

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kusta disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*, bakteri ini menular kepada manusia melalui kontak langsung dengan penderita (keduanya memiliki lesi mikroskopis maupun makroskopis, dan adanya kedekatan kontak lama dan berulang-ulang), dan melalui pernapasan. Tren penemuan kasus baru kusta dunia menurut WHO tahun 2006-2015 tidak banyak mengalami penurunan atau statis di angka 200.000 yaitu 265.661 kasus baru pada tahun 2006 menjadi 211.973 kasus baru pada tahun 2015. Kestabilan angka penemuan kasus baru mengindikasikan penularan kusta masih terjadi. Orang yang berisiko tinggi tertular kusta adalah orang yang memiliki riwayat kedekatan fisik dengan pasien kusta kurang lebih selama dua tahun. Tahun 1995, *multi drug treatment* (MDT) yang terdiri dari dapson, rifampisin dan clofazamin diimplementasikan sebagai upaya penanganan pasien kusta. Setelah MDT diimplementasikan angka prevalensi kusta turun 99%, prevalensi 22,1/10.000 penduduk pada tahun 1983 menjadi 0,2/10.000 penduduk pada tahun 2015. Data WHO dari 138 negara pada tahun 2015 tercatat 176.176 kasus kusta. Angka kasus baru kusta dunia tahun 2015 tercatat 211.973 (NCDR 2,9/100.000 penduduk), tahun 2014 tercatat 213.899 kasus baru, tahun 2013 tercatat 215.656 kasus baru. MDT adekuat dalam pengobatan pasien kusta tetapi tidak adekuat dalam pencegahan penularan dilihat dari angka kasus baru yang masih statis setelah MDT diimplementasikan. Upaya lain penanganan kusta adalah dengan kemoprofilaksis. WHO (2017) merekomendasikan pemberian rifampisin

dosis tunggal kepada kontak dekat pasien kusta sebagai terapi kemoprofilaksis. Pencegahan penularan kusta dengan kemoprofilaksis akan dibahas lebih lanjut.

Penelitian Cree & Smith (1998) dilakukan swab nasal pada anggota suatu komunitas, ditemukan bakteri *M.leprae* pada anggota tidak memiliki gejala kusta. Hal ini berhubungan dengan masa inkubasi kusta yang relatif lama, 5 – 20 tahun, orang yang terlihat tanpa gejala memiliki peluang menderita kusta subklinis dan berpotensi menularkan kepada kontak dekatnya sehingga penanganan pasien subklinis perlu dilakukan untuk mencegah perkembangan infeksi menjadi klinis dan mencegah penularan. Orang yang berpotensi menderita kusta subklinis adalah orang berisiko tinggi tertular kusta atau kontak dekat pasien kusta.

Moet et al. (2008) mendefinisikan kontak dekat pasien terbagi menjadi 2, memiliki kedekatan secara fisik maupun genetik. Kedekatan fisik seperti kontak serumah, tetangga, anggota komunitas (pernah tinggal bersama dalam satu ruangan minimal 5 jam sehari, lima hari dalam satu minggu). Kedekatan genetik seperti orang tua, anak, dan saudara.

Penelitian Gustam et al. (2017) tentang hubungan riwayat kontak terhadap kasus baru kusta menunjukkan bahwa orang yang pernah kontak dengan pasien kusta lebih dari 2 tahun berisiko 5,278 kali tertular kusta daripada mereka yang tidak. Sejalan dengan penelitian sebelumnya, penelitian Nurzila & Adriyani (2019) menunjukkan orang yang pernah kontak dengan pasien kusta selama kurang lebih dua tahun berisiko 6 kali tertular kusta. Kontak serumah, tetangga, anggota komunitas yang berinteraksi dengan pasien kusta kurang lebih selama dua tahun menjadi orang yang berisiko tinggi tertular kusta.

Kemoprofilaksis adalah salah satu upaya pencegahan dan pengendalian kusta, di Indonesia diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 11 tahun 2019 pasal 6 tentang Penanggulangan Kusta. Kemoprofilaksis adalah pemberian obat, termasuk antibiotik, untuk mencegah terjadinya infeksi atau perkembangan infeksi subklinis menjadi klinis (Palit & Kar, 2020). . Pemberian kemoprofilaksis pada kontak dekat pasien kusta dapat menurunkan angka kejadian kusta baru.

Penelitian Moet et al. (2008) menjadi latar belakang WHO merekomendasikan rifampisin dosis tunggal sebagai regimen kemoprofilaksis. Hasil penelitian yang dilakukan di Bangladesh pada 21.711 kontak dekat pasien kusta menunjukkan pemberian *single dose rifampicin* efektif 57% menurunkan angka kejadian kusta dua tahun pertama setelah implementasi dan 30% lima sampai enam tahun setelahnya. Setiap 1000 kontak yang mendapat rifampisin dosis tunggal, empat kasus dapat dicegah dalam 1-2 tahun setelah pemberian dan tiga kasus dapat dicegah setelah 5-6 tahun. Rifampisin berfungsi memblokir enzim RNA-polymerase sehingga replikasi bakteri *M.leprae* dapat terhambat. Efek perlindungan rifampisin dosis tunggal terjadi dalam dua tahun pertama dan tanpa efek tambahan setelah 4 dan 6 tahun namun dampak intervensi signifikan secara statistik setelah enam tahun. Pada daerah endemik kusta, diterapkan metode blanket, yaitu pemberian rifampisin dosis tunggal pada seluruh populasi di daerah endemik.

Beberapa penelitian pencegahan penularan kusta dengan kemoprofilaksis dilakukan peneliti lain dalam rentang tahun 2010-2020 dengan daerah dan populasi yang berbeda sehingga penulis merasa perlu dilakukan rangkuman literatur untuk

mengidentifikasi lebih lanjut pencegahan penularan kusta dengan kemoprofilaksis rifampisin dengan setting yang berbeda.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pencegahan penularan kusta dengan kemoprofilaksis?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan pencegahan penularan kusta dengan kemoprofilaksis

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis pencegahan penularan kusta dengan kemoprofilaksis