

Leaflet Pengajaran

Topik : Keberagaman Budaya dan Kepercayaan Masyarakat Indonesia

Tempat : Tempat Beribadah Masyarakat di Berbagai Daerah

Nama : Amelia Yuli Dinda Zul

NPM : 200300113

Dosen Pembimbing I

Dr. Rully E. Hidayat, M. Ed.

S. Sos. Pengantar

Dr. Rully E. Hidayat, M. Ed.

Dosen Pembimbing II

Dr. Hani W. Hidayat, M. Ed.

Kepala Program Studi Sastra Indonesia

Dr. Hani W. Hidayat, M. Ed.

Dosen Pembimbing III

Dr. Hani W. Hidayat, M. Ed.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kusta adalah penyakit menular dan perkembangannya memerlukan beberapa tahun yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* yang menyebabkan masalah kompleks bagi penderitanya.¹ Istilah kusta berasal dari Bahasa Sanskerta, yaitu kusta yang berarti kumpulan gejala-gejala kulit secara umum. Kusta ditemukan oleh seorang ilmuwan Norwegia yaitu Gerhard Henrik Armauer Hansen pada 28 Februari 1873 sehingga penyakit kusta ini juga dikenal dengan sebutan penyakit *Morbus Hansen*. Istilah lain yang menjadi sebutan dari penyakit kusta ini yaitu *Lepra*, *Hanseniasis*, *Elephantiasis*, *Melaats*, dan lain-lain.² Dengan tanda dan gejala yang membuat kulit penderita terlihat mengerikan ini, tidak jarang meninggalkan bekas cacat, sehingga penyakit ini mendapat stigma buruk dikalangan masyarakat.¹

Perkembangan penyakit kusta yang dialami seseorang bisa menahun, banyak penderita mengalami kecacatan pada beberapa bagian tubuhnya. Tidak jarang juga menjadi penyebab penurunan kualitas hidup dari segi penampilan dan fungsionalitas tubuh yang tidak lagi maksimal. Cacatan yang dialami penderita dapat terjadi sebelum mendapat pengobatan, hal ini dikarenakan kurangnya kesadaran untuk memeriksa kesehatannya dan juga tidak jarang karena kekeliruan riwayat diagnosa.³

Kusta di dunia didominasi oleh 3 negara yang menjadi penyumbang kasus kusta terbesar, yaitu India, Brazil, dan Indonesia. Data dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2013 menyebutkan bahwa ketiga negara tersebut menyumbang sekitar 80% kasus baru.⁴ Pada tahun 2019, pusat kejadian kusta berada pada ketiga negara tersebut, dengan India tercatat menyumbang lebih dari 79% pada tahun 2018.⁵ Kusta di Indonesia yang dilaporkan oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) adanya 12.095 kasus kusta baru ditemukan sepanjang tahun

2021 dan sebanyak 15.052 kasus kusta pada tahun 2022. Kemenkes pada laporan tahun 2022 menyebutkan persentase kasus kusta dibagi dalam beberapa proporsi, yaitu pasien kusta tanpa cacat sebesar 82,87%, pasien yang diderita oleh anak-anak sebesar 9,89%, dan pasien kusta yang mengalami cacat tingkat dua sebesar 6,37%. Beberapa provinsi yang menjadi penyumbang kasus kusta aktif di Indonesia antara lain provinsi Papua Barat menjadi provinsi yang menyumbang terbesar, diikuti oleh Maluku Utara, provinsi Papua, provinsi Maluku, dan provinsi Sulawesi Utara. Sementara provinsi bagian barat Indonesia, cenderung prevalensi kusta lebih sedikit, seperti di provinsi Sumatera Utara, Jambi, dan Sumatera Barat.^{6,7} Di Sumatera Utara sendiri, laporan Dinas Kesehatan tahun 2019 melaporkan 173 kasus baru kusta (1.2/100.000 penduduk) yang didominasi oleh tipe *Multi Basiler* (MB) sebesar 81.50%. Pada tahun 2021 dilaporkan sebanyak 107 kasus baru kusta, dan pada 2022 sebanyak 102 kasus baru kusta.^{8,9}

Kualitas hidup (*Quality of Life/QOL*) diartikan oleh WHO sebagai persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan, dalam hal ini berkaitan dengan konteks budaya dan sistem nilai sosial di mana mereka hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian. Tentang kualitas hidup yang berkaitan dengan pasien kusta dalam beberapa penelitian terdahulu memberikan hasil berupa dampak negatif terhadap pasien kusta secara individu, seperti rasa sakit dan perasaan tidak nyaman pada tubuh, terbatasnya aktivitas individual dalam melakukan tugas sehari-hari, dan bahkan untuk hidup santai saja merasa tidak nyaman, sehingga, para penderita kusta ini lebih banyak terlihat menutup diri dari kalangan sosial, bahkan ditemukan berkelompok dengan sesama penderita kusta lainnya.¹⁰

Selain aspek kesehatan fisik yang merugikan pasien, aspek sosial juga memberikan kontribusi pada kualitas hidup pasien. Aspek sosial yang dimaksud ialah pandangan masyarakat dalam menyikapi keberadaan penyakit dan penderita dari penyakit ini. Hal demikian dapat terjadi karena dimasyarakat penyakit ini dianggap sebagai kutukan yang didapat oleh mereka yang telah melanggar aturan Tuhan atau mereka yang telah berdosa. Akibatnya, penderita kusta mendapat

diskriminasi dari lingkungannya sendiri mulai dari berbagi tempat tinggal, berbagi barang pemakaian bersama, dan pembatasan beraktivitas di lingkungan sosial. Oleh sebab itu, banyak penderita kusta mengalami gangguan kesehatan mental yang mengarah kepada tanda-tanda kecemasan, depresi, sampai keinginan untuk bunuh diri. Beberapa penelitian terdahulu juga menyebutkan bahwa penyakit kusta dan stigma buruknya menjadi faktor depresi pada penderitanya.

Salah satu rumah sakit yang melayani kusta di Sumatera berada di Sumatera Utara yang terletak di Desa Lau Simomo, Kecamatan Kabanjahe, Kabupaten Karo. Rumah sakit ini sudah berdiri lebih dari 100 tahun lamanya sejak zaman Belanda, tepatnya pada tahun 1906. Sejak pendiriannya, rumah sakit ini merupakan tempat penampungan dan perawatan penderita kusta yang diberi nama Rumah Sakit Kusta Lau Simomo. Pada tahun 2013, Rumah Sakit Kusta Lau Simomo tidak lagi mengurus pasien mantan kusta, sehingga mereka mantan kusta berada dibawah tanggungjawab Dinas Kesejahteraan dan Sosial Provinsi Sumatera Utara. Dan pada tahun 2017, rumah sakit ini berkembang tugas dan fungsinya menjadi Rumah Sakit yang melayani masyarakat secara umum, tidak terbatas pada penyakit kusta saja. Data dari Kemenkes melaporkan rekapitulasi kasus kusta yang terdaftar pada tahun 2021 sebanyak 13 kasus, dan pada 2022 sebanyak 22 kasus kusta di rumah sakit tersebut.⁹

Sampai dengan saat ini, belum ada penelitian yang dilakukan di rumah sakit tersebut, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai hal tersebut dengan judul Gambaran Kualitas Hidup dan Derajat Depresi Pada Mantan Penderita Kusta yang Mengalami Kecacatan di RSUD Kusta Lau Simomo tahun.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran kualitas hidup pasien dan derajat depresi pada mantan penderita kusta yang mengalami kecacatan di RSUD Kusta Lau Simomo?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran kualitas hidup pasien dan derajat depresi pada mantan penderita kusta yang mengalami kecacatan di RSUD Kusta Lau Simomo.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk melihat gambaran karakteristik mantan pasien kusta berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.
- b. Untuk melihat gambaran kualitas hidup mantan pasien kusta yang mengalami kecacatan berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.
- c. Untuk melihat gambaran derajat depresi mantan pasien kusta yang mengalami kecacatan berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Masyarakat

Diharapkan penelitian ini bermanfaat bagi masyarakat dalam mengetahui gambaran kualitas hidup dan derajat depresi pasien kusta yang mengalami kecacatan.

