu diperhatikan:
  - a. Adanya jumlah bakteri hidup dengan jumlah yang cukup banyak
  - b. Adanya makanan yang cukup untuk bakteri, sampai akhirnya dapat ditularkan kepada *host*.
  - c. Bakteri harus dapat bermultiplikasi pada sersangga sebagai vektor ( Muh. Dali Amiruddin: 2019)

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi peran dan penularan adalah:

1. Usia: anak-anaka lebih rentan dari pada orang dewasa
2. Jenis kelamin: laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan.
3. Ras: bangsa Asia dan Afrika lebih dominan.
4. Kesadaran sosial: negara dengan tingkat sosial ekonomi rendah.
5. Lingkungan: fisik, biologi, dan sosial yang kurang sehat. ( Muh. Dali Amiruddin: 2019)

### 2.1.3 Klasifikasi Penyakit Kusta

Klasifikasi kusta sangat penting dalam menentukan regimen pengobatan, prognosis dan komplikasi. Klasifikasi yang sering digunakan adalah klasifikasi oleh Ridley dan Jopling (1962) berdasarkan pada kriteria klinis, bakteriologis, imunologis dan histopatologis, yaitu kusta tipe *Tuberculoid Tuberculoid* (TT), *Borderline Tuberculoid* (BT), *Mid-Borderline* (BB), *Borderline Lepromatous* (BL) dan *Lepromatous Lepromatous* (LL) (Mishra dan Kumar 2010).

Prnyakit kusta menurut para ahli dibedakan menjadi beberapa jenis . beberapa klasifikasi tersebut antara lain:

1. Klasifikasi Internasional menurut Madrid pada tahun 1953.

a. Interdeterminate.

Kelainan kulit berupa makula berebentuk bulat yang berjumlah 1 atau 2, pada pemeriksaan bakteriologis yang ditemukan hasil yang positif, lesi kulit berebentuk datar yang mana dapat berupa hipopigmentasi ataupun *erythematous*, dan pada reaksi lepromin dapat memberikan hasil positif atau negative

b. Tuberkuloid

Terdapat makula atau bercak tipis bulat tidak teratur dengan jumlah lesi 1 atau beberapa. Permukaan kering, kasar sering penyembuhan dengan di tengah. Tipe tuberculoid memberikan hasil negative pada pemeriksaan bakteriologis, banyak pada kasus *erythematous skin lesion*, dan positif terhadap lepromin.

c. Borderline

Kelain kulit bercak lebih menebal, tidak teratur dan tersebar. Beberapa kasus timbul dari bentuk tuberculoid sebagai hasil reaksi ulangan. Tipe Borderline hamper selalu memberikan hasil positif pada pemeriksaan bakteriologis dan pada reaksi lepromin umumnya negative.

d. Lepromatosa

Kelainan kulit berupa bercak-bercak tebal dan difus, bentuk tidak jelas, berbentuk bintil-bintil (nodule), makula tipis di seluh badan dan simetris. Tipe *Lepromatous* memberikan hasil positif pada pemeriksaan bakteriologis, infiltrasi pada lesi kulit dapat dijumpai pada jumlah banyak atau sedikit, dan negative pada pemeriksaan terhadap lepromin.

2. Klasifikasi Kusta Menurut WHO

WHO membagi dua tipe menjadi tipe:

- a. Pause/pansil Basiler (PB): TT dan BT. TT (tuberkuloid) : lesi berupa macula dengan permukaan kering dan kadan dengan skuma di atasnya. BT (borderkine tuberkuloid) : lesi berupa macula dengan permukaan kering dengan jumlah 1-4 buah.

- b. 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.

#### 2.1.4 Epidemiologi

Kusta telah menyerang manusia sejak 300 SM, dan telah dikenal peradaban Tiongkok kuno, Mesir kuno, dan India. Pada 1995, Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organisation*) memperkirakan terdapat dua hingga tiga juta jiwa yang cacat permanen karena kusta. (Muh. Dali Amiruddin: 2019)

