

## GAMBARAN STATUS KECACATAN KUSTA PADA PENDERITA KUSTA DI KABUPATEN BLORA

Umaya, Mateus Sakundarno Adi, Lintang Dian Saraswati  
Bagian Epidemiologi dan Penyakit Tropik, Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Diponegoro  
Email: [umaya136@gmail.com](mailto:umaya136@gmail.com)

**Abstract:** *Leprosy is a communicable disease that can cause permanent physical deformities. According to data from Health Department of Blora District, it was known that Public Health Center of Kunduran and Bogorejo had the highest new cases, with an increasing trend during the last 3 years. Those two PHCs still had 'high' grade 2 disability compared with national target. This research aimed to describe some factors related to the occurrence of disability in leprosy. This research is a descriptive observational with cross sectional design. Population of this research are 83 people affected by leprosy, registered in two PHCs during the last 3 years. These results indicated that the proportion of disability is higher in lepers with non productive age (38,5%), male (32,0%), having low education (36,8%), having good knowledge (55,6%), having no job (55,6%), multibacillary leprosy (36,5%), experiencing lepra reaction (50,0%), having delay of treatment >1 year (44,4%), having nerve impairment (100,0%), doing wound care (100,0%), and without support of family members (33,3%). This research concluded that the proportion of disability found higher in lepers with non productive age, male, having low education, having good knowledge, having no job, having multibacillary leprosy, experiencing lepra reaction, having delay of treatment >1 year, having nerve impairment, doing wound care, and without support of family members. This research suggest to the PHCs to give more counseling and training to the lepers about wound care and provide them tools to do this. Family members are expected to oversee the lepers when consuming MDT and reminds them to complete the treatment.*

**Keyword :** *description, risk factors, disability in leprosy*

### PENDAHULUAN

Kusta merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*.<sup>1</sup> Penyakit ini menjadi penyebab utama kecacatan fisik permanen diantara penyakit menular lainnya.<sup>2</sup>

Kemenkes menyatakan bahwa Provinsi Jawa Tengah menempati

urutan ke-3 kasus baru kusta tertinggi se-Indonesia setelah Provinsi Jawa Timur dan Jawa Barat.<sup>4</sup> Kabupaten Blora juga menempati urutan ke-5 penderita kusta terbanyak di Jawa Tengah pada tahun 2014, setelah Kabupaten Brebes, Tegal, Pemalang, dan Jepara.<sup>5</sup>

Proporsi cacat kusta tingkat 2 di Kabupaten Bora yaitu 17% pada tahun 2015. Angka ini tergolong tinggi dibandingkan target Indonesia untuk proporsi kecacatan kusta tingkat 2 adalah <10%. Terdapat 2 Puskesmas dengan kasus kusta tertinggi, yaitu Puskesmas Kunduran dan Puskesmas Bogorejo, dengan masing-masing proporsi kecacatan tingkat 2 sebesar 21% dan 25%.

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan status kecacatan kusta pada penderita kusta di Kabupaten Bora.

### METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional deskriptif dengan desain *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik terhadap penderita kusta.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita kusta yang tercatat di Puskesmas Kunduran dan Puskesmas Bogorejo selama tahun 2013-2015, yaitu berjumlah 83 orang. Seluruh penderita kusta dijadikan sebagai sampel penelitian.

### HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Tabulasi Silang Gambaran Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kecacatan Kusta

No	Variabel	Kecacatan				Total
		Cacat		Tidak Cacat		
		N	%	N	%	
1	Umur					
	Produktif	21	30,0	49	70,0	100,0
	Non Produktif	5	38,5	8	61,5	100,0
2	Jenis Kelamin					
	Laki-laki	15	32,0	32	68,0	100,0
	Perempuan	11	30,5	25	69,5	100,0

Tabel 1. Tabulasi Silang Gambaran Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kecacatan Kusta (lanjutan)

