

**BAGIAN IKM & IKK
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**SKRIPSI
AGUSTUS 2013**

**FAKTOR- FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEPATUHAN
PENGOBATAN PADA PENDERITA KUSTA RAWAT INAP
DI RS Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR TAHUN 2013**



**Oleh :
Nasrul Hadi Akram
C111 08 300**

**PEMBIMBING :
DR. Dr. M. Tahir Abdullah, MSc, MSPH**

**DIBAWAKAN DALAM RANGKA TUGAS KEPANITERAAN KLINIK
BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT &
ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

2013

**BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT DAN ILMU
KEDOKTERAN KOMUNITAS FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

MAKASSAR

2013

Telah Disetujui Untuk Dicitak dan Diperbanyak

Judul Skripsi:

**“FAKTOR- FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEPATUHAN
PENGOBATAN PADA PENDERITA KUSTA RAWAT INAP
DI RS Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR TAHUN 2013”**

Makassar, 15 Agustus 2013

Pembimbing

DR. Dr. M. Tahir Abdullah, MSc, MSPH

**PANITIA SIDANG UJIAN FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

Skripsi dengan judul **Faktor- Faktor Yang Memengaruhi Kepatuhan Pengobatan Pada Penderita Kusta Rawat Inap Di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2013** telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar pada:

Hari/Tanggal : Jumat, 23 Agustus 2013

Waktu : 10.00 WITA

Tempat : Ruang Seminar IKM-IKK FKUH PB.622

Ketua Tim Penguji

Dr. dr. M. Tahir Abdullah, MSc, MSPH

Anggota Tim Penguji

Dr. dr. A. Armyun Nurdin, MSc

Dr. Muhammad Rum Rahim, M.Kes

Nasrul Hadi Akram, C 111 08 300

DR. Dr. M. Tahir Abdullah ,MSc, MSPH

**FAKTOR- FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEPATUHAN
PENGOBATAN PADA PENDERITA KUSTA RAWAT INAP DI RS. Dr.
TADJUDDIN CHALID MAKASSAR TAHUN 2013**
(+ 54 halaman + 4 Gambar + 16 Tabel + lampiran)

ABSTRAK

Latar Belakang : Sampai akhir tahun 2007, Sulawesi Selatan masih menjadi salah satu dari 14 provinsi di Indonesia yang angka prevalensinya di atas 1 per 10.000 penduduk. Pada tahun 2006, jumlah penderita kusta di Sulawesi Selatan mencapai 1. 650 orang, sedangkan yang dinyatakan RFT hanya sebesar 1.049 penderita (63,57 %). Salah satu penyebab yang dapat mempersulit tercapainya target eliminasi kusta, menurunnya jumlah kasus baru, dan peningkatan angka ketuntasan berobat yaitu ketidakpatuhan pengobatan pada penderita kusta. Ketidakpatuhan pasien dalam menjalani pengobatan dipengaruhi oleh berbagai macam faktor.

Metode : Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian dengan desain *cross sectional* yang bersifat analitik. Jumlah sampel sebanyak 50 sampel yang didapat dengan menggunakan rumus *Slovin*. Teknik pengambilan sampel diambil dengan *teknik consecutive sampling*. Data yang dikumpulkan kemudian diolah dengan menggunakan program SPSS 16, kemudian dilakukan analisis data menggunakan program yang sama.

Hasil : Dari 7 variabel yang diteliti, semuanya memiliki pengaruh terhadap kepatuhan pengobatan. Dengan nilai $p < 0,05$, yaitu variabel umur ($p = 0,0024$), jenis kelamin ($p = 0,0017$), pengetahuan ($p = 0,007$), peran keluarga ($p = 0,015$), peran petugas ($p = 0,007$), cacat kusta ($p = 0,005$), dan reaksi kusta ($p = 0,001$)

Kesimpulan : Faktor umur, jenis kelamin, pengetahuan, peran keluarga, peran petugas, cacat kusta, dan reaksi kusta memengaruhi kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013 dimana faktor reaksi kusta memiliki pengaruh yang paling dominan dibandingkan faktor lainnya.

Kata Kunci : kepatuhan pengobatan, penyakit kusta, penderita kusta.

Daftar Pustaka: 24 (2000-2011)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Alhamdulillahirabbil'alamin, segala puji hanya milik Allah SWT, Rabb semesta alam, satu-satunya zat yang patut dan berhak disembah, zat yang telah membentangkan ke semesta alam setitik dari ilmunya yang maha luas, atas segala limpahan karunia dan hidayah-Nya, atas Maha Rahman, Rahim dan 'Alim-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya.

Shalawat dan salam kepada junjungan dan suri tauladan terbaik manusia, Nabi Muhammad SAW, keluarga dan sahabat-sahabatnya yang telah mewariskan ajaran dan ilmu terbaik, universal dan menjadi jalan yang lurus bagi setiap yang mengikutinya.