Menurut riwayat lama, penyakit ini telah ada 6000 tahun SM di Mesir, 600 tahun SM di India, yang kemudian menyebar ke Cina kurang lebih 500 tahun SM, dan ke Jepang. Di negara barat dilaporkan pertama kali catatan tentang penyakit ini berasal dari Yunani 300 tahun SM. Penjelasan klinis dari penyakit ini datang dari India kurang lebih 190 tahun SM, dibuktikan dengan ditemukannya 2 mumi yang menunjukkan gejala kusta berupa mutilasi jari pada abad k3-6 Masehi. (Muh. Dali Amiruddin: 2019)

Penyakit ini diduga berasal dari Afrika atau Asia Tengah yang kemudian menyebar ke seluruh dunia lewat perpindahan penduduk yang disebabkan karena 2 perang, penjajahan, perdagangan antar benua dan pulau-pulau. Masuknya kusta ke pulau-pulau Melanesia termasuk Indonesia, diperkirakan pada abad ke IV-V yang diduga dibawa oleh orang-orang India dan China yang datang ke Indonesia untuk menyebarkan agamanya dan berdagang. Distribusi penyakit di tiap-tiap negara maupun dalam negara sendiri berbeda-beda. (Mochtar, 2007).

Menurut WHO (2002), diantara 122 negara yang endemik pada tahun 1985 dijumpai 107 negara telah mencapai target eliminasi kusta dibawah 1 per 10.000 penduduk pada tahun 2000. Pada tahun 2006 WHO mencatat masih ada 15 negara yang melaporkan 1000 atau lebih penderita baru selama tahun 2006. Lima belas negara ini mempunyai kontribusi 94% 1,2 Universitas Sumatera Utara dari seluruh penderita baru didunia. Indonesia menempati urutan prevalensi ketiga setelah India, dan Brazil.

