



PENATALAKSANAAN HOLISTIK PASIEN LAKI-LAKI USIA 51 TAHUN DENGAN MORBUS HANSEN MULTIBASILER MELALUI PENDEKATAN DOKTER KELUARGA

Bagas Mukti, Ian Ivantirta, Reni Zuraida

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. Dr. Sumantri Brojonegoro No.1 Bandar Lampung, Lampung, 35145, Indonesia

*Bagas.mukti17@gmail.com

ABSTRAK

Morbus hansen atau kusta adalah suatu penyakit granuloma kronik progresif yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*, yang menyerang kulit dan sistem saraf tepi. Prevalensi penderita kusta di provinsi Lampung pada tahun 2022 sebanyak 127 orang dengan kusta tipe PB sebanyak 6 orang dan MB 121 orang. Pada tahun 2022 kasus baru kusta di kecamatan Lampung Selatan ditemukan sebanyak 14 kasus dengan tipe MB. Menerapkan prinsip pelayanan kedokteran keluarga kepada pasien berdasarkan masalah yang ditemukan dan melakukan penatalaksanaan secara holistik serta komprehensif dengan prinsip patient-centred dan family approach berbasis Evidence Based Medicine. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer didapatkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah untuk menilai lingkungan fisik. Penilaian berdasarkan diagnostik holistik awal, proses, dan akhir studi. T n J usia 51 tahun datang dengan keluhan bercak putih dan rasa baal pada anggota gerak disertai kulit kering dan menebal. Pasien di diagnosis sebagai Kusta. Pada kasus ini telah dilakukan diagnosis dan tatalaksana sesuai dengan teori dan jurnal terkait. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan penurunan gejala klinis dan peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga. Penatalaksanaan secara holistik dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku pada pasien.

Kata kunci: dokter keluarga; kusta; penatalaksanaan holistik

HOLISTIC MANAGEMENT OF 51 YEAR OLD MALE PATIENT WITH MORBUS HANSEN MULTIBACILAR TYPE THROUGH A FAMILY DOCTOR'S APPROACH

ABSTRACT

*Morbus Hansen or leprosy is a chronic, progressive granuloma disease caused by the bacterium *Mycobacterium leprae*, which attacks the skin and peripheral nervous system. The prevalence of leprosy sufferers in Lampung province in 2022 is 127 people. In 2022, 14 new cases of leprosy in South Lampung subdistrict were found with type MB. Apply the principles of family medicine services to patients based on the problems found and carry out holistic and comprehensive management with patient-centred principles and a family approach based on Evidence Based Medicine. This study is a case report. Primary data were obtained from history taking, physical examination, and home visits to assess the physical environment. Assessment based on holistic diagnostics at the start, process, and end of the study. Mr. J, 51 years old, came with complaints of white spots and numbness in the extremities. The patient was diagnosed as leprosy. In this case, diagnosis and treatment have been carried out in accordance with theory and related journals. After the intervention was carried out, there was a reduction in clinical symptoms and an increase in patient and family knowledge. Holistic management can improve knowledge, attitudes, and behavior in patients.*

Keywords: family doctor; holistic management; leprosy

PENDAHULUAN

Morbus hansen atau kusta atau lepra adalah suatu penyakit granuloma kronik progresif yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*, yang menyerang kulit dan sistem saraf tepi

(Siregar RS, 2023). Kusta termasuk salah satu penyakit menular dengan angka kejadian yang tinggi di dunia. Menurut *weekly epidemiological report* oleh *World Health Organization* (WHO) tahun 2019 menunjukkan terdapat 202.185 kasus baru kusta. Jumlah kasus baru kusta di atas menurun jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya, yaitu sejumlah 208.619 pada tahun 2018. Negara dengan jumlah kasus kusta tertinggi adalah negara India dengan jumlah kasus 114.451. Indonesia berada di posisi ketiga dengan jumlah kasus 17.439 sedangkan Brazil di posisi kedua dengan jumlah kasus 27.863 (WHO, 2020).

Pada tahun 2020 Indonesia memiliki prevalensi kasus baru kusta sebesar 3,34 kasus per 100.000 sedangkan pada tahun 2021 Indonesia memiliki prevalensi kasus kusta baru sebesar 4,04 per 100.000 penduduk. Sepanjang tahun 2020 hanya ditemukan 9000 kasus kusta baru di Indonesia (Kemenkes RI, 2020). Pada tahun 2021 terjadi peningkatan dengan ditemukannya 10983 kasus kusta baru di Indonesia, dengan proporsi tingkat kecacatan berturut-turut dari cacat 0,1,2 yaitu 75,44%, 7,88%, 5,77% dan proporsi kusta tipe MB sebesar 88,85%, PB 11,15% (Maulina N et al, 2023).

Prevalensi penderita kusta di provinsi Lampung pada tahun 2022 sebanyak 127 orang dengan kusta tipe PB sebanyak 6 orang dan MB 121 orang (Dinkes Lampung, 2023). Pada tahun 2022 kasus baru kusta di kecamatan Lampung Selatan ditemukan sebanyak 14 kasus dengan tipe MB. Data temuan kasus baru kusta di kecamatan Lampung Selatan juga mengalami peningkatan dibanding dengan tahun sebelumnya 2021 yang hanya berjumlah 8 kasus. Kasus baru yang ditemukan tahun 2022 melalui kegiatan survey kontak di beberapa wilayah kerja Puskesmas dan pasien sukarela yang datang ke Puskesmas. Trend penemuan kasus baru kusta mulai tahun 2012 s.d. 2022 masih naik turun. Angka prevalensi kusta per 10.000 penduduk di Kabupaten Lampung Selatan pada Tahun 2022 adalah sebesar 0,1. NCDR Lampung Selatan secara kabupaten masih masuk daerah endemi rendah dengan CDR < 5/100.000 penduduk (NCDR Lampung Selatan Tahun 2022 adalah 1,3/100.000 penduduk). Pada tahun 2022, kasus kusta ditemukan pada wilayah kerja 9 Puskesmas dengan satu penderita kusta mengalami cacat tingkat 2 di wilayah kerja Puskesmas Rawat Inap Sukadamai dan 13 kasus lainnya termasuk cacat tingkat 0 (Dinkes Lampung Selatan, 2023).

