

REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00201852872, 6 November 2018

Pencipta

Nama : **dr. Zuhriana K. Yusuf, M.Kes., Nanang Roswita Paramata, , dkk**
Alamat : **Jl. Irian Rt/Rw 003/001 Kelurahan Liluwo Kecamatan Kota Tengah, Gorontalo, Gorontalo, 96129**
Kewarganegaraan : **Indonesia**

Pemegang Hak Cipta

Nama : **dr. Zuhriana K. Yusuf, M.Kes., Nanang Roswita Paramata, , dkk**
Alamat : **Jl. Irian Rt/Rw 003/001 Kelurahan Liluwo Kecamatan Kota Tengah, Gorontalo, Gorontalo, 96129**
Kewarganegaraan : **Indonesia**
Jenis Ciptaan : **Buku**
Judul Ciptaan : **Kupas Tuntas Penyakit Kusta**
Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : **5 November 2018, di Gorontalo**
Jangka waktu perlindungan : **Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.**
Nomor pencatatan : **000124569**

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL

Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.
NIP. 196611181994031001

LAMPIRAN PENCIPTA

No	Nama	Alamat
1	dr. Zuhriana K. Yusuf, M.Kes.	Jl. Irian Rt/Rw 003/001 Kelurahan Liluwo Kecamatan Kota Tengah
2	Nanang Roswita Paramata	Lingkungan I Huyula Rt/Rw 000/000 Kelurahan/Desa Kayumerah Kecamatan Limboto
3	Wirda Y. Dulahu	Jl. Taman Hiburan I Perum Wongkaditi Permai III Blok B/4 Rt/Rw 003/002 Kelurahan/Desa Wongkaditi Barat Kecamatan Kota Utara
4	Andi Mursyidah	Jl. H. Thayeb M. Gobel Rt/Rw 002/001 Kelurahan/ Desa Bulotadaa Barat Kecamatan Sipatana
5	Yuniar Mansye Soelis, Kep.	Kelurahan Oluhuta Rt/Rw 000/000 Desa Oluhuta Kecamatan Kabila
6	Zulkifli B. Pomalango	Jl. Beringin Rt/Rw 001/003 Kelurahan/Desa Buladu Kecamatan Kota Barat

LAMPIRAN PEMEGANG

No	Nama	Alamat
1	dr. Zuhriana K. Yusuf, M.Kes.	Jl. Irian Rt/Rw 003/001 Kelurahan Liluwo Kecamatan Kota Tengah
2	Nanang Roswita Paramata	Lingkungan I Huyula Rt/Rw 000/000 Kelurahan/Desa Kayumerah Kecamatan Limboto
3	Wirda Y. Dulahu	Jl. Taman Hiburan I Perum Wongkaditi Permai III Blok B/4 Rt/Rw 003/002 Kelurahan/Desa Wongkaditi Barat Kecamatan Kota Utara
4	Andi Mursyidah	Jl. H. Thayeb M. Gobel Rt/Rw 002/001 Kelurahan/ Desa Bulotadaa Barat Kecamatan Sipatana
5	Yuniar Mansye Soelis, Kep.	Kelurahan Oluhuta Rt/Rw 000/000 Desa Oluhuta Kecamatan Kabila
6	Zulkifli B. Pomalango	Jl. Beringin Rt/Rw 001/003 Kelurahan/Desa Buladu Kecamatan Kota Barat



KUPAS TUNTAS PENYAKIT KUSTA

Buku referensi tentang Penyakit Kusta ditinjau dari Beberapa Aspek memberikan pengetahuan dan membekali mahasiswa kesehatan pada khususnya dan praktisi kesehatan pada umumnya dalam memberikan pengobatan dan perawatan pasien kusta. Selain itu buku ini juga memberikan informasi praktis tentang perawatan kusta di ruang lingkup komunitas.



KUPAS TUNTAS
PENYAKIT
KUSTA

KUPAS TUNTAS PENYAKIT KUSTA



dr. Zuhriana K. Yusuf, M.Kes.
dr. Nanang R. Paramata, M.Kes.
Ns. Wiranda Y. Dulahu, M.Kep.
Ns. Andi Mursyidah, M.Kes.
Ns. Yuniar M. Soeli, M.Kep., Sp.Kep.J.
Ns. Zulkifli B. Pomalango, S.Kep.

KUPAS TUNTAS PENYAKIT KUSTA

dr. Zuhriana K. Yusuf, M.Kes.
dr. Nanang R. Paramata, M.Kes.
Ns. Wirda Y. Dulahu, M.Kep.
Ns. Andi Mursyidah, M.Kes.
Ns. Yuniar M. Soeli, M.Kep, Sp.Kep.J
Ns. Zulkifli B. Pomalango



Gorontalo, 2018

IP.061.010.2018

Kupas Tuntas Penyakit Kusta

dr. Zuhriana K. Yusuf, M.Kes.

dr. Nanang R. Paramata, M.Kes.

Ns. Wirda Y. Dulahu, M.Kep.

Ns. Andi Mursyidah, M.Kes.

Ns. Yuniar M. Soeli, M.Kep, Sp.Kep.J.

Ns. Zulkifli B. Pomalango

Pertama kali diterbitkan oleh **Ideas Publishing**, Oktober 2018

Alamat: Jalan Pangeran Hidayat No. 110 Kota Gorontalo

Surel: infoideaspublishing@gmail.com

Anggota Ikapi, No. 0001/ikapi/gtlo/II/17

ISBN: 978-602-5878-35-0

Penyunting: Mira mirnawati

Penata Letak: Sintiya Nurnaningsih Gude

Sampul: Wisnu Wijanarko

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang
dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian
atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit

Daftar Isi

Daftar Isi	iii
Prakata	viii

BAB I

Mengenal Penyakit Kusta

A. Penyakit Kusta dan Penyebarannya	1
B. Ciri dan Cara Kerja Bakteri <i>Mycobacterium leprae</i> (<i>M. leprae</i>) Secara Umum	3
C. Cara Penyebaran Penyakit Lepra/Kusta (Epidemiologi)	4
D. Sebab dan Asal Penyakit (Etiologi)	5
E. Pengklasifikasian Penyakit Kusta	6
F. Cara Penularan Kusta	12
G. Proses Berjangkitnya Penyakit (Patogenesis)	13
H. Gambaran Klinis Penderita Penyakit Kusta	14
I. Pengobatan pada Penderita Penyakit Kusta	16
J. Pencegahan Penyakit Kusta	19
K. Penanganan Pencegahan Kecacatan pada Pasien Kusta	21
L. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kecacatan	24
Referensi	33

BAB II

Dampak Psikologis Penderita Kusta dan Solusinya

A. Konsep Diri	37
B. Motivasi bagi Penderita Kusta	49
C. Harapan bagi Penderita Kusta	52
Referensi	56

BAB III

Aspek Sosial Penderita Kusta

A. Memahami Manusia sebagai Makhluk Sosial dan Makhluk Individual	59
B. Kondisi Sosial Penderita Kusta	61
Referensi	77

BAB IV

Aspek Ekonomi Penderita Kusta

A. Peran Ekonomi dalam Kehidupan.....	79
B. Ekonomi dan Kesehatan	81
Referensi	91

BAB V

Cara Perawatan Penyakit Kusta

A. Pemeriksaan dan Perawatan Pasien Kusta	94
B. Pemanfaatan Minyak Kelapa Murni dalam Perawatan Pasien Kusta	100
C. Pengaruh Minyak Kelapa Murni terhadap Kulit Pasien Kusta	102
D. Perbandingan Minyak Kelapa Murni dengan Minyak Kelapa Biasa terhadap Kulit Pasien Kusta	104
Referensi	109

Prakata

Angka insiden kusta di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 6.79 per 100.000 penduduk dan angka prevalensinya berkisar 7.9 sampai dengan 9.6 per 100.000 penduduk. Tahun 2014 jumlah kasus baru kusta di Indonesia sebesar 16.131 kasus dengan 10.088 penderita laki-laki dan 6.043 penderita perempuan serta kusta anak yang mencapai 1.755 kasus. Penyebaran penyakit kusta di Indonesia hampir merata di seluruh provinsi. Provinsi dengan jumlah kasus kusta tertinggi adalah Provinsi Jawa Timur (Kemenkes-RI, 2014).

Di Provinsi Gorontalo sendiri, penyakit kusta berada pada peringkat ke-7 dengan presentase 9.56 per 100.000 penduduk, dan pada tahun 2016 jumlah kasus baru kusta di Gorontalo sebanyak 110 kasus (Depkes-RI, 2016).

Oleh karena itu, sudah merupakan kewajiban bagi masyarakat yang berada dalam dunia kesehatan untuk turut memikirkan solusi untuk meneka angka penderita kusta di Indonesia. Hal inilah yang menjadi dasar pemikiran kami untuk menyusun buku secara bersama-sama demi mewujudkan masyarakat Indonesia sehat.

Buku ini berjudul *Kupas Tuntas Penyakit Kusta: Ditinjau dari Beberapa Aspek*. Dimulai dari memahami penyakit kusta ditinjau dari aspek medis yang tertuang dalam bab pertama. Dilanjutkan bab kedua yang membahas tentang dampak psikologis penderita penyakit kusta dan solusinya. Bab ketiga membicarakan aspek social yang dirasakan oleh penderita kusta beserta cara menanggulangnya. Bab keempat mengupas tentang keadaan penderita kusta terkait dengan ekonominya. Terakhir, bab kelima diuraikan dengan detail cara perawatan kusta pada penderita.

Materi dalam buku ini disesuaikan dengan kompetensi dalam pembelajaran dan pelayanan kesehatan saat ini. Sehingga, buku ini dapat digunakan oleh mahasiswa dan para praktisi kesehatan bahkan penderita kusta itu sendiri atau keluarga yang merawat penderita kusta. Hakikatnya, buku ini merupakan informasi ilmiah tentang penyakit kusta dan penanganannya.

Dalam penyusunan buku ini kami, para penulis telah berusaha untuk menyajikan materi dengan sebaik mungkin. Namun, kami menyadari bahwa tentu masih banyak kekurangan dalam buku ini disebabkan ketidaktahuan dan kekhilafan penyusun. Oleh karena itu, diharapkan kritik yang membangun demi sempurnanya buku ini di edisi selanjutnya.

Akhirnya, semoga buku ini memberikan manfaat bagi seluruh masyarakat terutama yang berprofesi di bidang

kesehatan, baik medis maupun keperawatan dalam memberikan pelayanan yang bermutu dan komprehensif pada pasien kusta.

Penyusun

Bab I

Mengenal Penyakit Kusta

A. Penyakit Kusta dan Penyebarannya

Penyakit kusta sudah ada sejak peradaban manusia. Namun beberapa aspek dari penyakit ini masih menyimpan berbagai misteri terutama sebelum akhir abad kesembilan belas (Agusni, 2003). Penyakit kusta (*Lepra, Morbus Hansen*) adalah penyakit infeksi menahun yang disebabkan oleh bakteri dari organisme *intraseluler obligat Mycobacterium leprae (M. leprae)*, yang primer. Penyakit ini menyerang syaraf tepi, kulit, mukosa (mulut), saluran pernapasan bagian atas, sistem retikulo endotelia, mata, otot, tulang, dan testis.

Penyakit ini adalah tipe penyakit *granulosa* pada saraf tepi dan mukosa dari saluran pernapasan atas, dan lesi pada kulit adalah tanda yang bisa diamati dari luar. Bila tidak ditangani, kusta dapat sangat progresif dan menyebabkan kerusakan pada kulit, saraf-saraf, anggota gerak, dan mata (Andareto, 2015).

Jika setelah ditangani pun, penderita tidak meminum obat secara teratur, maka kuman kusta dalam tubuh akan tumbuh dan berkembang lebih banyak sehingga merusak saraf penderita yang pada akhirnya dapat menimbulkan kecacatan (Widoyono, 2005). Selain itu, penyakit ini dapat menimbulkan

masalah psikososial akibat adanya stigma atau predikat buruk dari penyakit dalam pandangan masyarakat (WHO, 2012).

Dalam jangka panjang mengakibatkan sebagian anggota tubuh penderita tidak dapat berfungsi dengan normal (kulit, *mukosa traktus respiratorius* atas, tulang jari-jari dan wajah) (DJP3L, 2008).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) tahun 2011, ada sebanyak 213.899 kasus baru yang terdeteksi dan kasus terdaftar sebanyak 175.554 penderita. Indonesia menempati urutan ketiga sebagai negara dengan jumlah kasus tertinggi setelah Brazil dan India (WHO, 2012).

Upaya pengendalian kusta dunia menetapkan tahun 2000 merupakan tonggak pencapaian eliminasi kusta. Indonesia berhasil mencapai target tersebut pada tahun yang sama. Akan tetapi situasi kusta di Indonesia menunjukkan kondisi yang relatif statis.

Distribusi angka penemuan kasus baru kusta di dunia yang dilaporkan di WHO pada awal tahun 2012 yaitu jumlah kasus baru kusta di dunia pada tahun 2011 sekitar 219.075. Dari jumlah tersebut paling banyak terdapat di regional Asia Tenggara (160.132) diikuti regional Amerika (36.832), regional Afrika (12.673), dan sisanya berada di Regional lain di dunia.

Angka insiden kusta di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 6.79 per 100.000 penduduk dan angka prevalensinya berkisar 7.9 sampai dengan 9.6 per 100.000 penduduk. Tahun

2014 jumlah kasus baru kusta di Indonesia sebesar 16.131 kasus dengan 10.088 penderita laki-laki dan 6.043 penderita perempuan serta kusta anak yang mencapai 1.755 kasus. Penyebaran penyakit kusta di Indonesia hampir merata di seluruh provinsi. Provinsi dengan jumlah kasus kusta tertinggi adalah Provinsi Jawa Timur (Kemenkes-RI, 2014).

Di Provinsi Gorontalo sendiri, penyakit kusta berada pada peringkat ke 7 dengan presentase 9.56 per 100.000 penduduk, dan pada tahun 2016 jumlah kasus baru kusta di Gorontalo sebanyak 110 kasus (Depkes-RI, 2016).

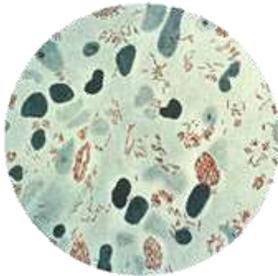
B. Ciri dan Cara Kerja Bakteri *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) Secara Umum

Infeksi hanya terjadi ketika kontak erat yang berlangsung lama, khususnya pada anak-anak penderita lepra. Bakteri masuk ke dalam tubuh melalui kulit atau hidung. Bila seluruh tubuh terkena, kulit dan saraf biasanya sasaran yang paling disukai.

Pada kulit, tanda pertama berupa noda berwarna terang yang anestetik (dadanya merasa sakit), kemudian daerah yang menebal (nodul) dapat timbul, terutama pada muka. Saraf yang paling sering terkena adalah di lengan bawah, muka, dan belakang telinga. Daerah tersebut dapat teraba lebih tebal dari biasanya.

Gambaran lanjut dari lepra berupa tukak dan hilangnya jari-jari dan kuku jarang dicapai pada anak-anak, karena untuk

mencapai bentuk ini memerlukan waktu bertahun-tahun (Irianto, 2014).



Gambar 1.1

Mycobacterium Leprae
(Ryan, KJ & Ray, C.G, 2004)

Penyakit kusta terdiri dari dua tipe yaitu *Paucibasillary* (PB) atau disebut juga kusta kering dan *Multibasillary* (MB) disebut juga kusta basah. Sumber penularan penyakit kusta adalah penderita kusta tipe MB. Penyakit kusta ditularkan melalui kontak langsung, melalui kulit dan saluran pernapasan secara berulang-ulang dan dalam jangka waktu yang lama (Kemenkes-RI, 2014).

C. Cara Penyebaran Penyakit Lepra/Kusta (Epidemiologi)

Sumber penularan berasal dari kuman kusta utuh (solid) yang berasal dari pasien kusta tipe MB (*Multi Basiler*) yang belum diobati atau tidak teratur berobat. Sebenarnya, Bila seseorang terinfeksi *M. Leprae*, sebagian besar (95%) akan sembuh sendiri dan 5% akan menjadi *indeterminate*. Dari 5% *indeterminate*, 30% bermanifestasi klinis menjadi *determinate* dan 70% sembuh (Mansjoer, Suprohaita, Wardhani, & Setiowulan, 2000).

D. Sebab dan Asal Penyakit (Etiologi)

Berdasarkan informasi yang disampaikan Kementerian Kesehatan tahun 2015, penyakit kusta disebabkan oleh *Mycobacterium Leprae*. Bakteri ini untuk pertama kalinya ditemukan oleh Gerhard Henrik Armauer Hansen pada tahun 1873 di Norwegia.

Bakteri *Mycobacterium Leprae* adalah kuman aerob, tidak membentuk spora, berbentuk batang, dikelilingi oleh membran sel lilin yang merupakan ciri dari spesies *Mycobacterium*. Ukurannya adalah panjang 1-8 mikro dan lebar 0,2-0,5 mikro. Biasanya hidup berkelompok dan ada juga yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel, dan bersifat tahan asam (BTA) atau gram positif. Bakteri ini tidak mudah diwarnai. Kalaupun diwarnai, akan tahan terhadap dekolorisasi oleh asam atau alkohol sehingga dinamakan sebagai basil 'tahan asam'. *Mycobacterium Leprae* belum dapat dikultur pada laboratorium.

Bakteri ini menular pada manusia melalui kontak langsung dengan penderita. Penularan disebabkan antara penderita dengan yang tertular memiliki lesi (luka), baik mikroskopis (kecil) maupun makroskopis (besar). Selain itu, penularan disebabkan karena adanya kontak yang lama dan berulang-ulang. Penularan juga dapat terjadi melalui pernapasan.

Bakteri ini mengalami proses perkembangbiakan dalam waktu 2-3 minggu. Pertahanan bakteri ini dalam tubuh manusia mampu bertahan 9 hari di luar tubuh manusia kemudian membelah dalam jangka 14-21 hari dengan masa inkubasi rata-rata 2-5 tahun bahkan juga dapat memakan waktu lebih dari 5 tahun. Setelah 5 tahun, tanda-tanda seseorang menderita penyakit kusta mulai muncul antara lain kulit mengalami bercak putih, merah, rasa kesemutan bagian anggota tubuh hingga tidak berfungsi sebagaimana mestinya.

E. Pengklasifikasian Penyakit Kusta

Dikenal banyak jenis klasifikasi penyakit kusta, misalnya klasifikasi Madrid, klasifikasi Ridley-Jopling, klasifikasi India, dan klasifikasi WHO. Penentuan klasifikasi ini didasarkan pada tingkat kekebalan tubuh (kekebalan seluler) dan jumlah kuman.

Berikut ini diuraikan beragam pengklasifikasian penyakit kusta.