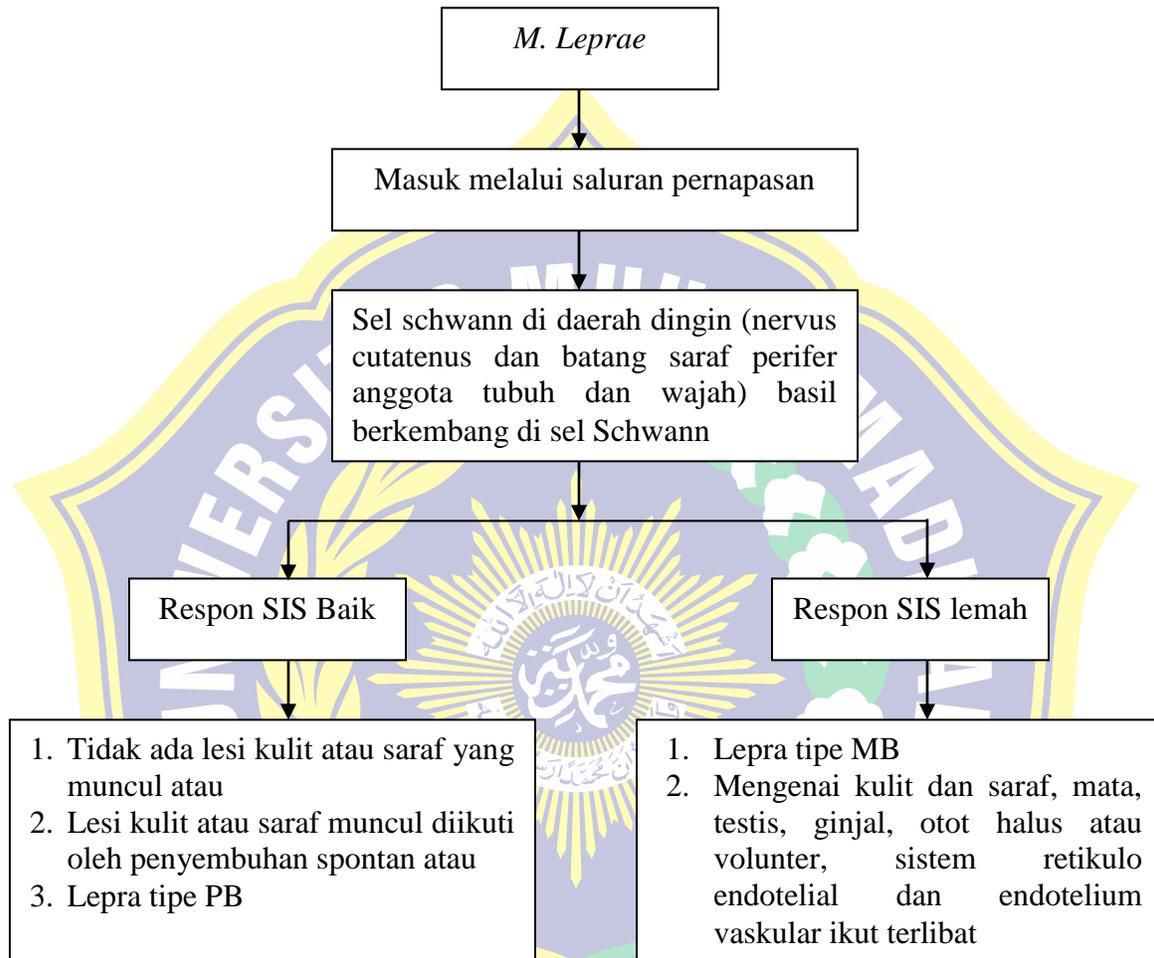
#### 2.1.5 Patogenesis

Kusta ditandai dengan spektrum klinis yang luas berdasarkan respon imunitas seluler pejamu. Penderita kusta tipe tuberkuloid menunjukkan adanya respon imunitas seluler yang dimediasi oleh Th1, berupa IFN- $\gamma$ , IL-2 dan TNF $\alpha$  yang menunjukkan adanya respon hipersensitivitas tipe lambat terhadap antigen *M. leprae*. Hal ini ditandai dengan terbentuknya granuloma dan dominasi sel T CD4+ dan gambaran klinis berupa gangguan saraf tepi yang jelas namun jumlah basil serta lesi yang sedikit. Sebaliknya kusta tipe lepromatosa dihubungkan dengan respon imun yang dimediasi oleh sel Th2, berupa IL-4, IL-5, IL-6 dan IL-10 yang tidak responsif terhadap antigen *M. leprae*, predominan sel T CD8+ serta tidak terbentuk granuloma. Terdapat pula kelompok kusta tipe *borderline* yang menunjukkan pola sistem imunitas diantara kedua kutub kusta. (Gulia dkk., 2010; Nath dan Chaduvula, 2010; Misch dkk, 2010).

Onsetlepra adalah membahayakan yang dapat mempengaruhi saraf, kulit dan mata. Hal ini juga dapat mempengaruhi mukosa (mulut, hidung dan faring), testis, ginjal, otot-otot halus, sistem retikuloendotel dan endotelium pembuluh darah. (Jurnal Unimus :2019)

Basil masuk kedalam tubuh biasanya melalui sistem pernafasan, memiliki patogenisitas rendah dan hanya sebagian kecil orang yang terinfeksi menimbulkan tanda-tanda penyakit. Masa inkubasi *M.leprae* biasanya 3-5 tahun. Setelah memasuki tubuh basil bermigrasi kearah jaringan saraf dan masuk kedalam sel Schwann. Bakteri juga dapat ditemukan dalam makrofag, sel-sel otot dan sel-sel endotelpembuluh darah. Setelah memasuki sel Schwann atau makrofag, keadaan bakteri tergantung pada perlawanan dari individu yang terinfeksi. Basil mulai berkembangbiak perlahan (sekitar 12-14 hari untuk satu bakteri membagi menjadi dua) dalam sel, dapat dibebaskan dari sel-sel hancur dan memasuki sel terpengaruh lainnya. Basil berkembang biak, peningkatan beban bakteri dalam tubuh dan infeksi diakui oleh sistem imunologi serta limfosit dan histiosit (makrofag) menyerang jaringan terinfeksi. Pada tahap ini manifestasi klinis mungkin muncul sebagai keterlibatan saraf disertai dengan penurunan sensasi dan atau *skin patch*. Apabila

tidak didiagnosis dan diobati pada tahap awal, keadaan lebih lanjut akan ditentukan oleh kekuatan respon imun pasien. (Jurnal Unimus :2019)



Gambar 2.1 Patogenesis *M. Leprae*

#### 2.1.6 Tanda dan Gejala

Untuk mendiagnosis penyakit kusta perlu dicari kelainan-kelainan yang berhubungan dengan syaraf tepi. Manifestasi klinik biasanya menunjukkan gambaran yang jelas pada stadium lanjut dan diagnosis cukup ditegakkan dengan pemeriksaan fisik saja. (Muh Dali: 2000)