Keterlambatan diagnosis MH dapat mengakibatkan kerusakan saraf yang *irreversibel*, dan pada akhirnya mengalami cacat permanen. Cacat fisik yang disebabkan oleh kusta sering disalahpahami dan dianggap menakutkan oleh masyarakat. Penyakit ini masih terkait dengan stigma sosial yang tidak diinginkan yang sangat berdampak pada kemampuan fisik pasien, ekonomi, dan kehidupan sosialnya (Menaldi, 2019). Pengendalian permasalahan kusta pada tingkat individu dan masyarakat secara komprehensif dan holistik yang disesuaikan dengan Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI), laporan kasus ini bertujuan untuk menerapkan pendekatan pendekatan dokter keluarga dalam penatalaksanaan MH secara holistic, komprehensif, dan berbasis Evidence Based Medicine dengan Pendekatan Patient Centered serta Family Approach. Studi ini dilakukan dengan tujuan analisis penerapan pelayanan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif dengan mengidentifikasi faktor risiko internal dan eksternal, masalah klinis pada pasien dengan penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine*, serta penatalaksanaan berdasarkan kerangka penyelesaian masalah dengan pendekatan *patient centered* dan *family approach*.

METODE

Studi ini merupakan. laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik pasien Tn. J usia 51 tahun, serta kunjungan ke rumah pasien. Data sekunder

didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi.

HASIL

Pasien Tn. J, usia 51 tahun datang dengan keluhan utama timbul bercak putih di kulit yang diawali dari bagian telapak kaki kiri sejak 7 bulan yang lalu. Awalnya bercak seukuran uang logam, kering, tidak gatal, tidak nyeri namun terasa menebal seperti kapalan. Dalam beberapa hari bercak tersebut mengelupas hingga menimbulkan luka terbuka. Pasien mengatakan luka tersebut kemudian diberi daun ketapeng dan beberapa hari kemudian lukanya menutup namun rasa baal masih dirasakan. Satu minggu setelahnya muncul bercak baru di antara sela ibu jari dan telunjuk kaki pasien yang tidak gatal, kering dan terasa baal dan setelah itu menjadi luka terbuka. Pasien mencoba untuk memeriksakan penyakitnya ke Puskesmas tetapi pasien langsung dirujuk ke RS ke spesialis kulit. Selama di RS pasien menjalani beberapa pemeriksaan seperti diminta untuk menebak benda tajam dan tumpul, dingin atau panas pada telapak kaki, telapak tangan, dan terutama pada bercak kulit yang muncul. Kemudian pasien diberi tahu dokter spesialis kulit menderita kusta dan rutin mengonsumsi obat MDT-MB adult, vitamin B complex, dan salep chloramphenicol sejak 6 bulan yang lalu.

4 bulan yang lalu pasien mengeluhkan timbul bercak yang sama di kedua tangannya dan menjadi luka terbuka dan tidak terasa nyeri. Pasien mengatakan jarinya sulit untuk di genggam dan terasa baal seluruh tangan. Pasien tidak mengetahui secara pasti bagaimana awalnya bisa terjangkit kusta. Keluhan seperti ini juga baru pertama dialami pasien. Dikelurga pasien juga tidak ada yang memiliki keluhan yang serupa. Pasien tidak mengetahui apakah temannya ada yang mengalami keluhan serupa atau menderita kusta. Muncul bercak pada bagian badan dan wajah disangkal. Pasien tidak memiliki penyakit hipertensi, kencing manis, alergi dan penyakit autoimun. Keluhan penglihatan yang terganggu disangkal. Pasien menjaga kebersihannya dengan mandi dua kali sehari.

Pasien mengatakan tidak pernah mengatur pola makannya, pasien biasanya makan tiga kali sehari. Makanan yang dikonsumsi bervariasi dengan nasi sebanyak dua centong serta lauk yang berganti-ganti (tempe, tahu, telur, sayuran, ikan). Pasien sebelumnya bekerja sebagai buruh bangunan namun setelah timbul luka di tangannya pasien berhenti bekerja dan sekarang hanya diamanahkan sebagai ketua RT. Pasien bekerja tanpa menggunakan pelindung diri yang layak seperti helm dan tidak pernah memakai sarung tangan serta hanya menggunakan sandal saja saat bekerja. Setelah selesai bekerja pasien hanya mencuci tangan dan kakinya hanya menggunakan air dan biasanya langsung makan siang di tempat kerja. Saat di rumah pasien mandi sebanyak dua kali sehari.

Pada saat kunjungan ke rumah, pasien mengatakan bahwa dirinya khawatir jika penyakit yang dideritanya tidak akan sembuh dikarenakan pasien sudah mengonsumsi obat kurang lebih selama 6 bulan dan tidak terlihat adanya perubahan, sehingga pasien menganggap penyakit kusta tidak dapat disembuhkan. Pasien dan istrinya mengatakan belum mengetahui jelas tentang penyakit yang dideritanya saat ini. Pasien dan istrinya hanya mengetahui sedikit tentang penyakit kusta, namun mereka mengatakan belum mengetahui penyebab, cara penularan, pengobatan, komplikasi serta pencegahan dari penyakit kusta. Pasien berharap bahwa penyakit yang diderita dapat segera sembuh dan berhenti mengonsumsi obat-obatan serta dapat kembali bekerja dan beraktivitas seperti sebelum sakit.