1. Pengklasifikasian Ridley dan Jopling

Ridley dan Jopling mengelompokkan penyakit kusta menjadi 5 kelompok berdasarkan gambaran klinis, bakteriologis, histopatologis, dan imunologis.

a. Tipe Tuberkuloid (TT)

Lesi (luka) ini mengenai baik kulit maupun saraf. Lesi kulit bisa satu atau lebih, dapat berupa makula atau plak, batas jelas dan pada bagian tengah dapat

ditemukan lesi yang regresi atau *central healing*. Permukaan lesi dapat bersisik dengan tepi yang meninggi, bahkan dapat meninggi menyerupai gambaran psoriasis atau tinea sirsinata. Dapat disertai penebalan saraf *perifer* yang biasanya teraba, kelemahan otot, dan sedikit rasa gatal.

b. *Bordeline Tuberculoid* (BT)

Lesi (luka) pada tipe ini menyerupai tipe *tuberculoid* (TT), yakni berupa makula atau plak yang sering disertai lesi satelit di tepinya. Jumlah lesi dapat satu atau lebih, tetapi gambaran hipopigmentasi, kekeringan kulit atau skuama tidak sejelas tipe tuberkuloid. Adanya gangguan saraf tidak seberat tipe tuberkuloid, dan biasanya asimetris. Lesi satelit biasanya ada dan terletak dekat saraf perifer yang menebal.

c. *Mid Bordeline* (BB)

Merupakan tipe yang paling tidak stabil dari semua tipe dalam spektrum penyakit kusta. Disebut juga sebagai bentuk dimorfik dan bentuk ini jarang dijumpai. Lesi dapat berbentuk makula infiltratif. Permukaan lesi dapat berkilap, batas lesi kurang jelas dengan jumlah lesi yang melebihi tipe *borderline tuberculoid* (BT) dan cenderung simetris. Lesi sangat bervariasi, baik dalam ukuran, bentuk, ataupun distribusinya. Bisa didapatkan lesi *punched out* yang merupakan ciri khas tipe ini.

d. *Bordeline Lepromatous* (BL)

Secara klasik lesi dimulai dengan makula. Awalnya hanya dalam jumlah sedikit dan dengan cepat menyebar ke seluruh badan. Makula lebih jelas dan lebih bervariasi bentuknya. Walaupun masih kecil, papul dan nodus lebih tegas dengan distribusi lesi yang hampir simetris dan beberapa nodus tampaknya melekok pada bagian tengah. Lesi bagian tengah sering tampak normal dengan pinggir dalam *infiltrat* lebih jelas dibandingkan dengan pinggir luarnya, dan beberapa plak tampak seperti *punched-out*. Tanda-tanda kerusakan saraf berupa hilangnya sensasi, hipopigmentasi, berkurangnya keringat dan hilangnya rambut lebih cepat muncul dibandingkan dengan tipe *lepramatos* (LL). Penebalan saraf dapat teraba pada tempat predileksi.

e. *Tipe Lepramatos* (LL)

Jumlah lesi (luka) sangat banyak, simetris, permukaan halus, lebih eritematos, berkilap, berbatas tidak tegas dan pada stadium dini tidak ditemukan anestesi dan anhidrosis. Distribusi lesi khas, yakni di wajah mengenai dahi pelipis, dagu, cuping telinga: sedang di badan dan di wajah mengenai bagian badan yang dingin, lengan, punggung tangan, dan permukaan ekstensor tungkai bawah.

Pada stadium lanjut tampak penebalan kulit yang progresif, cuping telinga menebal, garis muka menjadi kasar dan cekung membentuk fasies leonina yang dapat disertai madarosis, iritis, dan keratitis. Lebih lanjut lagi dapat terjadi deformitas pada hidung. Dapat dijumpai pembesaran kelenjar limfe orkitis yang selanjutnya dapat menjadi atrofi testis.

Kerusakan saraf yang luas menyebabkan gejala *stocking & glove anaesthesia*. Bila penyakit ini menjadi progressif, muncul makula dan papula baru, sedangkan lesi lama menjadi plak dan nodus. Pada stadium lanjut serabut-serabut saraf perifer mengalami degenerasi hialin atau fibrosis yang menyebabkan anestesi dan pengecilan otot tangan dan kaki.

2. Pengklasifikasian WHO

Sekelompok ahli WHO mengembangkan klasifikasi penyakit kusta untuk memudahkan pengobatan di lapangan. Dalam klasifikasi ini seluruh penderita kusta hanya dibagi dalam 2 tipe yaitu tipe *Paucibacillary* (PB) dan tipe *Multibacillary* (MB). Dasar dari klasifikasi ini adalah gambaran klinis dan hasil pemeriksaan BTA melalui pemeriksaan kerokan jaringan kulit (Kemenkes-RI, 2012).

3. Pengklasifikasian Kemenkes

Departemen Kesehatan berkiblat pada WHO untuk mengklasifikasikan penyakit kusta. Standar

pengklasifikasiannya yaitu dibagi menjadi tipe *paucibacillary* (PB) dan *multibacillary* (MB).

a. Tipe PB atau Tipe Kering

- 1) Bercak atau makula dengan warna keputihan.
- 2) Ukurannya kecil dan besar, batas tegas, dan terdapat di satu atau beberapa tempat di badan (pipi, punggung, dada, ketiak, lengan, pinggang, pantat, paha, betis atau pada punggung kaki).
- 3) Permukaan bercak tidak berkeringat. Kusta tipe ini jarang menular tetapi apabila tidak segera diobati menyebabkan kecacatan.

b. Tipe MB atau Tipe Basah

- 1) Berwarna kemerahan.
- 2) Tersebar merata di seluruh badan, kulit tidak terlalu kasar, batas makula tidak begitu jelas.
- 3) Terjadi penebalan kulit dengan warna kemerahan, dan tanda awal terdapat pada cuping telinga dan wajah.

Tabel 1.1
Tanda Utama Kusta Pada Tipe PB Dan MB

Tanda Utama	PB	MB
Bercak Kusta	Jumlah 1-5	Jumlah > 5
Penebalan saraf tepi disertai gangguan fungsi (mati rasa dan atau kelemahan otot, di daerah yang dipersarafi saraf yang bersangkutan)	Hanya 1 saraf	>1 saraf
Kerokan jaringan kulit	BTA Negatif	BTA Positif

Sumber : Kemenkes RI, 2012.



Gambar 1.2
Anak laki-laki di sebelah kiri menderita kusta tipe PB; Anak laki-laki di sebelah kanan memiliki kusta tipe MB

F. Cara Penularan Kusta

Penyakit kusta dapat ditularkan dari penderita kusta tipe *Multi Basiller* (MB) kepada orang lain dengan cara penularan langsung (Depkes, 2012). Cara penularannya yang pasti, belum diketahui, tetapi sebagian besar para ahli berpendapat bahwa penyakit kusta dapat ditularkan melalui saluran pernafasan dan kulit.

Timbulnya kusta bagi seseorang tidak mudah dan tidak perlu ditakuti, tergantung dari beberapa faktor berikut ini.

1. Sumber Penularan

Penderita kusta tipe MB tidak akan menularkan kusta, apabila berobat teratur.

2. Kuman Kusta

Kuman kusta dapat hidup di luar tubuh manusia antara 1 – 9 hari tergantung pada suhu atau cuaca. Tidak semua kuman menular, hanya kuman kusta yang utuh (solid) saja yang dapat menimbulkan penularan.

Kuman kusta mempunyai masa inkubasi rata-rata 2-5 tahun, akan tetapi dapat juga bertahun-tahun. Penularan terjadi apabila *M. Leprae* yang utuh (hidup) keluar dari tubuh pasien dan masuk ke dalam tubuh orang lain.

Secara teoritis penularan ini dapat terjadi dengan cara kontak yang lama dengan pasien. Pasien yang sudah minum obat MDT tidak menjadi sumber penularan kepada orang lain



G. Proses Berjangkitnya Penyakit (Patogenesis)

Meskipun cara masuk *Mycobakterium Leprae* ke dalam tubuh masih belum diketahui dengan pasti, namun beberapa penelitian telah memperlihatkan yang sering tertular ialah melalui kulit yang lecet pada bagian tubuh yang bersuhu dingin dan melalui mukosa nasal.

Pengaruh *Mycobakterium Leprae* terhadap kulit bergantung pada faktor imunitas seseorang. Kemampuan hidup *Mycobakterium Leprae* yaitu pada suhu tubuh yang rendah, waktu regenerasi yang lama, serta sifat kuman yang avirulen dan nontoksik.

Mycobakterium Leprae merupakan parasit obligat intraselular terutama terdapat pada sel makrofag di sekitar pembuluh darah *superficial* pada dermis atau sel *Schwann* di jaringan saraf. Bila kuman *Mycobakterium Leprae* masuk ke dalam tubuh, maka tubuh akan beraksi mengeluarkan makrofag (sel-sel yang berfungsi mematikan) untuk memfagositnya .

Pada kusta tipe LL terjadi kelumpuhan sistem imunitas selular. Dengan demikian makrofag tidak mampu menghancurkan kuman sehingga kuman dapat bermultiplikasi dengan bebas, yang kemudian dapat merusak jaringan.

Pada kusta tipe TT kemampuan fungsi sistem imunitas selular tinggi, sehingga makrofag sanggup menghancurkan kuman. Sayangnya setelah kuman di fagositosis, makrofag akan berubah menjadi sel epiteloid yang tidak bergerak aktif dan



kadang-kadang bersatu membentuk sel *Dantia Langhans*. Bila infeksi ini tidak segera diatasi akan terjadi reaksi berlebihan dan masa epiteloid akan menimbulkan kerusakan saraf dan jaringan sekitarnya.

Sel *Schwann* merupakan sel target untuk pertumbuhan *Mycobakterium Leprae*. Di samping itu sel *schwann* berfungsi sebagai demielinisasi dan hanya sedikit berfungsi sebagai fagositosis. Jadi, bila terjadi gangguan imunitas tubuh dalam sel *Schwann*, kuman dapat bermigrasi dan beraktivasi. Akibatnya aktivitas regenerasi saraf berkurang dan terjadi kerusakan saraf yang progresif (Emmy, 2003).

H. Gambaran Klinis Penderita Penyakit Kusta

Manifestasi klinis penyakit kusta biasanya menunjukkan gambaran yang jelas pada stadium yang lanjut. Diagnosis cukup ditegakkan dengan pemeriksaan fisik saja. Penderita kusta adalah seseorang yang menunjukkan gejala klinis kusta dengan atau tanpa pemeriksaan bakteriologis dan memerlukan suatu pengobatan.

Gambaran umumnya adalah bagian tubuh yang dingin seperti saluran napas, testis, bilik mata depan dan kulit terutama cuping telinga dan jari merupakan daerah yang biasa terkena. Bagian tubuh yang dingin tidak hanya karena pertumbuhan optimal *Mycobakterium Leprae* pada suhu rendah



tetapi mungkin juga karena kurangnya respon imunologi akibat rendahnya suhu pada daerah tersebut (Amiruddin, 2005).

Gejala dan keluhan penyakit tergantung pada hal-hal berikut ini.

- a. Multiplikasi dan diseminata kuman *M. Leprae*.
- b. Respon imun penderita terhadap kuman *M. Leprae*.
- c. Komplikasi yang diakibatkan oleh kerusakan saraf perifer.

Ada 3 tanda kranial yang kalau salah satunya ada, sudah cukup untuk menetapkan diagnosis dari penyakit kusta. Ketiga tanda tersebut dijelaskan berikut ini.

1. Lesi Kulit yang Anestesi

Macula atau plak atau lebih jarang pada papul atau nodul dengan hilangnya rasa raba, rasa sakit dan suhu yang jelas. Kelainan lain pada kulit yang spesifik berupa perubahan warna dan tekstur kulit serta kelainan pertumbuhan rambut.

2. Penebalan Saraf Perifer

Penebalan saraf perifer sangat jarang ditemukan kecuali pada penyakit kusta. Pada daerah endemik kusta penemuan adanya penebalan saraf perifer dapat dipakai untuk menegakkan diagnosis. Untuk mengevaluasi ini diperlukan latihan yang terus menerus, cara meraba saraf dan pada saat pemeriksaan perlu membandingkan dengan saraf.

3. Ditemukannya *M. Leprae*

Mycobakterium Leprae dimasukkan dalam *family Mycobacteriaceae*, ordo *Actinomycetales*, kelas *Schyzomycetes*.



Berbentuk *pleomorf*, lurus, batang ramping dan sisanya berbentuk paralel dengan kedua ujungnya bulat, ukuran panjang 1-8 mm dan lebar 0,3-0,5 mm. Basil ini menyerupai kuman berbentuk batang yang gram positif, tidak bergerak dan tidak berspora.

Masa inkubasi *Mycobakterium Leprae* dapat berlangsung selama 2-5 tahun. Bakteri ini terutama terdapat pada kulit, mukosa hidung dan saraf perifer yang superficial dan dapat ditunjukkan dengan apusan sayatan kulit atau kerokan mukosa hidung. Secara klinis telah dibuktikan bahwa basil ini biasanya tumbuh pada daerah dengan temperature kurang dari 37°C (Amiruddin, 2005).

I. Pengobatan pada Penderita Penyakit Kusta

Kemoterapi kusta di Indonesia dimulai tahun 1949 dengan DDS sebagai obat tunggal (monoterapi DDS) (Kementerian Kesehatan RI, 2012). DDS harus diminum selama 3-5 tahun PB, sedangkan untuk MB 5-10 tahun, bahkan seumur hidup.

Kekurangan monoterapi DDS adalah terjadinya resistensi, timbulnya kuman *persisters* serta terjadinya pasien *defaulter*. Pada tahun 1964 ditemukan resistensi terhadap DDS. Oleh sebab itu pada tahun 1982 WHO merekomendasikan pengobatan kusta dengan *Multi Drug Therapy* (MDT) untuk tipe PB maupun MB.

Multi Drug Therapy (MDT) adalah kombinasi dua atau lebih obat antikusta. Salah satunya rifampisin sebagai anti kusta yang bersifat bakterisidal kuat, sedangkan obat anti kusta lain bersifat bakteriostatik.

Berikut ini merupakan kelompok orang yang membutuhkan MDT.

1. Pasien yang baru didiagnosis kusta dan belum pernah mendapat MDT.
2. Pasien ulangan, yaitu pasien yang mengalami hal-hal di bawah ini.
 - (1) Relaps
 - (2) Masuk kembali setelah *default* (dapat PB maupun MB)
 - (3) Pindahan (pindah masuk)
 - (4) Ganti klasifikasi/tipe

Regimen pengobatan MDT di Indonesia sesuai dengan yang direkomendasikan oleh WHO. Regimen tersebut adalah sebagai berikut.

1. Pasien Pausibasiler (PB) untuk Dewasa

Pengobatan Bulanan

Hari pertama (obat minum di depan petugas)

- a. 2 kapsul rifampisin @ 300 mg (600 mg)
- b. 1 tablet dapson/DDS 100 mg

Pengobatan Harian : hari ke-2 s.d. ke-28

1 tablet dapson/DDS 100 mg

Satu blister untuk 1 bulan. Dibutuhkan 6 blister yang diminum selama 6-9 bulan.

2. Pasien Multibasiler (MB) untuk Dewasa

Pengobatan Bulanan

Hari pertama (obat diminum di depan petugas)

- a. 2 kapsul rifampisin @ 300 mg (600 mg)
- b. 3 tablet lampren @ 100 mg (300 mg)
- c. 1 tablet dapson/DDS 100 mg

Pengobatan Harian: Hari Ke-2 s.d ke-28

- a. 1 tablet lampren 50 mg
- b. 1 tablet dapson/DDS 100 mg

Satu blister untuk 1 bulan. Dibutuhkan 12 blister yang diminum selama 12-18 bulan 16.

3. Dosis MDT PB untuk Anak (Umur 10-15 Tahun)

Pengobatan Bulanan

hari pertama (obat diminum di depan petugas)

- a. 2 kapsul rifampisin 150 mg dan 300 mg
- b. 1 tablet dapson/DDS 50 mg

Pengobatan Harian: Hari ke-2 s.d. ke-28

Tablet dapson/DDS 50 mg

Satu blister untuk 1 bulan. Dibutuhkan 6 blister yang diminum selama 6-9 bulan.

4. Dosis MDT MB untuk Anak (Umur 10-15 Tahun)

Pengobatan Bulanan

hari pertama (obat diminum di depan petugas)



- a. 2 kapsul rifampisin 150 mg dan 300 mg
- b. 3 tablet lampren @ 50 mg (150 mg)
- c. 1 tablet dapson/DDS 50 mg

Pengobatan Harian: Hari ke-2 s.d. ke-28

- a. 1 tablet lampren 50 mg selang sehari
- b. 1 tablet dapson/DDS 50 mg

Satu blister untuk 1 bulan. Dibutuhkan 12 blister yang diminum selama 12-18 bulan. Bagi dewasa dan anak usia 10-14 tahun tersedia paket dalam bentuk blister.

Dosis anak disesuaikan dengan berat badan anak.

- a. Rifampison: 10-15 mg/kgBB
- b. Dapson: 1-2 mg/kgBB
- c. Lampren: 1 mg/kgBB

J. Pencegahan Penyakit Kusta

Pencegahan secara umum adalah mengambil tindakan terlebih dahulu sebelum kejadian. Dalam mengambil langkah-langkah untuk pencegahan, haruslah didasarkan pada data/keterangan yang bersumber dari hasil analisis epidemiologi atau hasil pengamatan/penelitian epidemiologis.

Ada tiga tingkatan pencegahan penyakit menular seperti kusta secara umum, yakni sebagai berikut.

1. Pencegahan Tingkat Pertama

Sasaran ditujukan pada faktor penyebab, lingkungan serta faktor pejamu.



- a. Sasaran yang ditujukan pada faktor penyebab kusta yang bertujuan untuk mengurangi penyebab atau menurunkan pengaruh penyebab serendah mungkin dengan usaha antara lain: desinfeksi, pasteurisasi, sterilisasi yang bertujuan untuk menghilangkan mikroorganisme penyebab penyakit, menghilangkan sumber penularan maupun memutuskan rantai penularan, disamping karantina dan isolasi yang juga dalam rangka memutus rantai penularan, serta mengurangi atau menghindari perilaku yang dapat meningkatkan risiko perorangan dan masyarakat
- b. Mengatasi/modifikasi lingkungan melalui perbaikan lingkungan fisik seperti peningkatan air bersih, sanitasi lingkungan, dan perumahan serta bentuk pemukiman lainnya.
- c. Meningkatkan daya tahan pejamu melalui perbaikan status gizi, status kesehatan umum, dan kualitas hidup penduduk, serta berbagai bentuk pencegahan khusus lainnya serta usaha menghindari pengaruh faktor keturunan dan peningkatan ketahanan fisik melalui olah raga dan kesehatan.

2. Pencegahan Tingkat Kedua

Sasaran pencegahan ditujukan pada mereka yang menderita atau yang dianggap menderita (suspek) atau yang terancam akan menderita (masatunas). Adapun tujuan tingkat kedua



ini meliputi diagnosis dini dan pengobatan yang tepat agar dapat dicegah meluasnya penyakit atau untuk mencegah timbulnya wabah, serta untuk segera mencegah proses penyakit lebih lanjut serta mencegah terjadinya komplikasi.