1.4.2 Manfaat Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti ialah menambah wawasan dan ilmu pengetahuan terhadap gambaran kualitas hidup dan derajat depresi pasien kusta yang mengalami kecacatan.

1.4.3 Manfaat Bagi Institusi

Diharapkan penelitian ini bermanfaat bagi institusi dalam mengetahui gambaran kualitas hidup dan derajat depresi pasien kusta yang mengalami kecacatan serta guna dalam pengembangan penelitian berikutnya dengan hasil yang didapatkan dari penelitian ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kualitas Hidup

2.1.1 Definisi Kualitas Hidup

Menurut WHO, kualitas hidup didefinisikan sebagai bagaimana seseorang memandang dirinya dalam berbagai konteks dan dimensi kehidupan, seperti dalam konteks budaya, dan sistem nilai sosial yang dimana mereka berada dan saling berhubungan dengan tujuan hidup, harapan, standar, dan konteks hidup lainnya. Kualitas hidup yang baik sangat erat hubungannya dengan istilah sehat, secara definisi “sehat” diartikan sebagai suatu keadaan tubuh manusia yang terbebas dari penyakit atau kelemahan, yang juga menunjukkan adanya keseimbangan antara setiap fungsi tubuh, bahkan terhadap lingkungan sosialnya.¹¹

Konsep kualitas hidup disebut sebagai multidimensional yang kompleks, hal tersebut disebabkan karena banyak tampak dalam berbagai dimensi kehidupan manusia yang saling berkaitan, sehingga dalam pengukurannya sendiri tidak dapat dilihat dari satu sisi dimensi. Karena pada kaitannya dengan kehidupan sehari-hari, pengertian kualitas hidup mempunyai banyak makna yang dianggap dari berbagai persepsi dan bagaimana cara menilainya. Terdapat penyederhanaan terhadap konsep kualitas hidup, diantaranya: menyamakan kualitas hidup dengan kesehatan, menyamakan dengan *well-being* (kesejahteraan), menganggap kualitas hidup sebagai *super-ordinate construct* (konstruk yang bersifat global).¹²

2.1.2 Dimensi Dalam Mengukur Kualitas Hidup

Menurut WHO, terdapat 4 dimensi yang dijadikan parameter untuk menilai kualitas hidup. Setiap dimensinya dijabarkan dalam berbagai aspek, yaitu:

a. Kesehatan fisik

Yang menjadi tolak ukur utama dalam menilai kualitas hidup ialah kesehatan fisik, hal ini menunjukkan sebagaimana kemampuan individu dalam

melakukan aktifitasnya sehari-hari. Dimensi kesehatan fisik dijabarkan dalam berbagai aspek, diantaranya:

- 1) Kegiatan kehidupan sehari-hari
- 2) Ketergantungan pada bahan obat dan bantuan terapi medis
- 3) Ketersediaan energi dan mencapai kelelahan
- 4) Mobilitas
- 5) Merasa sakit dan tidak nyaman.

b. Kesehatan psikologis

Dimensi yang satu ini terkait dengan kesehatan mental seseorang. Selain meninjau kesehatan fisik, kesehatan mental juga harus diperhatikan dalam menilai kualitas hidup. Keadaan mental yang dinilai ialah kemampuan suatu individu dalam menyesuaikan diri terhadap berbagai dimensi lain yang terkait dengan dirinya, termasuk tentang bagaimana sikap penerimaan diri terhadap suatu tekanan dan keadaan yang berasal dari dirinya atau dari luar dirinya. Dimensi kesehatan psikologis dan kesehatan fisik merupakan dua dimensi yang saling berkaitan satu sama lain. Kesehatan psikologis dijabarkan dalam berbagai aspek, diantaranya:

- 1) Melihat dan menilai bentuk serta tampilan tubuh
- 2) Perasaan negatif
- 3) Perasaan positif
- 4) Evaluasi penerimaan diri dan penghargaan diri
- 5) Kepercayaan yang dianut dan spiritualitas agama
- 6) Konsep berpikir, belajar, memori, dan konsentrasi.

c. Hubungan sosial

Dimensi hubungan sosial merupakan penilaian yang melihat hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku dan bagaimana saling memperlakukan akan sangat mempengaruhi, hingga mampu mengubah atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Hubungan sosial tidak terlepas dari hakikatnya manusia sebagai makhluk sosial, maka dalam dimensi ini manusia dapat

merealisasikan kehidupan serta belajar berkembang menjadi manusia seutuhnya. Hubungan sosial mempunyai beberapa aspek yang perlu ditinjau, diantaranya:

- 1) Hubungan pribadi
- 2) Dukungan sosial
- 3) Aktifitas seksual.

d. Lingkungan

Dimensi lingkungan yang dimaksud ialah bagaimana seseorang menjalani kehidupan yang layak dalam lingkungannya, seperti tempat tinggal yang layak untuk melakukan segala aktifitas kehidupan, termasuk sarana dan prasarana lain yang menunjang kehidupan. Aspek dalam dimensi lingkungan antara lain:

- 1) Finansial atau sumber daya keuangan
- 2) Kebebasan, keamanan, dan kenyamanan fisik saat beraktivitas
- 3) Aksesibilitas dan kualitas pelayanan yang didapatkan (fasilitas kesehatan dan kepedulian sosial)
- 4) Lingkungan rumah
- 5) Aksesibilitas untuk mendapatkan suatu informasi dan keterampilan baru
- 6) Lingkungan fisik (polusi, kebisingan, lalu lintas, hingga iklim)
- 7) Transportasi dan aksesibilitas menggunakannya.

Keempat dimensi yang disebutkan di atas saling berhubungan dan berkaitan hingga tercapainya suatu kualitas hidup yang baik. Oleh sebab itu, penilaian kualitas hidup tidak dapat diukur dari satu dimensi saja, melainkan semua dimensi harus diukur dan didapatkan penilaian kualitas hidup yang akurat.¹³

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Dalam penelitian sebelumnya yang membahas tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, disebutkan beberapa faktor yang terkait, diantaranya:

a. Faktor fisik

Dalam hal kesehatan fisik, yang dilihat baik atau tidaknya kesehatan fisik seseorang, serta bagaimana seseorang tersebut mampu mempertahankan kesehatan fisiknya. Penilaian yang dipertimbangkan pada faktor ini, diantaranya apakah dia merasa sehat atau tidak, ada mengalami suatu penyakit, bagaimana pengaruh suatu penyakit atau keluhan dalam aktivitasnya sehari-hari.

b. Faktor psikologis

Faktor ini bisa menjadi berbeda setiap kelompok usia. Faktor psikologis yang dinilai, yaitu: penerimaan dan penilaian diri terhadap diri sendiri (bentuk dan rupa tubuh), perasaan negatif dan positif, bagaimana manajemen berpikir, cara belajar, memori, dan pusat konsentrasi. Salah satu contoh pada kalangan usia dewasa muda yang pada kelompoknya didominasi oleh mereka yang belum bekerja dapat menyebabkan stress persepsi terhadap kesehatan, kepuasan hidup dan kebahagiaan.

