

**SKRIPSI**  
**2020**

**KARAKTERISTIK PASIEN KUSTA RAWAT JALAN POLIKLINIK  
KULIT DAN KELAMIN RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO  
MAKASSAR PERIODE 1 JANUARI 2018 – 31 DESEMBER 2019**



**ADRIAN HOSEA**

**C011171585**

**PEMBIMBING :**

**Dr. dr. Siswanto Wahab, Sp. KK(K), FINSDV, FAADV**

**DISUSUN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK  
MENYELESAIKAN STUDI PADA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN  
DOKTER**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2020**



**KARAKTERISTIK PASIEN KUSTA RAWAT JALAN POLIKLINIK  
KULIT DAN KELAMIN RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO  
MAKASSAR PERIODE 1 JANUARI 2018 – 31 DESEMBER 2019**

Diajukan kepada Universitas Hasanuddin  
Sebagai Salah Satu Syarat Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran

**Adrian Hosea**

**C011171585**

PEMBIMBING :

**Dr. dr. Siswanto Wahab, Sp. KK(K), FINSDV, FAADV**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2020**



### HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui untuk dibacakan pada seminar akhir di Bagian Ilmu Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul:

**“KARAKTERISTIK PASIEN KUSTA RAWAT JALAN POLIKLINIK KULIT DAN KELAMIN RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR PERIODE 1 JANUARI 2018 – 31 DESEMBER 2019”**

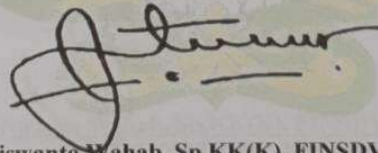
Hari/ Tanggal : Rabu, 21 Oktober 2020

Waktu : 13.00 WITA

Tempat : Secara Daring Melalui Zoom

Makassar, 21 Oktober 2020

Mengetahui,



**Dr. dr. Siswanto Wahab, Sp.KK(K), FINSDV FAADV**  
NIP. 196505271999031002



**BAGIAN ILMU KULIT DAN KELAMIN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**MAKASSAR**

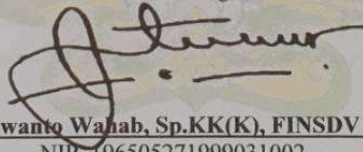
TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi :

**“KARAKTERISTIK PASIEN KUSTA RAWAT JALAN POLIKLINIK  
KULIT DAN KELAMIN RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO  
MAKASSAR PERIODE 1 JANUARI 2018 – 31 DESEMBER 2019”**

Makassar, 21 Oktober 2020

Pembimbing,



**Dr. dr. Siswanto Wahab, Sp.KK(K), FINSDV FAADV**  
NIP. 196505271999031002



**PANITIA SIDANG UJIAN**

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Adrian Hosea

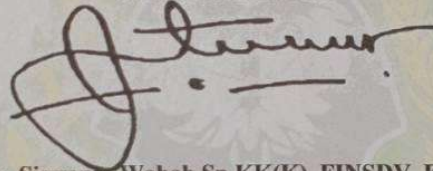
NIM : C011171585

Fakultas/Program Studi : Kedokteran/Pendidikan Dokter

Judul Skripsi : **KARAKTERISTIK PASIEN KUSTA RAWAT  
JALAN POLIKLINIK KULIT DAN KELAMIN RSUP DR. WAHIDIN  
SUDIROHUSODO MAKASSAR PERIODE 1 JANUARI 2018 – 31  
DESEMBER 2019**

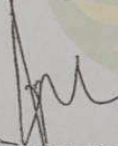
Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

KETUA TIM PENGUJI




**Dr. dr. Siswanto Wahab Sp.KK(K), FINS DV, FAADV**  
NIP. 196505271999031002

Penguji 1



**Dr. dr. Khairuddin Djawad, SP.KK(K)**

Penguji 2



**dr. Suryani Tawali, MPH**



Ditetapkan di : Makassar  
Tanggal : 21 Oktober 2020



## HALAMAN PERNYATAAN ANTI PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Adrian Hosea  
NIM : C011171585  
Program Studi : Pendidikan Dokter

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh skripsi ini adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain berupa tulisan, data, gambar, atau ilustrasi baik yang telah dipublikasi atau belum dipublikasi, telah direferensi sesuai dengan ketentuan akademis.

Saya menyadari plagiarisme adalah kejahatan akademik, dan melakukannya akan menyebabkan sanksi yang berat berupa pembatalan skripsi dan sanksi akademik yang lain.

Makassar, 21 November 2020

Yang menyatakan,



Adrian Hosea  
NIM C011171585



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas karunia dan kasih-Nya, penulis dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan skripsi dengan judul ” Karakteristik Pasien Kusta Rawat Jalan Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 1 Januari 2018 – 31 Desember 2019”.