3. Pencegahan Tingkat Ketiga

Sasaran pencegahan adalah pada penderita kusta dengan tujuan mencegah jangan sampai mengalami kecacatan. Pada tingkat ini juga dilakukan usaha rehabilitasi. Rehabilitasi adalah usaha pengembalian fungsi fisik, psikologis, dan sosial penderita kusta seoptimal mungkin.

K. Penanganan Pencegahan Kecacatan pada Pasien Kusta

Pencegahan cacat atau *prevention of disability* (POD) adalah suatu usaha untuk memberikan tindakan pencegahan terhadap penderita agar terhindar dari risiko cacat selama perjalanan penyakit kusta, terutama akibat reaksi kusta.

Cara terbaik untuk pencegahan cacat atau *prevention of disability* (POD) adalah dengan melaksanakan diagnosis dini kusta. Pemberian pengobatan MDT yang cepat dan tepat. Selanjutnya dengan mengenali gejala dan tanda reaksi kusta yang disertai gangguan saraf harus mulai melakukan pengobatan dengan kortikosteroid sesegera mungkin. Hal ini disebabkan terjadinya cacat pada penderita kusta disebabkan oleh kerusakan fungsi saraf tepi oleh kuman maupun karena terjadinya peradangan saraf (neuritis) sewaktu terjadi reaksi



kusta (Kandun, 2007). Sehingga harus dicegah dengan penanganan tersebut.

Dalam *International Classification of Function Disability and Health (ICF)*, dipaparkan bahwa kecacatan adalah istilah yang dipakai untuk mencakup 3 aspek, yaitu kerusakan struktur dan fungsi (*impairment*), keterbatasan aktivitas (*activity limitation*) dan masalah partisipasi (*participation problem*). Ketiga aspek ini sangat dipengaruhi oleh faktor individu dan faktor lingkungan. Yang dimaksud dengan faktor individu, misalnya usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Sedangkan faktor lingkungan adalah kebijakan pemerintah, masyarakat sekitar, stigma serta kondisi lingkungan (Kemenkes-RI, 2012).

Tujuan pencegahan kecacatan pada penderita kusta adalah untuk mengijindari terjadinya kecacatan yang timbul atau bertambah setelah penderita terdaftar dalam pengobatan dan pengawasan. Oleh karena itu dibutuhkan data mengenai perkembangan fungsi saraf penderita. Untuk memonitor fungsi saraf penderita dapat digunakan hasil pemeriksaan POD. Hasil pemeriksaan ini merupakan indikator pengelolaan penderita untuk mengatasi komplikasi pengobatan, mengurangi proporsi kecacatan baru untuk penambahan kecacatan baik saat dalam pengobatan maupun setelah RFT (Kandun, 2007).

Kecacatan pada penderita kusta memiliki tingkatan yang dapat ditentukan. Berikut ini adalah tabel indikator penentuan tingkat kecacatan.

Tabel 1.2

Tingkat cacat mata menurut WHO (Kemenkes-RI, 2012)

Tingkat	Mata	Telapak dan Tangan
0	Tidak ada kelainan pada mata (termasuk visus)	Tidak ada cacat akibat kusta
1	Ada kelainan pada mata, tetapi tidak terlihat (anestesi kornea), visus sedikit berkurang.	Ada anestesi, kelemahan otot, (tidak ada cacat/kerusakan yang kelihatan akibat kusta)
2	Ada kelainan mata yang terlihat (misalnya lagofthalmos, kekeruhan kornea, iridosiklitis) dan atau visus sangat terganggu/berat (visus <6/60)	Ada cacat/kerusakan yang kelihatan akibat kusta, misalnya ulkus, jari kiting, kaki semper.

Berikut ini adalah tanda-tanda kelainan pada penderita kusta.

1. Kelainan pada Mata

Mudah kemasukan kotoran, benda-benda asing yang dapat menyebabkan infeksi mata dan akibatnya mengalami kebutaan.

2. Kerusakan Fungsi Motorik

Kekuatan otot tangan dan kaki dapat menjadi lemah/lumpuh dan lama-lama ototnya mengecil (atrofi) karena tidak digunakan. Jari-jari tangan dan kaki menjadi bengkak (*claw hand/claw toes*) dan akhirnya dapat terjadi

kekakuan pada sendinya. Bila terjadi kelemahan/kekakuan pada mata, kelopak mata tidak dapat dirapatkan (*lagoptalmus*).

3. Kerusakan Fungsi Otonom

Terjadinya gangguan kelenjar keringat, kelenjar minyak, dan gangguan sirkulasi darah sehingga kulit menjadi kering, menebal, mengeras, dan akhirnya menjadi pecah-pecah. Pada umumnya apabila akibat kerusakan fungsi saraf tidak ditangani secara tepat dan cepat maka akan terjadi ke tingkat yang lebih berat.

L. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kecacatan

1. Jenis Kelamin

Penderita kusta sebagian besar berjenis kelamin laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Hal ini berkaitan dengan pekerjaan yang sangat mendukung untuk lebih tertular kusta. Menurut (Kurniajati, Philiawati, & Efendi, 2015) laki-laki berisiko 2 kali lebih besar daripada perempuan terhadap penyakit kusta.

Perilaku lelaki meliputi jenis pekerjaan dan mobilisasinya yang sangat mendukung untuk lebih tertular kusta. Lelaki yang bekerja di jalan atau menjadi pekerja kasar cenderung akan mengalami kontak dengan orang lain dengan intensitas yang lebih. Mobilisasi laki-laki dalam pekerjaannya mendorong lebih bersentuhan dengan banyak



orang. Apalagi jika tidak diimbangi dengan gizi yang baik, akan menurunkan imunitas dan mudah tertular oleh penyakit. Berdasarkan sebuah penelitian bahwa rata-rata responden bekerja sebagai pembuat tungku, pemulung, petani, dan buruh bangunan.

Kusta lebih sering terjadi pada pria dibandingkan wanita dengan perbandingan masing-masing hampir 2:1. Penularan pada pria berkaitan dengan aktivitas yang dilakukan sehari-hari. Salah satu faktor penularan kusta, laki-laki cenderung lebih banyak yang bekerja dibandingkan dengan perempuan ini sangat berkaitan erat dengan adat istiadat, dimana lelaki sebagai kepala keluarga dituntut untuk bisa bekerja demi memenuhi kebutuhan keluarganya (Manyullei & Deddy, 2012).

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

Kejadian pada penderita kusta diduga lebih banyak terjadi pada pekerja kasar yang banyak mengeluarkan tenaga dan mengalami kelelahan fisik. Dampaknya adalah pada penurunan stamina sehingga penderita kusta dapat mengalami stres fisik dan terjadi perubahan respon imun



yang dapat memicu terjadinya ENL (*Erythema Nodosum Leprosum*). Kelelahan fisik dan stres akibat bekerja pada penderita kusta menyebabkan gangguan umum yang dapat memicu meningkatnya respon imun seluler dan dapat terjadi reaksi kusta (Kora, 2013).

Jenis kelamin laki-laki lebih banyak beraktivitas di lingkungan yang berpopulasi dan berkontaminasi dengan berbagai penyakit terutama penderita kusta maupun dengan mantan penderita kusta. Laki-laki juga mempunyai aktivitas di luar rumah yang lebih sering dibandingkan dengan perempuan, sehingga laki-laki lebih rentan untuk tertular penyakit kusta. Berbeda dengan perempuan yang biasanya menutup tubuhnya dengan rapat sehingga mempunyai kemungkinan lebih kecil untuk terjadinya kontak kulit dengan penderita kusta.

Perilaku laki-laki dalam perawatan kesehatan cenderung lebih buruk dibandingkan dengan perempuan. Kesadaran akan memeriksakan kondisi sakitnya sejak dini yang rendah sehingga pada saat kondisi yang lebih lanjut (muncul kecacatan baru melakukan pemeriksaan). Jenis pekerjaan laki-laki yang menggunakan aktivitas fisik juga mendorong adanya perlukaan dan inflamasi pada daerah persendian yang akhirnya mendorong kecacatan pada anggota gerak (Catrina, Warjiman, & Rusmegawati, 2016).

2. Umur

Manyullei (2012) menyebutkan umur seseorang sangat mempengaruhi risiko terjadinya kusta. Umur di atas 15 tahun saat didiagnosa kusta berisiko terjadinya reaksi kusta. Berbeda dengan umur kurang dari 15 tahun, cenderung lebih sedikit mengalami reaksi kusta. Hal ini disebabkan karena dalam sistem imun anak, TH₂ diduga kuat mampu mengatasi terjadinya infeksi sehingga frekuensi reaksi kusta lebih kecil terjadi pada anak. Sedangkan pada orang dewasa ketersediaan sel T memori lebih banyak dan menyebabkan frekuensi terjadinya reaksi kusta lebih tinggi.

Reaksi kusta yaitu saat terjadi proses inflamasi akut yang menyebabkan kerusakan saraf. Besarnya resiko terjadinya kecacatan pada penderita kusta dengan reaksi kusta 9 kali dibandingkan dengan penderita yang tidak pernah mengalami reaksi. Hal ini disebabkan karena pada reaksi *reversal* terjadi peningkatan respon imun seluler yang hebat secara tiba-tiba. Mengakibatkan kerusakan dan kecacatan yang timbulnya dalam hitungan hari jika tidak ditangani dengan adekuat. Hal ini menjadi salah satu faktor terjadinya kecacatan tingkat 2 lebih sering terjadi pada umur dewasa awal (18-40) (Catrina et al., 2016).

Rambey (2012) menyebutkan kecacatan penderita kusta lebih sering terjadi pada penderita dewasa atau tua dibandingkan penderita anak-anak atau dewasa muda.



Kecacatan pada usia tua cenderung *ireversibel*. Kondisi fisik dan penurunan fungsi organ tubuh pada orang tua menjadi faktor risiko terjadinya cacat yang progresif dan *irreversibel* (Rambey, 2012).

Pada dasarnya kusta dapat menyerang pada semua umur (WHO, 2005). Untuk beberapa penyakit, umur memegang peranan penting dalam kaitannya dengan kejadian dan penyebaran suatu penyakit. Karena umur dapat mempengaruhi tingkat imunitas atau kekebalan seseorang. Penyakit kusta jarang ditemukan pada bayi. Hal ini disebabkan oleh masa inkubasi penyakit kusta yang lama dan lambat (Muharry, 2014).

Menurut Susanto (2013) umur pada penderita kusta berkembang dengan karakteristik yang beragam mulai dari anak-anak sampai dengan lanjut usia. Faktor usia yang sangat berisiko untuk tertular pada populasi kusta adalah kelompok usia anak-anak dan dewasa.

Di India Selatan kebanyakan penderita kusta berumur 10-14 tahun. Namun, menurun pada kelompok umur berikutnya dan akan meningkat kembali pada umur 20-60 tahun. Umur merupakan faktor protektif kejadian pada penyakit kusta. Artinya, responden yang berumur 0-14 tahun dapat tercegah dari penyakit kusta. Hal ini dapat disebabkan oleh masa inkubasi penyakit kusta yang lama dan lambat (Susanto, Sahar, & Permatasari, 2013).

3. Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu faktor yang mempengaruhi dan mendewasakan perilaku seseorang. Oleh karena itu, dengan pendidikan seseorang dapat memilih dan membuat keputusan lebih cepat. Jika pendidikan seseorang semakin tinggi dan menjadi penderita kusta, dapat memilih apa yang terbaik untuk dirinya, seperti dengan menyempatkan melakukan perawatan diri setiap hari (Notoatmodjo, 2012).

Tingkat pendidikan dianggap sebagai bentuk pengalaman yang menghasilkan pengetahuan seseorang, baik dalam ilmu pengetahuan maupun kehidupan sosial.

Status pendidikan seseorang yang menderita kusta berkaitan dengan tindakan mereka untuk mencari pengobatan untuk dirinya. Penderita dengan tingkat pendidikan yang rendah cenderung lambat dalam pencarian pengobatan dan diagnosis penyakit. Hal ini dapat mengakibatkan kecacatan pada penderita kusta semakin parah (Rambey, 2012).

Menurut susanto pendidikan yang rendah merupakan salah satu faktor kurangnya tindakan pencarian pengobatan bagi penderita kusta. Sehingga, pengobatan dilakukan jika penyakit yang diderita sudah parah. Pendidikan yang rendah mengakibatkan kurangnya pengetahuan terhadap penyakit kusta. Keluarga penderita kusta yang pendidikan rendah



tidak memahami akibat buruk yang ditimbulkan dari penyakit kusta (Sari, Gustia, & Edison, 2015).

Status pendidikan mempengaruhi kesempatan memperoleh informasi mengenai penatalaksanaan penyakit. Kondisi ini mempengaruhi pola respon (Notoatmodjo, 2012). Perbedaan tingkat pendidikan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang dan kemampuan dalam menerima informasi baru (Putri, Harmayetty, & Utomo, 2016).

4. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2012).

Menurut Kholid dan Notoadmodjo (2012) terdapat 6 tingkat pengetahuan, yaitu sebagai berikut.

a. Tahu (*Know*)

Tahu adalah mengingat kembali memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan tentang suatu objek yang diketahui dan diinterpretasikan secara benar.



c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi adalah suatu kemampuan untuk mempraktikkan materi yang sudah dipelajari pada kondisi *real* (sebenarnya).

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan menjabarkan atau menjelaskan suatu objek atau materi tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu dengan yang lainnya.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi adalah pengetahuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Menurut pengamatan (Sari et al., 2015) salah satu faktor penyebab kurangnya pengetahuan keluarga adalah masih banyak responden yang berpendidikan rendah dan penerimaan hasil penyuluhan dari petugas puskesmas yang kurang baik oleh masyarakat dan masih menganggap kusta merupakan penyakit yang memalukan. Oleh sebab itu masih perlu disampaikan informasi lebih dalam dan merata kepada semua masyarakat mengenai penyakit kusta dan



komplikasinya yang berupa kecacatan apabila tidak diobati segera.

Pemahaman atau pengetahuan yang kurang dari anggota keluarga terhadap penderita kusta karena ketakutan akan kemungkinan penularan penyakit tersebut akan mempengaruhi partisipasi anggota keluarga dalam hal perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita kusta sehingga keluarga yang menderita kusta memberikan dukungan kepada penderita. Apabila pengetahuan individu terhadap suatu penyakit tidak atau belum diketahui, maka sikap dan tindakan dalam upaya pencegahan penyakit pun terkadang terabaikan.

Faktor yang bisa menambahkan pengetahuan terhadap penderita kusta yaitu melalui informasi. Sarana untuk mengakses informasi dengan adanya pemberi informasi seperti tenaga kesehatan. Jika hanya ada tempat mengakses informasi tetapi tidak ada yang menyampaikan informasi maka transfer informasi tidak akan berjalan baik (Laoming, Umboh, & Kepel, 2015).

Referensi

- Agusni, I. (2003). *Penyakit Kusta Penyakit Tua dengan Segudang Misteri. Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar dalam Bidang Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin*. Universitas Airlangga, Surabaya.
- Amiruddin, M.D. (2005). *Ilmu Penyakit Kusta*. Makassar: Hasanuddin University Press.
- Andareto, O. (2015). *Penyakit Menular di Sekitar Anda*. Jakarta: Pustaka Ilmu Semesta.
- Catrina, P, Warjiman, W, & Rusmegawati. (2016). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Klien Kusta. Jurnal Keperawatan Suaka Insan (JKSI), 1(1)*.
- Depkes-RI. (2016). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Depkes RI.
- DJP3L. (2008). *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Emmy, S. (2003). *Penyakit Kusta*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Irianto, K. (2014). *Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular Panduan Klinis*. Bandung: Alfabeta.
- Kandun, I.N. (2007). *Buku Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan RI.
- Kemenkes-RI. (2012). *Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes-RI. (2014). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

- Kora, B. (2013). *Faktor Risiko Kejadian Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Saumlaki Kabupaten Maluku Tenggara Barat*. Tahun 2010-2011. MKMI.
- Kurniajati, S, Philiawati, E, & Efendi, H.E. (2015). *Tingkat Kecacatan dan Kecemasan Pada Pasien Kusta Berdasarkan Jenis Kelamin*. STIKES RS. Baptis, Kediri.
- Laoming, K.E, Umboh, J.M, & Kepel, B.J. (2015). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kecacatan pada Penderita Kusta di Kabupaten Bolaang Mongondow*. Bolaang Mongondow: Universitas Sam Ratulangi.
- Mansjoer, A., Suprohaita, Wardhani, W., & Setiowulan, W. (2000). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Manyullei, S, & Deddy, A.U. (2012). *Gambaran Faktor yang Berhubungan dengan Penderita Kusta di Kecamatan Tamalate Kota Makassar*. Indonesia Journal of Public Health.
- Muharry, A. (2014). *Faktor Risiko Kejadian Kusta*. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 9(2), 174- 182.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Putri, M.A., Harmayetty, & Utomo, B. (2016). *Psychoeducative Family Therapy Mempengaruhi Pengetahuan, Dukungan Keluarga dan Stigma Kusta*. Jurnal Ners, 88.
- Rambey, M.A. (2012). *Hubungan jenis kelamin dengan kejadian tingkat 2 pada penderita kusta di Kabupaten Lamongan tahun 2011-2012*. Universitas Indonesia, Jakarta.

- Ryan KJ, Ray CG (editors) (2004). *Sherris Medical Microbiology* (edisi ke-4th ed.). McGraw Hill. hlm. 451–3
- Sari, A.N., Gustia, R., & Edison. (2015). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga dengan Tingkat Kecacatan pada Penderita Kusta di Kabupaten Padang Pariaman*. Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Andalas*.
- Susanto, T., Sahar, J., & Permatasari, H. (2013). *Perawatan Klien Kusta di Komunitas*. Jakarta: Trans Info Media.
- WHO. (2012). *Global Leprosy Situation*. *Weekly Epidemiological Record*, 87(34), 317-328.
- Widoyono. (2005). *Penyakit Tropis: Epidemiologi, penularan, pencegahan dan pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga.



Bab II

Dampak Psikologis Penderita Kusta dan Solusinya

Penyakit kusta merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Leprae*. Seseorang yang menderita kusta akan menunjukkan tanda dan gejala seperti kulit mengalami bercak putih seperti panu, adanya bintil-bintil merah yang menyebar pada kulit, benjolan pada wajah hingga menjadi muka singa (*facies leomina*), dan dalam kondisi lanjut dapat menyebabkan kecacatan tubuh bagi penderita (Kemenkes-RI, 2017).

Tanda dan gejala yang dialami oleh penderita akan memberikan dampak secara psikologis. Dampak psikologis meliputi dampak pada konsep diri, perasaan, berpikir, motivasi, dan berbagai tingkah laku manusia (Saam & Wahyuni, 2012). Berikut ini dipaparkan secara detail satu per satu.

A. Konsep Diri

Konsep diri adalah cara individu memandang dirinya secara utuh, menyangkut fisik, emosi, intelektual, sosial, dan spiritual. Konsep diri juga merupakan semua ide, pikiran,

kepercayaan, serta pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan memengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Sunaryo, 2014).

