



Manajemen Kesehatan Masyarakat pada Penanganan Kusta Multibasiler dengan Komorbid Stroke dan Risiko Paparan Tuberkulosis Kontak Serumah di Pedesaan Aceh Utara

Osama Al-Farauq¹, Cut Khairunnisa²

¹ Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh, Aceh Utara, Indonesia

² Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh, Aceh Utara, Indonesia

Email: osama.alfarauq@unimal.ac.id

Abstrak

Kusta multibasiler (MB) merupakan penyakit infeksi kronis yang penanganannya tidak hanya bertumpu pada terapi medis, tetapi juga penyelesaian tantangan determinan sosial, status gizi, keterbatasan fisik, dan stigma masyarakat. Laporan kasus ini bertujuan menganalisis manajemen penanganan kusta MB berbasis pendekatan kedokteran keluarga dan kesehatan masyarakat pada seorang pasien perempuan berusia 38 tahun di Gampong Awe, Kecamatan Kuta Makmur, Aceh Utara. Pasien mengeluhkan bercak mati rasa yang meluas sejak 3 tahun lalu dan saat ini sedang menjalani terapi Multidrug Therapy (MDT) bulan ke-3. Pasien memiliki komorbid stroke non-hemoragik 10 tahun lalu yang menyisakan kelemahan ekstremitas kiri, serta mengalami gizi buruk (underweight, IMT 15,1 kg/m²). Pengumpulan data dilakukan melalui home visit, wawancara, pemeriksaan fisik, serta analisis faktor lingkungan dan perilaku keluarga. Hasil evaluasi menggunakan diagram fishbone mengidentifikasi 6 masalah utama: kepatuhan MDT, status gizi buruk, risiko penularan kontak serumah, stigma sosial, dampak stroke pasca-akut, dan ketergantungan ekonomi. Intervensi komprehensif dilakukan secara terintegrasi mencakup promotif, preventif (pemeriksaan kontak serumah dan perawatan kulit mandiri), kuratif (MDT-MB), dan rehabilitatif. Keberhasilan eliminasi kusta membutuhkan kolaborasi lintas sektor dan pemberdayaan keluarga guna memutus rantai penularan serta meningkatkan kualitas hidup penderita.

Kata kunci: Kusta Multibasiler, Kesehatan Masyarakat, Kedokteran Keluarga, Stigma, Aceh Utara.

Abstract

Multibacillary (MB) leprosy is a chronic infectious disease whose management relies not only on medical therapy but also on addressing social determinants, nutritional status, physical limitations, and social stigma. This case report aims to analyze the management of MB leprosy using a family medicine and public health approach in a 38-year-old female patient in Gampong Awe, Kuta Makmur District, North Aceh. The patient reported spreading numb patches over the past 3 years and is currently undergoing month 3 of Multidrug Therapy (MDT). She presents with a comorbid history of non-hemorrhagic stroke 10 years ago resulting in left-sided weakness, alongside severe malnutrition (underweight, BMI 15.1 kg/m²). Data were collected via home visits, interviews, physical examinations, and environmental/behavioral assessments. Fishbone analysis identified six key problems: MDT adherence, malnutrition, contact transmission risk, social stigma, post-stroke motor impairment, and economic dependency. Comprehensive interventions were implemented across health promotion, prevention (contact screening and skin care), curative treatment (MDT-MB), and rehabilitation. Successful leprosy elimination requires cross-sectoral collaboration and family empowerment to interrupt transmission chains and improve quality of life.

Keywords: Multibacillary Leprosy, Public Health, Family Medicine, Stigma, North Aceh.

1. PENDAHULUAN

Kusta merupakan penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*, suatu bakteri tahan asam yang terutama menyerang kulit dan saraf perifer [1]. Berdasarkan klasifikasi operasional World Health Organization (WHO), pasien dengan jumlah lesi lebih dari lima atau hasil slit-skin smear positif dikategorikan sebagai kusta multibasiler (MB) [1, 2]. Kusta mempunyai perjalanan penyakit yang panjang dan masa inkubasi yang lama sehingga diagnosis sering terlambat [3]. Penularan terutama terjadi melalui kontak erat dan berkepanjangan dengan penderita yang belum diobati, namun risiko penularan menurun bermakna setelah penderita menerima Multidrug Therapy (MDT) secara adekuat [4].

Permasalahan kusta tidak hanya berkaitan dengan aspek medis, melainkan juga aspek psikologis dan sosial [5]. Stigma masyarakat terhadap kusta masih tinggi sehingga berpotensi menyebabkan pasien menarik diri, mengalami diskriminasi, hingga terlambat mencari pengobatan [1,2]. Oleh karena itu, pendekatan terhadap penderita kusta perlu mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif berbasis kedokteran keluarga dan kesehatan masyarakat [6].

Artikel ini membahas penanganan holistik seorang perempuan berusia 38 tahun di pedesaan Aceh Utara dengan kusta multibasiler pengobatan bulan ke-3, yang memiliki komorbiditas stroke pasca-akut serta kondisi gizi kurang (*underweight*).