Dalam penyusunan skripsi ini, tentu tidak terlepas dari bimbingan, bantuan, dukungan dan kerjasama dari berbagai pihak yang diterima oleh penulis sehingga penelitian dan penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan secara tulus kepada yang terhormat :

1. Dr. dr. Siswanto Wahab Sp.KK(K), FINSDV, FAADV selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu dan pikirannya untuk memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis mulai dari penyusunan proposal hingga pada selesainya penyusunan skripsi ini.
2. Dr. dr. Khairuddin Djawad Sp.KK(K) dan dr. Suryani Tawali, MPH selaku dosen penguji yang telah bersedia menilai dan memberi masukan kepada penulis.
3. Dosen Fakultas Kedokteran Unhas, Staff Pengajar, dan Seluruh Karyawan yang telah memberikan bantuan dan memfasilitasi penulis dalam menyelesaikan penelitian dan skripsi penulis.
4. Direktur RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo dan Para Staff Rekam Medik yang



membantu dan memberikan izin terhadap pengambilan sampel rekam k.

5. Orang tua, saudara, dan keluarga penulis yang selalu memberikan dukungan dan bantuan moril maupun materil selama penyusunan skripsi ini.
6. Teman seperjuangan penulis dan satu dosen pembimbing skripsi : Satya Meylisa Mada dan Rifdah Amaal Pawennei dan teman-teman FK Unhas Angkatan 2017 yang tidak bisa disebutkan satu persatu.
7. Semua pihak yang tidak sempat disebutkan dan telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi yang telah dibuat masih jauh dari kesempurnaan sehingga penulis mengharapkan saran dan kritik dari semua pihak demi perbaikan di masa mendatang. Akhir kata, penulis berharap skripsi ini dapat memberi manfaat bagi semua pembaca sekalian.

Makassar, 21 November 2020



Adrian Hosea





## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ANTI PLAGIARISME.....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
ABSTRAK .....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1. Tujuan Umum.....	3
1.3.2. Tujuan Khusus.....	3
1.4. Manfaat Penelitian .....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	5
2.1 Kusta .....	5
2.2. Epidemiologi Kusta .....	5
2.2.1 Distribusi Menurut Jenis Kelamin.....	6
2.2.2 Distribusi Menurut Umur.....	6
2.2.3 Distribusi Menurut Faktor Sosial Ekonomi.....	7
2.3 Etiologi.....	7
2.3.1 Mikrobiologi.....	7



2.3.2 Transmisi.....	7
2.4 Klasifikasi Penyakit Kusta.....	8
2.5 Diagnosis dan Tanda Klinis Penyakit Kusta.....	17
2.5.1 Diagnosa.....	13
2.5.2 Tanda Klinis Penyakit Kusta.....	14
2.6 Reaksi Kusta.....	15
2.7 Derajat Kecacatan.....	17
2.8 Penatalaksanaan Penyakit Kusta.....	17
2.8.1 MDT Pausibaciler (PB).....	17
2.8.2 MDT Multibaciler (MB).....	18
2.8.3 MDT Single Lesion PB.....	19
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL HIPOTESIS PENELITIAN.....</b>	<b>20</b>
3.1. Kerangka Teori.....	21
3.2. Kerangka Konsep.....	21
3.3 Definisi Operasional.....	21
3.3.1 Penderita Kusta.....	21
3.3.2 Jenis Kelamin.....	21
3.3.3. Umur.....	22
3.3.4 Pekerjaan.....	22
3.3.5 Daerah Asal.....	23
3.3.6 Tipe Kusta.....	23
3.3.7 Jenis Pengobatan.....	23
3.3.8 Reaksi Kusta.....	24



3.3.9 Derajat kecacatan .....	24
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>25</b>
4.1. Desain Penelitian .....	25
4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian .....	25
4.3. Populasi dan Sampel .....	25
4.3.1 Populasi.....	25
4.3.2 Sampel.....	25
4.4. Manajemen Data .....	26
4.4.1. Metode Pengumpulan Data .....	26
4.4.2. Pengolahan Data.....	27
4.4.3. Penyajian Data.....	27
4.5. Alur Penelitian .....	27
4.6. Etika Penelitian .....	27
<b>BAB 5. HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>29</b>
5.1 Hasil Penelitian.....	29
5.1.1 Rekapitulasi Jenis Kelamin Pasien Kusta.....	29
5.1.2 Rekapitulasi Umur Pasien Kusta .....	29
5.1.3 Rekapitulasi Pekerjaan Pasien Kusta.....	29
5.1.4 Rekapitulasi Daerah Pasien Kusta.....	30
5.1.5 Rekapitulasi Tipe Kusta Pasien Kusta.....	30
5.1.6 Rekapitulasi Jenis Pengobatan Pasien Kusta.....	30
5.1.7 Rekapitulasi Reaksi Kusta Pasien Kusta .....	31
5.1.8 Rekapitulasi Derajat Kecacatan Pasien Kusta .....	32
Analisis Hasil Penelitian .....	32