Konsep diri dipelajari melalui pengalaman pribadi setiap individu, hubungan dengan orang lain, dan interaksi dengan dunia di luar dirinya. Memahami konsep diri penting bagi perawat karena asuhan keperawatan diberikan secara utuh bukan hanya penyakit tetapi menghadapi individu yang mempunyai pandangan, nilai dan pendapat tertentu tentang dirinya (Yusuf, Fitryasari, & Nihayati, 2015). Konsep diri terdiri dalam beberapa komponen yaitu sebagai berikut.

1. Gambaran Diri

Gambaran diri atau citra tubuh adalah kumpulan sikap individu baik yang disadari maupun tidak terhadap tubuhnya, termasuk persepsi masa lalu atau sekarang mengenai ukuran, fungsi, keterbatasan, makna, dan objek yang berhubungan secara terus-menerus (*anting, make up, pakaian, kursi roda, dan sebagainya*).

Citra tubuh merupakan hal pokok dalam konsep diri. Citra tubuh harus realistis karena semakin seseorang dapat menerima dan menyukai tubuhnya ia akan lebih bebas dan merasa aman dari kecemasan sehingga harga dirinya akan meningkat. Sikap individu terhadap tubuhnya mencerminkan aspek penting dalam dirinya. Misalnya



perasaan menarik atau tidak, gemuk atau tidak, dan sebagainya.

Hal-hal penting yang terkait dengan gambaran diri seperti fokus individu terhadap fisik lebih menonjol, bentuk tubuh, tinggi badan, dan berat badan serta tanda-tanda pertumbuhan kelamin sekunder, menjadi gambaran diri. Cara individu memandang diri berdampak penting terhadap aspek psikologis. Gambaran yang realistis terhadap menerima dan menyukai bagian tubuh akan memberi rasa aman dalam menghindari kecemasan dan meningkatkan harga diri. Individu yang stabil, realistis, dan konsisten terhadap gambaran dirinya, dapat mendorong sukses dalam kehidupannya (Damaiyanti & Iskandar, 2012).

Seseorang yang menderita penyakit kusta akan mempengaruhi gambaran dirinya. Hal ini terjadi karena kecacatan yang dialami oleh penderita yang disebabkan oleh perubahan struktur tubuh, perubahan bentuk tubuh, pemasangan alat tubuh, perubahan fungsi, keterbatasan gerak, dan penampilan yang berubah. Dalam hal ini kecacatan membuat pasien merasa penampilannya sudah tidak menarik lagi. Kecacatan pada tubuh penderita menjadi sebuah ancaman bagi dirinya (Stuart and Sundeen, 2010).

2. Ideal Diri

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana dia seharusnya berperilaku berdasarkan standar, aspirasi,



tujuan, atau nilai personal tertentu. Sering disebut juga bahwa ideal diri sama dengan cita-cita serta keinginan tentang diri sendiri (Damaiyanti & Iskandar, 2012).

Penetapan ideal diri dipengaruhi oleh kebudayaan, keluarga, ambisi, keinginan, dan kemampuan individu dalam menyesuaikan diri dengan norma serta prestasi masyarakat setempat. Individu cenderung menyusun tujuan yang sesuai dengan kemampuannya, kultur, realita, menghindari kegagalan dan rasa cemas, serta inferioriti.

Ideal diri harus cukup tinggi supaya mendukung respek terhadap diri tetapi tidak terlalu tinggi, terlalu menuntut, serta samar-samar atau kabur. Ideal diri akan melahirkan harapan individu terhadap dirinya saat berada di tengah masyarakat dengan norma tertentu.

Ideal diri berperan sebagai pengatur internal dan membantu individu mempertahankan kemampuannya menghadapi konflik atau kondisi yang membuat bingung. Ideal diri penting untuk mempertahankan kesehatan dan keseimbangan mental (Yusuf, Fitryasari, & Nihayati, 2015).

Pada penderita penyakit kusta, dapat terjadi ancaman di dalam diri penderita. Ancaman yang terjadi adalah terjadinya kecacatan terhadap diri pasien kusta yang dapat mempengaruhi ideal diri. Dalam hal ini pasien terkadang merasa sukar untuk melakukan hal yang baik guna mengatasi penyakitnya. Keyakinan dan keinginan yang



tinggi serta sesuai dengan realita yang dapat meningkatkan ideal diri pasien kusta (Findi, 2014).

Konsep diri pasien kusta juga dilihat dari aspek ideal diri, dimana sebagian besar responden mengatakan khawatir tentang apa yang akan terjadi pada dirinya. Misalnya, keadaan fisik yang semakin memburuk. Selain itu responden juga masih melakukan hal baik guna mengatasi penyakitnya, misalnya melakukan perawatan diri.

3. Harga diri

Harga diri merupakan penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisis seberapa sesuai perilaku dirinya dengan ideal diri. Harga diri yang tinggi adalah perasaan yang berasal dari penerimaan diri sendiri tanpa syarat, walaupun melakukan kesalahan, kekalahan, dan kegagalan, tetap merasa sebagai seorang yang penting dan berharga (Stuart, 2008). Sebaliknya, individu akan merasa harga dirinya rendah bila sering mengalami kegagalan, tidak dicintai, atau tidak diterima lingkungan. Harga diri dibentuk sejak kecil dari adanya penerimaan dan perhatian. Harga diri akan meningkat sesuai meningkatnya usia dan sangat terancam pada masa pubertas (Yusuf, Fitriyarsari, & Nihayati, 2015).

Ancaman akibat kecacatan juga dirasakan pasien kusta karena dapat mempengaruhi harga diri sehingga pasien kusta malu untuk berinteraksi dengan orang lain. Harga diri



dapat menjadi rendah saat seseorang kehilangan kasih sayang atau cinta kasih dari orang lain, kehilangan penghargaan dari orang lain, atau saat menjalani hubungan interpersonal yang buruk (Findi, 2014).

4. Peran

Peran diri merupakan serangkaian pola sikap, perilaku, nilai, dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat sesuai posisinya di masyarakat/kelompok sosialnya (Stuart, 2008). Hal-hal penting terkait dengan peran diri, yaitu (Damaiyanti & Iskandar, 2012).

- a) Peran dibutuhkan individu sebagai aktualisasi diri.
- b) Peran menghasilkan harga diri yang tinggi atau sebaliknya.
- c) Posisi individu di masyarakat dapat menjadi stresor terhadap peran.
- d) Stres peran timbul karena struktur sosial yang menimbulkan kesukaran atau tuntutan posisi yang tidak mungkin dilaksanakan.
- e) Stres peran, terdiri dari konflik peran, peran yang tidak jelas, peran yang tidak sesuai, dan peran yang terlalu banyak atau berlebihan.

Berdasarkan hasil penelitian oleh Lapaleo, Yusuf, Soeli (2018) didapatkan bahwa sebagian besar responden mengatakan bahwa penyakitnya tidak mempengaruhi perannya di dalam keluarga maupun di masyarakat.

Sedangkan pada penderita kusta pada umumnya banyak perannya di masyarakat yang mengalami perubahan. Kondisi ini disebabkan karena munculnya penolakan dari masyarakat sehingga responden tidak dapat menjalani peran sebagai anggota dari kelompok sosial di dalam masyarakat. Menurunnya peran tidak hanya terjadi di masyarakat, dalam lingkungan keluargapun banyak mengalami penurunan peran, diantaranya adanya pekerjaan-pekerjaan lainnya yang tidak dilaksanakan kembali oleh penderita. Misalnya, peran dalam mencari nafkah, cenderung digantikan oleh pihak lain sehingga memunculkan tekanan psikologis yang berdampak pada menurunnya peran diri pasien. Dukungan keluarga, kelompok atau komunitas menjadi unsur penting dalam menciptakan peran diri yang sesuai (Sutrisno dalam Reny, 2013).

5. Identitas Diri

Identitas adalah kesadaran tentang “diri sendiri” yang dapat diperoleh individu dari observasi dan penilaian terhadap dirinya, serta menyadari individu bahwa dirinya berbeda dengan orang lain. Pengertian identitas adalah organisasi, sintesis dari semua gambaran utuh dirinya, serta tidak dipengaruhi oleh pencapaian tujuan, atribut/jabatan, dan peran. Dalam identitas diri ada otonomi yaitu mengerti dan percaya diri, hormat terhadap diri, mampu menguasai



diri, mengatur diri, dan menerima diri (Yusuf, Fitriyasari, & Nihayati, 2015).

Ciri individu dengan identitas diri yang positif adalah mengenal diri sebagai individu yang utuh terpisah dari orang lain, mengakui jenis kelamin sendiri, memandang berbagai aspek diri sebagai suatu keselarasan, menilai diri sesuai penilaian masyarakat, menyadari hubungan masa lalu, sekarang, dan yang akan datang, mempunyai tujuan, dan nilai yang disadari.

Seseorang yang mengalami perubahan dalam tubuhnya dikarenakan menderita penyakit kusta juga berpengaruh terhadap identitas diri. Krisis identitas tersebut merupakan krisis yang paling berat dan paling berbahaya karena penyelesaian yang gagal atau berhasil dari krisis identitas itu mempunyai akibat jauh untuk seluruh masa depan (Tarwoto dalam Findi, 2014).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lapaleo, Yusuf, Soeli (2018), karakteristik responden berdasarkan konsep diri didominasi oleh responden dengan kategori baik yaitu sebanyak 17 responden atau 56,7%, namun tidak terpaut jauh dengan kategori kurang yaitu berjumlah 13 responden atau 43,3%.

Hasil penelitian Lapaleo, Yusuf, Soeli (2018) sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Natalya, Riyani, dan Pratekto (2013) terhadap 20 orang pasien kusta, didapatkan



hasil bahwa konsep diri klien kusta terbanyak adalah konsep diri positif yaitu 27 responden dengan presentase 58,7%. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 46 responden 26,1% mengalami harga diri rendah dan gangguan identitas, 23,9% mengalami perubahan peran, 17,4% mempunyai citra tubuh negatif dan 4,3% memiliki ideal diri tidak baik. Sehingga ditarik kesimpulan bahwa komponen konsep diri yang paling dominan mengalami perubahan yaitu harga diri dan yang sedikit mengalami perubahan yaitu peran.

Perbedaan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ariyanta (2013) dengan jumlah sampel sebanyak 28 pasien, didapatkan hasil penelitian bahwa sebagian besar penderita kusta memiliki konsep diri dalam kategori kurang yaitu sebanyak 16 responden atau 57% dan sisanya 12 responden atau 43% memiliki konsep diri dalam kategori sedang. Konsep diri yang rendah disebabkan oleh beberapa faktor antara lain pendidikan dan budaya penderita kusta. Fungsi keluarga terhadap anggotanya antara lain adalah fungsi perawatan kesehatan, yaitu keluarga memberikan asuhan keperawatan kepada anggota keluarga dan salah satunya adalah melakukan dukungan dalam konsep diri. Penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik dukungan keluarga maka semakin baik keberfungsian sosial pasien kusta.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rohmatika (2009) dengan menggunakan metode kualitatif dan jumlah sampel adalah klien cacat kusta tingkat II sebanyak 5 orang, hasil penelitian menunjukkan bahwa konsep diri klien cacat kusta terjadi karena persepsi masyarakat tentang kusta dan sikap masyarakat yang takut tertular ketika melihat kecacatan yang ditimbulkan oleh penyakit kusta. Ditemukan juga bahwa sikap negatif terhadap kehadiran penderita kusta adalah pernikahan dengan keluarga penderita kusta, namun dalam kegiatan sosial seperti syukuran atau kegiatan agama umumnya menunjukkan sikap positif dari masyarakat. Pada umumnya penderita kusta memiliki konsep diri yang positif, mereka menerima kecacatannya dan mampu mengungkapkan kepribadiannya melalui wawancara.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Lapaleo, Yusuf, Soeli (2018) konsep diri dilihat dari aspek gambaran diri atau citra tubuh, dimana terdapat sebagian besar responden yang menggambarkan tentang dirinya dalam kategori puas dan masih bersyukur akan penampilannya. Hal ini terlihat dari responden yang belum mengalami kecacatan sehingga responden masih merasa bersyukur. Sebagian besar responden yang menderita kusta masih terlihat utuh penampilannya dan telah menyelesaikan pengobatannya. Selain itu ada juga reponden yang mengalami kecacatan



tetapi responden merasa bersyukur karena sudah terbiasa dengan kondisinya dan telah memaklumi kondisi yang dialami.

Konsep diri pasien kusta juga dilihat dari aspek ideal diri, yaitu bahwa sebagian besar responden yang mengatakan khawatir tentang apa yang akan terjadi pada dirinya. Misalnya keadaan fisik yang semakin memburuk. Selain itu responden juga masih melakukan hal baik guna mengatasi penyakitnya, yaitu tetap melakukan perawatan diri.

Sisi lain yang juga dinilai dari konsep diri yaitu aspek harga diri, dimana didapatkan bahwa sebagian besar responden mengatakan tidak mengalami rendah diri serta mempunyai hubungan yang baik dengan masyarakat. Meskipun terdapat responden yang mengalami kecacatan tetapi responden mampu menjalin hubungan yang baik dengan masyarakat maupun orang lain.

Adapun yang dinilai dari konsep diri yaitu peran, Diperoleh data bahwa sebagian besar responden mengatakan bahwa penyakitnya tidak mempengaruhi perannya di dalam keluarga maupun di masyarakat. Selain itu, ada juga yang dinilai dari konsep diri yaitu identitas diri. Diperoleh data bahwa sebagian besar responden mengatakan dirinya mempunyai cukup pengendalian diri.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sutrisno (2014) bahwa sebagian besar responden memiliki konsep diri yang baik diantaranya citra tubuh cukup baik yaitu 39,4%. Ideal diri penderita kusta, sebagian besar responden memiliki ideal diri cukup baik yaitu 21,2%. Harga diri penderita kusta, sebagian besar responden memiliki harga diri yang cukup baik yaitu 39,4%. Peran diri penderita kusta, sebagian besar responden memiliki peran diri yang cukup baik yaitu 36,4%. Identitas diri penderita kusta, sebagian besar responden memiliki identitas diri yang cukup baik yaitu 27,3%.

Konsep diri dipelajari melalui pengalaman pribadi setiap individu, hubungan dengan orang lain, dan interaksi dengan dunia di luar dirinya (Yusuf, Fitryasari, & Nihayati, 2015). Konsep diri ini berbeda antara satu sama lain, sebab setiap subjek memiliki latar belakang dan pengalaman yang berbeda pula. Konsep diri terdiri atas beberapa aspek yaitu gambaran diri atau citra tubuh, ideal diri, harga diri, peran, dan identitas diri (Damaiyanti & Iskandar, 2012).

Menurut Potter & Perry dalam penelitian Natalya, Riyanti, dan Pratekto (2013), bahwa salah satu penyebab yang dapat mempengaruhi konsep diri seseorang yaitu sikap sosial/masyarakat. Banyaknya klien yang memiliki konsep diri positif juga didasarkan pada keyakinan dan kesadaran responden akan penyakitnya. Klien menyakini bahwa kusta



dapat disembuhkan sehingga responden tetap semangat dan tabah menerima penyakitnya. Pada penelitian ini didapatkan 13 responden dalam konsep diri yang dikategorikan kurang. Hal ini karena terdapat beberapa responden yang mengalami kecacatan sehingga merasa dirinya malu, tidak berguna serta merasa diasingkan dan tidak dilibatkan dalam keluarga maupun masyarakat.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Natalya, Riyanti, dan Pratekto (2013), menunjukkan bahwa konsep diri negatif yaitu 19 atau 41,3% dari 46 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 46 responden, 26,1% klien mengalami harga diri rendah dan gangguan identitas, 23,9% mengalami perubahan peran, 17,4% mempunyai citra tubuh negatif, dan 4,3% memiliki ideal diri tidak baik. Sehingga ditarik kesimpulan bahwa indikator konsep diri yang paling dominan mengalami perubahan yaitu harga diri pasien dan yang sedikit mengalami perubahan yaitu peran pasien kusta.

B. Motivasi bagi Penderita Kusta

Motivasi diartikan sebagai dorongan internal dan eksternal dalam diri seseorang yang diindikasikan dengan adanya hasrat dan minat untuk melakukan kegiatan, dorongan dan kebutuhan untuk melakukan kegiatan, harapan dan cita-cita, penghargaan dan penghormatan atas diri, lingkungan



yang baik, dan kegiatan yang menarik. Motivasi merupakan sumber kekuatan untuk melakukan kegiatan ke arah pencapaian tujuan. Motivasi menjadi suatu kekuatan, tenaga atau daya, atau suatu keadaan yang kompleks dan kesiapsediaan dalam diri individu (Hartono, 2016).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Lapaleo, Yusuf, Soeli (2018) didapatkan hasil bahwa motivasi responden lebih didominasi oleh responden dengan kategori baik yaitu sebanyak 25 responden atau 83,3% dan kategori kurang adalah 5 responden atau 16,7%. Motivasi yang baik dari responden dapat dilihat dari pernyataan oleh sebagian besar responden yang mengatakan bahwa dirinya yakin akan sembuh dari penyakitnya dan juga sebagian besar responden mengatakan selalu berdoa dan berserah diri kepada Tuhan agar dapat disembuhkan dari penyakitnya. Selain itu, ada sebagian besar responden yang mengatakan bahwa mereka minum obat secara teratur serta ingin segera sembuh dan melakukan aktivitasnya seperti dulu.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nanda, Handayani, dan Putri (2015), bahwa didapatkan hasil rata-rata sebagian besar motivasi responden adalah baik yaitu sebanyak 33 responden atau 97,1% dari 34 responden. Hal ini terjadi karena manusia mempunyai sifat berbeda sesuai dengan konsep dirinya. Motivasi berobat ke pelayanan kesehatan dipengaruhi beberapa faktor antara lain, yaitu faktor



predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), faktor kebutuhan (*need factors*).

Motivasi diartikan sebagai dorongan internal dan eksternal dalam diri seseorang yang diindikasikan dengan adanya hasrat dan minat untuk melakukan kegiatan. Motivasi menjadi suatu kekuatan, tenaga atau daya, atau suatu keadaan yang kompleks dan kesiapsediaan dalam diri individu (Hartono, 2016).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Rusida, Adhani, dan Panghiyangan (2017) yang berjudul “Pengaruh Tingkat Pengetahuan, Motivasi, dan Faktor Obat terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi di Puskesmas Kota Banjarbaru Tahun 2017”, diketahui bahwa ada hubungan motivasi dengan kepatuhan berobat. Dari penelitian tersebut disebutkan bahwa motivasi yang tinggi disebabkan karena adanya kebutuhan dari pasien untuk mencapai suatu tujuan yaitu agar sembuh dari sakitnya dan juga karena keinginan pasien untuk menjalani pengobatan secara teratur. Hasil penelitian ini menunjukkan hanya 5 responden saja yang dikategorikan kurang dalam motivasi. Hal ini karena terdapat beberapa responden yang merasa kesepian karena ditinggalkan oleh keluarga sehingga responden jarang minum obat serta mengikuti saran dari tenaga kesehatan.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dikemukakan oleh Kadmaer, Lampus, Tilaar, dan Kawatu (2013), bahwa motivasi



responden dengan kategori rendah yaitu 18 responden atau 42,8%. Dapat ditarik kesimpulan bahwa motivasi yang diberikan keluarga kepada penderita sangatlah bermakna terhadap kepatuhan minum obat penderita kusta.