Skripsi ini merupakan salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan profesi dokter (kepaniteraan klinik) di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Ada beberapa hambatan yang menambah warna-warni dalam penyelesaian skripsi ini, namun penulis dapat melaluinya dengan mengerahkan segenap pengetahuan dan kemampuan yang dimilikinya. Penulis begitu menyadari bahwa rampungnya skripsi ini tidak terlepas dari bantuan dan dukungan berbagai pihak. Dibalik hasil kerja keras ini, ada begitu banyak pihak yang telah meluangkan waktu dan tenaganya untuk berkontribusi dalam penyelesaian skripsi ini. Oleh karena itu, penulis menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada :

1. Dua sejoli, Aditia Akram dan Halifah, ayahanda dan ibundaku tercinta yang Allah SWT karuniakan untukku, yang telah mencurahkan segala rasa

kasih dan cintanya dan bahkan rela mengorbankan segenap hidupnya untuk anak-anaknya, sungguh penulis tak akan pernah mampu membalasnya, meski dengan apapun, hanya Allah SWT yang mampu membalasnya

2. Prof.Dr.dr. Idrus A. Paturusi, Sp.B.,Sp.BO(K) selaku Rektor Universitas Hasanuddin
3. Prof.dr. Irawan Yusuf, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
4. Dr.dr. H. A. Armyn Nurdin, M.Sc, selaku Ketua Bagian IKM & IKK Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
5. Dr.dr. Muhammad Tahir Abdullah, MSc, MSPH, selaku pembimbing yang telah mendampingi dan membimbing dengan sabar serta menyalurkan buah pikirannya dengan tulus hingga skripsi ini rampung
6. Para dosen/ guru/ staf pengajar yang telah mendidik dan membekali penulis dengan ilmu serta seluruh staf civitas akademika FK Unhas yang telah banyak membantu selama penulis menyelesaikan studi di bangku kuliah.
7. Gubernur Sulawesi Selatan c.q. Kepala BALITBANGDA Provinsi Sulawesi Selatan
8. dr. H. Kamal Ali Parengengi, M.Kes, selaku kepala Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid
9. Pegawai dan staf RS. Dr. Tadjuddin Chalid yang telah membantu pengambilan data penelitian

10. Semua keluarga yang tidak dapat disebutkan satu per satu, yang telah membantu melalui aliran doa-doanya
11. Teman-teman ‘seperjuangan skripsi’ : muti,ondeng, kiya, widya, rafli, zubi, wenger, dara, acil, dll, terima kasih telah menemani berjuang ‘mengejar’ pengujian demi ujian tepat waktu
12. Pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Akhirnya, penulis menyadari bahwa masih terselip banyak kekurangan dalam skripsi ini yang merupakan konsekuensi logis dari suatu proses pembelajaran. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang konstruktif demi penyempurnaan penelitian ini di masa mendatang.

Wassalam.

Makassar, Agustus 2013

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xii
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1.LatarBelakang.....	1
1.2.RumusanMasalah	3
1.3. TujuanPenelitian	
1.3.1. Tujuan Umum.....	4
1.3.2. Tujuan Khusus.....	4
1.4. ManfaatPenelitian	
1.4.1. Manfaat Praktis	5
1.4.2. Manfaat Ilmiah.....	5
1.4.3. Manfaat Bagi Peneliti.....	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1.Tinjauan Umum tentangPenyakit Kusta.....	6
2.1.1. Defenisi.....	6
2.1.2. Epidemiologi.....	6
2.1.3. Etiologi.....	7
2.1.4. Cara Penularan.....	7
2.1.5. Manifestasi Klinis.....	8
2.1.6. Klasifikasi Kusta.....	8
2.1.7. Diagnosa dan Pemeriksaan Kusta.....	9
2.1.8. Pengobatan Kusta.....	10
2.2. Tinjauan Kepatuhan Pengobatan.....	11
2.2.1. Defenisi.....	11
2.2.2. Konsep Motivasi.....	12
2.2.3. Faktor yang Memengaruhi KepatuhanPengobatan ..	13

BAB III. KERANGKA KONSEPTUAL

3.1	Dasar Pemikiran Variabel Penelitian.....	17
3.2.	Gambaran Hubungan Variabel Yang Diteliti.....	17
3.2.1.	Variabel Independen.....	17
3.2.2.	Variabel Dependen.....	18
3.3.	Definis Operasional dan Kriteria Objektif.....	18
3.3.1.	Variabel Independen.....	18
3.3.2.	Variabel Dependen.....	20
3.4.	Hipotesis Penelitian.....	20

BAB IV. METODE PENELITIAN

4.1.	Jenis Penelitian.....	22
4.2.	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	22
4.2.1.	Lokasi Penelitian.....	22
4.2.2.	Waktu Penelitian.....	22
4.3.	Populasi dan Sampel Penelitian.....	22
4.3.1.	Populasi.....	22
4.3.2.	Sampel.....	22
4.4.	Kriteria Seleksi.....	23
4.4.1.	Kriteria Inklusi.....	23
4.4.2.	Kriteria Eksklusi.....	23
4.5.	Jenis Data dan Instrumen Penelitian.....	23
4.5.1	Jenis Data.....	23
4.5.2.	Instrumen Data.....	23
4.6.	Manajemen Penelitian.....	23
4.6.1.	Pengumpulan Data.....	23
4.6.2.	Teknik Pengolahan Data.....	23
4.6.3.	Analisis Data.....	24
4.7.	Etika Penelitian.....	24
4.8.	Alur Penelitian.....	25