No	Variabel	Kecacatan				Total
		Cacat		Tidak Cacat		
		N	%	N	%	
4	Reaksi Kusta					
	Mengalami Reaksi	1	50,0	1	50,0	100,0
	Tidak Mengalami Reaksi	25	30,9	56	69,1	100,0
5	Keterlambatan Pengobatan					
	>1 tahun	24	44,4	30	55,6	100,0
	≤1 tahun	2	6,9	27	93,1	100,0
6	Kerusakan Saraf					
	Ya	26	100,0	0	0,0	100,0
	Tidak	0	0,0	57	100,0	100,0
7	Kelengkapan Pengobatan					
	Tidak Lengkap	7	70,0	3	30,0	100,0
	Lengkap	19	26,0	54	74,0	100,0
8	Perawatan Luka					
	Tidak	2	50,0	2	50,0	100,0
	Ya	3	100,0	0	0,0	100,0
9	Dukungan Keluarga					
	Tidak Mendukung	19	33,3	34	66,7	100,0
	Mendukung	9	28,1	23	71,9	100,0

### PEMBAHASAN

#### 1. Umur

Proporsi kecacatan lebih tinggi pada responden dengan umur non produktif daripada responden umur produktif. Hal ini berhubungan dengan durasi sakit yang panjang. Noordeen menyatakan bahwa keterlambatan pengobatan semakin panjang seiring dengan bertambahnya umur.<sup>20</sup>

Lamanya durasi sakit pada kelompok umur non produktif juga berhubungan dengan rendahnya praktik pencarian pengobatan pada kelompok umur ini, yang dipengaruhi oleh rendahnya pendidikan, komposisi keluarga, kesalahpahaman tentang penyakit yang diderita, serta masalah pembiayaan terhadap pelayanan kesehatan.<sup>21</sup>

## 2. Jenis Kelamin

Proporsi kecacatan lebih tinggi pada responden laki-laki daripada responden perempuan. Menurut Ranjang, perempuan lebih cepat dalam mencari pengobatan untuk dirinya dibandingkan laki-laki.<sup>7</sup>

Proporsi kecacatan yang lebih tinggi pada laki-laki juga berhubungan dengan risiko terjadinya luka sekunder.<sup>23</sup> Pekerjaan responden sebagai petani menyebabkan mereka rentan mengalami luka.

## 3. Tipe Kusta

Proporsi kecacatan lebih tinggi pada responden dengan kusta tipe MB daripada responden dengan kusta tipe PB. Hasil ini sejalan dengan penelitian Rad dan Lana yang menyatakan demikian.<sup>12,30</sup>

Faktor risiko utama terjadinya kecacatan pada penderita kusta tipe MB adalah terjadinya penebalan saraf pada  $\geq 3$  saraf saat diagnosis dan terlambatnya pengobatan  $> 36$  bulan.<sup>11</sup> Tidak terdapat data yang menunjukkan riwayat penebalan saraf pada responden pada saat didiagnosis pertama kali. Namun, diketahui bahwa rata-rata responden memulai MDT yaitu setelah 3,2 tahun menderita kusta.

## 4. Reaksi Kusta

Proporsi kecacatan lebih tinggi pada responden yang mengalami reaksi kusta daripada responden yang tidak mengalami reaksi kusta. Penelitian Madan menyatakan bahwa reaksi kusta merupakan penyebab utama rawat inap dan kecacatan pada penderita kusta.<sup>32</sup>

Terdapat 2 responden yang mengalami reaksi kusta, yaitu 1 responden laki-laki dan 1 responden perempuan. Responden laki-laki mengalami reaksi kusta tipe 1 derajat ringan. Tubuh responden ditemukan bercak tebal di permukaan kulit tangan dan kaki, tanpa adanya nyeri perabaan atau gangguan fungsi saraf tepi.<sup>33</sup> Responden perempuan menunjukkan terjadinya reaksi tipe 2, ditandai adanya bula (gelembung berisi cairan) di permukaan kulit dan neuritis pada ekstremitas.