Adapun tanda-tanda utama untuk menetapkan diagnosis penyakit kusta adalah sebagai berikut:

1. Lesi (kelainan) kulit yang mati rasa. Kelainan kulit atau lesi dapat berbentuk bercak keputih-putihan (hypopigmentasi) atau kemerah-merahan (eritemtous) yang mati rasa (anestesi)
2. Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf. Gangguan fungsi saraf ini merupakan akibat dari gangguan peradangan kronis saraf tepi (neuritis perifer). Gangguan fungsi saraf ini dapat berupa:
  - a. Gangguan saraf sensoris (mati rasa)
  - b. Gangguan fungsi motoris : kelemahan (parese) atau kelumpuhan (paralese)
  - c. Gangguan fungsi saraf otonom: kulit kering dan retak-retak
3. Adanya kuman tahan asam di dalam kerokan jaringan kulit (BTA+), pemeriksaan ini hanya dilakukan pada kasus yang meragukan (Dirjen PP & PL Depkes: 2005)

Diagnosis ditegakkan apabila individu memiliki satu atau lebih tanda kardinal berikut (Kumar dan Dogra, 2010):

1. Lesi kulit hipopigmentasi atau eritematosa yang disertai dengan gangguan atau hilangnya sensasi. Makula atau plak hipopigmentasi, hiperpigmentasi, eritematosa atau berwarna seperti tembaga. Permukaan dapat kering atau kasar karena hilangnya fungsi kelenjar keringat, dapat pula mengkilap. Anestesi merupakan hal yang spesifik untuk penyakit kusta. Pemeriksaan adanya gangguan sensorik dilakukan terhadap rasa raba, nyeri dan suhu. (Kumar dan Dogra, 2010; Noto dan Schreuder, 2010).
2. Keterlibatan saraf tepi berupa penebalan saraf. Saraf yang paling sering terkena adalah nervus ulnaris dan peroneus komunis. Adanya pembesaran saraf yang lebih dari satu biasanya lebih sering ditemukan pada kusta tipe MB. Penebalan saraf diketahui dengan pemeriksaan palpasi. Evaluasi meliputi rasa nyeri (nyeri spontan atau dengan palpasi), konsistensi (lunak, keras) dan

ukuran (membesar, norma atau kecil). (Kumar dan Dogra, 2010; Noto dan Schreuder, 2010).

3. Pemeriksaan hapusan sayatan kulit ditemukan basil tahan asam Pemeriksaan hapusan sayatan kulit dapat diambil dari mukosa nasal, lobus telinga dan lesi kulit. Pewarnaan dilakukan dengan metode *Ziehl-Neelsen*. Berdasarkan pemeriksaan hapusan kulit dapat ditentukan indeks bakteri (IB) dan indeks morfologi (IM) yang membantu dalam menentukan tipe kusta dan evaluasi terapi (Eichelmann, 2013; Job dan Ponnaiya, 2010).

Adapun gejala penyakit Kusta berbeda-beda sesuai dengan tipenya, adapun gejala klinik penyakit kusta MB adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Gejala klinik penyakit kusta MB

| Sifat          | Lepromatosa (LL)                               | Borderline Lepromatosa (BL)          | Mid Borderline (BB)                                |
|----------------|--|--------------------------------------|--|
| Lesi Bentuk    | Makula<br>Infiltrat difus<br>Papul<br>Nodus    | Makula<br>Plakat<br>Papul            | Plakat<br><i>Dome-shaped</i><br><i>Punched-out</i> |
| Jumlah         | Tidak terhitung, praktis tidak ada kulit sehat | Sukar dihitng, masih ada kulit sehat | Dapat dihitng, kulit sehat jelas ada               |
| Distribusi     | Simetris                                       | Hampir simetris                      | Asimetris  |
| Permukaan      | Halus berkilat                                 | Halus berkilat                       | Agak kasar, agak berkilat                          |
| Batas          | Tidak jelas                                    | Agak jelas                           | Agak jelas   |
| Anestesia      | Tiadak ada samapai tidak jelas                 | Tidak jelas                          | Lebih jelas  |
| BTA Lesi kulit | Banyak (ada globus)                            | Banyak                               | Agak banyak  |

|               |                     |                   |          |
|---------------|---------------------|-------------------|----------|
| Secret hidung | Banyak (ada globus) | Biasanya negative | Negative |
| Tes Lepromin  | Negative            | Negative          | Negative |