Keluarga Tn. J merupakan keluarga inti yang berjumlah 4 orang dengan Tn. J sebagai kepala keluarga yang sudah tidak bekerja sejak timbul luka pada tangannya yang mengganggu

aktivitas dalam bekerja, akan tetapi pasien masih mampu melakukan pekerjaan sehari-hari. Saat ini Tn. J menjalankan amanat menjadi ketua RT setempat setelah tidak bekerja sebagai buruh bangunan, Ny. S merupakan istri sebagai ibu rumah tangga sekarang bekerja sebagai penjual kue di pasar, An. N sebagai anak pertama sudah bersekolah kelas 6 SD, sedangkan anak kedua An. A masih berusia 20 bulan. Pola pengobatan keluarga pasien, yaitu apabila terdapat keluhan yang mengganggu aktivitas, barulah meminum obat yang dibeli di apotek atau ke dokter yang dekat dari rumahnya. Pasien dan keluarga memiliki asuransi jaminan kesehatan yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial kesehatan (BPJS) dengan faskes pertama nya ialah Puskesmas.

DATA KLINIS

Anamnesis

Pasien Tn. J, usia 51 tahun datang dengan keluhan utama timbul bercak putih di kulit yang diawali dari bagian telapak kaki kiri sejak 7 bulan yang lalu. Keluhan bercak seukuran uang logam, kering, tidak gatal, tidak nyeri namun terasa menebal seperti kapalan. Dalam beberapa hari bercak tersebut mengelupas hingga menimbulkan luka terbuka. Kemudian luka tersebut diberi daun ketapeng dan beberapa hari kemudian lukanya menutup namun rasa baal masih dirasakan. Satu minggu setelahnya muncul bercak baru di antara sela ibu jari dan telunjuk kaki pasien yang tidak gatal, kering dan terasa baal dan setelah itu menjadi luka terbuka. Pasien mencoba untuk memeriksakan penyakitnya ke Puskesmas tetapi pasien langsung dirujuk ke RS ke spesialis kulit. Selama di RS pasien menjalani beberapa pemeriksaan seperti diminta untuk menebak benda tajam dan tumpul, dingin atau panas pada telapak kaki, telapak tangan, dan terutama pada bercak kulit yang muncul. Kemudian pasien diberi tahu dokter spesialis kulit menderita kusta dan rutin mengonsumsi obat MDT-MB adult, vitamin B complex, dan salep chloramphenicol sejak 6 bulan yang lalu. 4 bulan yang lalu bercak juga muncul di tangan dan mengakibatkan timbul luka terbuka pada jari tangan kanan dan kiri pasien yang tidak dapat sembuh hingga sekarang. Muncul bercak di badan dan diwajah disangkal. Keluhan penglihatan terganggu juga disangkal. Sebelumnya pasien tidak pernah mengalami keluhan seperti ini. Riwayat keluarga dengan keluhan serupa disangkal. Tidak ada yang memiliki keluhan seperti pasien pada teman kerja dan tetangganya. Pasien sebelumnya bekerja sebagai buruh bangunan dengan hygiene pasien yang buruk.

Pemeriksaan Fisik:

Keadaan umum: tampak sakit ringan; suhu: 37,0oC; frekuensi nadi: 85x/ menit; frek. nafas: 20x/menit; berat badan: 60 kg; tinggi badan: 168 cm. IMT 21,27 (normal).

Status Generalis:

Bentuk kepala simetris, normocephal, rambut tidak mudah dicabut, dan tumbuh merata. Pada pemeriksaan mata konjuntiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-). Telinga dan hidung, kesan dalam batas normal. JVP tidak meningkat, kesan dalam batas normal, KGB tidak membesar.

Thorax

Jantung

I : Ictus cordis tidak tampak
P : Ictus cordis teraba pada SIC 5
P : Batas jantung kanan di SIC 6 linea sternalis dekstra, batas jantung kiri di SIC 4, 2 jari medial linea midclavicular, batas jantung atas SIC 2 linea sternalis sinistra.
A : BJ I dan II normal, reguler, murmur (-), gallop (-).

Paru

I : Tampak simetris, retraksi dada (-), pernapasan tertinggal (-)
P : Fremitus taktil simetris kanan dan kiri, nyeri tekan (-), massa (-)
P : Sonor di semua lapang paru
A : Vesikuler (+), rhonki (-/-), wheezing (-/-)

Abdomen

I : Perut tampak datar, lesi (-)
A : Bising usus (+) 8x/menit
P : Timpani seluruh regio abdomen
P : Nyeri tekan (-) seluruh regio abdomen

Extremitas superior dextra et sinistra dan inferior dextra et sinistra teraba hangat, edema (-), CRT <2 detik.

Status Dermatologis:

Lokasi : Regio manus dextra et sinistra:

Inspeksi : Makula hipopigmentasi sampai eritem, multipel, batas tegas, ukuran numular, skuama (+), atrofi hipotenar (+), anastesi (+), deformitas (+)

Ulkus tepi tidak rata, dinding tidak bergaung, dasar bersih

Lokasi : Regio pedis dextra et sinistra

Inspeksi : Makula hipopigmentasi, multipel, batas tegas, ukuran lentikular sampai numular, skuama (+), atrofi (-), anastesi (+), Ulkus (-)

Status Neurologis

- Sensoris: rasa raba, nyeri dan suhu pada manus dextra et sinistra dan pedis dextra et sinistra tidak ada (anastesi).