5.2.1 Distribusi Berdasarkan Jenis Kelamin.....	32
5.2.2 Distribusi Berdasarkan Umur .....	32
5.2.3 Distribusi Berdasarkan Pekerjaan.....	32
5.2.4 Distribusi Berdasarkan Daerah Asal.....	33
5.2.5 Distribusi Berdasarkan Tipe Kusta.....	33
5.2.6 Distribusi Berdasarkan Jenis Pengobatan.....	33
5.2.7 Distribusi Berdasarkan Reaksi Kusta .....	34
5.2.8 Distribusi Berdasarkan Derajat Kecacatan .....	34
<b>BAB 6. PEMBAHASAN.....</b>	<b>35</b>
6.1 Karakteristik Pasien Kusta Berdasarkan Jenis Kelamin .....	35
6.2 Karakteristik Pasien Kusta Berdasarkan Umur.....	36
6.3 Karakteristik Pasien Kusta Berdasarkan Pekerjaan .....	36
6.4 Karakteristik Pasien Kusta Menurut Daerah Asal .....	37
6.5 Karakteristik Pasien Kusta Berdasarkan Tipe Kusta .....	38
6.6 Karakteristik Pasien Kusta Berdasarkan Jenis Pengobatan .....	38
6.7 Karakteristik Pasien Kusta Berdasarkan Reaksi Kusta.....	39
6.8 Karakteristik Pasien Kusta Berdasarkan Derajat Kecacatan.....	40
<b>BAB 7. Kesimpulan dan Saran .....</b>	<b>41</b>
7.1 Kesimpulan .....	41
7.2 Saran .....	42
Daftar Pustaka .....	43
.....	45



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Perbandingan Gambaran Klinik Multibasiler dan Pausibasiler .....	9
Tabel 2.2 Gambaran Klinik Kusta Tipe Pausibasilar.....	10
Tabel 2.3 Gambaran Klinik Kusta Tipe Multibasilar.....	11
Tabel 2.4 Klasifikasi Derajat Kecacatan Kusta.....	17
Tabel 2.5 Dosis MDT-PB Menurut Umur .....	18
Tabel 2.6 Dosis MDT-MB Menurut Umur .....	18
Tabel 2.7 Dosis MDT-PB Single Lesion Menurut Umur .....	19
Tabel 5.1 Rekapitulasi Pasien Kusta Berdasarkan Jenis Kelamin.....	29
Tabel 5.2 Rekapitulasi Pasien Kusta Berdasarkan Umur.....	29
Tabel 5.3 Rekapitulasi Pasien Kusta Berdasarkan Pekerjaan.....	29
Tabel 5.4 Rekapitulasi Pasien Kusta Berdasarkan Daerah Asal.....	30
Tabel 5.5 Rekapitulasi Pasien Kusta Berdasarkan Tipe Kusta.....	30
Tabel 5.6 Rekapitulasi Pasien Kusta Berdasarkan Jenis Pengobatan.....	30
Tabel 5.7 Rekapitulasi Pasien Kusta Berdasarkan Reaksi Kusta.....	31
Tabel 5.8 Rekapitulasi Pasien Kusta Berdasarkan Derajat Kecacatan.....	32



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Lepra Tipe Indeterminate (I).....	11
Gambar 2.2 Lepra Tipe Tuberkuloid (TT).....	12
Gambar 2.3 Lepra Tipe Borderline Tuberkuloid (BT).....	12
Gambar 2.4 Lepra Tipe Borderline Tuberkuloid (BT).....	12
Gambar 2.5 Lepra Tipe Mid-Borderline (BB).....	12
Gambar 2.6 Lepra Tipe Borderline Lepromatous (BL).....	13
Gambar 2.7 Lepra Tipe Lepromatous (LL),.....	13
Gambar 2.8 Reaksi Kusta Tipe 1 (Reaksi Reversal).....	16
Gambar 2.9 Reaksi Kusta Tipe 2 (Reaksi ENL).....	16
Gambar 3.1. Kerangka Teori.....	20
Gambar 3.2. Kerangka Konsep.....	21



**Adrian Hosea, C011171585**

**Dr. dr. Siswanto Wahab, Sp. KK(K), FINS DV, FAADV**

**KARAKTERISTIK PASIEN KUSTA RAWAT JALAN POLIKLINIK  
KULIT DAN KELAMIN RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO  
MAKASSAR PERIODE 1 JANUARI 2018 – 31 DESEMBER 2019  
(XVI + 44 halaman + 4 lampiran)**

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Penyakit kusta atau lepra disebut juga Morbus Hansen, merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium leprae*, bakteri aerob yang menular kepada manusia melalui kontak langsung dengan penderita dan melalui pernafasan. Penyakit kusta menyerang berbagai bagian tubuh, diantaranya saraf dan kulit. Penyakit kusta merupakan penyakit endemik di negara-negara tropis, khususnya negara-negara berkembang di Asia Tenggara, Amerika, dan Afrika, masih memiliki jumlah kasus yang besar. Indonesia sendiri berada di peringkat ketiga negara dengan jumlah kasus baru terbesar, yaitu 17.202 kasus baru. Untuk Sulawesi Selatan, situasi penderita kusta hampir sama dengan pola nasional, dimana jumlah penderita dan prevalensi rate per 10.000 penduduk mengalami penurunan yang tidak signifikan dari tahun ke tahun. Jumlah penderita kusta yang terdaftar di Sulawesi Selatan untuk tahun 2014, kasus baru kusta sebanyak 1.059 orang,

**Tujuan:** Untuk mengetahui karakteristik pasien kusta rawat jalan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 1 Januari 2018 – 31 Desember 2019.