BAB V. HASIL PENELITIAN

5.1.	Hasil Penelitian.....	26
5.2.	Analisa Univariat.....	26
	5.2.1. Distribusi responden berdasarkan umur.....	26
	5.2.2. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin.....	27
	5.2.3. Distribusi responden berdasarkan pengetahuan.....	27
	5.2.4. Distribusi responden berdasarkan peran keluarga.....	27
	5.2.5. Distribusi responden berdasarkan peran petugas.....	28
	5.2.6. Distribusi responden berdasarkan cacat kusta.....	28
	5.2.7. Distribusi responden berdasarkan reaksi kusta.....	29
	5.2.8. Distribusi responden berdasarkan kepatuhan.....	29
5.3	Analisa Bivariat.....	29
	5.3.1. Hubungan umur dengan kepatuhan berobat.....	30
	5.3.2. Hubungan jenis kelamin dengan kepatuhan berobat...	30
	5.3.3. Hubungan pengetahuan dengan kepatuhan berobat...	31
	5.3.4. Hubungan peran keluarga dengan kepatuhan berobat..	31
	5.3.5. Hubungan peran petugas dengan kepatuhan berobat..	32
	5.3.6. Hubungan cacat kusta dengan kepatuhan berobat.....	33
	5.3.7. Hubungan reaksi kusta dengan kepatuhan berobat...	33
	5.3.8. <i>Resume</i> nilai variabel bebas yang diteliti terhadap kepatuhan pengobatan.....	34

BAB VI. PEMBAHASAN

6.1.	Faktor Umur.....	35
6.2.	Faktor Jenis Kelamin.....	35
6.3.	Faktor Pengetahuan.....	35
6.4.	Faktor Peran Keluarga.....	36
6.5.	Faktor Peran Petugas.....	37
6.6.	Faktor Cacat Kusta.....	37
6.7.	Faktor Reaksi Kusta.....	38

BAB VII. KESIMPULAN DAN SARAN

7.1.	Kesimpulan.....	39
7.2.	Saran.....	39

DAFTAR PUSTAKA.....	40
----------------------------	-----------

LAMPIRAN



DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Mikroskopik <i>Mycobacterium leprae</i>	7
2. Bercak eritemaous pada daerah paha.....	9
3. Skema kerangka konsep.....	18
4. Skema alur penelitian... ..	25

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.....	26
5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.....	27
5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.....	27
5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Peran Keluarga di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.....	28
5.5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Peran Petugas di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.....	28
5.6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Cacat Kusta di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.....	28
5.7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Reaksi Kusta di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.....	29
5.8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kepatuhan Berobat di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.....	29
5.9. Distribusi responden menurut umur dan kepatuhan pengobatan di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.....	30
5.10. Distribusi responden menurut umur dan kepatuhan pengobatan di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.....	30
5.11. Distribusi responden menurut pengetahuan dan kepatuhan pengobatan di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.....	32
5.12 Distribusi responden menurut peran keluarga dan kepatuhan pengobatan di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.....	32
5.13. Distribusi responden menurut peran petugas dan kepatuhan pengobatan di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.....	33
5.14. Distribusi responden cacat kusta dan kepatuhan pengobatan di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.....	33
5.15. Distribusi responden reaksi kusta dan kepatuhan pengobatan di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.....	33
5.16. Resume nilai p variabel bebas yang diteliti terhadap kepatuhan Pengobatan.....	34

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit kusta hingga kini masih menjadi ancaman pada sebagian masyarakat dunia. Penyakit menular ini banyak ditemui di Afrika, Asia, dan Amerika Selatan. Jumlah penderita kusta di dunia pada saat ini diperkirakan 15 juta orang lebih, kebanyakan berasal dari daerah tropis.¹

Berdasarkan laporan *WHO* tahun 2005 prevalensi kusta di dunia tertinggi terdapat di India, disusul Brazil, dan Indonesia. Secara nasional Indonesia telah mencapai eliminasi kusta sejak Juni 2000. Namun, untuk tingkat provinsi dan kabupaten sampai akhir tahun 2007 masih ada 14 provinsi dan 155 kabupaten yang angka prevalensinya di atas 1 per 10.000 penduduk.

Berbagai usaha telah dilakukan oleh pemerintah seperti mengadakan program *Leprosy Elimination Campaign* (LEC), disamping itu terdapat juga program pengobatan gratis, namun ternyata masalah fobia terhadap kusta masih tinggi di Indonesia.³

Salah satu faktor yang dianggap sebagai penyebab utama adalah karena penyakit kusta menimbulkan masalah yang sangat kompleks, mulai dari aspek medis, sosial, ekonomi, budaya, dan ketahanan sosial. Oleh karena itu, tidak mengherankan jika penyakit tersebut pada akhirnya akan menimbulkan keresahan yang sangat mendalam, tidak hanya pada penderita kusta tetapi juga pada keluarganya serta masyarakat di sekitarnya.³

Kenyataan seperti ini didukung dari hasil survei yang dilakukan di provinsi Jawa Barat, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan telah ditemukan adanya pemahaman yang salah tentang penyakit kusta. Misalnya, penyakit kusta dianggap sebagai penyakit akibat guna-guna, kutukan Tuhan, dan tidak dapat disembuhkan. Akibat rasa takut yang berlebihan dan stigma negatif terhadap penyakit kusta, ada kecenderungan kuat untuk mengisolasi penderita kusta. Dampak perlakuan semacam itu menyebabkan penderita kusta menutup-nutupi penyakit yang sesungguhnya diderita dan tidak mau berobat ke fasilitas kesehatan.^{3,4}

Sulawesi Selatan merupakan salah satu provinsi di Indonesia dengan populasi penduduk tinggi dimana penyakit kusta masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan, pada tahun 2004, penderita kusta yang terdaftar sebanyak 1.568 penderita dan yang dinyatakan *Release From Treatment* (RFT) sebanyak 1.128 penderita (71 %). Pada tahun 2005, penderita kusta yang terdaftar sebanyak 1.086 penderita dengan yang dinyatakan RFT sebanyak 303 penderita (27,9 %). Pada tahun 2006, jumlah penderita kusta di Sulawesi Selatan masih tetap tinggi yaitu mencapai 1.650 orang, dan yang dinyatakan RFT sebesar 1.049 penderita (63,57 %). Data ini menunjukkan bahwa angka ketuntasan pasien kusta dalam berobat mengalami pasang surut dan belum mencapai target yang ditetapkan.⁵