Motivasi yang kurang dikarenakan responden yang jarang mengikuti saran dari tenaga kesehatan akibat malu serta kurangnya dukungan dari keluarga untuk kesembuhan penyakitnya, sehingga responden merasa tidak yakin bahwa dirinya akan segera sembuh. Walaupun begitu, hasil penelitian lebih didominasi oleh responden dengan motivasi baik. Hal ini dikarenakan adanya keinginan dari dalam diri penderita untuk segera sembuh, yaitu dengan patuh minum obat guna untuk kesembuhan penyakitnya (Lapaleo, Yusuf, Soeli, 2018)

C. Harapan bagi Penderita Kusta

Harapan adalah keseluruhan dari kemampuan yang dimiliki individu untuk menghasilkan jalur mencapai tujuan yang diinginkan, bersamaan dengan motivasi yang dimiliki untuk menggunakan jalur-jalur tersebut. Harapan didasarkan pada harapan positif dalam mencapai tujuan. Harapan berfungsi sebagai cara merasakan, cara berpikir, cara bertindak, dan cara berhubungan dengan dirinya maupun dengan dunianya. Harapan ada ketika suatu objek atau hasil yang didambakan belum terwujud (Wardani, 2014).



Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lapaleo, Yusuf, Soeli (2018) didapatkan bahwa harapan dari 30 responden dengan kategori baik adalah sebanyak 18 responden atau 60,0%. Dalam penelitian ini menyatakan bahwa rata-rata pasien kusta memiliki harapan dalam kategori baik. Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa responden yang memiliki harapan yang baik dapat dilihat dari pernyataan oleh sebagian besar responden yang mengatakan bahwa dirinya mampu keluar dari masalah, misalnya ada masyarakat atau orang lain yang menjauh karena penyakit kusta tersebut. Meskipun begitu, ada sebagian responden yang mengatakan bahwa merasa puas dengan kehidupannya sehari-hari. Selain itu ada juga sebagian besar responden yang merasa khawatir tentang kesehatannya yang mengakui dirinya takut jika penyakitnya semakin bertambah parah. Adapun sebagian besar responden yang mengatakan bahwa dirinya mempunyai cara untuk menyelesaikan masalah saat orang lain atau masyarakat tidak menyukai dirinya serta masih semangat untuk mengejar tujuan dalam hidup.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dani, Utami, Bayhakki (2015) menyatakan bahwa mayoritas responden memiliki harapan tinggi yaitu sebanyak 40 orang responden atau 55,6% dari 72 responden. Berdasarkan data yang didapat menunjukkan harapan untuk sembuh dan ingin

kondisinya menjadi lebih baik dari sebelumnya. Harapan pasien dalam menerima pelayanan medis adalah kesembuhan.

Harapan didasarkan pada harapan positif dalam mencapai tujuan. Harapan berfungsi sebagai cara merasakan, cara berpikir, cara bertindak, dan cara berhubungan dengan dirinya maupun dengan dunianya. Harapan ada ketika suatu objek atau hasil yang didambakan belum terwujud (Wardani, 2014). Nursalam dan Kurniawati (2008) menyatakan harapan merupakan salah satu unsur yang penting dalam kehidupan, hidup tanpa harapan akan membuat orang putus asa dan bunuh diri. Di negara-negara maju, harapan orang untuk sehat dan pengobatan relatif tinggi. Adanya harapan yang tinggi akan memotivasi seseorang untuk menjalani kehidupannya ke depan. Seperti, keinginan untuk terus berkarya dalam hal ini bekerja lagi atau membangun kembali keluarga, dan memanfaatkan kesempatan hidup yang diberikan Tuhan. (Collein, 2010).

Pada penelitian Talia (2009) yang berjudul "Optimisme dan Harapan pada Penderita Kusta" dikemukakan bahwa harapan yang dimiliki penderita yaitu penyakit kusta tidak akan menular lagi karena penderita sudah berobat dan berdoa. Penderita ingin diterima kembali oleh keluarga serta masyarakat karena penyakitnya sudah sembuh. Penderita mengharapkan adanya bantuan dan kerja sama dari keluarga dan masyarakat kepada para penderita kusta.

Dalam penelitian Lapaleo, Yusuf, Soeli (2018) didapatkan 12 responden yang dikategorikan kurang dalam harapan. Hal ini karena hampir sebagian responden dalam penelitian ini mengatakan bahwa dirinya merasa lelah dengan kegiatan rutinitas sehari-hari yang mungkin dikarenakan oleh kecacatan yang diderita oleh responden.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Safitri dan Dewi (2014), bahwa hanya didapatkan 6,52% memiliki harapan untuk kategori sangat rendah dari 92 penderita. Hal ini dipengaruhi oleh adanya dukungan sosial. Berdasarkan penelitian tersebut, dapat disimpulkan bahwa harapan sangat diperlukan dalam memberikan energi dan kekuatan untuk proses berjuang dalam menghadapi penyakit kronis.

Keseluruhan sasaran, daya kehendak, dan strategi ini membentuk harapan dalam individu. Jika individu hanya memiliki daya kehendak saja, strategi saja, atau mungkin hanya memiliki sasaran, hal tersebut tidak bisa disebut sebagai harapan (Snyder dalam Safitri dan Dewi, 2014).

Referensi

- Ariyanta, F. (2013). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Konsep Diri Penderita Kusta di Desa Bangklean Kabupaten Blora (Skripsi)*. Surakarta: Fakultas IlmuKesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Damaiyanti, M., & Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Samarinda: Refika Aditama.
- Dani, R., Utami, G. T., & Bayhakki. (2015). *Hubungan Motivasi, Harapan, dan Dukungan Petugas Kesehatan terhadap Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik untuk Menjalani Hemodialisis*. *JOM*, 1367-1368.
- Hartono, D. (2016). *Psikologi*. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan RI.
- Kadmaer, M.G., Lampus, B., Tilaar, C., & Kawantu, P.A. (2013). *Hubungan Antara Motivasi dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Berobat Penderita Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Jailolo*. *Jurnal Keperawatan*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia Tahunan 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Lapaleo, S.N, Yusuf, Z.K, Soeli, YM. (2018). *Gambaran Kondisi Psikologis pada Pasien Kusta di Kabupaten Bone Bolango (Skripsi)*. Gorontalo: Universitas Negeri Gorontalo.
- Nanda, R. V., Handayani, L. T., & Putri, F. (2015). *Hubungan Motivasi Berobat Kusta Dengan Derajat Cacat Penderita Kusta Di Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember*. *Jurnal Keperawatan*.
- Natalya, W., Riyanti, D., & Pratekto, H. (2013). *Gambaran Konsep Diri pada Klien Kusta*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan (JIK)*.

- Rohmatika. (2009). *Gambaran Konsep Diri pada Klien dengan Cacat Kusta di Kelurahan Karang Sari RW 13, Kecamatan Neglasari, Tangerang (Skripsi)*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Rusida, E. R., Adhani, R., & Panghiyangani, R. (2017). *Pengaruh Tingkat Pengetahuan, Motivasi dan Faktor Obat Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi di Puskesmas Kota Banjarbaru*. Tahun 2017. *Jurnal Pharmascience*, 137-138.
- Saam, Z., & Wahyuni, S. (2012). *Psikologi Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Safitri, A. H., & Dewi, D. S. (2014). *Deskripsi Tingkat Harapan pada Penderita Gagal Ginjal Kronik di RSUD Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto*. *Journal Psycho Idea*.
- Stuart, G. W. (2008). *Buku Saku Keperawatan Jiwa (Terjemahan) Edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Sutrisno, Findi. I. (2014). *Hubungan Antara Dimensi Konsep Diri dengan Interaksi Sosial pada Penderita Kusta di RSUD Kusta Donorojo*. Jepara. *Jurnal Keperawatan FIKkes*, 4-12.
- Talia,Erni. 2009. *Optimisme dan Harapan pada Penderita Kusta*. *Jurnal Psycology*.
- Wardani, T. A. (2014). *Pengaruh Harapan dan Coping Stres Terhadap Presiliensi Care Giver Kanker (Skripsi)*. Jakarta: Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.

Yusuf, A., Fitryasari, R., & Nihayati, H. E. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.



Bab III

Aspek Sosial Penderita Kusta

A. Memahami Manusia sebagai Makhluk Sosial dan Makhluk Individual

Manusia merupakan makhluk yang senantiasa membangun hubungan sosial dalam kehidupannya dengan manusia yang lainnya dalam hidup bermasyarakat. Telah menjadi fitrah bahwa manusia tidak dapat luput dari sisi keterlibatan manusia yang lainnya. Sejak lahir ke dunia manusia tidak bisa hidup tumbuh dan berkembang tanpa bantuan dari manusia yang lainnya dan terus menerus hingga tua. Bahkan ketika ajal datang, pastinya memerlukan bantuan orang lain untuk membantu pemakaman.

Tidak bisa dipungkiri manusia selalu hidup berdampingan, sadar atau tidak, menolak atau menerima, keluarga ataupun bukan. Kondisi sosial ini sudah menjadi predikat utama yang menjadi salah satu kebutuhan yang mendasar bagi manusia. Seringkali individu merasa bisa hidup sendiri, merasa mandiri. Namun, semandiri-mandirinya seseorang pasti bergantung pada pertolongan makhluk yang

lainnya. Oleh karena itu, manusia seharusnya hidup dengan menjalin pola hubungan yang dapat bekerja sama dengan sesamanya untuk memenuhi kebutuhannya.

Sunaryo (2004) mengemukakan manusia sebagai makhluk sosial namun disampaikan pula bahwa selain sosial juga berlaku sebagai makhluk individual. Dalam kehidupan sosial manusia memiliki alasan untuk mengadakan hubungan dan hidup berdampingan dengan orang lain, yang disebutnya sebagai dorongan sosial. Sementara sebagai makhluk individual juga memiliki alasan sendiri yakni untuk mengadakan hubungan dengan dirinya, berdiskusi bahkan menentang pemikirannya sendiri.

Selain terkait sosial dan individual, Sunaryo (2004) juga mengemukakan bahwa manusia membutuhkan hubungan dengan lingkungan tempat dia berada. Lingkungan memengaruhi individu dalam mengembangkan, menggiatkan, dan memberi sesuatu yang dibutuhkan. Hubungan antar manusia yang terjalin untuk memenuhi kebutuhan hidupnya, sedangkan untuk mencapai hal tersebut perlu perwujudan bentuk tindakan melalui hubungan timbal balik yang disebut interaksi sosial atau proses sosial yang merupakan keabsahan terjadinya aktivitas-aktivitas sosial.

Pendapat senada diungkapkan Ratna W. dalam bukunya yang berjudul *Sosiologi dalam Keperawatan* bahwa lingkungan berperan besar dalam memengaruhi kehidupan manusia.

Artinya perilaku dan sikap seseorang sangat rentan terkena pengaruh dari lingkungan sekitar. Manusia membutuhkan interaksi dan komunikasi untuk membentuk dirinya sendiri dalam pemenuhan kebutuhannya.

Unsur pokok dalam kondisi sosial adalah interaksi sosial itu sendiri yang merupakan dasar proses sosial yang sudah disebutkan di atas berupa hubungan yang menunjukkan adanya hubungan timbal balik antara individu-individu, individu dengan kelompok, dan kelompok dengan kelompok untuk mencapai tujuan bersama.

Dari gambaran di atas dapat dilihat bahwa manusia selain sebagai makhluk sosial, juga merupakan makhluk individual. Kedua kondisi ini dipengaruhi oleh lingkungan sekitar. Jika lingkungan memberikan kondisi positif atau diperlakukan baik maka akan membentuk perilaku atau sikap yang positif pula. Begitu pula sebaliknya, jika mendapatkan kondisi negatif, perilaku seseorang juga akan cenderung negatif dan tidak baik dalam kehidupan sosialnya.

B. Kondisi Sosial Penderita Kusta

Kondisi sosial lekat kaitannya dengan hubungan dalam bermasyarakat sebagaimana yang sudah digambarkan di atas. Kondisi sosial seseorang ditentukan oleh caranya menanggapi masalah yang dihadapi dan caranya menangani penerimaan masyarakat, baik lingkup keluarga maupun masyarakat. Hal ini



mencerminkan kondisi sosial setiap orang, tentunya akan berbeda. Hal ini dapat dilihat dari adanya interaksi sosial yang terjadi. Hal itu menjadi unsur pokok dalam kondisi sosial seseorang yang dapat dinilai baik atau sebaliknya.

Menurut Sunaryo (2004) interaksi sosial merupakan hubungan yang tentunya didasari nilai dan norma sosial yang telah ada dalam masyarakat. Interaksi ini merupakan hubungan antara individu dengan lingkungan sekitarnya, utamanya lingkungan psikisnya.

Lingkungan dalam hal ini berperan besar mempengaruhi kehidupan manusia. Perilaku maupun sikap seseorang rentan dengan reaksi lingkungan terhadapnya. Lingkungan memberikan pengaruh besar terhadap psikologis dan emosi seseorang sehingga mempengaruhi kehidupan sosialnya yang berefek pada kualitas hidupnya. Hal semacam ini menjadi penentu sikap seseorang berperilaku sosial baik atau sebaliknya.

Pengambilan sikap dalam hal ini adalah bagaimana keyakinan, pendapat dalam pemutusan perilaku yang dilakukannya sebagai efek dari kondisi sosial yang dialami. Masalah sikap dalam kehidupan bermasyarakat erat hubungannya dengan norma dan sistem nilai yang terdapat dalam suatu komunitas atau kelompok masyarakat, tempat individu berstatus sebagai bagian dari komunitas tersebut.

Menurut Sobur (2013) dengan telah masuknya individu dalam kelompok tertentu diperoleh suatu sistem nilai atau



norma yang menentukan sikap sosialnya dan juga tingkah laku perbuatannya. Sikap yang menentukan cara menghadapi individu lain dalam kelompoknya dan individu diluar kelompoknya. Dengan kata lain ketika individu sudah beranggapan bahwa diri tidak mampu menyesuaikan dengan nilai dan norma yang telah ada dalam kelompok masyarakat, maka hal itu akan menjadi penentu kondisi sosial yang akan dijalani sebagai akibat dalam pengambilan sikap dan berperilaku dalam hidup seseorang.

Gelar yang disandangkan bagi manusia yang disebut sebagai makhluk sosial karena memang secara kebutuhan selalu berinteraksi secara sosial dengan manusia yang lainnya. Pola hubungan yang terjalin di masyarakat ditandai dengan adanya kontak sosial atau komunikasi. Kontak sosial merupakan interaksi atau melakukan hubungan dengan orang lain baik verbal maupun nonverbal seperti berbicara atau tersenyum dengan pihak atau kelompok yang berbed. Kontak sosial tidak hanya bergantung dari tindakan, tetapi juga kepada adanya tanggapan terhadap tindakan tersebut. Sementara komunikasi adalah proses penyampaian pemikiran ataupun perasaan satu orang ke orang yang lainnya yang beraspek pada cara seseorang memberikan respon pada sesuatu atau perlakuan atau penyampaian pemikiran orang lain.

Oleh karena itu, manusia pada hakikatnya dalam hidup bermasyarakat akan saling berhubungan dan membutuhkan dalam kehidupan sehari-harinya. Interaksi sosial ini adalah gerbang menuju pola kehidupan sosial. Jika hal ini mengalami gangguan, suatu individu akan merasakan penurunan kualitas hidupnya.

Menurut Ratna W. faktor yang mempengaruhi interaksi manusia ada tiga hal. *Pertama*, tekanan emosional. Hal ini sangat berpengaruh dengan cara manusia berperan dalam berinteraksi. *Kedua*, harga diri rendah. Ketika seseorang merasa dalam kondisi yang direndahkan, secara tidak sadar ia akan cenderung memiliki hasrat tinggi untuk berhubungan dengan orang lain. Kondisi ini, membuat seseorang merasa haus kasih sayang atau dukungan moral untuk memulihkan kondisinya, *Ketiga*, isolasi sosial. Orang yang merasa terisolasi harus melakukan interaksi dengan orang yang sependapat guna terbentuknya interaksi yang harmonis.

Apabila hal-hal yang terkait dengan masalah sosial atau kondisi-kondisi yang mempengaruhi interaksi sosial seseorang dibiarkan, inilah yang akan menjadi masalah sosial yang menyerang psikologi dan berimbas pada penurunan fisik serta semua aspek yang ada dalam kehidupan seseorang. Kualitas hidupnya akan sangat terganggu. Hal ini yang biasa dikenal dengan masalah psikososial.

Kondisi psikososial pertama kali digunakan oleh Erik Erikson, seorang psikolog yang meneliti tentang perkembangan emosional seseorang yang dilihat melalui pengalaman sosial dalam hidupnya sehingga kondisinya melibatkan aspek psikologis dan sosial. Aspek psikologis dari pengalaman seseorang, berasal dari cara pemikirannya, perasaannya, tingkah lakunya, dan aspek sosial dari pengalaman sosial yang ada di sekelilingnya. Pengalaman tersebut berasal dari pengalamannya melihat hubungan dengan orang lain, tradisi, dan budaya yang secara terus menerus saling mempengaruhi satu sama lain. Erik Erikson memberikan contoh kondisi hubungan antara ketakutan yang dihadapi seseorang terhadap cara ia berinteraksi dengan orang lain di lingkungan sosialnya. Seseorang yang memiliki kondisi psikososial yang baik akan bereaksi secara positif dalam banyak situasi. Berbeda dengan orang yang kondisi psikososialnya tidak baik, ia akan bereaksi negatif pula terhadap segala sesuatu yang terjadi dalam hidupnya.

Dalam keseharian, tentunya selalu ada hubungan sosial sebagaimana hakikat manusia. Namun hal itu tidak selalu berjalan lancar meski merupakan kebutuhan dasar seseorang, yang berakibat munculnya masalah-masalah sosial (psikososial).

Abdulsyani (2007) mengungkapkan dalam bukunya yang berjudul *Sosiologi Skematika, Teori, dan Terapan* bahwa masalah sosial merupakan suatu ketidaksesuaian unsur-unsur



kebudayaan dan masalah yang ada di dalam masyarakat. Hal ini menghambat tercapainya keinginan maupun kebutuhan dari kelompok sosial tersebut, sehingga menyebabkan rusaknya ikatan sosial. Masalah sosial timbul dari kekurangan dalam diri manusia secara individual ataupun kelompok yang bersumber pada faktor ekonomi, biologi, biopsikologi dan kebudayaan. Problem yang berasal dari faktor ekonomi contohnya adalah kemiskinan dan pengangguran. Penyakit misalnya bersumber pada faktor biologi. Dari faktor psikologis sendiri muncul persoalan penyakit yang menyerang syaraf, bunuh diri, dan gangguan kejiwaan lainnya. Sedangkan yang menyangkut perceraian, kriminalitas, kenakalan remaja, dan keagamaan bersumber pada faktor budaya.