**Metode:** Jenis penelitian yang digunakan adalah studi observasional deskriptif dengan desain *cross sectional*, teknik pengumpulan sampel adalah *total sampling*. Penelitian dilakukan selama tiga bulan yang dimulai dari Agustus 2020 hingga Oktober 2020.

**Hasil:** Dari penelitian yang dilakukan terhadap 16 sampel, didapatkan 10 pasien pasien berjenis kelamin laki-laki (62,5%), 7 pasien pada kelompok usia 26-45 tahun (43,75%), 10 pasien tidak bekerja (62,5%), 10 pasien berasal dari luar kota Makassar (62,5%), 11 pasien menderita kusta tipe MB (68,75%), 5 pasien ditatalaksana dengan kombinasi Rifampisin-Ofloksasin-Minosiklin-Metilprednisolon-Neurodex (31,25%), 9 pasien tidak mengalami reaksi kusta (56,25%), 8 pasien mengalami kecacatan Tingkat 1 (50%).

**Kesimpulan:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas pasien memiliki karakteristik berjenis kelamin laki-laki, pada kelompok usia 26-45 tahun, tidak bekerja, berasal dari luar kota Makassar, memiliki kusta tipe MB, ditatalaksana dengan kombinasi obat Rifampicin-Ofloksasi-Minosiklin-Metilprednisolon-Neurodex, tidak mengalami reaksi kusta, dan mengalami kecacatan Tingkat 1.

**Kata Kunci:** kusta, morbus hansen, karakteristik, tipe kusta, derajat kecacatan  
**Referensi:** pustaka: 43-44 (2003-2020)



Adrian Hosea, C011171585

Dr. dr. Siswanto Wahab, Sp. KK(K), FINS DV, FAADV

**CHARACTERISTIC OF LEPROSY OUTPATIENT IN  
DERMATOVENEREOLOGY POLYCLINIC OF DR WAHIDIN  
SUDIROHUSODO HOSPITAL FROM 1<sup>st</sup> JANUARY 2018 TO 31<sup>st</sup>  
DECEMBER 2019**

(XVI + 44 pages + 4 appendix)

**ABSTRACT**

**Background :** Leprosy, also known as Morbus Hansen is a skin disease which caused by the infection of *Mycobacterium leprae*, an aerobic bacteria that transmitted to human through the respiratory system and direct contact with the leprosy patient. Leprosy effect various body parts, including nerve and skin. Leprosy is an endemic disease in tropical countries, especially the developing countries in Southeast Asia, America, and Africa, still have high number of cases, where Indonesia has the third highest number of new cases (17.202). The same pattern is occurred in South Sulawesi where the number of leprosy patient and the prevalence rate for 10.000 population has a minor decline form year to year, with the number of new leprocy cases is 1.059 patients.

**Objective:** To determine the characteristic of leprosy outpatient in Dermatovenereology Polyclinic of Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital from 1<sup>st</sup> January to 31<sup>st</sup> December 2019.

**Method:** This research method is a decriptif observational study with cross sectional design, the sample collection method is total sampling. The study was conducted for three months, started from August 2020 to October 2020.

**Results:** From the research that conducted on 16 samples, it was found that 10 patients are male (62,5%), 7 patients are at the range of 26-45 years old (43,75%), 10 patients don't work for a living (62,5%), 10 patients come from outside of Makassar (62,5%), 11 patients have a MB type of leprosy (68,75%), 5 patients that were treated with the combination of Rifampicin-Ofloxacin-Minocyclin-Metilprednisolon-Neurodex (31,25%), 9 patients don't have leprosy reaction (56,25%), and 8 patients have Grade 1 defect (50%).

**Conclusion:** The results showed that majority of the patients have the characteristic such as male, 26-45 years old, doesn't work for a living, come from outside of Makassar, have the MB type pf leprosy, treated with the combination of Rifampicin-Ofloxacin-Minocyclin-Metilprednisolon-Neurodex, doesn't have leprosy reaction, and have Grade 1 defect.

**Keywords:** leprosy, morbus hansen, characteristic, type of leprosy, grade of defect

**Index:** 43-44 (2003-2020)





# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Penyakit kusta atau lepra disebut juga Morbus Hansen, merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium leprae*, bakteri aerob yang menular kepada manusia melalui kontak langsung dengan penderita dan melalui pernafasan. Penyakit kusta menyerang berbagai bagian tubuh, diantaranya saraf dan kulit. Penyakit ini merupakan penyakit dengan tipe granulomatosa pada susunan saraf tepi dan bagian atas dari pernafasan dan lesi pada kulit menjadi tanda yang bisa diamati dari luar tubuh. Kusta dapat bersifat sangat progresif jika tidak ditangani, menyebabkan kerusakan pada saraf, kulit, anggota gerak, dan mata. (Depkes RI, 2015)