Berdasarkan data yang diperoleh dari Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid, jumlah pasien masuk pada bulan Februari berjumlah 73 orang, sedangkan pada bulan Maret berjumlah 70 orang, dan pada bulan April sebesar 85 orang. Hal tersebut menunjukkan terjadi peningkatan kasus penderita kusta.⁵

Salah satu faktor yang dapat mempersulit tercapainya target eliminasi kusta, menurunnya jumlah kasus baru, dan peningkatan angka ketuntasan berobat yaitu faktor ketidakpatuhan pengobatan pada penderita kusta. Menurut Hardyanto (2005), pengobatan yang adekuat dan teratur minum obat akan mengurangi tingkat infeksi penderita yang menular, dan ketidakteraturan minum obat pada penderita kusta akan berakibat buruk karena akan menimbulkan resistensi.⁶

Dalam penelitian Harjo (2000) di Kabupaten Majalengka ketidakteraturan berobat penderita kusta sebesar 32,31% dan teratur berobat hanya sebesar 67,69%. Dari jumlah responden yang diteliti sebanyak 208 penderita kusta, terlihat ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan, peran petugas kesehatan, dan ketersediaan obat di puskesmas terhadap ketidakteraturan berobat penderita kusta. Demikian halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Masduki (1993) di Kabupaten Kuningan bahwa 83,5 % responden ternyata patuh berobat, dan 16,56% tidak patuh berobat. Ada hubungan faktor pendidikan, jenis kelamin, dan pengetahuan mengenai penyakit kusta terhadap kepatuhan berobat.⁷

Skinner dalam Notoatmodjo (2005) menyatakan determinan perilaku terdiri

dari faktor internal yakni karakteristik orang yang bersangkutan seperti umur, jenis kelamin, tingkat kecerdasan, tingkat emosional, dan faktor eksternal yakni lingkungan baik lingkungan fisik, sosial budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Berdasarkan teori diatas bahwa angka kepatuhan pada penderita kusta yang minum obat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor internal seperti umur, jenis kelamin, dan tingkat pengetahuan, serta faktor eksternal seperti peran keluarga, peran petugas, cacat kusta, dan reaksi kusta.^{7,8}

Berangkat dari konsep dasar segitiga epidemiologi yang menyatakan bahwa masalah kesehatan seperti ketidakpatuhan dalam pengobatan timbul apabila terjadi ketidakseimbangan antara faktor *Host*, *Agent*, dan *Environment*.⁸

Faktor yang melibatkan *Host* merupakan karakteristik dari penderita antara lain faktor umur, jenis kelamin, dan tingkat pengetahuan. Sedangkan faktor yang melibatkan *Agent* berupa perjalanan penyakit kusta berupa akut, kronik, atau relaps, reaksi kusta, dan cacat kusta. Adapun faktor yang melibatkan *Environment* berupa dukungan keluarga dan petugas kesehatan.

Berdasarkan fenomena permasalahan yang diungkapkan di atas, maka penulis merasa perlu untuk meneliti faktor- faktor apa saja yang berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang pemikiran di atas, maka rumusan masalah yang ingin diangkat oleh penulis adalah :

1. Adakah pengaruh faktor umur terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.
2. Adakah pengaruh faktor jenis kelamin terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.
3. Adakah pengaruh faktor tingkat pengetahuan terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.

4. Adakah pengaruh faktor peran keluarga terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.
5. Adakah pengaruh faktor peran petugas kesehatan terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.
6. Adakah pengaruh faktor cacat kusta terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.
7. Adakah pengaruh faktor reaksi kusta terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor- faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Untuk mengetahui adanya pengaruh faktor umur terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.
2. Untuk mengetahui adanya pengaruh faktor jenis kelamin terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.
3. Untuk mengetahui adanya pengaruh faktor tingkat pengetahuan terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.
4. Untuk mengetahui adanya pengaruh faktor peran keluarga terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.

5. Untuk mengetahui adanya pengaruh faktor peran petugas kesehatan terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.
6. Untuk mengetahui adanya pengaruh faktor cacat kusta terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.
7. Untuk mengetahui adanya pengaruh faktor reaksi kusta terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita kusta rawat inap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2013.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan bagi instansi yang berwenang agar dapat membantu meningkatkan kepatuhan pengobatan penderita kusta.

1.4.2. Manfaat Ilmiah

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan ilmu pengetahuan khususnya di bidang kedokteran.
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dan bahan acuan bagi peneliti lain selanjutnya.

1.4.3. Manfaat bagi Peneliti

Sebagai aplikasi ilmu dan pengalaman berharga serta dapat menambah wawasan ilmiah dan pengetahuan penulis tentang pendidikan kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Umum tentang Penyakit Kusta

2.1.1. Defenisi

Kusta merupakan penyakit infeksi kronik yang disebabkan oleh *Mycobacterium*. Saraf perifer merupakan afinitas pertama bakteri ini, lalu kulit, dan mukosa traktus respiratorius bagian atas, kemudian dapat ke organ lain kecuali susunan saraf pusat. Penyakit ini dikenal pula dengan sebutan Lepra atau Morbus Hansen.^{1,2}

2.1.2. Epidemiologi

Secara deskriptif, epidemiologi penyakit kusta digambarkan menurut tempat, waktu, umur, dan jenis kelamin. Gambaran epidemiologis penyakit kusta yaitu²:

1. Distribusi menurut tempat

Penyakit kusta tersebar di dunia dengan endemisitas berbeda. Dari 122 negara endemis tahun 1985, 98 negara telah mencapai eliminasi kusta dengan angka prevalensi < 1/10.000 penduduk. Faktor yang dapat berperan dalam penyebaran kusta yaitu iklim tempat yang panas dan lembab.