Masalah sosial yang menjadi momok salah satunya di dunia kesehatan yaitu penyakit kronis contohnya penyakit kusta. Di jaman sekarang, perkembangan semakin pesat bahkan semakin modern dari tahun ke tahun. Namun, hal itu tidak berpengaruh bagi penyakit ini. Pemikiran masyarakat tidak mengalami kemajuan seiring perkembangan jaman. Kusta di masyarakat masih menjadi hal yang sangat tabu dan belum mendapatkan ruang yang layak bahkan bagi yang telah dinyatakan sehat sekalipun. Hal ini terlihat bahwa masyarakat masih mempersepsikan penyakit ini adalah kutukan dan turun temurun yang secara tidak langsung diwarisi dari pemikiran pendahulu yang selalu mengaitkan kusta kepada hal mistis.

Tidak adanya kemajuan pemikiran dan regenerasi pemikiran ilmiah dan logika inilah yang berujung pada reaksi yang salah kaprah maupun reaksi yang berdampak pada masalah sosial yang dialami para penderita kusta.

Terlihat dari hasil penelitian Darmawan M.A.(2018) didapatkan dari 30 sampel di Kabupaten Bone Bolango 80% berada pada kondisi sosial kurang baik. Responden menyatakan beberapa perasaan diantaranya sering mendengar orang membicarakan penyakitnya, malu bergaul dengan masyarakat sekitar tempat tinggal, tidak mempunyai kemampuan yang baik dalam bergaul, sering merasa cemas dengan kondisinya, sering diperlakukan tidak baik karena kondisinya, merasa putus asa dengan hidup, tidak optimis menjalani hidup, tidak merasa puas dengan diri, serta merasa masyarakat terganggu dengan penyakitnya.

Hasil penelitian tersebut berimbas dan berkembang dalam diri mereka. Rasa malu bergaul, merasa kurang dan tidak mampu berinteraksi dengan orang lain, kecemasan, merasa dirinya mengganggu kenyamanan orang lain, dan diperberat dengan adanya reaksi masyarakat atau lingkungan sekitar mencibir dirinya, membuat kondisi semakin sulit dan tidak optimis menjalani hidup sehingga terjadilah penyerangan pada koping penderita kusta. Koping dalam hal ini merupakan bagaimana kondisi diri dan pemikiran diri menerima dan bersikap terhadap suatu masalah yang dihadapi. Jika hal ini



tidak adaptif dalam diri penderita kusta, maka kondisi sosialnya pun akan mengarah pada interaksi yang sangat kurang dengan lingkungan.

Penelitian Mohi (2018) di kabupaten yang sama yaitu Kabupaten Bone Bolango dengan mengkhhususkan sampel di satu desa yakni Desa Permata dengan pengambilan data secara kualitatif. Hasil wawancara mendalam pada informan tentang interaksi yang terjadi antara penderita kusta dan masyarakat sekitar bisa dikatakan tidak terjadi dengan baik. Hal ini disebabkan kurangnya kontak maupun komunikasi diantara mereka. Pada dasarnya, kontak sosial dan komunikasi merupakan kunci dari terwujudnya interaksi sosial itu sendiri. Hasil penelitian menunjukkan interaksi mereka dengan masyarakat sekitar terbentur dengan perasaan malu dan takut serta kekecewaan untuk berinteraksi dengan penderita.

Oleh karena itu, Mohi (2018) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa penderita kusta merasa malu dan takut berinteraksi dengan masyarakat akibat kondisi kesehatannya yang tidak seperti orang normal ditambah lagi dengan kekecewaan penderita atas sikap negatif yang ditunjukkan oleh masyarakat terhadap mereka, dan pada akhirnya menimbulkan kehidupan yang terasing (*isolation*) pada klien kusta. Pentingnya kontak dan komunikasi bagi terwujudnya interaksi sosial dapat diuji terhadap suatu kehidupan terasing (*isolation*). Kehidupan terasing di sini ditandai dengan ketidakmampuan

untuk mengadakan interaksi sosial dengan pihak-pihak lain dalam hal ini masyarakat itu sendiri.

Respon sosial inilah yang diterima penderita kusta sehingga menekan dan menuntun mereka lebih kepada menutup diri yang berimbas pada kurangnya pergaulan di sekitar lingkungannya. Seseorang melakukan tindakan atau berperilaku bahkan berinteraksi berdasarkan dari pengalaman atau stimulus lingkungan kepadanya. Hal-hal yang dilakukan manusia dalam konteks sosial berasal dari cara lingkungan memperlakukannya. Hal itu adalah pengaplikasian dari manifestasi sosial yang didapatkan. Inilah yang terjadi pada para penderita kusta dengan menutup dan mengasingkan diri sebagai efek dari reaksi masyarakat terhadap kondisi mereka.

White, 2005 (dalam Mohi, 2018) menyatakan bahwa seseorang yang didiagnosis menderita penyakit kusta merupakan suatu istilah yang penuh dengan persepsi dan berkenaan terhadap suatu perumpamaan sehingga dipersepsikan oleh penderita sebagai suatu kondisi yang cacat bagi dirinya. Hal inilah yang disebut *labeling* yang merupakan suatu sumber *stigmatisasi* dari suatu keadaan yang jelas dan nyata terhadap penggunaan label atau nama suatu penyakit yang dipersepsikan secara salah.

Menurut Mohi (2018) stigma menggambarkan kecacatan sebagai suatu hal yang menyudutkan bagi klien kusta, dan orang yang mendapatkan stigma pada umumnya tidak akan



diterima dan tidak dihargai atau dihormati serta tidak akan diakui dari lingkungan sosial. Perasaan malu dan ketakutan adalah suatu daya penggerak stigma yang utama dan dipengaruhi oleh sikap dan kepercayaan yang berlaku di masyarakat. Penderita kusta akan merasa malu sebagai akibat dari adanya budaya dan persepsi dari masyarakat. Adanya perasaan malu inilah yang akan mengakibatkan mereka menarik diri dari keikutsertaan dalam aktivitas sosial. Penderita yang tinggal bersama keluarga juga merasa takut karena mereka umumnya beranggapan bahwa kehadiran mereka akan berdampak negatif terhadap kehidupan keluarganya.

Tidak sampai pada saat menyandang penyakit ini saja, bahkan ketika sudah divonis terbebas dari kusta pun tetap saja opini masyarakat tidak berubah dan masih tetap sama, tetap pada diskriminasi sosial. Hal ini sangat berefek pada produktivitas dan kualitas hidup mereka. Para penderita maupun mantan penderita kusta menganggap penderita maupun mantan penderita merupakan kelompok marginal ataupun tersisih, tidak penting keberadaannya dalam kehidupan sosial bahkan dianggap mengancam.

Dengan demikian penderita kusta biasanya membuat lingkungan atau kelompoknya sendiri sesama penderita ataupun mantan penderita karna anggapan masyarakat yang begitu tidak memberikan ruang untuk mereka bahkan keluarga sendiri. Mereka lebih merasa nyaman dengan sesama penderita.

Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian Mohi (2018) yang menjelaskan bahwa kondisi interkasi berdasarkan hasil wawancara ada 3 kondisi interkasi sesama penderita kusta yaitu saling menyayangi, saling membantu (gotong royong), dan Bersaing. Berikut ini dijelaskan satu per satu.

1. Saling Menyayangi

Saling menyayangi merupakan pernyataan yang mengindikasikan terjalinnya perasaan saling menyayangi antar sesama penderita kusta. Hal ini timbul sebagai akibat adanya kontak sosial dan komunikasi. Selain itu, mereka pada dasarnya sudah lama hidup bersama, sehingga rasa saling ketergantungan satu sama lain tercipta dengan sendirinya. Adanya komunikasi dan kontak sosial yang intens diantara mereka yang telah terjalin puluhan tahun di Desa Permata dengan kondisi kesehatan yang sama sehingga timbul perasaan ingin saling menjaga satu sama lain dan timbul perasaan saling menyayangi.

Hal tersebut sesuai dengan unsur penentu terjadinya interaksi sosial yang baik. Menurut Soekanto (2016) yaitu suatu interaksi sosial terjadi apabila adanya kontak sosial dan adanya komunikasi. Kontak sosial artinya secara harfiah adalah adanya sentuhan (kontak fisik). Kontak fisik dalam lingkungan sosial tidak berarti suatu hubungan fisik, karena interaksi dapat terjalin tanpa menyentuhnya, seperti berbicara secara verbal maupun memperlihatkan reaksi

nonverbal. Sedangkan komunikasi berarti seseorang memahami perilaku dan perasaan yang ingin disampaikan oleh orang lain. Orang yang bersangkutan kemudian memberi reaksi umpan balik. Dengan demikian bahwa arti terpenting komunikasi adalah seseorang memberikan tafsiran pada perilaku orang lain (yang berwujud pembicaraan, gerak badan atau sikap), perasaan-perasaan apa yang ingin disampaikan oleh orang tersebut. Orang yang bersangkutan kemudian memberikan reaksi terhadap perasaan yang ingin disampaikan oleh orang lain tersebut. Dengan adanya komunikasi tersebut, sikap dan perasaan suatu kelompok manusia atau orang-perseorangan dapat diketahui oleh kelompok-kelompok lain atau orang-orang lainnya.

Oleh karena itu, dapat digambarkan bahwa sikap saling menyayangi yang diperlihatkan sesama penderita kusta merupakan sikap yang timbul akibat sering terjadinya kontak sosial dan komunikasi dalam jangka waktu yang lama. Dengan kondisi kesehatan yang sama sehingga dengan sendirinya lambat laun akan timbul sikap kekeluargaan diantara mereka. Dengan memiliki kondisi yang sama tidak membuat para penderita kusta bisa saling menilai diri masing-masing seperti kebanyakan di masyarakat umum karena tampak berbeda dengan kondisi yang diderita.



2. Kerja Sama

Kondisi intrekasi yang dimaksud adalah berupa proses asosiatif dalam bentuk kerja sama traditional dengan nama gotong royong. Hal ini sesuai dengan teori-teori sosiologi menurut Soekanto (2016) yaitu diungkapkan bahwa dalam beberapa bentuk yang bisa dinamai kerja sama (*cooperation*), kerja sama spontan (*spontaneous cooperation*), kerja sama langsung (*directed cooperation*), kerja sama kontrak (*contractual cooperation*), dan kerja sama tradisional (*traditional cooperation*). Kerja sama bentuk spontan adalah kerja sama yang bentuknya langsung dapat dilihat dari hasil perintah atasan/penguasa. Sedangkan bentuk kerja sama kontrak memiliki dasar tertentu atau khusus sesuai tujuan spesifik yang ingin dicapai. Sementara kerja sama bentuk tradisional merupakan bentuk kerja sama sebagai bagian atau unsur dari sistem sosial yang membudaya di satu tatanan kelompok atau masyarakat.

3. Kompetisi/Persaingan

Kondisi intrekasi ketiga adalah bentuk interaksi sosial yang prosesnya disasosiatif dalam bentuk persaingan atau kompetisi. Bentuk persaingan berupa persaingan ekonomi. Hal ini sesuai dengan teori yang tertuang dalam Soekanto, (2016) yang mengartikan persaingan merupakan salah satu bentuk proses sosial yang di dalamnya terdapat upaya orang perorangan atau kelompok untuk dapat meraih sesuatu



tujuan. Persaingan mempunyai dua tipe umum yaitu yang bersifat pribadi dan tidak pribadi. Persaingan yang sifatnya pribadi, orang perseorangan, atau individu secara langsung bersaing. Misalnya, memperoleh posisi tertentu di dalam suatu organisasi. Sedangkan di dalam persaingan yang tidak pribadi, yang langsung bersaing adalah kelompok.

Mohi (2018) juga mendapatkan pernyataan dari hasil wawancara dalam penelitiannya bahwa bentuk persaingan yang terjadi pada klien kusta yaitu bentuk persaingan ekonomi. Para klien kusta sebagian besar bekerja pada produsen pembuatan tungku tradisional dan produsen tersebut terdiri dari beberapa tempat yang saling berdekatan. Persaingan harga produk merupakan hal yang sering terjadi diantara produsen tersebut. Hal ini disebabkan kondisi yang menuntut adanya sumber pencarian kebutuhan terkait ekonomi sangat terbatas. Namun, dapat dilihat meski persaingan ada tapi mereka lebih memilih hidup berdampingan antara sesama penderita dibandingkan dengan masyarakat umum. Karena berbagai alasan yang telah dibahas sebelumnya terkait cara penerimaan masyarakat dan bagaimana rasa malu mereka dengan kondisinya untuk berbaur dengan lingkungan sekitar.

Meski masalah sosial ini telah digambarkan di berbagai penelitian di Indonesia khususnya di Kabupaten Gorontalo tentunya telah menjadi bahan pertimbangan



untuk memahami apa pemecahan masalahnya atau paling tidak dari mana akar permasalahan kondisi sosial ini. Tidak heran ketika muncul berbagai pertanyaan, apakah penderita kusta atau ex kusta bisa bersosialisasi kembali, berinteraksi dengan nyaman kembali di lingkungan masyarakat.

Kondisi ini seharusnya tidak terjadi. Efek dari ketidakpahaman masyarakat tentang kusta semakin menjadikan opini yang turun temurun ini sulit untuk diubah. Harusnya, ada upaya yang dilakukan untuk mengantisipasi kemungkinan-kemungkinan negatif yang terjadi di masyarakat terhadap penderita kusta. Upaya-upaya tersebut dapat dimulai dengan mengubah pemahaman masyarakat tentang penyakit kusta. Perlunya penggalan lebih dalam lagi stigma ini kenapa tetap ada.

Meski di jaman yang sudah bergelimang dengan informasi yang biasa kita sebut dengan jaman milenia atau jaman keterbukaan informasi, namun harapannya agar masyarakat tidak hanya sekedar tahu tapi sampai pada tahapan pemahaman.

Kita ketahui bahwa pemerintah sudah banyak berupaya melakukan program untuk menangani hal ini dengan berbagai upaya, namun tetap saja akan lebih baik ketika dari masyarakat dan penderita itu sendiri yang bisa menemukan solusinya. Hal ini dapat dimulai dari

menumbuhkan keyakinan dengan mengubah pemahaman atau pun pengetahuan dari penderita dan masyarakat.

Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian Darmawan M.A. (2018) dari 80 % penderita kusta dengan kondisi sosial yang kurang baik 53,3% berpendidikan SD. Sementara selebihnya berada pada taraf pendidikan SMP dan SMA yang mengindikasikan kurangnya pemahaman tentang kusta yang diderita. Hal ini juga menjadi gambaran terhadap cara mereka hidup dalam lingkungan sosial atau lebih kepada meyakinkan lingkungan di sekitar bahwa yang penderita kusta alami bukanlah hal yang mistis, bukanlah hal yang harus ditakuti seperti yang berkembang turun temurun di masyarakat.

Notoatmodjo (2007) mengungkapkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang semakin baik pengetahuan. Pengetahuan yang baik berimbas pada perilaku dan pola pikir pengambilan sikap seseorang. Dengan pemahaman yang kuat tentunya menjadi harapan untuk mengentaskan masalah sosial yang dialami penderita kusta. Oleh karena itu, mantan penderita harusnya tidak hanya berdiam diri menerima kondisi tetapi harusnya tetap produktif dan berani hidup di tengah masyarakat dan sosial sebagai bukti bahwa mereka bukan ancaman. Keyakinan ini sebagai jawaban bahwa mereka tetap bagian dari masyarakat yang harus dipahami.

Referensi

- Abdulsyani. (2012). *Solsiologi Sistematika. Teori dan Terapan*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Darmawan, M.A. (2018). *Gambaran Kondisi Sosial Ekonomi Pasien Kusta di Kabupaten Bone Bolango*. Gorontalo: Universitas Negeri Gorontalo.
- Departemen Kesehatan RI, (2007). *Buku Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta: Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit-Penyehatan Lingkungan.
- Mohi, I.S. (2017). *Pola Interaksi Sosial Klien Kusta Di Desa Permata Kecamatan Tilongkabila Kabupaten Bone Bolango*. Gorontalo: Universitas Negeri Gorontalo.
- Ratna, W. (2017). *Sosiologi dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sobur, A. (2011). *Psikologi Umum*. Bandung: Pustaka Setia.
- Soekanto, S. (2016). *Sosiologi Suatu Pengantar*. Edisi 44. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.



Bab IV

Aspek Ekonomi Penderita Kusta

A. Peran Ekonomi dalam Kehidupan

Kondisi ekonomi merupakan salah satu faktor pendorong kemajuan suatu bangsa bahkan sampai ke tingkat daerah. Hal tersebut dapat dilihat berdasarkan pendapatan masyarakat dalam melakukan berbagai aktivitas di sektor usaha. Menurut Soejono Soekanto (2001: 89), “Ekonomi adalah kondisi individu dalam membangun hubungan di masyarakat, prestasinya, dan hak-hak serta kewajiban mereka dalam hubungannya dengan sumber daya”.

Dalam kehidupan sehari-hari untuk memenuhi kebutuhan hidup, manusia akan terlibat dengan masalah ekonomi. Dapat dan tidaknya manusia dalam memenuhi kebutuhan tergantung kondisi keluarga masing-masing. Keluarga dengan penghasilan yang tinggi akan mampu memenuhi berbagai macam kebutuhan hidupnya. Pendapatan keluarga menurut Astuti (2016:19) adalah akumulasi hasil riil dalam bekerja (penghasilan) dari seluruh anggota keluarga yang digunakan dalam hal pemenuhan kebutuhan bersama.

Pendapatan keluarga dapat berupa balas karya atau jasa atau imbalan yang didapatkan karena sumbangan yang diberikan dalam kegiatan produksi. Secara konkritnya pendapatan keluarga berasal dari: (1) usaha itu sendiri, misalnya sebagai pedagang, petani, wiraswastawan. (2) Bekerja pada orang lain, misalnya sebagai aparatur sipil negeri atau pegawai swasta. (3) Hasil dari pemilihan, misalnya tanah yang disewakan dan lain-lain. Pendapatan bisa berupa uang maupun barang, misalnya berupa santunan baik berupa beras, fasilitas perumahan, dan lain-lain. Pada umumnya pendapatan digolongkan menjadi dua bagian yakni nominal berupa uang dan pendapatan riil berupa barang (Gilarso, 2008).

Di Indonesia mayoritas penduduknya masih hidup pada kondisi menengah ke bawah dengan pendapatan dua sampai tiga juta per bulan. Pemenuhan kebutuhan primer dan sekunder merupakan usaha masyarakat dalam meningkatkan taraf hidup mereka pada kondisi ekonomi yang lebih baik. Bekerja dilakukan dengan tujuan untuk menghasilkan sebuah karya yang dapat dinikmati oleh manusia. Selain mendapatkan hasil karyanya sebagai tujuan utama, seseorang juga ingin bekerja untuk mendapatkan pendapatan berupa upah atau gaji. Pendapatan merupakan hal yang sangat penting guna mendukung kelangsungan hidup manusia, yang secara langsung akan mempengaruhi tingkat kesejahteraannya.