## 5. Keterlambatan pengobatan

Proporsi kecacatan lebih tinggi pada responden dengan keterlambatan pengobatan  $> 1$  tahun daripada responden dengan keterlambatan pengobatan  $\leq 1$  tahun. Rata-rata keterlambatan pengobatan pada responden cacat adalah 3,9 tahun. Muhammed juga menyatakan bahwa kecacatan kusta paling banyak terjadi pada responden dengan keterlambatan pengobatan 2-5 tahun.<sup>36</sup>

Keterlambatan pengobatan yang panjang kemungkinan berhubungan dengan lamanya responden dalam memutuskan untuk memeriksakan sakitnya. Penyakit kusta yang tidak lazim didengar oleh banyak orang, menyebabkan penyakit ini sering

didiagnosis sebagai penyakit lain. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya keterlambatan pengobatan dan kerusakan saraf permanen.<sup>37</sup>

#### 6. Kerusakan Saraf

Seluruh responden cacat mengalami kerusakan saraf. Penelitian ini menunjukkan bahwa kerusakan saraf sensoris lebih banyak terjadi pada bagian telapak kaki dibandingkan telapak tangan.

Pengujian kerusakan saraf motorik dilakukan dengan metode VMT (*Voluntary Muscle Test*) untuk menilai fungsi saraf motorik tangan dan kaki pada responden. Kerusakan saraf motorik pada tangan terjadi pada 8,4% responden dan pada kaki sebanyak 14,5%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sarkar yang menyatakan bahwa kerusakan saraf motorik pada kaki lebih banyak dibandingkan pada tangan.<sup>9</sup>

#### 7. Kelengkapan Pengobatan

Proporsi kecacatan lebih tinggi pada responden yang tidak melakukan pengobatan lengkap daripada responden dengan pengobatan lengkap. Beberapa alasan responden terkait pengobatannya yang tidak lengkap yaitu responden merasa sudah sembuh, responden menolak bahwa dirinya didiagnosis kusta, anggota keluarga responden tidak bersedia mengambil obat, serta responden merasakan efek samping obat (sakit kepala berat dan hilangnya nafsu makan). Kumar juga menyatakan bahwa adanya persepsi penderita yang merasa sudah sembuh dan terjadinya efek samping obat merupakan faktor yang

menyebabkan penderita kusta berhenti melakukan pengobatan kusta.<sup>16</sup>

#### 8. Perawatan Luka

Proporsi kecacatan lebih tinggi pada responden yang melakukan perawatan luka daripada responden yang tidak melakukan perawatan luka. Observasi di lapangan juga menunjukkan bahwa responden tidak memiliki peralatan untuk melakukan perawatan luka, serta tidak adanya upaya perawatan luka dari anggota keluarga.

Penelitian Gautham menyatakan bahwa responden tidak melakukan perawatan luka dikarenakan mereka tidak memiliki peralatan untuk melakukan perawatan luka, serta tidak adanya pelatihan perawatan luka kusta oleh petugas kesehatan setempat.<sup>40</sup>

#### 9. Dukungan Keluarga

Proporsi kecacatan lebih tinggi pada responden yang tidak memperoleh dukungan keluarga daripada responden yang memperoleh dukungan keluarga. Dukungan keluarga lebih tinggi mengenai pembiayaan transportasi (57,8%) dan mengantarkan penderita berobat yaitu sebesar (77,1%). Dukungan yang berkaitan dengan rutinitas berobat ke pelayanan kesehatan dan praktik minum obat cenderung lebih rendah.

Dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien kusta, khususnya selama masa pengobatan.<sup>18</sup> Data di lapangan menunjukkan bahwa dukungan keluarga terhadap praktik minum obat masih rendah. Sebanyak 60% responden yang tidak melakukan



pengobatan lengkap tidak memperoleh dukungan keluarga.