2. Distribusi menurut waktu

Sejak tahun 2002, secara global terjadi penurunan penemuan kasus baru, tetapi terdapat peningkatan kasus baru di beberapa negara seperti Republik Demokrasi Kongo, Filipina, dan Indonesia. Selama tahun 2005 sebanyak 17 negara melaporkan 1.000 atau lebih kasus baru. Pada tahun yang sama, Indonesia menempati urutan ketiga dalam jumlah kasus baru setelah Brazil dan India.

3. Distribusi menurut umur

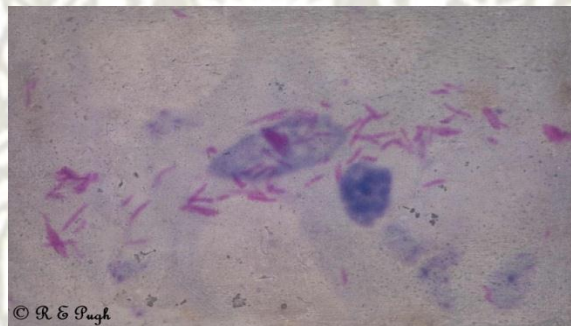
Kusta diketahui dapat terjadi pada semua umur (3 minggu- 70 tahun), terbanyak pada usia muda dan produktif. Angka kejadian kusta meningkat sesuai umur dengan puncak pada umur 20- 30 tahun. Di Indonesia penderita kusta anak-anak dibawah 14 tahun sebanyak 13% tetapi anak dibawah 1 tahun jarang ditemukan.

4. Distribusi menurut jenis kelamin

Penyakit kusta dapat mengenai laki- laki maupun perempuan. Insidens pada laki- laki lebih banyak daripada wanita dengan perbandingan 2:1 . Menurut laporan WHO tahun 2001 di Brazil, insidens pada wanita meningkat lebih banyak sejak wanita mulai bekerja di luar rumah. Di Indonesia insidens laki- laki lebih tinggi pada usia 15- 19 tahun, sebaliknya pada wanita menurun pada rentang usia tersebut. Seperti penyakit menular lainnya, laki- laki lebih banyak terpapar dengan faktor resiko sebagai gaya hidupnya.

2.1.3. Etiologi

Penyebab penyakit ini adalah *Mycobacterium leprae*. Secara morfologi *M.leprae* berbentuk plamorf lurus, sisi paralel dengan kedua ujung bulat, ukuran 0,3-0,5x 1-8 mikron. *M.leprae* merupakan parasit obligat intraseluler yang terutama terdapat pada sel makrofag disekitar pembuluh darah superfisial pada dermis atau sel *Schwann* di jaringan saraf. Sel *Schwann* merupakan sel target untuk pertumbuhan *M.leprae*.⁹



Gambar 1. Mikroskopik *Mycobacterium leprae* (dikutip dari kepustakaan no.9)

2.1.4. Cara Penularan

Belum diketahui secara pasti bagaimana cara penularan penyakit kusta. Secara teoritis penularan ini dapat terjadi dengan cara kontak yang erat dan lama dengan penderita. Teori lain mengatakan secara inhalasi, sebab *M. leprae* masih dapat hidup beberapa hari dalam droplet. Kuman mencapai permukaan kulit melalui folikel rambut, kelenjar keringat, dan diduga juga melalui air susu ibu.^{9,10}

2.1.5. Manifestasi Klinis

Umumnya gejala dan tanda dari penyakit ini kelainan kulit dimulai dari bercak putih bersisik halus pada bagian tubuh, tidak gatal, namun semakin lama semakin membesar dan meluas. Jika saraf sudah kena, penderita mengeluh kesemutan pada bagian tertentu ataupun susah menggerakkan anggota badan yang berlanjut dengan kekakuan sendi.^{10,11}

Pada stadium awal, umumnya pasien tidak merasa terganggu, hanya terdapat keluhan berupa bercak putih atau eritema pada kulit. Bercak tersebut tidak gatal dan tidak sakit.

Sedangkan manifestasi klinis pada stadium lanjut dapat terjadi pada mata berupa lagophthalmus, pada tangan dan kaki berupa anestesi, jari- jari kiting, lunglai, atau putus.¹¹

2.1.6. Klasifikasi Kusta

Terdapat berbagai klasifikasi penyakit kusta sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan. Mulai dari klasifikasi Pre Manila, Manila, Madrid, Ridley & Jopling serta klasifikasi menurut WHO. Sampai saat ini untuk klasifikasi yang dipakai pada penelitian terbanyak adalah klasifikasi Ridley & Jopling. Klasifikasi ini berdasarkan gambaran klinis, bakteriologis, histopatologis, dan mempunyai korelasi dengan tingkat imunologis. Klasifikasi ini membagi penyakit kusta dalam 5 tipe, yaitu^{10,11}:

1. Tipe tuberkuloid (TT)
2. Tipe borderline tuberkuloid (BT)
3. Tipe borderline (BB)
4. Tipe borderline lepromatous (BL)
5. Tipe lepromatous (LL)

Dalam pemakaian obat kombinasi (*Multi Drug Treatment*) untuk pemberantasan penyakit kusta dan agar lebih praktis pengobatan di lapangan, maka WHO mengelompokkan penyakit kusta atas dua kelompok, yaitu^{8,9}:

1. Tipe Paucibacillary (PB) terdiri atas tipe indeterminate (I), tuberkuloid (TT), borderline tuberkuloid (BT) dengan hasil pemeriksaan basil tahan asam (BTA) negatif.