2. METODE DAN DESKRIPSI KASUS

2.1 Desain dan Lokasi Kegiatan

Studi kasus ini menggunakan pendekatan Kesehatan masyarakat melalui kegiatan kunjungan rumah (*home visit*), wawancara mendalam, pemeriksaan fisik, serta penilaian sanitasi lingkungan pada bulan Juli–Agustus 2026 di Gampong Awe, Kecamatan Kuta Makmur, Kabupaten Aceh Utara.

2.2 Identitas dan Anamnesis Pasien

Pasien Ny. S, perempuan, 38 tahun, tidak bekerja, berobat dengan keluhan utama timbul bercak pada kulit yang disertai mati rasa sejak ± 3 tahun lalu. Bercak dirasakan kian meluas dan terkadang disertai gatal. Pasien juga mengeluhkan kelemahan ekstremitas kiri serta gangguan bicara akibat riwayat stroke 10 tahun yang lalu. Saat ini pasien sedang menjalani terapi MDT-MB bulan ke-3 di Puskesmas Kuta Makmur dengan perbaikan bercak secara bertahap.

2.3 Profil Keluarga, Lingkungan, dan Sanitasi

Pasien tinggal bersama ibu, ayah, dan dua adiknya. Kebutuhan ekonomi ditanggung oleh adik pasien yang bekerja sebagai wirausaha (pendapatan Rp500.000–Rp1.000.000/bulan) dan pembiayaan berobat menggunakan jaminan BPJS Kesehatan. Ayah pasien memiliki riwayat pengobatan Tuberkulosis (TB) dan tinggal dalam rumah yang sama. Rumah pasien berlantai semen dan dinding tembok, dengan kondisi ruang dalam yang cukup lembap. Sumber air bersih berasal dari sumur bor, sedangkan pembuangan sampah dilakukan dengan cara dibakar di belakang rumah.

2.4 Pemeriksaan Fisik dan Antropometri

Pemeriksaan tanda vital menunjukkan Tekanan Darah 120/80 mmHg, Nadi 78x/menit, Pernapasan 20x/menit, Suhu 36,5 °C, dan SpO2 99% on room air. Hasil antropometri mencatat Berat Badan 40 kg, Tinggi Badan 163 cm, dan IMT 15,1 kg/m² (dikategorikan underweight berat). Status dermatologis dan neurologis menunjukkan makula hiperpigmentasi dengan hipoestesi/anestesi di beberapa lokasi kulit serta hemiparesis sinistra sisa stroke.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Evaluasi Klinis dan Tatalaksana MDT

Pasien telah terdiagnosis Kusta Multibasiler (MB) dan menerima regimen MDT-MB standar, yaitu Rifampisin 600 mg bulanan, Klofazimin 300 mg bulanan dilanjutkan 50 mg harian, serta Dapson 100 mg harian dengan durasi total 12 bulan [1]. Tanda kardinal kusta pada pasien ini dipenuhi oleh adanya lesi kulit yang disertai kehilangan sensibilitas protektif [7]. Mati rasa pada lesi kulit merupakan gambaran patognomonik yang membedakan kusta dari penyakit dermatologis lainnya seperti Tinea corporis, Vitiligo, Pityriasis versicolor, maupun dermatitis kronis [7, 8].

Selama pengobatan bulan ke-3, pasien melaporkan perbaikan lesi kulit. Kendati demikian, kepatuhan berobat hingga bulan ke-12 tetap menjadi krusial untuk mencegah resistensi obat dan relaps [1]. Pemantauan berkala terhadap efek samping obat perlu dilakukan: Rifampisin dapat menyebabkan perubahan warna urin/cairan tubuh menjadi merah-oranye dan gangguan fungsi hati; Klofazimin dapat menimbulkan hiperpigmentasi kulit dan gangguan gastrointestinal; serta Dapson berisiko menyebabkan anemia hemolitik dan reaksi hipersensitivitas [9].

3.2 Analisis Masalah Kesehatan Masyarakat

Berdasarkan analisis akar masalah menggunakan Diagram Fishbone, teridentifikasi 6 domain utama penyebab kompleksitas masalah pada pasien: [1]. Kusta Multibasiler sedang dalam terapi bulan ke-3; [2] Status gizi kurang (underweight, IMT 15,1 kg/m²); [3]. Risiko penularan pada kontak serumah; [4] Stigma sosial masyarakat; [5] Riwayat stroke pasca-akut; dan [6]. Keterbatasan akses serta sosioekonomi keluarga.

Tabel 1. Matriks Pemecahan Masalah Komprehensif Pasien

No	Masalah Teridentifikasi	Intervensi Tingkat Individu & Keluarga	Pendekatan Komunitas & Pelayanan Primer
1	Kusta Multibasiler (MB)	Pengawasan Minum Obat (PMO) MDT-MB dosis penuh 12 bulan secara teratur [1, 2].	Home visit pemantauan obat & evaluasi berkala oleh petugas Puskesmas [1, 9].