Jika pendapatan yang diperoleh cukup tinggi, maka pemenuhan kebutuhan hidupnya dapat terpenuhi dengan baik. Dari penjelasan di atas, kebutuhan hidup manusia secara umum terbagi menjadi dua, yaitu kebutuhan primer maupun kebutuhan sekunder. Kebutuhan primer adalah kebutuhan yang paling utama untuk melangsungkan hidup seperti makan, minum, pakaian, dan rumah. Kebutuhan primer adalah kebutuhan yang paling utama untuk melangsungkan hidup seperti makan, minum, pakaian, dan rumah. Demi terpenuhinya kebutuhan dengan keterbatasan yang ada, usaha yang dilakukan adalah melakukan aktivitas penganekaragaman sumber pendapatan agar terjauhkan dari masalah kemiskinan (Suhariyanto, 2016).

B. Ekonomi dan Kesehatan

Ekonomi dan kesehatan mempunyai hubungan yang erat. Pembangunan ekonomi masyarakat sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan masyarakat dan perbaikan pada kondisi kesehatan akan mempengaruhi produktivitas kerja. Sehat merupakan suatu keadaan sejahtera sempurna fisik, mental, dan sosial tidak sebatas bebas dari penyakit atau kelemahan saja. Salah satu sasaran yang ingin dicapai dalam sistem kesehatan nasional yakni menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bermutu, merata, dan terjangkau oleh masyarakat secara ekonomis, serta tersedianya pelayanan



kesehatan yang melibatkan semua *stakeholder*.

Hadirnya pelayanan kesehatan memastikan masyarakat hidup lebih produktif, baik secara ekonomi maupun sosial sehingga tercipta masyarakat yang sehat secara keseluruhan. Pembangunan sosial ekonomi harus sejalan karena dengan adanya peningkatan kesehatan masyarakat saja tanpa ada upaya memecahkan masalah kemiskinan program pembangunan tidak akan berhasil. Namun, ada hal yang menarik pada buku ini, yakni menjelaskan kehidupan ekonomi masyarakat khususnya terhadap mereka yang menderita penyakit kusta.

Organisasi kesehatan dunia seperti WHO mencatat bahwa hampir 90% masyarakat yang mengalami penyakit kusta berada pada kondisi ekonomi lemah atau dalam kategori miskin. Potret kemiskinan itu dapat terlihat dari kondisi lingkungan dengan kepadatan penduduk yang sangat tinggi yang menyebabkan lingkungan menjadi buruk. Potret tersebut juga dapat dilihat dari kondisi pemenuhan gizi yang rendah karena ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan gizi makanan.

Potret kondisi ekonomi pasien kusta juga digambarkan oleh Darmawan (2018) melalui suatu penelitian di Kabupaten Bone Bolango Provinsi Gorontalo pada tahun 2018. Dari tiga puluh orang sampel pasien kusta yang diteliti, seluruhnya memiliki pendapatan di bawah UMR yakni rata-rata Rp. 400.000,00 atau masuk pada kondisi masyarakat miskin.

Tabel 4.1
Distribusi status Ekonomi pasien kusta
di Kabupaten Bone Bolango (Darmawan: 2018)

Status Ekonomi	Frekuensi (n)	Persentasi (%)
< UMR	30	100%

Sumber: data primer 2018

Data distribusi status ekonomi merupakan hasil penelitian Darmawan (2018) yang menunjukkan bahwa kondisi ekonomi pasien kusta, secara keseluruhan tergolong masyarakat miskin. Hal ini dapat juga dilihat pada jenis pekerjaan dalam memenuhi kebutuhan hidup mereka. Berikut data pekerjaan pasien kusta di Kabupaten Bone Bolango.

Tabel 4.2
Pekerjaan Pasien Kusta di Kabupaten Bone Bolango

Pekerjaan	Frekuensi (n)	Persentasi (%)
IRT	10	33,3%
Pembuat Tungku	3	10,0%
Pelajar	4	13,3%
Pedagang Warung	4	20,0
Pemulung	1	3,3%
Petani	1	3,3%
Buruh Bangunan	1	3,3%
Tidak Bekerja	4	13,3%
Total	30	100%

Sumber: data primer 2018

Dari tabel tersebut diketahui bahwa yang bekerja sebagai ibu rumah tangga sebanyak 10 orang, pembuat tungku sebanyak 3 orang, pelajar sebanyak 4 orang, wiraswasta sebanyak 4 orang, pemulung sebanyak 1 orang, petani sebanyak 1 orang, buruh bangunan sebanyak 1 orang, dan yang tidak bekerja. Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita kusta di Kabupaten Bone Bolango bekerja sebagai ibu rumah tangga.

Hasil penelitian tersebut menjelaskan pekerjaan yang mereka miliki yang tidak memungkinkan mereka mendapatkan upah di atas UMR karena sebagian besar pasien kusta memiliki profesi sebagai ibu rumah tangga, pembuat tungku, wiraswasta, pemulung, petani, serta buruh bangunan. Sehingga dalam hal pemenuhan nutrisi tidak dapat dipenuhi dikarenakan tanggungan pasien terhadap keluarga yang menjadikan kendala dalam terpenuhinya nutrisi yang berujung pada pasien menderita penyakit kusta. Dengan adanya penyakit yang diderita memungkinkan mereka tidak akan mendapatkan pekerjaan yang layak atau dapat diterima di instansi yang membutuhkan tenaga pekerja (misalnya sebuah perusahaan).

Berdasarkan gambaran hasil penelitian tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa kondisi ekonomi yang dialami oleh sebagian orang penderita kusta dalam kategori ekonomi lemah atau miskin. Beberapa faktor yang menyebabkan pemenuhan kebutuhan pasien kusta berada pada kondisi ekonomi lemah

adalah sebagai berikut.

1. Lapangan Pekerjaan yang Terbatas

Terbatasnya lapangan pekerjaan bagi penderita kusta membuat mereka sulit untuk meningkatkan pendapatan mereka. Keterbatasan tersebut disebabkan hampir semua lowongan pekerjaan menginginkan karyawan pada kondisi fisik yang baik.

2. Penerimaan Masyarakat

Penerimaan masyarakat yang kurang baik terhadap pasien kusta juga memberi keterbatasan mereka untuk berinteraksi dengan sesamanya. Bahkan ada sebagian masyarakat yang juga masih berpikir ekstrim dengan menganggap bahwa penyakit seperti ini merupakan penyakit kutukan Tuhan kepada mereka yang berperilaku buruk. Bahkan mereka takut, terjangkit dengan penyakit yang dianggap wabah oleh mereka.

3. Kurangnya Kepercayaan Diri

Faktor internal juga menjadi penghambat dalam upaya pemenuhan kebutuhan. Faktor internal tersebut adalah kurangnya kepercayaan diri penderita kusta akibat kondisi fisiknya yang kurang baik. Rendahnya kepercayaan diri membuat mereka lebih menutup diri dengan orang lain, sehingga membuat mereka kadang frustrasi dan malu akan diri mereka sendiri.



4. Keterampilan dan Kreativitas yang Rendah

Rendahnya keterampilan dan kreativitas penderita kusta membuat dan memaksa mereka menyerah pada kondisi hidup yang serba terbatas. Mereka merasa kebingungan dan putus asa untuk mencari jalan terbaik buat mereka dalam memenuhi kebutuhan hidup.

Jika kondisi masyarakat yang menderita penyakit kusta sulit dalam pemenuhan kebutuhan mereka, maka harus ada upaya dari pemerintah untuk mengantisipasi hal tersebut. Namun pertanyaannya adalah berapa besar perhatian pemerinatah pusat dan daerah pada kondisi ekonomi masyarakat penderita kusta?

Berdasarkan kebijakan nasional tentang pengendalian kusta di Indonesia yang mencanangkan upaya pengendalian kusta di dunia telah menetapkan pada tahun 2000 merupakan tonggak dari pencapaian eliminasi. Indonesia berhasil mencapai target ini pada tahun yang sama, akan tetapi perkembangan 10 tahun terakhir memperlihatkan tren statis dalam penemuan kasus baru. Situasi Penyakit Kusta di Indonesia, dalam 12 tahun terakhir (2000-2011), tidak mengalami perubahan. Dari data-data (Pedoman nasional pengendalian penyakit kusta, 2012) tersebut dapat disimpulkan bahwa penyakit kusta masih menjadi masalah di Indonesia.

Visi pengendalian kusta di Indonesia ialah “Masyarakat bebas kusta yang mandiri dan berkeadilan”. Misinya yaitu



“Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat termasuk swasta dan masyarakat madani, dengan melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu, dan berkeadilan”. Dengan menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan dalam menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik.

Strategi pengendalian kusta yaitu dengan meningkatkan penemuan kasus di masyarakat dan pelayanan kusta berkualitas, termasuk layanan rehabilitasi, diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan serta menyebarkan informasi tentang kusta di masyarakat. Selain itu, harus melakukan pemberdayaan kepada orang yang pernah mengalami kusta dalam berbagai aspek kehidupan dan penguatan partisipasi mereka dalam upaya pengendalian kusta.

Peran berbagai sarana kesehatan dalam sistem rujukan pelayanan kusta diantaranya peran serta puskesmas yaitu menemukan dan mengobati pasien, melakukan pemeriksaan fungsi saraf dalam memberikan pengobatan apabila terjadi reaksi, melakukan perawatan luka, dan melatih pasien untuk melakukan perawatan diri di rumah sesuai tingkat dan bagian tubuh yang cacat, puskesmas melakukan program kelompok (*self care group*), memberikan konseling pada pasien baik yang masih dalam pengobatan maupun yang sudah RFT, memberikan penyuluhan kepada keluarga pasien dan



masyarakat, meregistrasikan kartu pasien dan registrasi kohort serta merujuk pasien tepat waktu ke RSUD kabupaten, rumah sakit kusta, dan atau rumah sakit lain yang mempunyai pelayanan untuk kusta (Kemenkes, 2012).

Proses perencanaan pengendalian serta rehabilitasi penyakit kusta telah diupayakan oleh pemerintah pusat sampai ke pemerintah daerah. Pengendalian penyakit ini dilakukan dengan berbagai program pencegahan dimulai sejak dini sampai dewasa, upaya promosi dan sosialisasi terhadap penyakit ini terus digalakkan. Pemberian obat-obatan hingga pada fasilitas kesehatan pemerintah di tingkat kelurahanpun disediakan, sebagai upaya menekan angka peningkatan penderita penyakit kusta. Namun sebaiknya pemerintah tidak berhenti pada upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitasi.

Variabel yang sangat urgensial dan mendapat perhatian oleh pemerintah yakni pemenuhan kebutuhan hidup penderita penyakit kusta. Bukankah, hasil penelitian memuat fakta bahwa hampir 80% penderita kusta merupakan masyarakat ekonomi lemah atau miskin. Perlu kita ketahui pula, bahwa negara-negara Eropa menjadikan faktor ekonomi sebagai variabel penting dalam menekan penyebaran penyakit ini. Meningkatnya perekonomian berbanding lurus dengan berkurangnya penderita penyakit kusta bahkan bisa hilang. Penderita kusta impor pada negara tersebut ternyata tidak menularkan kepada



orang yang sosial ekonominya tinggi (Kemenkes, 2012).

Penderita penyakit kusta yang miskin sulit memenuhi nutrisi tubuhnya karena kondisi ekonomi keluarganya yang sangat terbatas. Terlebih jika penderita merupakan kepala keluarga yang seharusnya menjadi tonggak keluarga dalam memenuhi kebutuhan hidup dan hidup terisolir akibat penyakit ini. Mereka sulit mendapat pekerjaan dan bergaul di tengah-tengah masyarakat. Pemenuhan kebutuhan dengan nutrisi yang baik tidak mungkin terjamin, karena untuk mendapatkan kebutuhan primer seperti makan dalam sehari saja begitu sulit bagi mereka. Bagaimana mungkin, jika penghasilan Rp. 400.000,-/bulan atau rata-rata Rp. 13.000,- /harinya mendapatkan nutrisi yang cukup bagi tubuhnya. Sungguh memprihatinkan jika hal ini terus terjadi pada siklus kehidupan penderita kusta. Mereka memikirkan kondisi ekonomi yang begitu sulit dan diperburuk dengan penyakit yang mereka derita tak kunjung teratasi.

Di jaman yang berkembang ini permasalahan yang kerap dihadapi oleh penderita kusta adalah sulitnya mereka mendapatkan pekerjaan yang layak. Departemen Sosial Dan Departemen Tenaga Kerja & Transmigrasi sering kali lepas tangan. Satu-satunya pekerjaan andalan adalah sebagai pengemis jalanan. Banyak diantaranya menjadi pengemis untuk bertahan hidup. Namun di dalam wisma rehabilitas mereka diberdayakan dalam sektor ekonomi, walaupun tidak dapat



memiliki anggota tubuh yang sempurna mereka dapat berkontribusi dan memiliki keterampilan. Seperti penderita kusta laki-laki, mereka diberi keterampilan membuat dan pertukangan. Bagi penderita kusta perempuan diberi keterampilan menjahit dan membuat lilin.

Dengan diskriminasi tersebut mereka tetap harus dimotivasi sehingga mereka tidak mudah putus asa. Klien penderita kusta dengan perilaku tidak wajar dan berada pada latar belakang budaya primitifnya akan mudah sekali mendapatkan stigma. Stigma dengan berbagai identitas negatif dari masyarakat akan mempengaruhi interaksi dan dukungan sosial terhadap penderita, sehingga penderita kusta tidak mendapatkan kesempatan untuk bekerja dalam memenuhi kebutuhan ekonomi dan menjadi pengangguran (Soewandi, 1997).

Dari hal tersebut seharusnya ada kebijakan pemerintah yang memberi skala prioritas dalam mengatasi masalah kemiskinan khusus masyarakat penderita kusta. Faktor penyebab terhambatnya pemenuhan kebutuhan harusnya segera teratasi. Bukankah kondisi ekonomi berdasarkan realitas di negara-negara Eropa menjadi faktor utama pengendalian penyakit ini. Upaya yang dapat dilakukan pemerintah mendorong peningkatan ekonomi bagi penderita kusta dapat juga dilakukan dengan membuka pelatihan mengembangkan kreativitas dan keterampilan serta memberikan bantuan modal

dalam rangka mengembangkan usaha.

Selain peningkatan kondisi ekonomi yang terus didorong, stigma negatif terhadap pasien kustapun harusnya mulai dieliminasi. Jika stigma negatif “penyakit kusta merupakan penyakit kutukan” masih berkembang di masyarakat maka peluang untuk meningkatkan penghasilan tidak akan terealisasi. Stigma ini harus hilang, sehingga para penderita tidak terisolasi dan dapat menjalin hubungan di masyarakat. Sebagai contoh yang terjadi saat ini, sebagian masyarakat tidak akan memilih barang-barang produksi yang dihasilkan oleh penderita kusta. Bahkan lebih parah lagi sebagian masyarakat tidak mau lagi berkomunikasi dan menutup diri dari segala bentuk pergaulan dengan pasien kusta.

Referensi

- Abdulsyani. (2012). *Sosiologi Sistematis: Teori dan Terapan*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Astuti, Wurdianti Y. (2016). *Pengaruh Kondisi Sosial Ekonomi Keluarga Terhadap Minat Belajar Siswa SMK YPKK 3 Sleman*.
- Darmawan, M.A. (2018). *Gambaran Kondisi Sosial Ekonomi Pasien Kusta di Kabupaten Bone Bolango*. Gorontalo: Universitas Negeri Gorontalo.
- Departemen, Kesehatan RI, (2007). *Buku Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta: Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit-Penyehatan Lingkungan.

- Mohi, I.S. (2017). *Pola Interaksi Sosial Klien Kusta Di Desa Permata Kecamatan Tilongkabila Kabupaten Bone Bolango*. Gorontalo: Universitas Negeri Gorontalo.
- Ratna W. (2017). *Sosiologi dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sobur, A. (2011). *Psikologi Umum*. Bandung: Pustaka Setia.
- Soekanto, S. (2016). *Sosiologi Suatu Pengantar*. Edisi 44. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Bab V

Cara Perawatan Penyakit Kusta

Penyakit kusta bukan penyakit kutukan dan dapat diobati. Penyakit ini bisa disembuhkan dengan menggunakan *hemoteraphy* dengan *multy drug therapy* (WHO). *Multy drug therapy* adalah kombinasi dua atau lebih obat anti kusta, pada tipe PB maupun MB. Bila penderita kusta tidak minum obat secara teratur, maka kuman kusta menjadi aktif kembali sehingga timbul gejala-gejala baru pada kulit dan saraf yang dapat memperburuk keadaan. Dengan matinya kuman kusta maka sumber penularan dari pasien terutama tipe MB ke orang lain terputus. Namun, cacat yang sudah terjadi sebelum pengobatan tidak dapat diperbaiki dengan MDT. (Depkes, 2015). Oleh karena itu perlunya dilakukan perawatan pada pasien kusta. Tindakan perawatan tersebut yakni 3M yaitu: memeriksakan mata, tangan dan kaki secara teratur; kemudian memeriksakan mata, tangan dan kaki dari trauma fisik; serta mengajarkan cara untuk merawat diri.

A. Pemeriksaan dan Perawatan Pasien Kusta

Berikut ini adalah berbagai tanda cacat pada mata, tangan, dan kaki dengan cara penanganannya sebagai berikut.

1. Mata

Penyakit kusta dapat menyebabkan kedipan atau menutupnya mata berkurang. Hal ini disebabkan oleh kuman kusta telah menyerang saraf fasialis. Jika mata sudah tidak bisa menutup dan berkedip, hal ini bisa membahayakan mata. Mata yang tidak dapat berkedip akan menjadi kering dan mengalami iritasi, peradangan dan luka. Jika hal ini dibiarkan maka akan mengakibatkan kehilangan penglihatan.

Goresan kain baju, sarung bantal, tangan, daun, debu, rambut, asap, dan lain-lain dapat merusak mata. Akibatnya mata akan merah meradang dan terjadi infeksi yang bisa mengakibatkan kebutaan (Esty & Sihombing, 2011). Untuk mencegah kerusakan pada mata yang tidak bisa menutup dengan rapat dilakukan tindakan berikut ini.

a. Memeriksa

Sering bercermin untuk melihat apakah ada kemerahan atau benda yang masuk ke dalam mata.

b. Melindungi

Melindungi mata dari debu dan angin yang dapat melukai mata dengan cara memakai kacamata.



c. Memakai Kacamata

Pemakaian kacamata dapat menghindari masuknya debu pada mata yang tidak dapat menutup dengan rapat. Selain itu penderita dianjurkan untuk menghindari pekerjaan yang dapat memberatkan kecacatan pada mata, seperti mencangkul tanah kering, menuai padi, menggiling padi, membakar sampah, dan lain-lain.

d. Merawat Diri

Tetes mata mengandung saline, jika mata sangat kering waktu istirahat, tutup mata dengan sepotong kain basah.

2. Tangan

Tangan yang telah rusak sarafnya yang diakibatkan penyakit kusta bisa menyebabkan tangan penderita kusta menjadi mati rasa, tidak berkeringat, dan lemah. Jika tangan penderita mengalami seperti hal yang telah disebutkan tadi, dan tidak mendapatkan perawatan dan penanganan yang baik maka tangan akan mengalami luka, kulit pecah, dan kekakuan sendi.