2. Tipe Multibacillary (MB) terdiri atas tipe borderline (BB), borderline lepromatous (BL), lepromatous (LL). Semua kasus tipe apapun dengan hasil pemeriksaan BTA positif.

2.1.7. Diagnosa dan Pemeriksaan Kusta

Diagnosis penyakit kusta hanya dapat didasarkan pada penemuan *cardinal sign* (gejala-gejala utama) yaitu ^{2,12}:

1. Lesi kulit yang mati rasa

Kelainan kulit dapat berbentuk bercak hipopigmentasi atau eritematous. Mati rasa dapat bersifat kurang rasa (hipestesi) atau tidak merasa sama sekali (anestesi).



Gambar 2. Bercak eritematous pada daerah paha (dikutip dari kepustakaan no.9)

2. Penebalan saraf yang nyata disertai gangguan fungsi saraf

Hal ini diakibatkan dari peradangan saraf tepi (neuritis perifer). Neuritis kusta dapat atau tanpa disertai dengan gangguan fungsi saraf, yaitu:

- a. Gangguan fungsi sensoris: anestesi/ hipestesi
- b. Gangguan fungsi motoris: parese atau plegia
- c. Gangguan fungsi otonom: kulit kering dan retak

Neuritis pada kusta dapat disertai nyeri, namun kadang-kadang tidak (silent neuritis).

3. Basil Tahan Asam (BTA) positif

Bahan pemeriksaan BTA diambil dari kerokan kulit (*skin smear*) yang berasal dari cuping telinga dan bagian aktif (tepi) suatu lesi kulit.

Untuk mendiagnosis penyakit kusta pada seseorang, paling sedikit diperlukan satu *cardinal sign*. Tanpa menemukan satu *cardinal sign*, kita hanya boleh mendiagnosis penyakit penderita sebagai tersangka (suspek) kusta.

Penderita perlu diamati dan diperiksa ulang setelah 3- 6 bulan sampai diagnosis kusta dapat ditegakkan atau disingkirkan.

2.1.8. Pengobatan Kusta

Tujuan utama program pemberantasan penyakit kusta adalah memutuskan rantai penularan untuk menurunkan insidensi penyakit, mengobati, dan menyembuhkan penderita serta mencegah timbulnya cacat.

Berdasarkan klasifikasi WHO, maka pengobatan penyakit kusta dengan MDT adalah sebagai berikut ^{9,12}:

1. Paucibacillary (PB)

Pengobatan untuk kusta tipe PB yaitu DDS 100 mg/ hari yang diminum di rumah dan Rifampicin 600 mg/ bulan yang diminum di depan petugas. Lamanya pengobatan yaitu 6 bulan dan maksimal sekitar 9 bulan.

Penderita yang tidak cocok dengan DDS dapat diganti dengan Clofazimine. Penderita yang telah mendapat 6 dosis MDT atau maksimal 9 bulan (1 dosis = 1 blister DDS untuk 28 hari atau 1 Rifampicin 600 mg/ bulan) dapat langsung dinyatakan RFT (*Release From Treatment*), asal tidak timbul lesi baru atau lesi semula melebar.

Penderita yang telah dinyatakan RFT dikeluarkan dari daftar pengobatan dan dimasukkan dalam kelompok pengamatan (*Surveillance*). Pemeriksaan ulangan untuk pengamatan hanya dilakukan 1x setahun selama 2 tahun. Bila penderita yang telah dinyatakan RFT ternyata timbul lesi baru atau perluasan lesi lama, maka penderita tersebut dianggap relaps (kambuh) dan diklasifikasikan kembali menjadi penderita MB. Pengobatan MDT diulangi dengan rejimen MB.

Bila setelah 2 tahun berturut- turut tidak timbul gejala aktif atau tidak datang memeriksakan diri, maka penderita dinyatakan RFC (*Release From Control*) atau sembuh.

2. Multibacillary (MB)

Pengobatan kusta tipe MB adalah DDS 100 mg/hari yang diminum di rumah, Rifampicin 600 mg/ bulan yang diminum di depan petugas, lalu ditambah Clofazimine (Lampren) 50 mg/ hari yang diminum di rumah dan 300mg/ bulan yang diminum di depan petugas. Lama pengobatan untuk tipe ini adalah 12- 18 bulan.

Bila ada kontraindikasi dapat diberikan kombinasi 600 mg Rifampicin, 400 mg Ofloxacin, dan 100 mg Minocycline selama 24 bulan. Penderita MB yang telah mendapat MDT 12 dosis dalam waktu 24 bulan atau maksimum 18 bulan dan BTA negatif (pemeriksaan tiap bulan) dapat dinyatakan RFT. Bila masih BTA positif, pengobatan diteruskan sampai BTA negatif (pemeriksaan tiap 6 bulan).

Penderita yang tidak cocok dengan Rifampicin dapat diberikan Clofazimin 50 mg tiap hari, 400 mg Ofloxacin, dan 100 mg Minocyclin selama 6 bulan. Kemudian dilanjutkan dengan Clofazimin 50 mg, Minocyclin 100 mg, atau 400 mg Ofloxacin selama kurang lebih 18 bulan.