*therapy treatment among multibacillary leprosy: Agra MB Cohort study. BMJ Open 2012;2(2).*

## KESIMPULAN

Proporsi kecacatan lebih tinggi pada responden dengan umur non produktif, laki-laki, menderita kusta tipe MB, mengalami reaksi kusta, mengalami keterlambatan pengobatan >1 tahun, memiliki kerusakan saraf, tidak melakukan pengobatan lengkap, melakukan perawatan luka, dan tidak memperoleh dukungan keluarga.

7. Ranjan S, Dogra D, Dogra N. A study of factors associated with disabilities of hands and feet among leprosy patients. *Int. J. Recent Trends Sci. Technol.* 2015;15(May):122-7.

8. Santos VS, Santos LC, Lôbo LVR, Lemos LMD, Gurgel RQ, Cuevas LE. *Leprosy and disability in children younger than 15 years in an endemic area of northeast Brazil.* *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2015;34(3):44-7.

## DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. *Guide to eliminate leprosy as a public health problem.* 1st ed. Switzerland: WHO; 2000.
2. WHO. *Epidemiological review of leprosy in the Western Pacific region 2008-2010.* Switzerland: WHO; 2011.
3. WHO. *Global leprosy update, 2014: need for early case detection.* *Wkly. Epidemiol. Rec.* 2015;(36):No. 36, 2015, 90, 461-76.
4. Kemenkes RI. *Kusta.* Jakarta; 2015.
5. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. *Profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014.* Semarang; 2014.
6. Kumar A, Girdhar A, Girdhar BK. *Risk of developing disability in pre and post-multidrug*

9. Sarkar J, Dasgupta A, Dutt D. *Disability among new leprosy patients, an issue of concern: an institution based study in an endemic district for leprosy in the state of West Bengal, India.* *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* 2012;78(3):328-34.

10. Santos VS, de Matos AMS, de Oliveira LSA, et al. *Clinical variables associated with disability in leprosy cases in northeast Brazil.* *J. Infect. Dev. Ctries.* 2014;9(3):232-8.

11. Kumar A, Girdhar A, Girdhar BK. *Risk of developing disability in pre and post-multidrug therapy treatment among multibacillary leprosy: Agra MB Cohort study. BMJ Open 2012;2(2).*

12. Rad F, Ghaderi E, Moradi G, Salimzadeh H. *The study of disability status of live leprosy patients in Kurdistan Province of Iran.* *Pak J Med Sci* 2007;23(6):857-61.

13. Brakel WH Van. *Invited Editorial: world leprosy day disability and leprosy: The way forward.* :86-7.
14. Ayisi JG, van't Hoog AH, Agaya JA, et al. *Care seeking and attitudes towards treatment compliance by newly enrolled tuberculosis patients in the district treatment programme in rural western Kenya: a qualitative study.* BMC Public Health 2011;11(515):1-10.
15. Joko Kurnianto. *Faktor-faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kecacatan Penderita Kusta di Kabupaten Tegal.* 2002.
16. Kumar A, Girdhar A, Chakma JK, Girdhar BK. *WHO multidrug therapy for leprosy: Epidemiology of default in treatment in Agra District, Uttar Pradesh, India.* Biomed Res. Int. 2015;2015.
17. Mani S, Darlong J, John A, Govindharaj P. *Non-adherence to steroid therapy in leprosy reaction and neuritis.* Lepr. Rev. 2015.
18. Sinha A. *A Comparative study on Psychological aspect of Leprosy patients before Occurrence and after medical check-up of Leprosy.* PISER 2014;02(2):374-80.
19. Tesema AA, Beriso M. *Assessment of knowledge and attitude of community on leprosy patients in Kuyera Town, West Arsi Zone, Oromia Region Southeast Ethiopia.* Hered. Genet. 2015;5(1):1-6.
20. Noordeen SK, Srin H. *Epidemiology of disability in leprosy.* Int. J. Lepr. 1966;34(2).
21. Moe S, Tha K, Naing DKS, Htike MMT. *Health Seeking Behaviour of Elderly in Myanmar.* Int. J. Collab. Res. Intern. Med. Public Heal. 2012;4(8):1538-44.
22. Zhang F, Chen S, Sun Y, Chu T. *Healthcare seeking behaviour and delay in diagnosis of leprosy in a low endemic area of China.* Lepr. Rev. 2009;80:416-23.
23. Lustosa AA, Nogueira LT, Pedrosa JI dos S, Teles JBM, Campelo V. *The impact of leprosy on health-related quality of life.* Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2011;44(5):621-6.
24. Uche I. *Level of Public Awareness on Leprosy and its Effects on Leprosy Control Programmes in Anambra and Ebonyi States of Southeast Nigeria.* Am. J. Res. Commun. 2015;3(8):67-93.
25. Rusdin R. *Hubungan Perilaku Penderita Kusta Rawat Jalan dengan Kejadian Kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012.* 2012.
26. Sari AN, Gustia R. *Artikel Penelitian Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga dengan Tingkat Kecacatan pada Penderita Kusta di Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2013.* 2015;4(3):681-8.
27. Nisar N, Khan IA, Qadri MH, Shah PGN. *Knowledge attitude*