Sumber: Buku Ilmu Kulit dan Kelamin FK UI edisi Ke enam

Adapun gejala penyakit Kusta berbeda-beda sesuai dengan tipenya, adapun gejala klinik penyakit kusta PB adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Gejala klinik penyakit kusta PB

| Sifat             | Tuberkuloid (TT)               | Borderline<br>Lepromatosa (BT)             | Interminate (I)                   |
|-------------------|--------------------------------|--|-----------------------------------|
| Lesi<br>Bentuk    | Makula saja, makula infiltrate | Makula dibtasi infiltrate, infiltrate saja | Hanya makula                      |
| Jumlah            | Satu, ada beberapa             | Beberapa atau satu dengan satelit          | Satu atau beberapa                |
| Distribusi        | Asimetris                      | Masih asimetris                            | Variasi                           |
| Permukaan         | Kering bersisik                | Kering bersisik                            | Halus, agak berkilat              |
| Batas             | Jelas                          | Jelas                                      | Dapat jelas ata dapat tidak jelas |
| Anestesia         | Jelas                          | Jelas                                      | Tidak ada sampai tidak jelas      |
| BTA<br>Lesi kulit | Hampir selalu negatif          | Negatif atau hanya +1                      | Biasanya negatif                  |
| Tes Lepromin      | Positif kuat (+3)              | Positif lemah                              | Dapat positif lemah atau negatif  |

Sumber: Buku Ilmu Kulit dan Kelamin FK UI edisi Ke enam

### 2.1.7 Pengobatan

Pengobatan pada penderita kusta adalah salah satu cara pemutusan mata rantai penularan. Kuman kusta di luar tubuh manusia dapat hidup 24-48 jam tergantung

cuaca suhu di luar tubuh manusia tersebut. Makin panas cuaca makin cepatlah kuman kusta mati. (Kemenkes RI;2017)

*World Health Organization* sejak tahun 1981 merekomendasikan penggunaan *multidrug therapy* (MDT) yang terdiri dari rifampisin, dapson dan klofazimin untuk pengobatan kusta. Pengobatan dengan MDT bertujuan untuk menurunkan insiden relaps paska pengobatan, menurunkan efek samping serta menurunkan durasi pengobatan sehingga menurunkan biaya pengobatan (Pai dkk., 2010; Yawalkar, 2009). Regimen PB dengan lesi kulit 2-5 terdiri atas rifampisin 600 mg sebulan sekali ditambah dapson 100mg/hari selama 6 bulan. Regimen MB dengan lesi kulit lebih dari 5 buah, terdiri atas kombinasi rifampisin 600mg sebulan sekali, dapson 100 mg/hari ditambah klofazimin 300 mg/sebulan dengan lama pengobatan 12 bulan. Regimen PB dosis tunggal terdiri atas rifampisin 600 mg ditambah dengan ofloksasin 400 mg dan minosiklin 100 mg (ROM) dosis tunggal (Yawalkar, 2009).

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

1. 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.

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

### 3. 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

### 4. 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.

### 5. 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.

Adapun tipe obat-obatan sesuai dengan klasifikasi kusta sebagai berikut:

#### Tipe 2.3 Terapi Kusta Tipe PB

| Terapi Obat | <5 tahun                | 5-9 tahun               | 10-15 tahun               | >15tahun                 | Keterangan                               |
|-------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|--|
| Rifampisin  |                         | 300 mg/ bln             | 450 mg/bln                | 600 mg/bln               | Minum di depn petugas                    |
| DDS         | Berdasarkan berat badan | 25 mg/bln<br>25 mg/hari | 50 mg/ bln<br>50 mg/ hari | 100 mg/bln<br>100mg/hari | Minum di depan petugas<br>Minum di rumah |