Pemeriksaan dilakukan 1 kali setahun selama 5 tahun untuk pemeriksaan klinis dan bakteriologis. Bila setelah 5 tahun tidak timbul lesi baru atau perluasan lesi lama dan tidak menunjukkan lesi aktif, maka penderita dapat dinyatakan RFT (sembuh).

Pengobatan kusta harus dilakukan sejak dini dan secara teratur. Bila pengobatan tidak dilakukan sesuai rejimen yang ada, terlebih bila penderita kusta mengalami gagal berobat, maka komplikasi yang paling ditakuti oleh penderita yaitu terjadinya kecacatan fisik.¹²

2.2. Tinjauan Kepatuhan Pengobatan

2.2.1. Defenisi

Kepatuhan adalah perilaku yang sesuai dengan aturan dan berdisiplin atau melaksanakan suatu cara dan perilaku yang disarankan oleh orang lain. Sarafino (1990) mendefenisikan kepatuhan penderita terhadap pengobatan lanjutan sebagai ketaatan penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau petugas sesuai waktu yang ditentukan. Kepatuhan berobat adalah perilaku individu penderita untuk meminum obat secara teratur sesuai dengan petunjuk petugas kesehatan dan merubah kebiasaan- kebiasaan yang dapat merugikan dirinya sendiri dan masyarakat luas.^{13,14}

Terdapat beberapa cara untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan, antara lain¹³:

1. Memberikan informasi kepada pasien akan manfaat dan pentingnya kepatuhan untuk mencapai keberhasilan pengobatan.
2. Mengingatkan pasien untuk melakukan segala sesuatu yang harus dilakukan demi keberhasilan pengobatan melalui telepon atau alat komunikasi lain.
3. Memberikan keyakinan kepada pasien akan efektivitas obat dalam penyembuhan.
4. Memberikan informasi resiko ketidakpatuhan.
5. Memberikan layanan kefarmasian dengan observasi langsung, mengunjungi rumah pasien dan memberikan konsultasi kesehatan.
6. Adanya dukungan dari pihak keluarga, teman dan orang-orang sekitarnya untuk selalu mengingatkan pasien, agar teratur minum obat demi keberhasilan pengobatan.

2.2.2. Konsep Motivasi

Menurut Mc Donal, motivasi dapat dikatakan sebagai daya penggerak dari dalam dan di dalam subjek untuk melakukan aktivitas- aktivitas tertentu demi mencapai suatu tujuan tertentu.¹⁴

Sedangkan menurut G.R. Terry mengemukakan bahwa motivasi adalah keinginan yang terdapat pada diri seseorang individu yang merangsangnya untuk melakukan tindakan- tindakan. Motivasi itu tampak sebagai usaha positif dalam menggerakkan, mengerahkan, dan mengarahkan daya serta potensi tenaga kerja, agar secara produktif berhasil mencapai tujuan yang ditetapkan sebelumnya.

Dengan kata lain, motivasi dapat menjadikan individu taat dan patuh. Motivasi untuk sembuh dan terhindar dari kecacatan akan meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatan.

2.2.3. Faktor yang Memengaruhi Kepatuhan Pengobatan

Berdasarkan teori Skinner dalam Notoatmodjo (2005) bahwa kepatuhan penderita kusta dalam berobat merupakan tindakan nyata dalam bentuk kegiatan yang dapat dipengaruhi oleh faktor internal maupun eksternal. Faktor internal meliputi umur, jenis kelamin, dan pengetahuan sedangkan faktor eksternal antara lain peran keluarga, peran petugas, cacat kusta, dan reaksi kusta.

Dalam mengidentifikasi faktor- faktor yang dapat memengaruhi kepatuhan pengobatan pada penderita kusta ataupun masalah kesehatan lainnya, kita dapat menggunakan konsep dasar segitiga epidemiologi. Segitiga epidemiologi merupakan interaksi antara *Host* (penjamu), *Agent* (penyebab), dan *Environment* (lingkungan). Masalah kesehatan seperti ketidakpatuhan dalam pengobatan timbul apabila terjadi ketidakseimbangan antara *Host*, *Agent*, dan *Environment*.¹⁵

Faktor yang melibatkan *Host* merupakan karakteristik dari penderita dikarenakan keadaan manusia yang sedemikian rupa sehingga menjadi faktor resiko timbulnya masalah kesehatan antara lain faktor umur, jenis kelamin, dan tingkat pengetahuan. Sedangkan faktor yang melibatkan *Agent* yaitu karakteristik dari penyakit kusta berupa perjalanan penyakit kusta, reaksi kusta, dan cacat kusta. Adapun faktor yang melibatkan *Environment* yaitu faktor yang datangnya dari luar (ekstrinsik) berupa dukungan keluarga dan petugas kesehatan.

Berikut penjelasan dari faktor- faktor yang melibatkan *Host*, *Agent*, dan *Environment* dengan kepatuhan pengobatan penderita kusta.