Salah satu hal yang menghambat penanggulangan kusta adalah stigma yang terbentuk di masyarakat. Adanya pandangan negatif dan diskriminatif yang diterima penderita kusta dapat terjadi dalam hal mencari pekerjaan, menggunakan kendaraan umum, beribadah di rumah ibadah, mendapatkan pasangan hidup, dan lain – lain. Hal ini menyebabkan terhambatnya upaya penanggulangan penyakit karena seseorang yang menderita kusta enggan berobat karena takut keadaannya diketahui masyarakat di sekitarnya. Hal ini menyebabkan timbulnya kecacatan yang bersangkutan dan berlanjutnya mata rantai penularan kusta. (Depkes RI, 2015)

Penyakit kusta merupakan penyakit endemik di negara-negara tropis, khususnya negara-negara berkembang di Asia Tenggara, Amerika, dan Afrika,

memiliki jumlah kasus yang besar. Berdasarkan data dari World Health Organization (WHO), prevalensi kasus baru penyakit kusta pada tahun 2015 sebesar



210. 758 kasus, dimana Asia Tenggara menjadi regional dengan kasus baru tertinggi sebesar 156.118 kasus. Indonesia sendiri berada di peringkat ketiga negara dengan jumlah kasus baru terbesar, yaitu 17.202 kasus baru, setelah India (127.326 kasus) dan Brazil (26.395 kasus). (WHO, 2016)

Untuk Sulawesi Selatan, situasi penderita kusta hampir sama dengan pola nasional, dimana jumlah penderita dan prevalensi rate per 10.000 penduduk mengalami penurunan yang tidak signifikan dari tahun ke tahun. Jumlah penderita kusta yang terdaftar di Sulawesi Selatan untuk tahun 2014, kasus baru kusta sebanyak 1.059 orang, 602 laki-laki dan 457 perempuan. Penderita baru kusta Pausi Basiler (PB) sebanyak 153 orang, 71 laki-laki dan 82 perempuan. Penderita baru kusta Multi Basiler (MB) sebanyak 906 orang, 531 laki-laki dan 375 perempuan. Penderita kusta yang selesai berobat kusta Pausi Basiler (PB) sebanyak 1065 (84,66%) dengan RFT PB sebanyak 131 kasus (97,76%) dan penderita baru kusta Multi Basiler (MB) sebanyak 932 orang dengan penderita RFT MB 837 kasus (89,81%) . (Depkes RI, 2018)

Kasus kusta yang cukup tinggi di Sulawesi Selatan, khususnya di kota Makassar. RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar sebagai rumah sakit pusat rujukan yang menerima pasien kusta rawat jalan di Poliklinik Kulit dan Kelamin untuk kemudian diperiksa dan diberi pengobatan. Berdasarkan uraian diatas, peneliti ingin melakukan penelitian dengan judul “Karakteristik Penderita Kusta Rawat Jalan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 1 Januari 2018 – 31 Desember 2019.”



## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, peneliti merumuskan masalah “Bagaimana Karakteristik Pasien Kusta Rawat Jalan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 1 Januari 2018 – 31 Desember 2019?”

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui karakteristik pasien kusta rawat jalan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 1 Januari 2018 – 31 Desember 2019.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui karakteristik pasien kusta rawat jalan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 1 Januari 2018 – 31 Desember 2019 berdasarkan jenis kelamin
2. Untuk mengetahui karakteristik pasien kusta rawat jalan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 1 Januari 2018 – 31 Desember 2019 berdasarkan umur
3. Untuk mengetahui karakteristik pasien kusta rawat jalan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 1 Januari 2018 – 31 Desember 2019 berdasarkan pekerjaan
4. Untuk mengetahui karakteristik pasien kusta rawat jalan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 1 Januari 2018 – 31

r 2019 berdasarkan daerah asal



5. Untuk mengetahui karakteristik pasien kusta rawat jalan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 1 Januari 2018 – 31 Desember 2019 berdasarkan jenis tipe kusta
6. Untuk mengetahui karakteristik pasien kusta rawat jalan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 1 Januari 2018 – 31 Desember 2019 berdasarkan jenis pengobatan
7. Untuk mengetahui karakteristik pasien kusta rawat jalan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 1 Januari 2018 – 31 Desember 2019 berdasarkan reaksi kusta
8. Untuk mengetahui karakteristik pasien kusta rawat jalan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 1 Januari 2018 – 31 Desember 2019 berdasarkan derajat kecacatan

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

1. Menambah pengetahuan mengenai karakteristik penderita kusta di Sulawesi Selatan, khususnya kota Makassar.
2. Memberi informasi ilmiah kepada instansi kesehatan yang diharapkan dapat bermanfaat dalam menyusun perencanaan program eliminasi penyakit kusta di Makassar dan Sulawesi Selatan.
3. Dapat digunakan sebagai bahan rujukan untuk mengembangkan penelitian sejenis terkait dengan penyakit dan pencegahan komplikasinya di masyarakat.



ai bahan masukan atau referensi bagi penelitian selanjutnya yang  
ubungan dengan penyakit kusta.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Kusta

Istilah kusta berasal dari bahasa Sanskerta, yaitu *kustha* berarti kumpulan gejala-gejala kulit secara umum. Penyakit kusta atau lepra disebut juga *Morbus Hansen*, sesuai dengan nama yang menemukan kuman penyebab kusta, *Mycobacterium leprae*, yaitu Dr. Gerhard Armauer Hansen pada tahun 1873 (Depkes RI, 2015).