Sumber: Kemenkes RI: 2012

Tipe 2.4 Terapi Kusta Tipe MB

| Jenis Obat | <5th                    | 5-9 th            | 10-15 th            | >15 th      | Keterangan             |
|------------|-------------------------|-------------------|---------------------|-------------|------------------------|
| Rifampisin |                         | 300 mg/bln        | 450 mg/bln          | 600 mg/bln  | Minum di depan petugas |
| Dapson     |                         | 25 mg/bln         | 50 mg/bln           | 100 mg/bln  | Minum di depan petugas |
|            | Berdasarkan Berat Badan | 25 mg/bln         | 50 mg/bln           | 100 mg/bln  | Minum di rumah         |
| Lampren    |                         | 100mg/bln         | 150 mg/bln          | 300 mg/bln  | Minum di depan petugas |
|            |                         | 50 mg 2x seminggu | 50 mg setiap 2 hari | 50 mg/ hari | Minum di rumah         |

Sumber: Kemenkes RI: 2012

#### 2.1.8 Reaksi Kusta

Bentuk kelainan pada tubuh yang menderita kusta bisa berbeda. Pada kulit ditandai dengan bercak putih maupun bercak merah dan mati rasa, kadang berupa benjolan-benjolan di lengan, wajah, badan, dan telinga. Pada saraf tepi ditandai dengan mati rasa pada area telapak tangan dan atau telapak kaki yang mengalami kerusakan saraf, kelumpuhan di tangan dan kaki, kering, dan tidak berkeringat. Divisi Dermatologi Infeksi Tropik Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Dr. dr. Sri Linuwih Menaldi SW, SpKK(K) mengatakan Kusta penyakit menular tapi tidak mudah menular. Jika kelainan itu terjadi pada mata ditandai dengan refleks kedip berkurang, dan kelopak mata tidak menutup dengan baik. Masalah yang lebih seriusnya adalah terjadi cacat menetap seperti jari bengkok, memendek atau terputus, kelumpuhan tangan dan kaki, kelopak mata tidak menutup (lagofthalmos), dan kebutaan. (Kemenkes: 2019)

Reaksi kusta tipe I disebabkan karena peningkatan respon imun seluler berupa reaksi hipersensitivita tipe lambat terhadap antigen *Mycobacterium leprae* di saraf dan kulit. Reaksi ini merupakan akibat dari perubahan keseimbangan antara *cell mediated immunity* (CMI) dengan basil. Ketika reaksi kusta tipe 1 terjadi maka terdapat dua kemungkinan hasil akhir dari reaksi ini yaitu *upgrading/reversal* jika terjadi peningkatan respon CMI terhadap antigen *Mycobacterium leprae* sehingga mengarah ke bentuk klinis tuberkuloid atau *downgrading* jika terjadi penurunan respon CMI terhadap antigen sehingga mengarah pada bentuk klinis lepromatosa. (Department of Dermatology and Venereology, Faculty of Medicine, Universitas Airlangga: 2019)

Reaksi kusta tipe 1 akan memberikan gejala peradangan pada kulit atau saraf. Pada kulit akan menimbulkan kemerahan, bengkak, nyeri, dan panas. Pada kasus-kasus tertentu, demam mungkin akan dialami oleh pasien. Sedangkan pada saraf akan menimbulkan nyeri dan gangguan pada saraf. Oleh karena reaksi ini dapat melibatkan saraf maka reaksi ini mungkin akan menimbulkan kecacatan, seperti paralisis dan deformitas. (Department of Dermatology and Venereology, Faculty of Medicine, Universitas Airlangga: 2019)

Perlu mengetahui penyebab, penyebaran penyakit kusta agar tidak terjadi ketakutan berlebihan pada masyarakat terhadap penyakit kusta. Maka dari itu perlu terobosan untuk mengurangi dampak terjadinya penyakit kusta, di luar upaya pengobatan. Adapun terobosan yang dilakukan untuk percepatan eliminasi kusta di Indonesia adalah sebagai berikut:

1. Penemuan kasus secara dini di masyarakat
2. Pelayanan kusta berkualitas, termasuk layanan rehabilitasi, diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan.
3. Penyebarluasan informasi tentang kusta di masyarakat.
4. Eliminasi stigma terhadap orang yang pernah mengalami kusta dan keluarganya.
5. Pemberdayaan orang yang pernah mengalami kusta dalam berbagai aspek kehidupan dan penguatan partisipasi mereka dalam upaya pengendalian kusta.