c. Faktor sosial

Faktor ini memenuhi aspek seperti relasi personal, dukungan sosial, dan aktivitas sosial. Faktor ini mempunyai pengaruh yang sama besarnya dengan faktor lain, hal ini dilihat dari bagaimana seseorang menjadi makhluk sosial yang seutuhnya dalam hal ini tentang bagaimana memperlakukan diri dan memperlakukan orang lain juga. Tetapi, tidak tertutup kemungkinan juga ditemukan sikap rasis dan diskriminasi sosial terhadap mereka yang memiliki kekurangan atau kelemahan, seperti orang dengan penyakit tertentu yang masih mendapat stigma buruk dimasyarakat.

d. Faktor Lingkungan

Faktor ini mencakup aspek keadaan finansial, kebebasan dalam mengekspresikan diri dan beraktivitas, keamanan diri dari lingkungan, mendapat fasilitas kesehatan dan fasilitas umum, keadaan lingkungan rumah dan tempat tinggal, akses mendapat kesempatan dan informasi baru serta mendapat akses transportasi yang nyaman dan aman. Dari aspek tersebut, kualitas hidup seseorang dapat dipengaruhi baik buruknya dilihat dari bagaimana lingkungan

memperlakukan dia sebagai manusia makhluk sosial. Sama halnya dengan faktor sosial, tidak jarang ditemukan rasis dan diskriminasi terhadap mereka yang mempunyai kelemahan atau kekurangan.¹¹

Pada penelitian lain yang membahas tentang kualitas hidup pasien yang pernah menderita kusta, didapatkan hasil yang sejalan dengan literatur penelitian seperti yang disebutkan sebelumnya. Faktor-faktor yang menjadi domain terhadap kualitas hidup pasien kusta diantaranya:

- 1) Faktor fisik, dalam hal ini kerugian fisik yang diakibatkan oleh penyakit itu sendiri, yakni kusta menyebabkan kecacatan pada tubuh pasien, sehingga pasien tersebut mengalami penurunan kemampuan beraktivitas dan produktivitas seperti sebelum mengalami penyakit tersebut. Kecacatan pada tubuh pasien kusta menimbulkan rasa cemas, terganggunya aktivitas sehari-hari, serta menurunnya kepercayaan diri pasien dalam bermasyarakat di lingkungan sosialnya.
- 2) Faktor psikologis, dalam hal ini membahas tentang tingkat stress hingga depresi yang dialami pasien kusta. Stress hingga depresi terjadi bisa karena pasien kusta khususnya yang juga mengalami kecacatan merasa tidak percaya diri akan bentuk dan penampilan tubuh mereka saat ini, merasa cemas dan marah tanpa alasan, dan tidak jarang ingin mengakhiri hidupnya. Gangguan psikologis tersebut terjadi karena tekanan pikiran yang berasal dari diri sendiri dan juga dari lingkungan tempat tinggal.
- 3) Faktor sosial dan lingkungan, dua faktor itu saling berkaitan dalam hal tolak ukur kualitas hidup pasien kusta. Stigma negatif yang masih beredar dimasyarakat tentang penyakit kusta, juga berdampak pada pasiennya. Adanya sikap merasa takut, jijik, dan menghindari kontak fisik dengan pasien kusta menyebabkan pasien tersebut semakin merasa terpuruk dan kehilangan kepercayaan diri sehingga tingkat stress dan depresinya juga meningkat. Pada beberapa daerah yang masih terdapat pasien kusta, masyarakat setempat mengambil tindakan untuk memisahkan tempat tinggal mereka dengan tempat tinggal pasien kusta, dalam artian pasien

tersebut diusir dan tidak lagi mau diurus oleh keluarganya, sehingga pada beberapa rumah sakit kusta, tidak jauh dari lokasinya ditemukan seperti desa khusus pasien kusta. Diskriminasi dan tidak adanya dukungan moral tersebut menyebabkan kualitas hidup pasien semakin terlihat buruk.^{14,15}

2.1.4 Pengukuran Kualitas Hidup

WHO sebagai organisasi kesehatan dunia yang menjadi acuan seluruh dunia dari segi lingkup kesehatan, mendefinisikan kualitas hidup sebagai konsep yang subjektif dan menekankan pada sudut pandang individu dalam melihat dan menilai kehidupannya saat ini dan pandangan itu juga dipengaruhi oleh budaya dan sistem nilai dimana individu tersebut tinggal dan hidup, serta berhubungan dengan tujuan, harapan, standar hidup serta pokok-pokok kepentingan mereka¹². Dan setelah beberapa tahun mendapat revisi pengembangan bertahap, *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL Group) merilis WHOQOL-100 dan *WHOQOL-BREF* sebagai acuan penilaian kualitas hidup yang digunakan hingga saat ini. *WHOQOL-BREF* mempunyai 4 domain penilaian yang dibagi dalam 26 pertanyaan dengan skoring masing-masing.¹³

Alat ukur dari WHO ini telah diadaptasi dan diterjemah dalam versi Bahasa Indonesia dan telah dilakukan uji coba pada beberapa kali penelitian menggunakan dengan reabilitas koefisien empat domain yang baik dan layak digunakan sebagai alat ukur, sehingga alat ukur WHOQOL-BREF versi Bahasa Indonesia ini telah diakui oleh WHO sebagai versi resmi Bahasa Indonesia yang telah direvisi dan dapat digunakan pada pengukuran kualitas hidup di Indonesia.¹²

2.2 Depresi

2.2.1 Definisi Depresi

Secara definisi, keadaan depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya menyebabkan penurunan kualitas mood hingga mengganggu aktivitas motorik seseorang, umumnya ditandai dengan perasaan sedih yang sangat dalam, perasaan menyalahkan diri sendiri hingga menganggap dirinya tidak layak untuk hidup, cenderung menarik diri dari lingkungan sosial, gangguan pola tidur,

kehilangan selera untuk melakukan aktifitas yang dulunya menjadi hobi dan minat dalam kesehariannya.

Definisi lain menyebutkan depresi pada dua keadaan, yakni pada orang normal (sehat) dan pada keadaan patologis. Depresi pada orang normal merupakan keadaan penurunan mood (kesedihan, kehilangan semangat) yang ditunjukkan dalam kesehariannya seperti perasaan tidak nyaman dan tidak jelas, menurunnya minat melakukan kegiatan, dan sifat pesimis dalam menghadapi masa yang akan datang. Sedangkan pada keadaan patologis, depresi merupakan penolakan dan penarikan diri dari lingkungan, yang disertai dengan penurunan nilai diri/harga diri, delusi ketidakpasan, perasaan tidak mampu dan putus asa dalam hidupnya.¹⁶

2.2.2 Gejala Klinis Depresi

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – V – Text Revision* (DSM V – TR), kriteria depresi dapat ditegakkan apabila sedikitnya 5 dari gejala di bawah ini dialami dalam kurun waktu 2 minggu yang sama dan merupakan suatu perubahan pola fungsi dari sebelumnya.¹⁷ Suatu gejala depresi yang dialami seseorang biasanya akan semakin terlihat dari waktu ke waktu, beberapa orang menunjukkan gejala yang minim dan cenderung ringan, sedangkan bagi beberapa orang lainnya menunjukkan gejala yang lebih banyak dengan kecenderungan ke arah yang lebih berat. Beberapa gejala klinis depresi yang terlihat pada seseorang diantaranya:

- a. Afek distorik, yakni suatu perasaan murung, sedih, menurunnya gairah hidup, kehilangan semangat, merasa tidak berdaya;
- b. Pikiran dikuasai oleh perasaan bersalah, berdosa, penyesalan;
- c. Nafsu makan dan berat badan menurun;
- d. Penurunan sensorium dan daya ingat;
- e. Gangguan tidur sering dijumpai: insomnia (sulit tidur) dan atau sebaliknya hipersomnia (terlalu banyak tidur). Dalam kualitas tidurnya pun terganggu karena sering disertai dengan mimpi buruk yang mengganggu kenyamanan tidur;
- f. Gangguan psikomotor : agitasi, gaduh dan gelisah, lemah dan hipoaktif;

- g. Menurunnya semangat dan minat, hobi yang dulunya sering dilakukan pun tidak lagi dilakukan, kreativitas menurun, produktivitas juga menurun;
- h. Gangguan seksual : libido dan gairah menurun;
- i. Pikiran-pikiran tentang kematian dan bunuh diri : merasa tidak lagi mempunyai alasan untuk hidup.¹⁸

2.2.3 Faktor Penyebab Depresi

Secara umum depresi disebabkan oleh beberapa faktor yang saling berhubungan. Dapat juga dilihat dari riwayat kesehatan keluarga yang pernah mengalami depresi, maka kecenderungan anggota keluarganya yang lain juga mengalami depresi. Dalam beberapa penelitian menyebutkan bahwa terdapat tiga faktor yang dapat menyebabkan kejadian depresi pada seseorang. Ketiga faktor ini saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya, diantaranya sebagai berikut:

a. Faktor biologi

Secara biologi dan fisiologis tubuh yang mengatur alam pikiran dan suasana perasaan/mood melibatkan sistem limbik serta ganglia basalis dan hipotalamus. Dalam patofisiologinya, gangguan mood dapat terjadi karena ketidakseimbangan hormon norepinefrin dan serotonin yang berperan sebagai neurotransmitter. Pada wanita secara khusus, perubahan hormon yang dapat terjadi saat kehamilan dan kelahiran anak serta masa menopause juga dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi.

b. Faktor psikologis/kepribadian

Manusia yang dalam hakikatnya adalah makhluk bebas, sehingga dapat beradaptasi dengan lingkungan dan membentuk kepribadian yang khas. Tetapi dalam realitas yang terlihat bahwa ketika seseorang merasa dalam tekanan akan cenderung menjadikan tekanan tersebut sebagai pusat pikirannya dan secara pasif merenung dan menyendiri daripada mengalihkan perhatiannya dengan melakukan aktivitas untuk merubah situasi.

c. Faktor sosial

Faktor sosial dalam hal ini menyangkut tentang apa yang terjadi dalam kehidupan suatu individu. Beberapa kejadian ataupun kondisi kehidupan yang rumit dapat memicu terjadinya depresi. Contoh hal-hal yang sering menjadi pemicu kejadian depresi antara lain:

- 1) Kejadian tragis seperti kehilangan sesuatu yang berharga dan dicintai
- 2) Keadaan setelah bencana
- 3) Faktor usia dan gender
- 4) Masalah keuangan dan finansial
- 5) Trauma masa kecil
- 6) Kejadian diskriminasi sehingga terisolasi dari lingkungan sosial
- 7) Tekanan dalam standar peran di ruang lingkup sosial.¹⁸

Pada penyakit kusta sendiri, penderita mempunyai resiko mengalami depresi karena beberapa faktor. Dalam penelitian terdahulu yang menggunakan instrument kuesioner *Zung Self-Rating Depression Scale* yang bertujuan melihat gambaran derajat depresi pada penderita kusta usia produktif, didapatkan hasil berupa faktor-faktor yang menjadi penyebab depresi pada penderita kusta, diantaranya kualitas hidup yang menurun dikarenakan keterbatasan fisik akibat rusaknya fungsi organ tubuh, pkuendalian diri dan pengalaman trauma psikis akibat dari beban psikososial yang diterima dari lingkungannya, hingga kecacatan yang mereka dapatkan dari penyakit ini. Tanda dari gangguan depresi yang ditunjukkan seperti kesedihan, kemurungan, kehilangan minat untuk melakukan hobi dan beraktivitas, hilangnya harga diri dan merasa tidak berguna.¹⁹

2.2.4 Alat Ukur Derajat Depresi

Alat ukur derajat depresi digunakan untuk melihat dan menilai sejauh mana keparahan depresi yang dialami seseorang. Dalam beberapa penelitian, alat ukur derajat depresi mencakup beberapa pertanyaan-pertanyaan yang mengacu pada keadaan alam pikiran dan perasaan pasien tersebut, selain melihat dari riwayat dan

latar belakang kejadian sebelum depresi terjadi. Berikut ini merupakan beberapa alat ukur derajat depresi yang dikembangkan oleh para ahli:

a. *Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D)*

Alat ukur ini dikembangkan oleh Janet Williams pada tahun 1998. Kuesioner ini dikembangkan untuk menilai tingkat keparahan depresi pada pasien dengan menjawab 21 item pertanyaan tetapi pada 4 item terakhir dalam kuesioner ini tidak turut dihitung dalam total skor dikarenakan item tersebut berupa gejala yang tidak umum dan tidak menggambarkan. Oleh sebab itu, 17 pertanyaan utama menjadi standar untuk menilai derajat depresi.

Dalam skoring setiap item dinilai dari 0-4 poin dengan rentang dari poin terkecil hingga terbesar ialah tidak ada gejala hingga gejala berat sekali. Dan dalam interpretasinya didapatkan dari penjumlahan seluruh item pertanyaan yang dijawab dengan hasil sebagai berikut: <7 = tidak ada depresi; 18-24 = depresi ringan; 25-34 = depresi sedang; 35-51 = depresi berat; dan 52-68 = depresi berat sekali.¹⁸

b. *Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)*

Kuesioner yang dikembangkan oleh psikiater Universitas Duke: Dr. William WK Zung pada tahun 1965, bahkan sebelum DSM-III dikemukakan ke publik. Kuesioner ini serupa dengan beberapa kuesioner yang dikembangkan oleh peneliti lain dimana item-item pertanyaannya mengacu pada gejala dan keluhan yang dialami pasien dalam kurun waktu 2 minggu terakhir. Berisikan 20 pertanyaan yang dalam skala skornya dibagi masing-masing 10 pertanyaan dengan skala 4-1 dan 10 pertanyaan dengan skala 1-4. Interpretasi hasil yang didapatkan dengan menjumlahkan total skor yang didapatkan disetiap pertanyaan, dengan hasil berupa 25-49 = tanpa depresi; 50-59 = depresi ringan-sedang; 60-69 = depresi sedang hingga berat; dan >70 = depresi berat.²⁰

c. *Beck Depression Inventory 2nd (BDI-II)*

Alat ukur berupa kuesioner ini dikembangkan oleh Dr. Aaron T. Beck pada tahun 1961 dan telah direvisi pada tahun 1996 atas permintaan DSM-IV. Alat ukur ini digunakan pada individu yang berusia 13 tahun ke atas, dan dengan 21 item

pertanyaan yang mencerminkan komponen kognitif, afektif dan somatic dari depresi. 21 item pertanyaan tersebut menilai beberapa kumpulan gejala dan sikap ketika depresi berlangsung, seperti gambaran suasana hati, pesimis, perasaan gagal dan kurang puas, perasaan bersalah dan menyalahkan diri sendiri, perasaan dihukum dan mendapat hukuman, perasaan asing yang tidak disukai terhadap diri sendiri, penarikan diri dari lingkungan pergaulan, mengurung diri dan mudah tersinggung, hambatan dan penurunan minat dalam hobi dan pekerjaan, gangguan tidur, mudah lelah, kehilangan nafsu makan dan penurunan berat badan, penurunan libido, hingga keinginan untuk bunuh diri.²¹