Penyakit kusta merupakan tipe penyakit granulomatosa dan merupakan infeksi yang kronik dan penyebabnya adalah *Mycobacterium leprae* yang bersifat intraseluler obligat. Kusta menyerang berbagai bagian tubuh, diantaranya saraf tepi, mukosa saluran pernafasan atas, dan kulit adalah tanda yang bisa diamati dari luar. Bila tidak ditangani, kusta dapat sangat progresif menyebabkan kerusakan pada kulit, saraf-saraf, anggota gerak dan mata (Depkes RI, 2018).

#### 2.2 Epidemiologi Kusta

Prevalensi penyakit ini di seluruh dunia dilaporkan tinggal kurang dari 1 per 10.000 penduduk. Namun, masih terdapat beberapa negara yang belum mencapai tahap eliminasi. Sekitar 77% kasus yang dilaporkan berasal dari negara: Brazil, Kongo, India, Indonesia, Madagaskar, Mozambik, Nepal, dan Tanzania (WHO, 2019).

Angka prevalensi kusta di Indonesia pada tahun 2017 sebesar 6,08 kasus per

penduduk. Selain itu masih ada provinsi yang prevalensinya di atas 1 per

penduduk, dimana pada tahun 2017 Sulawesi Selatan menempati urutan



keempat dari seluruh provinsi di Indonesia dengan kasus baru sebesar 1.091 jiwa (Depkes RI, 2018).

### 2.2.1 Distribusi Menurut Jenis Kelamin

Kusta dapat menyerang laki-laki dan perempuan. Sebagian besar negara di seluruh dunia kecuali beberapa negara di Afrika menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak menderita kusta dibanding perempuan. Tingginya kejadian kusta pada laki-laki kemungkinan karena faktor lingkungan dan sosial budaya (Depkes RI, 2012). Hal ini disebabkan mobilitas laki-laki lebih tinggi daripada perempuan, sehingga frekuensi paparan laki-laki lebih besar (Kuswiyanto, 2015). Faktor lain yaitu perbedaan perilaku pencarian pengobatan pada laki-laki biasanya lebih tidak peduli dengan kondisi tubuhnya, dibandingkan dengan perempuan yang lebih cepat dalam mencari pengobatan karena lebih peduli dengan penampilan (Ranjan, Dogra, & Dogra, 2015).

### 2.2.2 Distribusi Menurut Umur

Kusta diketahui dapat terjadi di semua rentang usia, mulai dari bayi hingga usia lanjut. Menurut data dari Departemen Kesehatan pada Tahun 2012, kusta paling banyak menyerang pasien di kelompok usia muda dan produktif. Kelompok umur terbanyak adalah 25-35 tahun (Siregar, 2005). Hal ini disebabkan karena rentang usia tersebut merupakan rentang usia produktif, dimana besarnya frekuensi dan intensitas aktivitas pada seseorang diluar rumah misalnya dalam bekerja,

sasi, dan melakukan interaksi dengan banyak orang bisa menjadi faktor pularan kusta, sebab bisa jadi interaksinya tersebut dilakukan dengan orang



yang sudah terinfeksi oleh bakteri kusta dan berpotensi menularkannya pada orang lain yang ada disekitarnya (Susanti & Azam, 2016).

### 2.2.3 Distribusi Menurut Faktor Sosial Ekonomi

Makin rendahnya sosial ekonomi seseorang maka makin subur penyebaran penyakit kusta. Sebaliknya, faktor sosial ekonomi tinggi membantu penyembuhan. (Pusat Pelatihan Kusta Nasional, 2010). Hal ini disebabkan berdasarkan fakta bahwa semakin tingginya status ekonomi seseorang, maka tingkat kesadarannya terhadap sanitasi dan kesehatan juga meningkat. (Rizki, 2007).

## 2.3 Etiologi

### 2.3.1 Mikrobiologi

Penyakit kusta disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium lepra*. *M. leprae* ini merupakan bakteri basil obligat intraseluler yang dapat berkembang biak di dalam makrofag kulit dan sel schwann saraf. Basil ini dapat ditemukan di permukaan kulit, rongga hidung, dan tenggorokan. (Cefpas, 2012)

### 2.3.2 Transmisi

Proses transmisi *M. Leprae* secara umum diketahui bahwa hidung merupakan *port of exit* (tempat keluarnya *M.leprae* dari tubuh manusia) yang utama. Selain itu, *M.leprae* juga dapat dikeluarkan dari kulit yang terluka, kelenjar keringat, cairan dari ulkus, serta kelenjar sebacea (Sridharan, 2007).

lain sebagai tempat masuknya bakter *M. leprae*, hidung dan sistem respirasi menjadi *port of entry* atau jalan masuknya *M. Leprae* ke dalam tubuh.



Meskipun begitu, belum terdapat penelitian yang menyatakan bahwa ditemukannya *M.leprae* di hidung orang yang sehat menjadi faktor risiko terjadinya penyakit kusta (Sridharan, 2007).