- Otonom: kulit kering

- Motoris: claw hand (+) dan claw toes (+), VMT kesan baik

- Palpasi: penebalan saraf pada nervus ulnaris, nervus medianus dan nervus tibialis posterior.

Pemeriksaan Penunjang

Pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium BTA kerokan kulit namun temuan klinis mendukung.

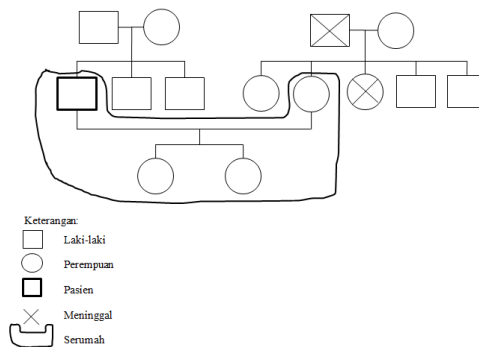
Data Keluarga

Keluarga pasien merupakan bentuk nuclear family (keluarga inti), yang terdiri dari kepala keluarga, istri, dan dua anak. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarga yang sakit ke layanan kesehatan. Pasien dan keluarga baru berobat jika timbul keluhan. saja. Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan yaitu BPJS.

Pendapatan pasien berasal dari pasien sebagai ketua RT dengan penghasilan per bulan ± Rp 500.000 dan istri pasien bekerja sebagai pedagang kue dengan penghasilan per bulan ± Rp 600.000 yang digunakan untuk menghidupi 4 orang anggota keluarga.

Genogram

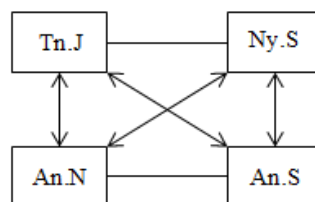
Genogram keluarga Tn. J dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Genogram keluarga Tn. J

Family Mapping

Hubungan antar keluarga Tn. J dapat dilihat pada Gambar 2.



Keterangan
Sangat Dekat ↔
Dekat —

Gambar 2. Hubungan Keluarga Tn. J

Family Apgar Score

Adaptation : 2
Partnership : 2
Growth : 1
Affection : 1
Resolve : 2

Berdasarkan hasil skoring total *Family APGAR Score*: 8 yang artinya fungsi keluarga baik atau tidak terdapat disfungsi keluarga.

Family SCREEM

Family SCREEM digunakan untuk menilai fungsi patologi pada keluarga. Penilaian pada keluarga Tn. J disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 2.
Family SCREEM

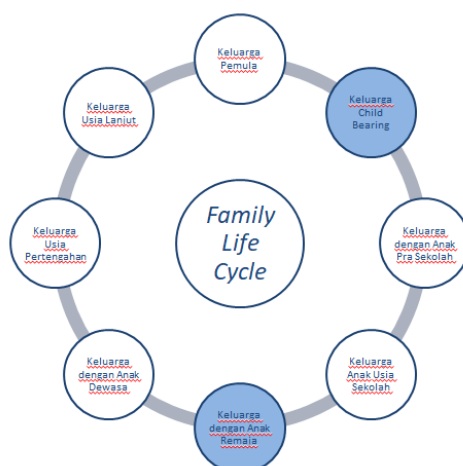
Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	SS (3)	S (2)	TS (1)	STS (0)
S1 Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami		✓		
S2 Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		✓		
C1 Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		✓		
C2 Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami		✓		
R1 Imam dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	✓			
R2 Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami		✓		
E1 Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		✓		

	SS (3)	S (2)	TS (1)	STS (0)
Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit				
E2 Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami		✓	✓	
E' 1 Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit				✓
E' 2 Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga kami				✓
M 1 Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami		✓		
M 2 Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami		✓		
Total	3	10	6	

Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai dengan menggunakan *SCREEM Score*, dengan hasil akhir skor 22. Maka dapat disimpulkan fungsi keluarga Tn. J memiliki interpretasi fungsi keluarga adekuat.

Family Life Cycle

Siklus keluarga Tn. J dapat dilihat pada gambar 3. Berdasarkan tahapan siklus keluarga Duvall, keluarga Tn. J berada dalam tahap keluarga *child bearing* dan keluarga dengan anak remaja.

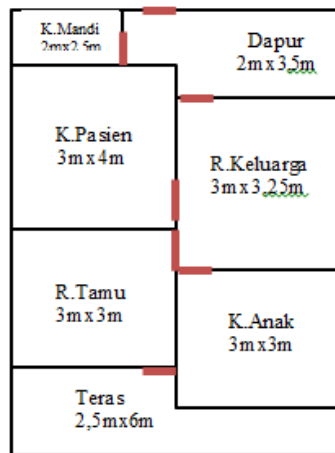


Gambar 3. Family Life Cycle Tn. J

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal bersama dengan istri dan kedua anaknya. Kondisi lingkungan rumah Tn. J berjarak ±100m dari jalan utama. Tempat tinggal pasien merupakan daerah pemukiman cukup padat penduduk yang di sekeliling rumahnya terdapat rumah tetangga dan kerabat. Tn. J tinggal di rumah berukuran 48m², dengan luas tanah 48m², rumah tersebut tidak bertingkat, memiliki teras, ruang tamu, 2 buah kamar tidur, ruang tengah sebagai tempat berkumpul keluarga, dan dapur. Lantai rumah terbuat dari semen yang dihaluskan. Dinding terbuat dari tembok bata yang dilapisi semen tanpa cat pada ruang tamu, sedangkan untuk ruang keluarga, kamar tidur dan dapur masih bata merah. Penerangan pada ruang tamu baik, tidak membutuhkan sumber lampu sebagai penerang pada siang hari, namun ruang keluarga, kamar, dan dapur penerangan kurang karena tidak memiliki jendela. Ventilasi pada rumah ini kurang baik karena jendela yang ada tidak bisa di buka. Atap rumah terdiri atas genteng yang disangga oleh rangka kayu tanpa plafon. Rumah cukup rapih. Rumah berada di daerah cukup padat penduduk, dan sudah dialiri listrik. Sumber air berasal dari sumur bor dan pompa listrik yang menyambung dari rumah orang tua istri pasien yang terletak dibelakang rumah pasien,

digunakan untuk mandi dan mencuci. Limbah dialirkan ke selokan, memiliki 1 kamar mandi dan jamban dengan bentuk jamban jongkok yang langsung menuju septi-tank. Kondisi rumah pasien terkesan rapih namun dengan pencahayaan yang kurang.