- and practices about leprosy in a fishing community in Karachi Pakistan.* Pakistan J. Med. Sci. 2007;23(6):936-40.
28. Adhikari B, Kaehler N, Chapman RS, Raut S, Roche P. *Factors affecting perceived stigma in leprosy affected persons in Western Nepal.* PLoS Negl. Trop. Dis. 2014;8(6):2-9.
  29. Castro LED, Cunha AJLAD, Fontana AP, Halfoun VLRDC, Gomes MK. *Physical disability and social participation in patients affected by leprosy after discontinuation of multidrug therapy.* Lepr. Rev. 2014;85(3):208-17.
  30. Carlos F, Lana F, Oliveira C, et al. *Deformities due to leprosy in children under fifteen years old as an indicator of quality of the leprosy control programme in Brazilian municipalities.* J. Trop. Med. 2015;2013.
  31. Ottenhoff THM. *New insights and tools to combat leprosy nerve damage.* Lepr. Rev. 2011;82(4):334-7.
  32. Madan NK, Agarwal K, Chander R. *Serum cytokine profile in leprosy and its correlation with clinico-histopathological profile.* Lepr. Rev. 2011;82(4):371-82.
  33. Departemen Kesehatan RI. *Buku pedoman nasional pemberantasan penyakit kusta.* Jakarta; 2006.
  34. Walker SL, Lockwood DNJ. *Leprosy tipe 1 reaction and erythema nodosum leprosum.* An Bras Dermatol. 2008;83(1):75-82.
  35. Suchonwanit P, Triamchaisri S, Wittayakornrek S, Rattanakaemakorn P. *Leprosy reaction in Thai Population: A 20-year retrospective study.* Dermatol. Res. Pract. 2015;2015:1-6.
  36. Singhi MK, Ghiya BC, Gupta D, Kachhawa D. *Disability rates in leprosy.* Indian J. Dermatol. Venereol. Lepr. 2004;70(5):314-6.
  37. Leon KE, Jacob JT, Paredes CF, Kozarsky PE, Wu HM. *Delayed diagnosis, leprosy reaction, and nerve injury among individuals with hansen's disease seen at a U.S. Clinic.* Infect. Dis. Soc. Am. 2016:1-14.
  38. Withington SG. *Developmental articles leprosy and disability in Bangladesh.* Drug Ther. (NY). 2006;17(2):7-16.
  39. Wexler R, Melchior H. *Dorsal sensory impairment in hands and feet of people affected by hansen's disease in Israel.* Lepr. Rev. 2007;78(4):362-8.
  40. Gautham MS, Dayananda M, Gopinath D, Shivraj NS, Riyaz B, Pruthvish S. *Community-based needs assessment of leprosy patients in Chamrajanagar district, Karnataka, India.* Lepr. Rev. 2011;82(3):286-95.
  41. Gilbody JS. *Aspects of rehabilitation in leprosy.* Int.J.Leprot. Mycobact.Dis. 1992;60:608-40.