Salah satu cara *M.leprae* masuk kedalam tubuh adalah melalui kontak kulit dengan kulit secara langsung yang erat, lama, dan berulang. Selain itu, dapat pula melalui inhalasi, ingesti, dan beberapa sumber mengatakan dapat melalui gigitan serangga, diperlukan 3 hal, yakni: jumlah bakteri yang hidup sangat banyak, makanan yang cukup untuk bakteri, serta basil dapat bermultiplikasi dalam tubuh serangga (Sridharan, 2007).

#### 2.4 Klasifikasi Penyakit Kusta

Klasifikasi penyakit kusta dapat menggunakan beberapa cara, diantaranya kategori Ridley-Jopling dan yang paling sederhana dan banyak digunakan yaitu standar WHO (Djuanda, 2019).

Klasifikasi Ridley-Jopling dibagi menurut gambaran klinis, indeks bakteriologis, histopatologis, dan mempunyai korelasi dengan tingkat imunologis, meliputi:

##### 1) Lepra tipe Indeterminate (I)

##### 2) Lepra Tipe Determinate

- a. Tipe Tuberkuloid (TT)
- b. Tipe Borderline Tuberkuloid (BT)
- c. Tipe mid-borderline (BB)

orderline lepromatous (BL)

promatous (LL)





TT merupakan tipe Tuberkuloid polar, yaitu *Tuberkuloid* 100%, merupakan tipe yang stabil, yang berarti tidak mungkin berubah tipe. Tipe LL adalah tipe Lepromatosa Polar, yakni Lepromatosa 100%, juga merupakan tipe yang stabil yang tidak mungkin berubah lagi. BB adalah tipe campuran yang terdiri atas 50% Tuberkuloid dan 50% Lepromatosa. BT lebih banyak Tuberkuloidnya, sedangkan BL lebih banyak Lepromatosanya. Tipe-tipe campuran ini adalah tipe yang labil, berarti dapat bebas beralih tipe, baik ke arah TT maupun ke arah LL (Djuanda, 2019).

Pada tahun 1981, WHO membagi kusta menjadi Pausibasilar dan Multibasilar. Yang termasuk dalam pausibasilar adalah tipe I, TT, dan BT yang memiliki Indeks Bakteri (IB) kurang dari 2+ pada klasifikasi Ridley-Jopling. Sedangkan yang masuk ke dalam Multibasilar adalah tipe LL, BL, dan BB yang memiliki Indeks Bakteri (IB) lebih dari 2+.

Perbandingan lebih jelas mengenai Multibasiler dan Pausibasiler dipaparkan pada tabel 2.1, tabel 2.2, dan tabel 2.3.

Tabel 2.1 Perbandingan Gambaran Klinik Multibasiler dan Pausibasiler

	PB (Pausibasilar)	MB (Multibasilar)
Lesi kulit (makula datar, papul yang meninggi, , nodus)	- 1-5 lesi - Hipopigmentasi/eritema - Distribusi tidak simetris - Hilangnya sensasi yang jelas	- >5 lesi - Distribusi lebih simetris
Kerusakan saraf disebabkan hilangnya /kelemahan otot	Hanya satu cabang saraf	Banyak cabang saraf



yang dipersarafi oleh saraf yang terkena)		
BTA	Negatif	Positif
Tipe	Interdeterminate (I), Tuberkuloid (T), Borderline Tuberkuloid (BT)	Lepromatosa (LL) Borderline Lepromatous (BL) Mid-Borderline (BB)

Tabel 2.2 Gambaran Klinik Kusta Tipe Pausibasilar

Karakteristik	Tuberkuloid	Borderline Tuberkuloid	Indeterminate
<b>Lesi</b>			
Tipe	Makula atau makula dibatasi infiltrate	Makula dibatasi infiltrate	Makula
Jumlah	Satu atau beberapa	Satu dengan lesi satelit	Satu atau beberapa
Distribusi	Terlokasi dan asimetris	Asimetris	Bervariasi
Permukaan	Kering, skuama	Kering, skuama	Dapat halus agak berkilat
Sensibilitas	Hilang	Hilang	Agak terganggu
<b>BTA</b>			
Pada lesi kulit	Negatif	Negatif atau 1+	Biasanya negatif
Tes Lepromin	Positif kuat (3+)	Positif (2+)	Meragukan



Tabel 2.3 Gambaran Klinik Kusta Tipe Multibasilar

Karakteristik	Tuberkuloid	Borderline Tuberkuloid	Mid-Borderline
Lesi			
Tipe	Makula, infiltrate difus, papul, nodus	Makula, plak, papul	Plak, lesi bentuk kubah, lesi punched out
Jumlah	Banyak distribusi luas, praktis tidak ada kulit sehat	Banyak tapi kulit sehat masih ada	Beberapa, kulit sehat (+)
Distribusi	Simetris	Cenderung simetris	Asimetris
Permukaan	Tidak terganggu	Sedikit Berkurang	Berkurang
Sensibilitas	Tidak terganggu	Sedikit berkurang	Berkurang
BTA			
Lesi pada kulit	Banyak	Banyak	Agak banyak
Pada hembusan hidung	Banyak	Biasanya tidak ada	Tidak ada
Tes Lepromin	Negatif	Negatif	Biasanya negatif