Gambar 4. Denah Rumah Tn. J

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: timbul bercak putih yang menebal dan terasa baal pada telapak kaki sejak 7 bulan yang lalu
- Kekhawatiran: pasien khawatir penyakit yang dideritanya tidak akan sembuh dan menghambat kegiatan sehari-hari
- Persepsi: persepsi pasien terhadap penyakit kusta sulit disembuhkan
- Harapan: penyakit yang diderita dapat segera disembuhkan, keluhan berkurang, dan tidak semakin memburuk sehingga pasien dapat beraktivitas sebelum sakit.

2. Aspek Klinik

Morbus Hansen tipe MB (ICD 10-A30)

3. Aspek Resiko Internal

- Pengetahuan yang kurang mengenai:
 - Definisi penyakit MH
 - Penyebab penyakit MH
 - Pencegahan penularan MH
 - Pengobatan pada penyakit MH
 - Komplikasi penyakit MH
- Asupan makanan yang tidak memenuhi kebutuhan sesuai gizi seimbang.
- Perilaku hygiene pasien buruk yang jarang mencuci tangan dengan sabun untuk menjaga kebersihan diri dan tidak menggunakan pelindung diri yang layak dalam bekerja sebelumnya.
- Pekerjaan sebelumnya sebagai buruh bangunan yang memungkinkan terpapar bakteri kusta serta kontak dengan orang lain tanpa mengetahui riwayat penyakit orang lain.

4. Aspek Resiko Eksternal

- Psikososial keluarga: Keluarga kurang mengetahui tentang penyakit yang diderita pasien.
- Lingkungan tempat tinggal: Ventilasi rumah yang minim dan pencahayaan yang gelap sehingga rumah menjadi lembab serta jendela jarang dibuka.
- Lingkungan tempat kerja: sebelumnya pasien kerja di tempat yang terbuka dan

berhubungan langsung dengan tanah yang memungkinkan kontak dengan banyak orang atau reservoir lainnya.

5. Derajat Fungsional

Derajat fungsional 2 (dua) yaitu pasien mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah (mulai mengurangi aktivitas kerja).

Intervensi

Intervensi yang dilakukan terdiri dari *patient centered*, *family focused* dan *community oriented*. Tatalaksana yang diberikan kepada pasien berupa medikamentosa dan non medikamentosa. Pada pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi dan kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan.

Patient Centered

1) Medikamentosa

Pengobatan pada pasien berupa MDT-MB *adult* selama 12-18 bulan. Satu blister berisi Rifampisin 600mg / bulan, DDS 100mg / bulan dan Clofazimin 300mg / bulan yang ketiganya di minum di depan petugas. Kemudian dilanjutkan DDS 100mg / hari dan Clofazimin 50mg / hari di rumah. Pelembab urea 10% cream untuk kulit yang kering serta vitamin B complex untuk saraf.

2) Non-Medikamentosa

- Edukasi mengenai pemberian pengobatan, keteraturan minum obat serta kontrol rutin
- Edukasi gizi pada penyakit MH dengan mengonsumsi diet tinggi kalori tinggi protein
- Edukasi mengenai pola perilaku hidup bersih dan sehat agar mencegah penularan MH

Family Focused

- Edukasi pengetahuan pasien dan keluarga mengenai:
 - Definisi penyakit MH
 - Penyebab penyakit MH
 - Pencegahan penularan MH
 - Pengobatan pada penyakit MH
 - Komplikasi penyakit MH
- Meminta istri pasien untuk menjadi pengawas obat serta mengingatkan untuk meminum obat selama terapi MH.
- Edukasi dan motivasi mengenai perlunya dukungan keluarga terhadap penyakit pasien.

Community Oriented

- Konseling kepada anggota keluarga dan masyarakat sekitar untuk segera memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan jika muncul gejala serupa untuk deteksi dini penyakit MH.
- Memberikan konseling ke keluarga dan masyarakat mengenai penularan dan pencegahan penyakit MH yang dapat menular ke anggota keluarga di lingkungannya.

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: kontrol dan mengambil obat kusta rutin sesuai jadwal pengambilan obat.
- Kekhawatiran: kekhawatiran sudah berkurang karena beberapa luka di tangan sembuh dan kulit di kaki tidak kering lagi
- Persepsi: persepsi mengenai penyakitnya semakin membaik karena tahu bahwa penyakit ini

dapat disembuhkan dengan konsumsi obat rutin selama 12 bulan.

d. Harapan: dapat menyelesaikan pengobatannya hingga sembuh dan keluhannya berkurang.

2. Aspek Klinik

Morbus Hansen tipe MB (ICD 10-A30)

3. Aspek Resiko Internal

Peningkatan pengetahuan pasien mengenai definisi, penyebab, cara pencegahan, pengobatan dan komplikasi dari penyakit MH. Pasien sudah menerapkan pola makan sesuai dengan gizi seimbang dan memenuhi angka kecukupan gizi. Pasien menerapkan kebiasaan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan serta melindungi kakinya dengan sandal atau sepatu saat keluar rumah.