6. Kemitraan dengan berabagai pemangku kepentingan
7. Peningkatan dukungan kepada program kusta melalui penguatan advokasi kepada pengambil kebijakan dan penyedia layanan lainnya untuk meningkatkan dukungan terhadap program kusta.
8. Penerapan pendekatan yang berbeda berdasarkan endemisitas kusta.  
(Kemenkes RI: 2017)

#### 2.1.9 Stigma Kusta

Stigma adalah pandangan negatif pelaku diskrimnatif terhadap orang yang mengalami kusta, sehingga menghambat upaya orang yang pernah terkena kusta dan keluarganya untuk menikmati kehidupan sosial yang wajar seperti individu lainnya.  
(Kemenkes RI: 2018)

Stigma pada penderita kusta berupa verbal dan non verbal. Menurut Ervin Goffman (Rister, 2012) pabila seseorang memiliki karakteristik/atribut yang berbeda dari orang-orang yang berada dalam kategori sama dengan dia (seperti berbahaya, tidak sempurna kondisi fisiknya, lemah) maka ia akan diasumsikan sebagai orang yang ternodai. Atribut inilah yang disebut sebagai stigma. Berdasarkan hal tersebut Goffman membedakan stigma menjadi 3 jenis:

1. *Abominations of the body* (ketimpangan fisik).

Stigma yang berhubungan dengan kerusakan karkter individu secara fisik, seperti tuli, bisu, pincang, dan sebagainya.

2. *Blemishes of Individual Character*

Stigma yang berhubungan dengan kerusakan karakter individu seperti homoseks, pemabuk, pecandu, dan sebagainya.

3. *Tribal Stigma*

Yaitu stigma yang berhubungan dengan suku, agama, dan bangsa.

Stigma dan diskriminasi seringkali menghambat penemuan kasus kusta secara dini, pengobatan pada penderita, serta penanganan permasalahan medis yang dialami oleh penderita maupun orang yang pernah mengalami kusta. Karena itu, dalam upaya menghilangkan stigma dan diskriminasi, dibutuhkan motivasi dan komitmen yang kuat baik dari penderita maupun masyarakat. Penderita diharapkan dapat mengubah