Tangan yang mati rasa dapat terluka oleh benda panas, seperti gelas yang berisikan air panas, cerek, kual, rokok, api, bara, knalpot, benda-benda tajam seperti kaca, seng, pisau, kawat berduri, tali, gesekan dari alat kerja dan pegangan yang terlalu erat serta tekanan yang terlalu tinggi (Depkes RI, 2015). Untuk mencegah luka pada tangan yang mati rasa dengan cara sebagai berikut.



a. Memeriksa

Seringlah berhenti dan periksa tangan dengan teliti apakah ada luka sekecil apapun.

b. Melindungi

Lindungilah tangan dari benda yang panas, kasar ataupun tajam dengan memakai kaos tangan tebal, atau alas kain dan mencegah bagian yang berbahaya bagi tangan yang mati rasa.

c. Merawat Luka

Jika ada luka memar atau lecet sekecil apapun. Rawatlah dan istirahatkan bagian tangan sampai sembuh.

Kulit yang kering disebabkan oleh rusaknya saraf yang mengendalikan pengeluaran keringat. Kekeringan akan mengakibatkan luka-luka kecil yang kemudian terinfeksi (Mahato & Hugg, 2008:17). Untuk kulit tangan yang kering dapat dicegah dengan cara sebagai berikut.

a. Untuk mencegah kekeringan dengan cara berikut ini.

1) Memeriksa

Umumnya kulit tangan yang kering sudah disertai dengan mati rasa. Oleh karena itu selalu periksa kemungkinan adanya kekeringan.

2) Melindungi

Melindungi kulit tangan dari benda-benda yang mudah menimbulkan luka seperti benda tajam dan panas.



3) Merawat

Merendam selama 20 menit tetapi disarankan untuk merendam selama 30 menit. Setelah kulit lembut maka disarankan untuk menggosok kulit yang tebal dan kering dengan benda abrasif tetapi digunakan dengan hati-hati agar tidak melukai tangan. Setelah merendam langsung mengolesi minyak atau vaselin terlebih dahulu tanpa mengeringkan.

b. Perawatan untuk Jari yang Bengkok

1) Memeriksa

Memeriksa tangan secara rutin untuk luka yang mungkin terjadi akibat penggunaan jari yang bengkok.

2) Melindungi

Menggunakan alat bantu untuk aktivitas sehari-hari yang dimodifikasi untuk digunakan oleh cacat jari yang bengkok.

3) Merawat

Sesering mungkin setiap hari memakai tangan lain untuk meluruskan sendi-sendinya dan mencegah supaya jangan sampai terjadi kekakuan lebih berat dengan cara sebagai berikut.

- a) Taruh tangan di atas paha dan luruskan kemudian bengkokkan jari berulang kali.



- b) Pegang ibu jari dengan tangan lain dan gerakan sendi agar tidak kaku.
- c) Jika ada kelemahan pada jari, kuatkan dengan cara taruh tangan dimeja atau paha. Pisahkan dan rapatkan jari berulang kali. Ikat jari ke 2-3 dengan karet gelang, lalu pisahkan dan rapatkan jari berulang kali (Jari ke 2-5).

3. Kaki

Kaki yang semper dibiarkan tergantung. Otot pergelangan kaki bagian belakang (*achilles*) akan memendek sehingga kaki itu tetap tidak bisa diangkat. Jari-jari kaki akan terseret dan luka. Oleh karena itu, miring waktu melangkah akan mudah terjadi ulkus di belakang jari kaki 4 dan 5 (Depkes RI, 2015). Untuk mencegah dengan cara sebagai berikut.

a. Memeriksa

Apakah ada luka atau tidak.

b. Melindungi

Untuk mencegah agar kaki yang semper (lumpuh) tidak bertambah cacat maka di anjurkan untuk melakukan hal-hal berikut ini.

- a) Selalu memakai sepatu supaya jari-jari kaki tidak terseret dan luka.
- b) Angkat lutut lebih tinggi pada waktu berjalan.



- c) Pakai tali karet antara lutut dan sepatu guna mengangkat kaki bagian depan waktu berjalan.
- d) Angkat lutut lebih tinggi pada waktu berjalan.
- e) Pakai tali karet antara lutut dan sepatu guna mengangkat kaki bagian depan waktu berjalan.

c. Merawat

Kaki semper agar tidak makin parah dengan cara atau sarung yang disangkutkan pada bagian depan kaki dan tarik ke arah tubuh.

Pencegahan kulit kaki yang tebal dan kering, sama seperti yang dilakukan pada kulit tangan yang kering. Kulit kaki yang menebal mengakibatkan mati rasa, sehingga menimbulkan luka. Lakukan hal berikut ini!

a. Memeriksa

Secara rutin memeriksa apakah ada bagian kaki yang kering mengalami retak atau luka.

b. Melindungi & merawat

Mencegah terjadinya kulit kering dengan cara berikut ini.

- a) Merendam kaki selama 20 menit setiap hari dalam air biasa.
- b) Menggosok bagian yang menebal dengan batu gosok.
- c) Kemudian langsung mengolesi minyak atau vaselin tanpa mengeringkan terlebih dahulu.



B. Pemanfaatan Minyak Kelapa Murni dalam Perawatan Pasien Kusta

1. Minyak Kelapa Murni atau VCO (*Virgin Coconut Oil*)

a. Definisi

Minyak kelapa merupakan hasil olahan dari tanaman kelapa, kelapa (*cocos nucifera*) merupakan tanaman yang cukup baik. Pohon kelapa memiliki bagian-bagian yang secara umum dapat digunakan untuk berbagai hal, salah satunya adalah buah kelapa (Fauzi, 2011).

Belakangan ini, pemanfaatan daging buah kelapa menjadi lebih variatif. *Virgin Coconut Oil* (VCO) merupakan bentuk olahan daging kelapa yang saat ini banyak diproduksi. Di beberapa daerah, VCO lebih terkenal dengan nama minyak sara, atau minyak kelapa murni (Setiaji dan Prayugo, 2006).

Pada pengolahan minyak kelapa biasa atau minyak goreng secara tradisional dihasilkan minyak kelapa bermutu kurang baik. Hal tersebut ditandai dengan adanya kadar air dan asam lemak bebas yang cukup tinggi di dalam minyak kelapa. Minyak kelapa yang diolah melalui pabrik memiliki kadar air dan kadar asam lemak bebasnya rendah, berwarna bening, serta berbau harum. Daya simpannya pun menjadi lebih lama, bisa lebih dari 12 bulan (Rindengan dan Novrianto, 2004).



b. Kandungan Minyak Kelapa dan Manfaatnya

Virgin coconut oil atau minyak kelapa murni mengandung asam lemak rantai sedang yang mudah dicerna dan dioksidasi oleh tubuh sehingga mencegah penimbunan di dalam tubuh. Kandungan antioksidan dalam VCO seperti *tokoferol* dan *betakaroten* sangat tinggi, antioksidan tersebut berfungsi untuk mencegah penuaan dini dan menjaga vitalitas tubuh (Setiaji dan Prayugo, 2006).

Komponen utama VCO adalah asam jenuh sekitar 90% dan asam lemak tak jenuh sekitar 10%. Asam lemak jenuh VCO didominasi oleh asam larut sebesar $\pm 53\%$ dan 7% asam kapilar. Keduanya merupakan asam lemak rantai sedang yang biasa disebut *medium chain fatty acid* (Setiaji dan Prayugo, 2006).

Menurut Fauzy (2010: 36) minyak kelapa murni mengandung asam miristat 13,42-15,90%, asam kaprat 6,38 - 8,08%, asam palmitat 6,48-7,95%, asam oleat 4,27-5,26%, asam stearat 1,76-2,54%, dan asam linoleat serta vitamin A, D, E, K, dan Provit A.

Kandungan vitamin dan berbagai asam yang terdapat pada minyak kelapa mempunyai bermacam-macam manfaat diantaranya melembabkan kulit, menghaluskan tumit pecah-pecah, menyamarkan lutut dan siku yang hitam, mencegah terjadinya uban. Selain itu penelitian



yang sekarang mengatakan bahwa penggunaan minyak kelapa dapat memperkecil penyebaran virus HIV (Cahyo, 2011).

C. Pengaruh Minyak Kelapa Murni terhadap Kulit Pasien Kusta

Kondisi kulit yang diperlihatkan oleh penderita kusta seperti kering, bersisik, dan berskuama dapat terjadi karena hilangnya atau berkurangnya kadar kelembaban *stratum corneum*. Pada penderita kusta hal ini terjadi karena kuman kusta menyerang saraf tepi. Pada saraf tepi terdapat 3 saraf, yaitu saraf Otonom, motorik, dan sensorik. Saraf otonom merupakan saraf yang mensarafi kelenjar keringat dan kelenjar minyak serta pembuluh darah. Jadi ketika kuman kusta menyerang saraf otonom, otomatis kulit penderita kusta akan menjadi kering, serta berkurang kelembabannya sehingga bisa memanifestasikan kulit seperti yang terdapat pada pasien kusta.

Adanya kandungan *asam laurat* pada minyak kelapa murni dapat membantu peningkatan kelembaban kulit. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Yusuf, Paramata dan Dulahu (2017), didapatkan minyak kelapa murni dapat meningkatkan kelembaban kulit pasien kusta, dari 17 responden kusta di wilayah Kota Gorontalo dan ditemukan terdapat perubahan yang signifikan pada integritas kulit dan kelembaban kulit penderita kusta dengan nilai $p=0,00$. Selain



itu, Chaerunisa (2008) juga menjelaskan bahwa minyak kelapa dapat menghaluskan kulit karena mengandung aneka gizi berupa vitamin yang larut dalam lemak (Vitamin A, D, E, K, dan provitamin A). Minyak kelapa murni juga sebagai nutrisi yang baik untuk perawatan kecantikan, dapat membantu mempertahankan kelembaban kulit dan elastisitas kulit sekaligus memperlancar regenerasi kulit. Mengoleskan minyak kelapa pada kulit yang kering atau ke seluruh tubuh sebagai bahan pijat, serta mengoleskan pada kulit yang retak dan pecah dengan sedikit pijatan untuk merelaksasikan otot kulit akan menjadikan kulit lembut, lembab, dan rileks (Cahyo, 2011:108).

Teori tersebut didukung oleh Depkes (2006: 89) mengoleskan minyak kelapa setelah merendam dan menggosokkan bagian yang kasar dengan batu apung dapat mencegah terjadinya kalus akibat kekeringan.

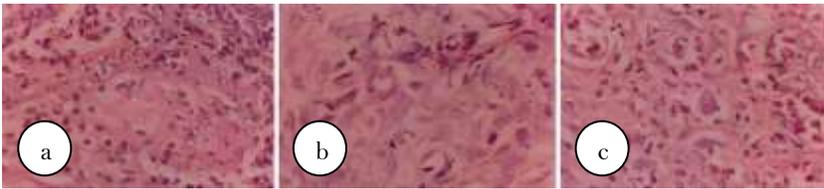
Hal ini juga sesuai dengan penelitian Widiyanti (2015), yang membuktikan bahwa VCO memiliki beberapa keunggulan yaitu kandungan asam laurat yang tinggi. Asam laurat di dalam tubuh akan diubah menjadi *monolaurin* yaitu sebuah senyawa *monogliserida* yang bersifat antibiotik yang berfungsi sebagai antivirus, antibakteri, antiprotozoa, sehingga dapat meningkatkan daya tahan tubuh manusia terhadap penyakit serta mempercepat proses penyembuhan. VCO juga mengandung asam kaprat yang berantai sedang dengan jumlah karbon 10. Asam kaprat ini pun bermanfaat bagi kesehatan di



dalam tubuh. Kandungan asam kaprat dalam minyak kelapa murni akan diubah menjadi monokaprin. Monokaprin sangat bermanfaat sebagai antivirus seperti virus HIV. Berbagai penyakit yang berasal dari virus dan bakteri dapat ditangkal dengan mengkonsumsi VCO, seperti flu burung, HIV/AIDS, hepatitis, dan jenis virus dan bakteri lainnya. Selain itu, VCO dapat juga mengatasi kegemukan, penyakit kulit, darah tinggi, dan diabetes.

D. Perbandingan Minyak Kelapa Murni dengan Minyak Kelapa Biasa terhadap Kulit Pasien Kusta

Minyak kelapa murni atau *Virgin Coconut Oil* (VCO), berbeda dengan pengolahan minyak kelapa biasa. VCO diperoleh langsung dari santan dengan proses basah di bawah suhu terkontrol. Pengolahan basah dapat menghindari hilangnya komponen kecil aktif biologis seperti vitamin dan polifenol. Selain itu, penelitian sebelumnya telah membuktikan bahwa VCO lebih bermanfaat daripada minyak kelapa biasa dalam mengurangi oksidasi lipoprotein berkepadatan rendah dan kadar lipid plasma, dan dalam meningkatkan status antioksidan (Nevin & Rajamohan, 2010).



Gambar 5.1

Jaringan granulasi pada kelompok kontrol dan perlakuan. **a.** Kontrol, **b.** Perlakuan 0,5 ml VCO, **c.** Perlakuan 1 ml VCO

Hal ini didukung oleh penelitian (Sumitra, Manikandan, Suguna & Chettiar, 2000), dari hasil penelitian didapatkan terdapat pengaruh pemberian VCO terhadap penyembuhan luka yang diberikan secara topikal. Hasilnya menunjukkan efek menguntungkan yang signifikan dari VCO pada komponen matriks intraseluler dan ekstraseluler dan profil antioksidan selama penyembuhan luka. Kandungan kolagen total jaringan granulasi yang diberi VCO ditemukan jauh lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak diobati. Kolagen adalah komponen utama dari matriks ekstraseluler dan juga protein dominan jaringan granulasi. Peran kolagen dalam proses penyembuhan dimulai segera selama cedera dan berlanjut selama beberapa minggu hingga berbulan-bulan, bahkan setelah luka ditutup.

Perbandingan minyak kelapa murni dengan minyak kelapa biasa terhadap kulit pasien kusta dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.1 Penggunaan Minyak Kelapa Murni terhadap Kulit Pasien Kusta

Responden	Tingkat Kelembapan Kulit	
	Sebelum	Sesudah
1.	 Tangan : Skor 3	 Tangan : Skor 2
2.	 Tangan : Skor 1	 Tangan : Skor 0
3.	 Tangan : Skor 1	 Tangan : Skor 0
4.	 Tangan : Skor 2	 Tangan : Skor 1



Responden	Tingkat Kelembapan Kulit	
	Sebelum	Sesudah
5.	 <p>Kaki : Skor 3</p>	 <p>Kaki : Skor 2</p>

Tabel 5.2 Penggunaan Minyak Kelapa Biasa terhadap Kulit Pasien Kusta

Responden	Tingkat Kelembapan Kulit	
	Sebelum	Sesudah
1.	 <p>Kaki : Skor 3</p>	 <p>Kaki : Skor 3</p>
2.	 <p>Kaki : Skor 3</p>	 <p>Kaki : Skor 2</p>

Responden	Tingkat Kelembapan Kulit	
	Sebelum	Sesudah
3.	 <p>Kaki : Skor 1</p>	 <p>Kaki : Skor 1</p>
4.	 <p>Kaki : Skor 1</p>	 <p>Kaki : Skor 1</p>
5	 <p>Kaki : Skor 1</p>	 <p>Kaki : Skor 1</p>

Penilaian kriteria *Overall Dry Skin (ODS) Score* :

Skor 0 : Tidak terdapat xerosis.

Skor 1 : Sisik halus, kulit kasar, dan kusam minimal.

Skor 2 : Sisik halus dan sedang, kulit kasar ringan, dan tampilan warna keputihan.

Skor 3 : Sisik halus-kasar terdistribusi seragam, kulit kasar tampak jelas, kemerahan ringan, dan beberapa retakan superfisial.

Skor 4 : Didominasi oleh skuama kasar, kulit kasar tampak jelas, kemerahan, perubahan eksematosia, dan retakan.

(Sumber : Soenarto, Djauhari, & Tjekyan, 2015).

Referensi

Agus, N. Cahyo. (2011). *Obat Ajaib Setiap Bagian Kelapa*. Jakarta. Diva Press.

Bhat, R. M., & Prakash, C. (2012). Leprosy: An Overview of Pathophysiology. *Hindawi Publishing Corporation, 2012*, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2012/181089>.

Depkes. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia*. Kementerian kesehatan republik Indonesia.

Dwihartanti, R., Listyorini, L., & Karima, M. (2015). Self Care of Leprosy Patient. *Jurnal Ilmiah Kesehatan, VII*(1).

Depkes RI. 2012. *Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta*. Kementerian Kesehatan republik Indonesia.

Esty Kartika, Sihombing (Ed).2011.*Pedoman Konseling Kusta*. Jakarta.

Hugg Cross,Margaret Mahato, 2008. *Pencegahan Cacat Kusta*. London: ILEP.

Nevin, K. G., & Rajamohan, T. (2010). Effect of topical application of virgin coconut oil on skin components and



antioxidant status during dermal wound healing in young rats. *Skin Pharmacol Physiol*, 23(6), 290-297. doi: 10.1159/000313516.

Rajamohan, K. G. N. T. (2010). Effect of Topical Application of Virgin Coconut Oil on Skin Components and Antioxidant Status during Dermal Wound Healing in Young Rats. *Skin Pharmacology and Physiology*, (23), 290-297. <https://doi.org/10.1159/000313516>.

Soenarto, P., Djauhari, T., & Tjekyan, R. . S. (2015). Perbandingan Efektifitas Krim Urea 10 % dan krim Niasinamid4% Pada Xerosis Usia Lanjut. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 2(1), 54-60.

Sumitra M, Manikandan T, Suguna L, Chettiar G. (2000). Study of dermal wound healing activity of *Trigonella foenum-graceum* seeds in rats. *J Clin Biochem Nutr*. 28:59-67.

Widianti, R. A. (2015). Prosiding Seminar Nasional Pendidikan Biologi 2015, yang diselenggarakan oleh Prodi Pendidikan Biologi FKIP Universitas Muhammadiyah Malang, tema: "Peran Biologi dan Pendidikan Biologi dalam Menyiapkan Generasi Unggul dan Berdaya Saing Global", Malang, 21. In *Prosiding seminar pendidika Biologi* (pp. 577-584).

Winarti, S., Jariyah, & Purnomo, Y. (2007). Proses Pembuatan VCO (Virgine Coconut Oil) Secara Enzimatis Menggunakan Papain Kasar VCO (Virgine Coconut Oil) Preparation by Enzymatic Method Using Crude Papain Sri Winarti *, Jariyah , dan Yudi Purnomo Jurusan Teknologi Pangan , Fakultas Teknologi I. *Jurnal Teknologi Pertanian*, 8(2), 136-141.

Yusuf ZK, Paramata N, Dulahu W. 2017.Efektifitas Virgin Coconut Oil terhadap Kelembaban Kulit Pasien Kusta. Universitas Negeri Gorontalo.



Zainuddin, N., Shah, N. A. M., & Salim, R. (2016). Journal of Clinical and Health Science - 3. malaysia: jchs-medicine,uitm,edu.my.