Skoring dan interpretasi hasilnya didapat dari menjumlahkan nilai tertinggi untuk setiap gejala yang dijabarkan dalam 21 item pertanyaan. Dengan kriteria sebagai berikut: 0-13 = normal/tanpa depresi; 14-19 = depresi ringan; 20-28 = depresi sedang; dan 29-63 = depresi berat.²¹

2.3 Kusta

2.3.1 Definisi Kusta

Kusta atau dikenal juga dengan sebutan *lepra*, penyakit *moorbus Hansen* merupakan penyakit menular yang bertahap dan bertahun yang disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium leprae*) yang sifatnya intraseluler obligat⁵. Agen penyebab kusta ini ditemukan oleh seorang ilmuan Norwegia bernama Gerhard Henrik Armauer Hansen pada 28 Februari 1873, disebut sebagai bakteri patogenik pertama yang berhasil diidentifikasi menjadi penyebab penyakit manusia.³

Dalam buku Kusta menjelaskan sejarah singkat dari penyakit ini bahwa telah menyerah manusia sejak 300 SM, dan telah dikenal sejak zaman peradaban Tiongkok kuno, Mesir kuno, dan India. Awal mula kemunculan penyakit ini tidak dapat diketahui secara pasti, tetapi beberapa pendapat menyebutkan bahwa penyakit ini berasal dari Asia Tengah yang kemudian menyebar ke Mesir, Eropa, Afrika, dan Amerika. Di Indonesia sendiri tercatat sekitar tahun 1936, pemerintah Belanda pada masa penjajahan itu membangun perkampungan kusta di Sulawesi Selatan di beberapa kabupaten.³

2.3.2 Etiologi Kusta

Kusta disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* yang merupakan patogen dengan kemampuan beradaptasi yang baik, tahan di media asam lemah. Sebagai penyakit tertua, genomnya telah mengalami banyak evolusi reduktif sehingga menjadikannya sebagai bakteri dengan genom terkecil diantara mikobakteri lainnya. Dengan struktur psedogen non-fungsional yang menempati hampir separuh kromosom. Bakteri ini menyukai suhu dingin, sehingga pada temuan lesi pun lebih banyak tampak pada area kulit yang suhunya lebih dingin.²²

M. leprae termasuk dalam:

- a. Genus: *Mycobacterium*,
- b. Famili: *Mycobacteriaceace*,
- c. Ordo: *Actinomycetales*,
- d. Klas: *Schyzomycetes*
- e. Berbentuk: pleomorf, lurus, batang ramping dengan kedua ujungnya bulat
- f. Ukuran: panjang 1-8mm dan lebar 0,3-0,5mm
- g. Gram positif, tidak bergerak, dan tidak berspora



Gambar 2.1 Bagian kulit *fite-stained* menunjukkan *M. leprae* (merah) pada saraf kutan, ciri patologi *leprae*²²



Gambar 2.2 Mikrograf electron *M. leprae*, barr 5nm²²



Gambar 2.3 Mikrograf electron *M. leprae*, barr 250nm²²

2.3.3 Klasifikasi Kusta

Kusta diberikan klasifikasi atas dasar manifestasi klinis yang terlihat dari morfologi lesi kulit, manifestasi neurologis, dan pemeriksaan bakteriologi dari apusan kulit. Sesuai masa perkembangan ilmu yang membahas kusta, beberapa model klasifikasi kusta dibuat oleh para ahli, mulai dari Pre Manila, Pan Amerika, Havana, Madrid, Indian, Job dan Chacko, Ridley dan Jopling, serta klasifikasi menurut WHO. Tetapi dari beberapa model klasifikasi yang dikemukakan, terdapat dua model klasifikasi yang banyak digunakan dalam membantu penegakan

diagnosis kusta, yakni klasifikasi kusta menurut Ridley-Jopling 1996 dan klasifikasi kusta menurut WHO 1982.³

Klasifikasi Ridley-Jopling dirilis pada 1966, dengan acuan karakteristik lesi yang terlihat dan status imunologi atau kekebalan tubuh pasien. Kusta dibagi atas 5 tipe, yaitu : (1) tipe *tuberculoid* (TT); (2) tipe *borderline tuberculoid* (BT); (3) tipe *borderline* (BB); (4) tipe *borderline lepromatous* (BL); (5) tipe *lepromatous*.

a. Tipe *tuberculoid* (TT)

Ditandai dengan lesi yang khas yakni satu atau lebih plak, tidak stabil tapi dengan batas yang jelas yang dapat berupa makula atau plak dengan tanda khas *central healing*, permukaan lesi dapat bersisik dengan tepian yang meninggi bahkan tampak menyerupai gambaran psoriasis, serta tidak ada ditemukannya kerusakan saraf yang berarti tetapi akan teraba penebalan saraf perifer, kelemahan otot dan sedikit rasa gatal. Karakteristik mayor pada tipe ini adalah ditemukannya anestesi atau hiperestesi. Dan pada pemeriksaan bakteriologis dari apusan kulit tidak ditemukan koloni *M. leprae* yang signifikan atau negatif.²³



Gambar 2.4 Kusta tipe *tuberculoid*²³

b. Tipe *borderline tuberculoid* (BT)

Tipe ini serupa dengan gambaran lesi tipe *tuberculoid* (TT), yakni makula atau plak, jumlah lesi satu atau beberapa, tanda khas ditemukan pada lesi yang mengalami hipopigmentasi, kering atau skuama yang tidak jelas. Gambaran lesi satelit biasanya terletak dekat saraf perifer yang mengalami penebalan. Karakteristik kerusakan neurologis yang ditimbulkan berdampak kecil, serupa

dengan tipe TT. Pada pemeriksaan bakteriologis dari apusan kulit, koloni *m. leprae* masih dalam jumlah yang sedikit +1 atau masih tercatat sebagai negatif.²⁴



Gambar 2.5 Kusta tipe BT: lesi satelit disekitar plak besar²⁴

c. Tipe *borderline* (BB)

Tipe ini merupakan tipe yang cukup jarang dijumpai. Lesi berbentuk makula infiltrasi dengan permukaan lesi yang dapat mengkilat, batas kurang jelas dan jumlah yang lebih banyak dibanding tipe BT. Variasi lesi seperti ukuran, bentuk, maupun distribusinya. Ciri khas lesi tipe ini ialah adanya lesi *punched-out* yaitu hipopigmentasi yang oval pada bagian tengahnya dengan batas yang jelas. Kerusakan saraf yang terjadi terlihat dari penebalan saraf dan anestesi yang berdampak pada sensitivitas kulit. Pada pemeriksaan bakteriologi dari apusan kulit dijumpai koloni *m. leprae* sebanyak 2+ atau lebih.²³



Gambar 2.6 Kusta tipe BB²⁴

d. Tipe *borderline lepromatous* (BL)

Tipe ini didominasi oleh lesi *multiple* yang diawali dengan makula dan hipopigmentasi dalam jumlah yang banyak, umumnya distribusinya lebih simetris dengan ukuran yang lebih kecil serta dengan batas yang tidak jelas karena menyatu dengan kulit normal. Kerusakan saraf tampak dari hilangnya sensasi kulit, hipopigmentasi, ekskresi keringat menurun, dan kerontokan rambut dengan penebalan saraf yang dapat teraba di tempat lesi. Uji bakteriologis dari apusan kulit menunjukkan 2+ hingga 4+.³



Gambar 2.7 Kusta tipe BL²⁴

e. Tipe *lepromatosa* (LL)