2	Nutrisi Kurang (Underweight)	Edukasi gizi seimbang kaya protein dan energi [7].	Konseling gizi keluarga berbasis bahan pangan lokal [7].
3	Risiko Penularan Kontak Serumah	Edukasi tanda awal kusta pada keluarga serumah [3, 4].	Skrining kontak serumah & pemberian Single Dose Rifampicin (SDR) profilaksis [3].
4	Stigma Sosial	Pendampingan psikososial agar pasien tidak mengisolasi diri [1, 12].	Penyuluhan masyarakat bahwa kusta dapat sembuh & tidak menular pasca-obat [1, 3].
5	Riwayat Stroke (Hemiparesis)	Latihan fisik mandiri & perlindungan area mati rasa dari trauma [1, 3].	Evaluasi berkala faktor risiko kardiovaskular di faskes primer [8].
6	Keterbatasan Ekonomi & Akses	Optimalisasi pemanfaatan BPJS Kesehatan untuk layanan berobat [6, 12].	Pendampingan kader desa untuk membantu akses transportasi berobat [6, 12].

3.3 Penerapan Tingkat Pencegahan (Levels of Prevention)

1. Pencegahan Primer: Edukasi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), pencahayaan dan ventilasi rumah yang adekuat, perbaikan kelembapan hunian, serta pelaksanaan pemeriksaan kontak serumah dan pemberian profilaksis pascapajanan dosis tunggal rifampisin sesuai rekomendasi WHO [3].
2. Pencegahan Sekunder: Penuntasan regimen MDT-MB 12 bulan secara disiplin, pemantauan efek samping obat, serta deteksi dini reaksi kusta (Reaksi Tipe 1 dan Reaksi Tipe 2/ENL) guna mencegah neuritis dan kerusakan saraf perifer permanen [8,9].
3. Pencegahan Tersier: Edukasi perawatan diri (self-care) untuk area anestesi (penggunaan alas kaki empuk, perlindungan dari benda tajam/panas), latihan mobilitas fisik pasif/aktif pasca-stroke, serta dukungan rehabilitasi psikososial untuk mengurangi stigma dan mengembalikan fungsi sosial pasien [10,11].

4. KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Penanganan kusta tipe multibasiler pada pasien Ny. S tidak terbatas pada pemberian antibiotik MDT-MB semata, tetapi memerlukan intervensi komprehensif berbasis kedokteran keluarga dan kesehatan masyarakat [12]. Adanya komorbiditas stroke, kondisi gizi buruk (underweight), keterbatasan ekonomi, serta hambatan mobilitas fisik menegaskan pentingnya keterlibatan keluarga sebagai pendukung utama pengobatan, pemeriksaan kontak serumah, dan pencegahan kecacatan di tingkat pelayanan primer [1].

4.2 Saran

1. Bagi Puskesmas Kuta Makmur: Mempertahankan program home visit berkala untuk pemantauan kepatuhan MDT, evaluasi reaksi kusta, serta pelaksanaan pemberian profilaksis pascapajanan bagi kontak serumah [3].
2. Bagi Pasien dan Keluarga: Disiplin mengonsumsi MDT hingga 12 bulan, melakukan perawatan mandiri area anastesi, serta meningkatkan variasi asupan gizi harian [1, 7].

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Kusta. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2019.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Kusta. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2019.
- World Health Organization. Towards zero leprosy: global leprosy (Hansen's disease) strategy 2021–2030. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2021.
- Lastória JC, Abreu MAMM. Leprosy: review of the epidemiological, clinical, and etiopathogenic aspects. Part 1. *An Bras Dermatol*. 2014;89(2):205–218.
- World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2023: elimination of leprosy disease is possible. Time to act! *Wkly Epidemiol Rec*. 2024;99(37):501–521.
- Britton WJ, Lockwood DNJ. Leprosy. *Lancet*. 2004;363(9416):1209–1219.
- Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al., editors. *Fitzpatrick's dermatology*. 9th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2019.
- Johnson KA, Bainbridge ED. Leprosy (Hansen disease). In: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW, editors. *Current medical diagnosis & treatment* 2025. New York: McGraw-Hill Education; 2025.
- Grijzen ML, Nguyen TH, Pinheiro RO, Singh P, Lambert SM, Walker SL, et al. Leprosy. *Nat Rev Dis Primers*. 2024;10(1):90.
- Huang CY, Su SB, Chen KT. An update of the diagnosis, treatment, and prevention of leprosy: a narrative review. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(34).
- World Health Organization. Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2018.
- Wahyuni LK, Nelfidayani N, Harini M, Anestherita F, Wardhani RK, Menaldi SL, et al. The International Classification of Functioning, Disability and Health to map leprosy-related disability in rural and remote areas in Indonesia. *PLoS Negl Trop Dis*. 2024;18(5).