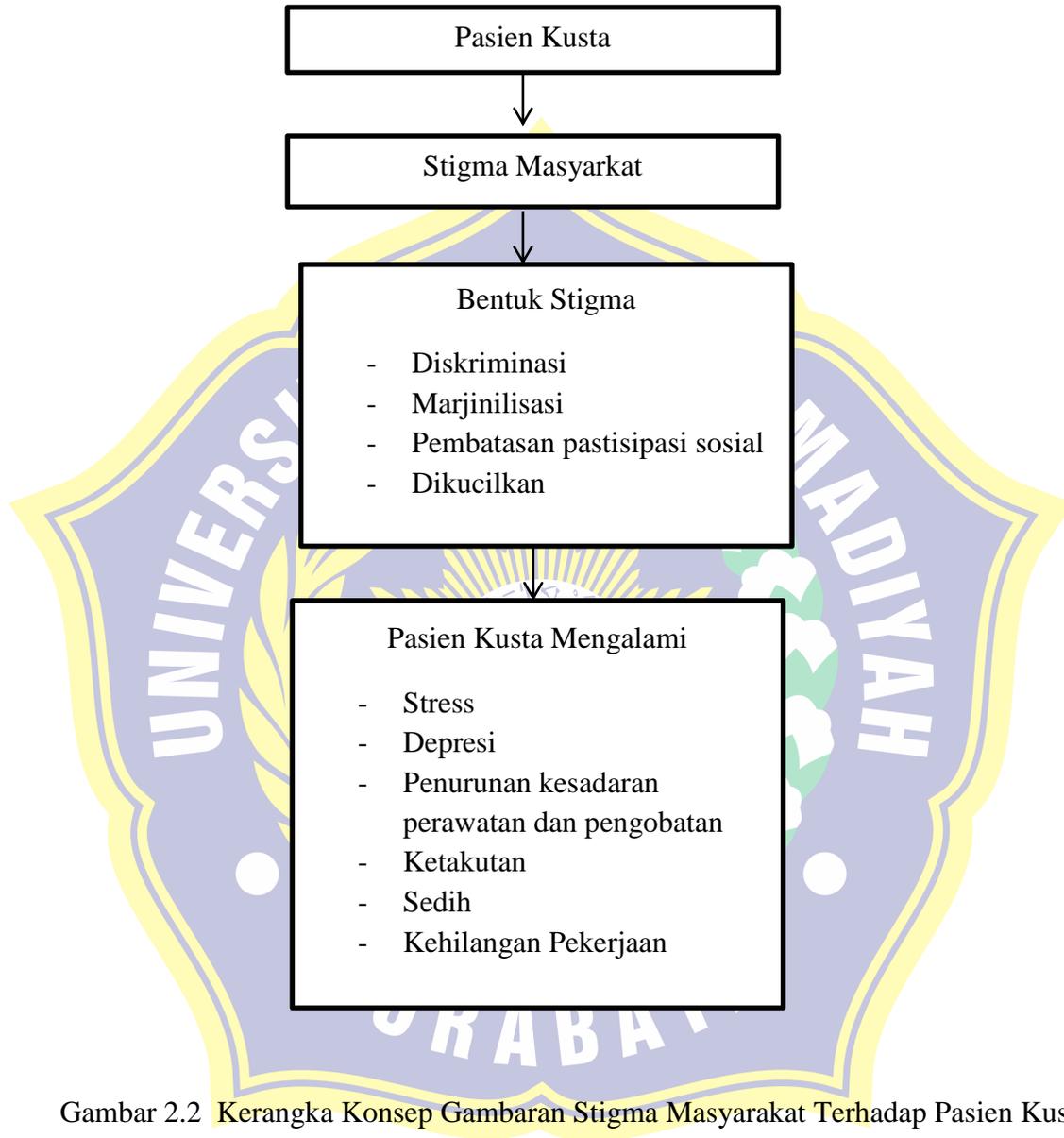
pola pikirnya, sehingga dapat berdaya untuk menolong diri mereka sendiri, bahkan orang lain. Selain itu, masyarakat juga diharapkan dapat mengubah pandangannya serta membantu penderita maupun orang yang pernah mengalami kusta (OYPMK) agar tetap sehat dan mampu menjaga kesehatan secara mandiri.

Masalah psikososial yang timbul pada penderita kusta lebih menonjol dibandingkan masalah medis itu sendiri. Hal ini disebabkan oleh adanya stigma dan leprofobi yang banyak dipengaruhi oleh berbagai paham dan informasi yang keliru mengenai penyakit kusta. Sikap dan perilaku masyarakat yang negatif terhadap penderita kusta seringkali menyebabkan penderita kusta merasa tidak mendapat tempat di keluarganya dan lingkungan masyarakat (Kuniarto, 2006).

Akibatnya penderita cacat kusta (PCK) cenderung hidup menyendiri dan mengurangi kegiatan sosial dengan lingkungan sekitar, tergantung kepada orang lain, merasa tertekan dan malu untuk berobat. Dari segi ekonomi, penderita kusta cenderung mengalami keterbatasan ataupun ketidakmampuan dalam bekerja maupun mendapat diskriminasi untuk mendapatkan hak dan kesempatan untuk mencari nafkah akibat keadaan penyakitnya sehingga kebutuhan hidup tidak dapat terpenuhi, apalagi mayoritas penderita kusta berasal dari kalangan ekonomi menengah ke bawah, padahal penderita kusta memerlukan perawatan lanjut sehingga memerlukan biaya perawatan. Hal – hal tersebut yang akhirnya akan mempengaruhi tingkat kualitas hidup (Kuniarto, 2006)

Faktanya, Meskipun penderita kusta telah menyelesaikan rangkaian pengobatannya, dinyatakan sembuh dan tidak menular, status predikat penyandang kusta tetap dilekatkan pada dirinya seumur hidup. Inilah yang seringkali menjadi dasar permasalahan psikologis para penyandang kusta. Rasa kecewa, takut, malu, tidak percaya diri, merasa tidak berguna, hingga kekhawatiran akan dikucilkan (*self stigma*). Hal ini diperkuat dengan opini masyarakat (*stigma*) yang menyebabkan penderita kusta dan keluarganya dijauhi bahkan dikucilkan oleh masyarakat.

## 2.2.1 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Gambaran Stigma Masyarakat Terhadap Pasien Kusta