Tipe ini muncul dalam jumlah lesi yang banyak, simetris dan terdistribusi bilateral, lesi yang eritem, tidak berbatas tegas dengan tepi yang cenderung menyatu. Karakteristik lesi pada tipe ini muncul pada area kulit yang lebih dingin seperti wajah, dahi, pelipis, dagu, cuping telinga, lengan, punggung tangan dan tungkai bawah, dengan ciri khas nodul dan papul dalam jumlah yang banyak. Pada bagian tubuh yang hangat seperti area aksila, selangkangan, perineum dan kulit kepala yang berambut terhindarkan dari kemunculan lesi, sehingga pada tipe ini kerontokan rambut akibat lesi jarang terjadi. Pada stadium lanjut, penebalan kulit akan semakin terlihat, teridentifikasi dari cuping telinga menebal, garis muka yang menjadi kasar. Kerusakan saraf yang terjadi pada bagian dermis dengan gejala khas *stocking and glove anaesthesia* yakni penurunan sensasi raba dan perasaan baal pada tangan dan kaki seperti sedang memakai sarung tangan dan stoking. Pada pemeriksaan bakteriologis dengan apusan kulit dijumpai *m. leprae* 2+ hingga 4+.³



Gambar 2.8 Kusta tipe LL: penebalan pada cuping telinga²²

Terdapat satu klasifikasi yang tidak termasuk dalam model klasifikasi Ridley-Jopling, tetapi diterima oleh para ahli kusta yaitu tipe *interminate* (I) atau tipe tak tentu. Tipe ini merupakan penanda stadium awal kusta berupa lesi hipopigmentasi atau eritem dengan penebalan kulit seperti bersisik tetapi perabaan masih sensitif atau normal. Biasanya muncul pada bagian ekstensor ekstremitas, bokong, atau muka, serta kadang dapat ditemukan makula hipestesi atau sedikit penebalan saraf. Pada pemeriksaan bakteriologis tidak jumpai jumlah yang banyak dan signifikan, sehingga pada penegakan diagnosa tipe ini dapat dilihat dari pemeriksaan histopatologis didapatkan basil atau terdapatnya *infiltrate* di sekitar saraf.²⁴



Gambar 2.9 Kusta tipe *Interminate* pada area wajah²⁴

WHO mengemukakan klasifikasi kusta, yaitu *Multibacillary* (MB) dan *Paucibacillary* (PB). Model klasifikasi kusta yang dibuat oleh WHO ini didasarkan pada jumlah total lesi kusta dan tidak begitu memperhatikan letak kerusakan saraf yang terjadi.²⁴

- 1) Kusta *multibacillary* (MB) : tampak 6 atau lebih lesi kulit dengan lebih dari satu kerusakan saraf. Pemeriksaan bakteriologi dari apusan kulit positif.
- 2) Kusta *paucibacillary* (PB) : terdapat 5 lesi kulit, tidak ditemukan kerusakan saraf termasuk di lima lesi tersebut. Pemeriksaan bakteriologi dari apusan kulit negatif.

2.3.4 Cara Penularan

Menurut WHO, transmisi penularan kusta terjadi melalui droplet dari hidung dan mulut. Masa inkubasi yang lama menyebabkan gejala klinis yang tampak pada orang yang ditularkan tidak langsung ketahuan sebagai kusta. Penyakit ini tertular dengan kontak fisik seperti bersalaman, atau berpelukan, berbagi makanan atau duduk bersebelahan, dan juga penderita kusta akan berhenti menularkan penyakit ketika memulai pengobatan.²⁵

Port of entry M. leprae ialah tempat masuknya bakteri *M. leprae* ke dalam tubuh manusia. Beberapa cara masuknya bakteri ini ke dalam tubuh antara lain:

a. Penularan melalui kontak

Meskipun WHO menyebutkan kontak fisik tidak menjadi jalur penularan penyakit, tetapi pada kontak langsung yang erat dan berulang resiko tertular dapat terjadi. Resiko akan semakin tinggi apabila memasuki tubuh manusia melalui lesi kulit atau setelah trauma. Menggunakan alas kaki dan alat pelindung diri lainnya dapat membantu mengurangi resiko penularan kusta khususnya di negara berkembang yang mana status kusta masih sebagai endemis, mengingat juga masa hidup bakteri ini di lingkungan luar tubuh manusia mencapai 46 hari.

b. Penularan melalui inhalasi

Resiko ini muncul dari droplet atau percikan ludah atau cairan tubuh yang keluar dari hidung ataupun mulut. *M. leprae* tidak mengakibatkan lesi pada paru karena suhu di paru lebih hangat tetapi dapat langsung masuk dan menyebar dalam aliran darah, dan kemudian mencapai saraf tepi dan difagosit oleh sel *schwann* dan bermultiplikasi di dalamnya.

c. Penularan melalui ingesti/saluran pencernaan

Pada ibu hamil yang mengalami penyakit kusta, menunjukkan resiko penularan ke plasenta dan janinnya. Hingga kelahiran, kontak fisik dan air susu ibu yang menderita kusta mengandung banyak bakteri hidup. Tetapi penularan dari ibu hamil ke janin hingga kelahiran masih dipertanyakan, hal ini disebabkan karena masa inkubasi kusta yang lama sehingga gejala klinis yang tampak pada bayi tidak jelas dan tidak signifikan.

d. Penularan melalui gigitan serangga

Kemungkinan serangga menjadi transmisi kusta melalui gigitan dapat terjadi dengan melihat 3 hal berikut:

- 1) Jumlah bakteri hidup dalam jumlah yang banyak
- 2) Adanya makanan yang cukup untuk bakteri, sampai akhirnya ditularkan kepada host
- 3) Bakteri harus dapat bermultiplikasi pada serangga sebagai *vector*.³

2.3.5 Gambaran Klinis

Gambaran manifestasi klinis kusta dengan gambaran jelas pada stadium lanjut dan dengan diagnosis yang cukup dari pemeriksaan fisik saja. Dengan mengingat bahwa *M. leprae* hidup dibagian tubuh yang suhunya lebih dingin seperti telinga, saluran nafas, area wajah, maka penegakan diagnosis dengan melihat tanda-tanda lesi yang timbul diarea tersebut dapat ditegakkan dengan tepat dari pemeriksaan fisik. Gambaran klinis serta keluhan penyakit tergantung pada:

- a. Multiplikasi dan diseminasi kuman *M. leprae*
- b. Respon imun penderita terhadap bakteri *M. leprae*
- c. Komplikasi yang diakibatkan kerusakan saraf perifer.

Terdapat 3 tanda utama yang jika salah satunya muncul sudah dapat menegakkan diagnosis dari penyakit kusta ini, yakni:³

1) Lesi kulit yang anestesi

Berbagai bentuk lesi yang biasa terjadi pada kusta seperti makula atau plak dan yang lebih jarang seperti papul atau nodul biasanya disertai dengan hilangnya rasa raba, sensasi nyeri, dan suhu yang jelas menurun. Kelainan kulit ini juga disertai perubahan warna pada lesi berupa hipopigmentasi lesi atau eritem dan juga tekstur kulit yang lebih kasar dan tidak rata tebal, dan juga mempengaruhi kerontokan rambut.

2) Penebalan saraf perifer

Penebalan saraf perifer/tepi sangat khas terjadi pada kusta, khususnya pada daerah endemik dimana penebalan saraf perifer dipakai sebagai acuan penegakkan diagnosis. Latihan pemeriksaan fisik ini perlu dievaluasi terus-menerus sehingga cara meraba dan membandingkan saraf normal dengan saraf yang mengalami penebalan dilakukan dengan tepat. Penebalan saraf yang biasanya asimetris dapat terjadi di area dekat dengan lesi kulit seperti auricular, ulnar, radial, dan tibial posterior. Akibat dari penebalan saraf ini dapat disertai atau tidak disertai dengan nyeri, gangguan sensoris dan motoris pada saraf yang terkena.