1. Umur

Menurut La Greca dalam Smet (1994) anak-anak mempunyai tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan dengan remaja, meskipun anak- anak mendapatkan informasi yang kurang. Untuk penderita lanjut usia kepatuhan minum obat dapat dipengaruhi oleh daya ingat yang berkurang, ditambah lagi apabila penderita lanjut usia tinggal sendiri. Menurut Taylor dalam Smet (1994), orang tua cenderung patuh minum obat karena mengikuti semua anjuran dokter.¹⁶

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin dapat memengaruhi penderita untuk patuh minum obat. Penderita wanita biasanya akan lebih patuh untuk minum obat karena sesuai dengan kodrat wanita yang ingin tampak cantik dan tidak ingin cacat pada tubuhnya, sehingga dalam penanggulangan penyakit kusta akan lebih patuh minum obat dibandingkan dengan laki-laki. Menurut Smet (1994) di Amerika Serikat kaum wanita cenderung mengikuti anjuran dokter, termasuk anjuran minum obat demi kesembuhannya.¹⁶

3. Tingkat pengetahuan

Defenisi pengetahuan menurut Notoatmodjo (2007) adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Teori L.W. Green dalam Notoatmojo (2007), menyatakan bahwa pengetahuan merupakan faktor awal dari suatu perilaku yang diharapkan dan pada umumnya berkorelasi positif dengan perilaku.¹⁷

Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Apabila penderita kusta memiliki pengetahuan yang baik diharapkan akan mampu mengimplementasikannya di dalam kehidupannya sehari-hari maka diharapkan angka kesembuhan pada penderita kusta meningkat. Rendahnya pengetahuan tentang kusta dan masih kuatnya stigma terhadap penyakit kusta sangat berpengaruh terhadap ketaatan penderita untuk minum obat.^{17,18}

4. Faktor dukungan keluarga

Keluarga sebagai lembaga sosial mempunyai beberapa fungsi seperti fungsi sosial, yang ditunjukkan dengan adanya pembentukan kerabat, keturunan dan hubungan sosial melalui keluarga dan fungsi proses pendidikan termasuk di dalamnya penanaman nilai dan ideologi kepada anggota keluarga. Oleh karena itu penanganan yang baik terhadap persoalan-persoalan keluarga akan memberikan kontribusi yang positif bagi upaya kesehatan para anggotanya.^{19,20}

Orang-orang yang mendapat perhatian dan pertolongan dari keluarganya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis, karenanya peranan keluarga

sangat besar bagi penderita dalam mendukung perilaku sesuai anjuran pelayanan kesehatan.

5. Faktor dukungan petugas kesehatan

Pelayanan yang baik dari petugas kesehatan dapat menyebabkan pasien berperilaku positif. Perilaku petugas yang ramah dan segera mengobati pasien, membuat penderita merasa dihargai datang ke puskesmas, penderita diberi penjelasan tentang obat yang diberikan dan pentingnya makan obat yang teratur. Kebanyakan orang jarang ke tenaga kesehatan, karena hampir semua orang mempunyai keluhan yang menakutkan tentang kunjungan pada pusat pelayanan kesehatan.²⁰

Menurut Zulaicha dalam Smet (1994) di Indonesia kualitas interaksi antara petugas kesehatan terutama dokter dan penderita berbeda-beda berdasarkan tingkat pendidikannya, karena si petugas harus memberikan informasi dengan kalimat atau kata-kata sesuai dengan tingkat pendidikan pasiennya.^{16,20}

Penderita sering terputus pengobatannya karena keterbatasan obat di puskesmas, pelayanan puskesmas yang buruk, dan tidak ada petugas di puskesmas ketika datang mengambil obat.^{20,22}

Dukungan dari petugas sangatlah penting bagi penderita sebab petugas adalah pengelola penderita yang paling sering berinteraksi sehingga pemahaman terhadap kondisi fisik maupun psikis menjadi lebih baik. Melalui proses interaksi yang intens akan meningkatkan rasa percaya dan menerima kehadiran petugas bagi dirinya. Apabila hal ini sudah tumbuh dalam diri penderita, maka anjuran dan motivasi yang akan diberikan akan meningkatkan kepatuhan penderita dalam berobat.^{20,21}

6. Cacat Kusta

Cacat kusta terjadi akibat gangguan saraf pada mata, tangan, dan kaki. WHO membagi tingkat cacat kusta sebagai berikut: Jika mata, tangan, atau kaki tetap utuh maka dinyatakan tingkat cacat 0. Jika ada cacat pada mata, tangan, atau kaki akibat kerusakan saraf tetapi cacat itu tidak kelihatan seperti ada anestesi atau kelemahan otot maka dinyatakan tingkat cacat 1 dan kalau ada cacat akibat kerusakan saraf dan cacat itu kelihatan seperti ulkus dan jari kontraktur dinyatakan tingkat cacat 2.^{9,10}

7. Reaksi Kusta

Reaksi kusta adalah suatu episode akut dalam perjalanan kronis penyakit kusta yang merupakan suatu reaksi kekebalan (respon seluler) atau reaksi antigen-antibodi (respon humoral). Reaksi ini dapat terjadi pada penderita sebelum mendapatkan pengobatan, pada saat pengobatan, maupun sesudah pengobatan, namun sering terjadi pada 6 bulan sampai setahun sesudah mulai pengobatan. Reaksi kusta bukan akibat efek samping obat MDR, tetapi merupakan respon tubuh terhadap penyakit kusta. Jenis reaksi kusta menurut proses terjadinya dibedakan atas 2 tipe yaitu reaksi tipe I dan II.^{9,10}

Gejala reaksi tipe I adalah perubahan bercak kulit, nyeri tekan pada saraf tepi, kadang ada gangguan keadaan umum, dan gejala reaksi tipe II adalah nodul yang nyeri tekan dan ada yang sampai pecah, dan gangguan fungsi saraf tepi, dan bisa terjadi komplikasi pada organ tubuh. Reaksi tipe I terjadi pada penderita PB dan MB pada 6 bulan pertama pengobatan dan dapat berlangsung selama 6–12 minggu. Pada reaksi tipe II terjadi pada penderita MB, biasanya berlangsung selama 3 minggu, kadang timbul berulang dan berlangsung lebih lama.