4. Aspek Resiko Eksternal

- Peningkatan pengetahuan istri mengenai penyakit, penyebab, pencegahan, pengobatan dan komplikasi penyakit MH
- Jendela rumah sebagai ventilasi udara sudah sering dibuka pada siang hari.
- Keluarga sudah mengerti pentingnya penerapan PBHS berupa mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, menjaga pola makan, menggunakan masker untuk menghindari penularan.

5. Derajat Fungsional

Derajat fungsional 2 (dua) yaitu pasien mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah (mulai mengurangi aktivitas kerja).

PEMBAHASAN

Pada pasien Tn. J ditetapkan diagnosis setelah dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Dari hasil anamnesis pasien mengatakan memiliki keluhan utama berupa timbul bercak putih dan terasa baal pada kulit kaki dan tangannya. Pasien juga merasakan kulit yang kering, tidak gatal dan terasa menebal seperti kapalan, pada kedua kaki dan tangannya. Pada pasien dengan MH diketahui memiliki gejala utama berupa lesi/kelainan kulit yang mati rasa, mati rasa dapat terjadi total atau sebagian terhadap rasa raba, suhu dan nyeri. Gejala tambahan yaitu gangguan fungsi saraf berupa sensoris (anestesi), motorik (parese/paralisis) atau otonom (kulit kering) (Menaldi, 2019). Hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik telah didapatkan dua tanda kardinal sebagai dasar untuk menegakkan diagnosis penyakit kusta, berupa ditemukannya lesi kulit yang mati rasa, penebalan saraf tepi disertai gangguan fungsi saraf, untuk pemeriksaan BTA dari kerokan jaringan kulit (slit-skin smear) pasien tidak dilakukan karena sudah ada satu atau lebih tanda kardinal untuk menegakkan diagnosis kusta.

Menurut World Health Organization klasifikasi kusta dibagi menjadi 2 tipe yaitu Multi Basiler (MB) dan Pausi Basiler (PB) yang dibedakan berdasarkan lesi kulit dan kerusakan saraf. Pada PB lesi kulit yang ditimbulkan berjumlah 1-5 sedangkan pada MB lebih dari lima, kemudian pada PB gangguan fungsi saraf hanya mengenai satu syaraf, sedangkan pada MB lebih dari satu syaraf, kemudian yang terakhir dapat dinilai dari pemeriksaan BTA kerokan kulit, pada PB biasanya didapatkan hasil negatif, sedangkan pada MB positif. Pada pasien ini didapatkan lesi lebih dari lima dan terdapat lebih dari satu kerusakan syaraf sehingga dapat disimpulkan untuk diagnosis pasien berupa kusta tipe MB (Menaldi, 2019).

Pasien saat ini tengah mengikuti pengobatan rawat jalan di RS dan setiap bulan akan mengambil obat MDT. Pada setiap bulan di hari pertama pasien akan mengkonsumsi 2 tablet rifampisin @300mg, 3 tablet clofazimin @100mg dan 1 tablet dapson/DDS @100mg yang

diminum langsung didepan petugas. Sedangkan pada hari ke-2 sampai ke-28 pasien akan mengkonsumsi 2 tablet diantaranya clofazimin @50mg dan dapson/DDS @100mg. Pasien telah menjalankan pengobatan selama 7 bulan dan masih ada 5 bulan lagi sampai selesai berobat. MDT atau Multi Drug Therapy merupakan rekomendasi pengobatan dari WHO dengan kombinasi dua atau lebih obat antikusta salah satunya rifampisin yang bersifat bakterisidal kuat sedangkan antikusta lain bersifat bakteriostatik. Alasan untuk merekomendasikan pengobatan dengan MDT dibandingkan dengan monoterapi berdasarkan penelitian adalah bertujuan untuk memutus rantai penularan, mencegah resistensi obat, memperpendek masa pengobatan menjadi 6 bulan untuk PB (pausibasiler) dan 12 bulan untuk MB (mutibasiler) dengan waktu pengobatan yang lebih singkat dapat meningkatkan keteraturan minum obat dan mencegah terjadinya kecacatan pada pasien. Dibandingkan dengan regimen dahulu tanpa MDT, pengobatan kusta menggunakan monoterapi membutuhkan waktu 5-10 tahun menyebabkan keteraturan minum obat pasien rendah yang berakibat pada resistensi obat meningkat sehingga gejala penyakit kusta menetap bahkan dapat memburuk (Menaldi, 2019).

Pelaksanaan pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan mengintervensi pasien beserta keluarga sebanyak 3 kali, dimana dilakukan kunjungan pertama pada tanggal 13 Agustus 2023. Pada kunjungan keluarga pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihal penyakit yang telah diderita. Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep Mandala of Health, dari segi perilaku kesehatan pasien masih mengutamakan kuratif daripada preventif dan memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit-penyakit yang ia derita (Rachmawati, 2019).