3) Ditemukannya *M. leprae*

Pada pemeriksaan bakteriologi seperti Bakteri Tahan Asam (BTA) menunjukkan hasil yang positif ditemukannya bakteri *M. leprae*. Pemeriksaan terutama pada kulit, mukosa hidung, dan saraf perifer.³

2.3.6 Cacat Pada Kusta

Cacat pada kusta dapat terjadi akibat gangguan fungsi saraf pada mata, tangan, dan kaki. Oleh sebab lamanya masa inkubasi hingga gejala klinis yang ditangani dapat menyebabkan timbulnya kecacatan akibat kerusakan saraf yang semakin progresif. Cacat pada kusta dapat timbul secara primer dan sekunder, sehingga resiko kecacatan dapat diatur dan dicegah sedini mungkin dari penegakan diagnosis dan terapi yang tepat.³

WHO membuat tingkat kecacatan kusta, diantaranya:

- a. Tingkat 0 : kusta yang disembuhkan tanpa kecacatan, tidak ada kelainan pada mata, tangan dan kaki
- b. Tingkat 1 : kusta yang menyebabkan kecacatan berupa kerusakan saraf sensoris yang tidak terlihat seperti penurunan rasa raba pada kornea mata dan visus sedikit berkurang, telapak tangan dan telapak kaki mengalami anestesi dan kelemahan otot
- c. Tingkat 2 : kusta yang menyebabkan kecacatan yang dapat dilihat seperti pada mata, tangan, maupun kaki seperti ulkus, jari kiting, kaki semper.²⁶

2.3.7 Diagnosis Penyakit Kulit

Penegakan diagnosis kusta dapat dilakukan secara klinis melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan laboratorium diperlukan pada kasus yang sulit didiagnosis sebagai kusta. WHO menyebutkan bahwa kusta dapat didiagnosis dengan mengidentifikasi salah satu dari tiga tanda utama kusta, diantaranya:

- a. Kehilangan sensasi raba pada lesi kulit yang hipopigmentasi atau kemerahan
- b. Penebalan saraf perifer, disertai hilangnya rasa raba dan kelemahan otot yang dipersarafi saraf tersebut
- c. Pemeriksaan laboratorium : BTA dari apusan kulit menunjukkan hasil yang signifikan yakni terdapatnya *M. leprae*.²⁵

2.3.8 Tatalaksana Kusta

Tatalaksana farmakologis yang diterapkan pada pasien kusta ialah *multi drug therapy* (MDT) yang merupakan rekomendasi WHO untuk tipe PB dan MB. Tujuan pengobatan kusta adalah:

- a. Menghentikan penularan
- b. Mencegah resistensi obat
- c. Mempersingkat masa pengobatan
- d. Konsisten keteraturan berobat
- e. Mencegah dan meminimalisir terjadinya cacat.

Multi drug therapy (MDT) adalah gabungan atau kombinasi dua atau lebih obat anti kusta yang salah satunya ialah rifampisin sebagai anti kusta yang bakterisidal kuat dan obat anti kusta lain yang sifatnya bakteriostatik. Obat MDT ini berbentuk blitser untuk pasien dewasa dan anak berusia 10-14 tahun. Pasien yang membutuhkan MDT antara lain:

- a. Pasien yang pertama kali didiagnosis kusta dan belum pernah mendapat pengobatan apapun termasuk MDT
- b. Pasien ulangan, yakni pasien yang pernah mengalami hal-hal di bawah ini:
 - 1) Relaps atau pasien yang reaksi kustanya kambuh kembali
 - 2) Masuk kembali setelah putus obat (PB maupun MB)
 - 3) Pindah berobat
 - 4) Mengalami pergantian klasifikasi/tipe kusta.

Regimen pengobatan MDT di Indonesia yang disesuaikan dengan rekomendasi dari WHO sesuai dengan tipe kusta, sebagai berikut:

- a. Pasien kusta tipe *paucibacillary* (PB) dewasa

Pengobatan bulanan: pada hari pertama, obat diminum di depan petugas.

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

Pengobatan harian berikutnya: hari ke-2-28

- 3) 1 tablet DDS/dapson 100mg

Satu blitser untuk 1 bulan, lama pengobatan 6-9 bulan, maka dibutuhkan 6 blitser obat MDT.

- b. Pasien kusta tipe *multibacillary* (MB) dewasa

Pengobatan bulanan: pada hari pertama, obat diminum di depan petugas.

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

Pengobatan harian berikutnya: hari ke-2-28

4) 1 tablet lampren 50mg

5) 1 tablet DDS/dapson 100mg

Satu blitser untuk 1 bulan dengan lama pengobatan 12-18 bulan, maka dibutuhkan 12 blitser yang diminum.

a. n kusta tipe *paucibacillary* (PB) anak usia 10-14 tahun Pengobatan bulanan: pada hari pertama obat diminum di depan petugas.

1) 2 kapsul rifampisin 150mg dan 300mg

2) 1 tablet DDS/dapson 50mg

Pengobatan harian: hari ke-2-28

3) 1 tablet DDS/dapson 50 mg

Satu blitser untuk 1 bulan dengan lama pengobatan 6-9 bulan, maka dibutuhkan 6 blitser dalam masa pengobatan.

b. n kusta tipe *multibacillary* (MB) anak usia 10-14 tahun Pengobatan bulanan: pada hari pertama obat diminum di depan petugas.

1) kapsul rifampisin 150 mg dan 300 mg

2) et lampren @50 mg (150 mg)

3) et DDS/dapson 50 mg

Pengobatan harian berikutnya: pada hari ke-2-28

4) et lampren 50 mg

5) et DDS/dapson 50 mg

Satu blitser untuk 1 bulan dengan lama pengobatan 12-18 bulan, maka dibutuhkan 12 blitser untuk diminum selama masa pengobatan.

Pada pasien anak <10 tahun, dosis MDT disesuaikan dengan berat badan anak:

1) Rifampisin 10-15 mg/kgBB

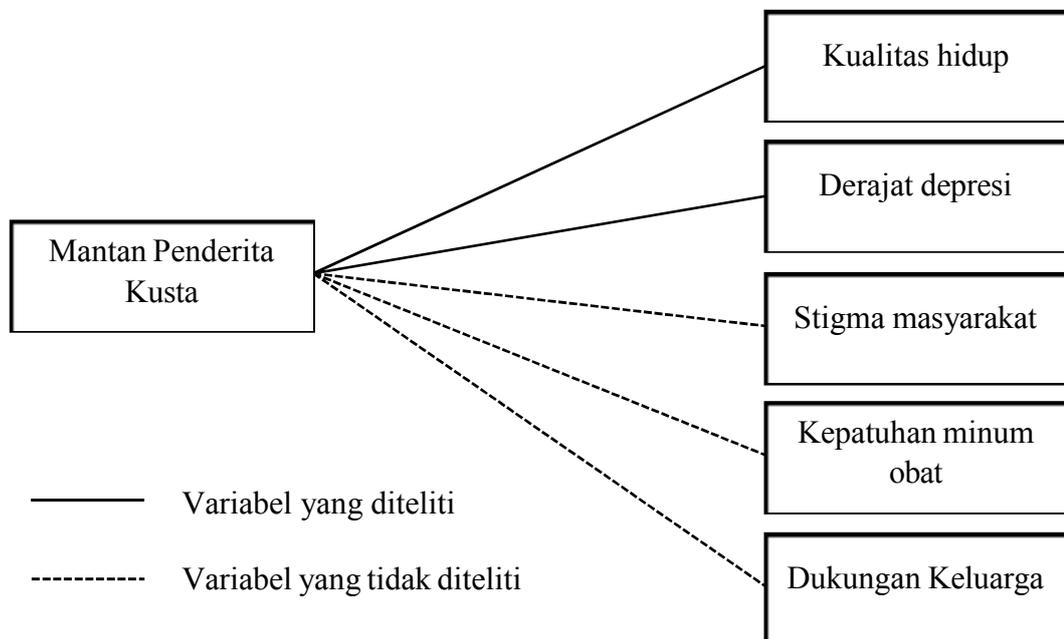
2) DDS/dapson 1-2 mg/kgBB

3) Lampren 1 mg/kgBB.²⁷



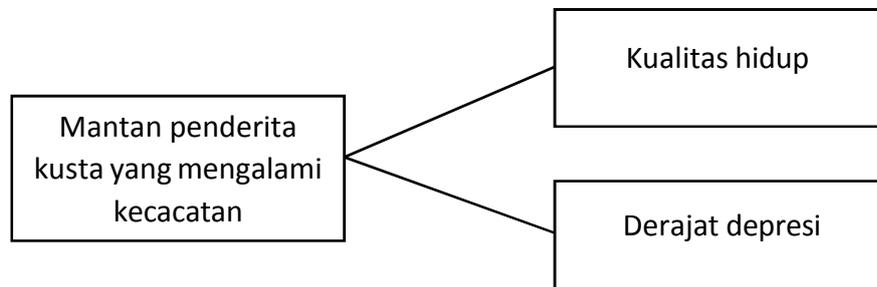
Gambar 2.10 Contoh sediaan blitser obat MDT²⁷

2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.11 Kerangka Teori

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.12 Kerangka Konsep

BAB III

METODOLOGI

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini ialah deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional*.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Kusta Lau Simomo, dengan waktu penelitian pada bulan September-Oktober 2023.

3.2.1 Populasi Penelitian

a. Populasi Target

Populasi target dalam penelitian ini ialah mantan penderita kusta.

b. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau dalam penelitian ini ialah mantan penderita kusta yang mengalami kecacatan yang berada di RSUD Kusta Lau Simomo bulan September-Oktober tahun 2023.

3.3 Sampel dan Cara Pemilihan Sampel

3.3.1 Sampel Penelitian

Mantan penderita kusta yang mengalami kecacatan yang berada di RSUD Kusta Lau Simomo tahun 2023 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

3.3.2 Cara Pemilihan Sampel

Sampel yang dipilih dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik *total sampling*.

3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.4.1 Kriteria inklusi dalam penelitian ini, yaitu:

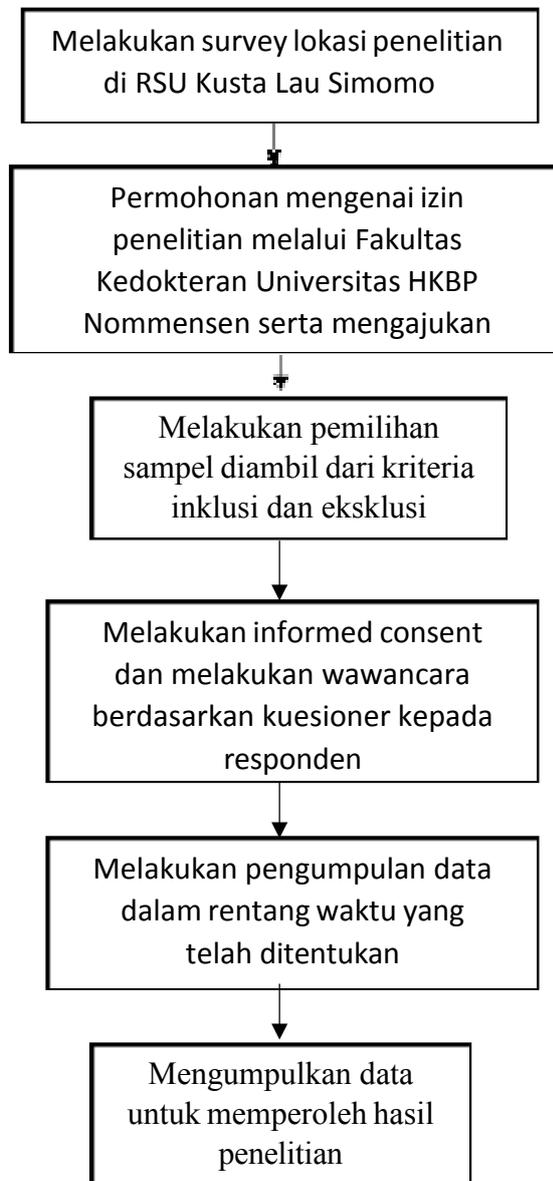
- a. Mantan penderita kusta yang sedang dirawat di RSUD Kusta Lau Simomo
- b. Mantan penderita kusta yang sedang rawat jalan di RSUD Kusta Lau Simomo

- c. Mantan penderita kusta dengan tingkat kecacatan minimal 1
- d. Mantan penderita kusta yang menyetujui untuk mengikuti penelitian dengan menandatangani *informed consent*.

3.4.2 Kriteria eksklusi dalam penelitian ini, yaitu:

- a. Responden yang tidak kooperatif
- b. Responden yang sedang sakit sehingga tidak mampu berbicara dan berkomunikasi dengan jelas.

3.5 Prosedur Kerja



Gambar 13.1 Bagan prosedur kerja

3.6 Identifikasi Variabel

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini ialah: kualitas hidup, derajat depresi, dan mantan penderita kusta yang mengalami kecacatan.

3.7 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Gambaran Kualitas Hidup	Persepsi individu dalam menilai kehidupannya dilihat dari dimensi fisik, psikis, hubungan sosial, dan lingkungannya dimana mereka tinggal dan hidup dalam lingkungan sosial dengan berbagai standarisasi hidup yang baik dan layak.	Kuesioner kualitas hidup dari WHO (WHOQOL-BREF)	Wawancara	Ordinal	0-20 = sangat buruk 21-40 = buruk 41-60 = sedang 61-80 = baik 81-100 = sangat baik
Gambaran Derajat Depresi	Gambaran kondisi internal alam pikiran yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang dianggap sebagai	Kuesioner <i>Zung Self-Depression Scale</i>	Wawancara	Ordinal	25-49 = tanpa depresi 50-59 = depresi ringan-sedang

	<p>tuntutan atau tekanan dalam hidup, seperti masalah fisik dan bentuk tubuh, kondisi lingkungan dan hubungan sosial, serta berbagai tuntutan lain yang berasal dari standarisasi yang berlaku sehingga muncul gangguan berpikir yang berpotensi membahayakan, tidak terkendali atau melebihi kemampuan individu untuk melakukan <i>coping</i>.</p>			<p>60-69 = depresi sedang- berat >70 = depresi berat</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------

3.8 Rencana Pengolahan dan Analisis Data

Data-data univariat yang dikumpulkan pada penelitian ini mencakup gambaran kualitas hidup dan derajat depresi pada mantan penderita kusta yang mengalami kecacatan di RSUD Kusta Lau Simomo dibulan September-Oktober 2023 yang telah diperoleh dan dikumpulkan dalam kelompok berbentuk tabel-tabel frekuensi lalu dianalisis secara deskriptif menggunakan perangkat lunak komputer.