Keluhan-keluhan awal pasien adalah muncul bercak putih disertai dengan rasa baal, kerin dan menebal. Pasien khawatir kemudian melakukan pengobatan, dan baru tahu dari dokter bahwa konsumsi obat harus dilakukan setiap hari selama 1 tahun. Untuk hal ini pasien diberikan edukasi kembali bahwa pengobatan penyakit kusta harus rutin minum obat dan kontrol ke pelayanan kesehatan untuk mengetahui perbaikan klinis pasien, hal ini sejalan dengan teori bahwa pengobatan penyakit kusta yang harus teratur dan rutin. Menyampaikan kepada pasien apabila tidak minum obat secara teratur, maka kuman kusta dapat menjadi resisten/kebal terhadap obat yang sedang dikonsumsi. Sehingga gejala dapat memberat bahkan gejala baru dapat timbul pada kulit dan saraf (Rachmawati, 2019)

Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit kusta yaitu kecacatan. Menurut WHO kecacatan dibagi menjadi beberapa tingkatan yaitu tingkat 0, 1 dan 2 yang dinilai melalui keluhan di mata dan ekstremitas. Kecacatan tingkat 0 menunjukkan tidak adanya kelainan pada mata dan penglihatan masih normal, untuk tangan dan kaki juga tidak ada anestesi dan cacat yang terlihat akibat kusta. Kecacatan tingkat 1 ditemukan adanya kelainan pada mata berupa penglihatan yang berkurang, untuk tangan dan kaki terdapat adanya anestesi tetapi tidak ada cacat yang terlihat. Kecacatan tingkat 2 ditemukan logofthalmus, penglihatan sangat kurang (tidak dapat menghitung jari pada jarak 6 meter) dan sebagainya kemudian pada tangan dan kaki ditemukan kecacatan (ulkus, *claw hand*, *drop foot*). Pada pasien ini dari hasil pemeriksaan ditemukan adanya ulkus pada tangan dan *claw hand*. Lingkungan psikososial, hubungan antar anggota keluarga juga terbilang dekat dan jarang mengalami suatu masalah. hal ini dapat mendukung pasien dalam menjalani pengobatan yang dapat dilihat dari seluruh anggota keluarga memberikan dukungan serta bersedia menjadi pengingat minum obat (Price & Wilson, 2012). Dalam perekonomian untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga bergantung pada hasil gaji pasien dan istrinya yang bekerja sebagai ketua RT dan berjualan. Dengan

pendapatan tersebut keluarga merasa sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dan biaya pengobatan. Selain itu, pasien memiliki jaminan kesehatan berupa asuransi BPJS dan keluarga pasien menggunakannya untuk melakukan pengobatan atas penyakit pasien.

Life style, pola makan belum sesuai dengan anjuran dokter, pasien belum mengonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein. Porsi makan pasien belum mencukupi kebutuhan kalori harian, sehingga hal ini memungkinkan proses pemulihan pasien terhambat. Pasien kemudian diberikan edukasi mengenai asupan gizi yang harus terpenuhi sesuai kebutuhan energi harian Tn.J. Lingkungan rumah, pasien jarang keluar dan lebih memilih tetap di dalam rumah, karena malu dengan kondisi tangannya. Namun setelah 2 bulan ini pasien mulai bisa menerima. Pasien masih mengenal tetangga disekitar rumah. Lingkungan fisik, pasien tinggal di pemukiman yang padat penduduk. Kondisi kebersihan dan ventilasi rumah kurang baik dikarenakan kurangnya pencahayaan, lembab serta jarang membuka jendela. Penilaian faktor risiko penyakit pasien menunjukkan terdapat kemungkinan adanya hubungan dengan lingkungan rumah pasien. Mengingat penularan kusta terutama melalui droplet pasien dan kontak yang lama terhadap penderita. Namun dengan kondisi ventilasi rumah yang tidak baik dapat meningkatkan daya tahan hidup kuman kusta di dalam droplet. Menurut penelitian juga hanya sedikit orang yang akan terjangkit setelah kontak dengan pasien kusta, hal ini disebabkan adanya kekebalan tubuh seluler karena *M. leprae* termasuk obligat intraseluler (Sobero & Hendra, 2021). Dalam hal lingkungan tempat tinggal pencahayaan rumah, luas ventilasi dan kepadatan hunian, menurut Kemenkes pencahayaan yang memenuhi syarat dengan intensitas minimal ≥ 60 lux. Pencahayaan berasal dari cahaya alami (cahaya matahari) dipengaruhi letak dan lebar jendela, untuk mendapatkan pencahayaan secara maksimal jendela paling sedikit luasnya 20% dari luas lantai ruangan. Keadaan rumah Tn. J cukup luas, namun memiliki pencahayaan kurang baik dan sudah diedukasi untuk membuka jendela secara rutin setiap pagi agar sirkulasi udara dan pencahayaan di dalam rumah optimal (Keman, 2005).

Rumah Tn. J dihuni oleh 4 orang dengan luas rumah 48m² terdapat 2 kamar, Tiap kamar memiliki luas 3x3 m. Kepadatan penghuni adalah perbandingan antara luas lantai rumah dengan jumlah anggota keluarga dalam satu rumah tinggal. Persyaratan kepadatan hunian untuk seluruh perumahan biasa dinyatakan dalam m² per orang (Keman, 2005). Menurut Kemenkes luas ruang tidur minimal 8m² dan tidak dianjurkan digunakan lebih dari 2 orang tidur dalam satu ruang tidur, kecuali anak dibawah umur 5 tahun, berarti kepadatan penghuni kamar tidur yang memenuhi syarat. Berdasarkan hasil pengamatan menunjukkan bahwa kepadatan hunian kamar Tn.J memenuhi syarat dengan luas 9m² yang dihuni oleh dua orang. Tn.J tidur bersama dengan istrinya, sedangkan kedua anaknya di kamar berbeda. Kepadatan hunian ruang tidur merupakan perbandingan antara luas ruang tidur dengan jumlah individu semua umur yang menempati ruang tidur tersebut (Rachmawati, 2019). Semakin banyaknya penghuni, maka kadar oksigen bebas dalam ruangan menurun (<20,7%) dan diikuti oleh peningkatan CO₂ bebas (>0,04%) sehingga daya tahan tubuh penghuninya menurun, ruangan yang sempit akan membuat napas sesak dan mudah tertular penyakit dari anggota keluarga lain (Keman, 2005).

Kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 25 September 2023, dengan tujuan intervensi terhadap pasien. Pada kunjungan kedua ini pasien diberikan intervensi dengan menggunakan media utama poster mengenai edukasi penyakit kusta, kecacatan yang dapat terjadi dan mengajarkan penerapan prinsip 3M (memeriksa, melindungi, merawat) guna mencegah timbulnya kecacatan yang lebih parah, juga melakukan edukasi pentingnya pengingat minum obat dan gizi yang baik bagi penderita penyakit kusta. Media-media ini membahas tentang

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

Intervensi ini dilakukan dengan tujuan agar pengobatan pasien tidak terputus dan mencegah terjadinya kecacatan yang lebih parah, mengoreksi status gizi serta merubah pola berpikir pasien dan keluarga mengenai penyakit kusta. Intervensi ini disampaikan kepada pasien dan istri, karena istri merupakan orang terdekat yang selalu menemani pasien sehari-hari (Rachmawati, 2019). Intervensi juga dilakukan dengan *family focus* dan *community oriented*. Dimana intervensi tidak hanya berdasarkan pasien namun juga kepada keluarganya. *Family focused* merupakan pendekatan yang melibatkan pasien sebagai bagian keluarga, sehingga keluarga menjadi ikut andil dalam perkembangan penyakit pasien (Pace et al, 2014). Edukasi yang diberikan berupa penerapan 3M, penerapan pola hidup bersih dan sehat, rumah yang bersih, makanan yang sehat, dan pentingnya minum obat dan dampak bila tidak minum obat, menghindari faktor yang dapat memperberat gejala dan memperparah kecacatan, dan cara penularan penyakit. Dengan tujuan pasien minum obat secara teratur, menerapkan prinsip 3M, mengoreksi status gizi dan dapat memutus rantai penyebaran penyakit kusta (Rachmawati, 2019). Edukasi ini disampaikan dengan bantuan media poster.

Kunjungan ketiga dilakukan pada tanggal 26 September 2023, untuk menilai bagaimana hasil edukasi yang dilakukan pada kunjungan sebelumnya. Dalam hal keteraturan minum obat, pasien teratur dan perubahan yang dirasakan adalah keluarga saling mengingatkan apakah pasien sudah minum obat hari ini. Kemudian untuk penerapan prinsip 3M pasien saat ini sudah rutin menggunakan sandal/sepatu dalam kesehariannya serta mengganti sandal dan sepatu sesuai anjuran yaitu keras dibagian yang kontak dengan tanah agar tidak mudah ditembus benda tajam dan lunak dibagian yang berkontak dengan kaki sehingga tidak menyebabkan lecet apabila digunak terus menerus. Keluarga pasien juga setelah dilakukan evaluasi dari intervensi yang telah dilakukan. Keluarga khususnya istri pasien mulai paham dan mengerti mengenai penyakit kusta mulai dari penyebab, penularan, pengobatan hingga tindakan pencegahan yang harus dilakukan. Selain itu kini keluarga juga paham bagaimana tindakan pola hidup bersih dan sehat yang harus dilakukan pada anggota keluarga dengan pasien kusta. Kunjungan kali ini juga tetap dilakukan motivasi kepada pasien dan keluarganya. Hal ini dilakukan agar pasien dan keluarga senantiasa tetap menerapkan gaya hidup sehat yang pada akhirnya meningkatkan kualitas hidup pasien dan anggota keluarga lainnya (Rachmawati, 2019).

SIMPULAN

Pasien Tn. J memiliki faktor risiko internal berupa pengetahuan yang kurang tentang penyakitnya, asupan makanan tidak sesuai gizi seimbang, perilaku hygiene yang buruk, dan kemungkinan paparan bakteri dari tempat kerja sebelumnya. Faktor risiko eksternal pada pasien adalah kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit kusta, ventilasi rumah kurang baik jarang membuka jendela, lingkungan kerja sebelumnya yang memungkinkan kontak dengan orang dan reservoir lainnya. Telah dilakukan intervensi berupa edukasi dengan media poster mengenai penyakit kusta, perilaku hidup bersih dan sehat, asupan gizi seimbang, serta mengenai kepatuhan minum obat rutin. Setelah dilakukan tatalaksana holistik terdapat peningkatan pengetahuan, peningkatan asupan gizi sesuai TKG dan perilaku hidup bersih dan sehat yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. (2023). Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2022. 115–117.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan. (2023). Profil Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2022. 107–110.
- Keman S. (2005). Kesehatan Perumahan dan Lingkungan Pemukiman. *J Kesehatan Lingkunga*. 2(1):29–42.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. 167–170.
- Maulina N, Zakiyya N, Mellaratna WP. (2023). Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecacatan penderita kusta di puskesmas wilayah kerja kota lhokseumawe tahun 2016-2020. 6(1):100-108.
- Menaldi SL. (2019). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Kusta. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Rachmawati W C. (2019) Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Malang: Wineka Media.
- Price SA, Wilson LM. (2012). Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi keenam. Jakarta: EGC.
- Pace L, Sammut MR, Gauci C. (2014). The attitudes, knowledge and practices of maltese family doctors in disease prevention and health promotion. *Malta Med J*. 26(4):2-7.
- Siregar RS. (2015). Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit. Edisi ke-3. EGC: Jakarta.
- Sobero, Hendra T. (2021). Diagnosis dan penatalaksanaan Kusta. Medula: FK Universitas Lampung.
- World Health Organization. (2020). World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2019: time to step-up prevention initiatives. *Wkly Epidemiol Rec*. 95(36):417–40.