(Djuanda, 2019)



2.1 Lepra Tipe Indeterminate (I), bercak hipokromik dengan batas tidak tegas.

(NCBI, 2014)





Gambar 2.2 Lepra Tipe Tuberkuloid (TT) , soliter, plak eritematous, lesi anular (NCBI, 2014)



Gambar 2.3

Lepra Tipe Borderline Tuberkuloid (BT), lesi Polimorfik

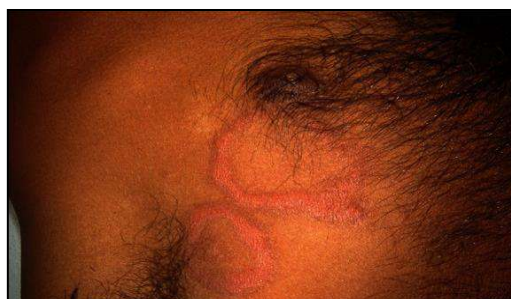
(NCBI, 2014)



Gambar 2.4

Lepra Tipe Borderline Tuberkuloid (BT), Plak eritematous kecokelatan (*foveal spot*)

(NCBI, 2014)



Gambar 2.5 Lepra Tipe Mid-Borderline (BB),

Plak anular, pada bagian tengah menyerupai tipe TT, pada batas luar mempunyai gambaran tipe lepromatous

(NCBI, 2013)





Gambar 2.6 Lepra Tipe Borderline Lepromatous (BL), plak dimorfik tahunan dengan tampilan “punched-out” pada bagian tengahnya  
(Cosenza, 2017)



Gambar 2.7 Lepra Tipe Lepromatous (LL), Tampilan iktiosiform pada kulit, soliter, eritomatous, lesi multiple dermatofibroma  
(NCBI, 2014)

## 2.5 Diagnosis dan Tanda Klinis Kusta

### 2.5.1 Diagnosa

Pada tahun 1995, WHO lebih menyederhanakan klasifikasi klinis kusta berdasarkan hitung lesi kulit dan saraf yang terkena.

Selain cara diagnosis klinis dan histopatologik, ada kemungkinan terdapat perbedaan dalam hitung lesi kulit dan saraf antara tipe-tipe kusta. Diagnosis klinis harus didasarkan pada hitung lesi kulit dan saraf yang terkena.



pemeriksaan kelainan klinis seluruh tubuh orang tersebut. Pemeriksaan sebaiknya tidak hanya didasarkan pada pemeriksaan sebagian tubuh, sebab ada kemungkinan diagnosis klinis di wajah berbeda dengan tubuh, lengan, tungkai, dan sebagainya. Sebagaimana umumnya dalam diagnosa klinis, dimulai dengan inspeksi, palpasi, lalu dilakukan pemeriksaan yang menggunakan alat sederhana, yaitu : jarum, kapas, tabung reaksi masing-masing air panas dan air dingin, pensil tinta, dan sebagainya (Djuanda, 2019).

### **2.5.2 Tanda Klinis Penyakit Kusta**

Penderita penyakit kusta juga memiliki tanda-tanda pada kulit yaitu sebagai berikut (Depkes RI, 2012) :

1. Kelainan pada kulit berupa bercak kemerahan, keputihan, atau benjolan
2. Kulit mengkilap
3. Bercak yang tidak gatal
4. Adanya bagian tubuh yang tidak berkeringat dan tidak berambut
5. Lepuh tapi tidak nyeri

Tanda-tanda pada saraf adalah sebagai berikut:

1. Rasa kesemutan, tertusuk-tusuk dan nyeri pada anggota badan atau muka
2. Gangguan kerak pada anggota badan atau bagian muka
3. Adanya kecacatan (deformitas) pada bagian tubuh
4. Luka (ulkus) yang tidak mau sembuh



## 2.6 Reaksi Kusta

Reaksi kusta merupakan fenomena imunologi yang dapat terjadi sebelum, sementara, dan setelah pengobatan lengkap *Multi Drug Treatment* (MDT). Terdapat 2 jenis reaksi kusta, yaitu reaksi tipe 1 atau reaksi reversal dan tipe 2 atau reaksi eritema nodosum leprosum (ENL). Kedua jenis reaksi kusta ini dapat terjadi secara terpisah namun dapat timbul pada pasien yang sama di saat berbeda. Reaksi kusta merupakan penyebab terbesar kerusakan saraf dan kematian sebagian besar penderita kusta.

Reaksi tipe 1 umumnya terjadi pada pasien kusta tipe Borderline Tuberkuloid (BT), Mid Borderline (BB), dan Borderline Lepromatous (BL). Pada reaksi ini, sistem imunologis memegang peranan penting. Sedangkan pada reaksi tipe 2, sistem imun humoral lebih dominan dan umumnya terjadi pada kasus kusta tipe Borderline Lepromatous (BL) dan Lepromatosa (LL).

Reaksi tipe 1 (reaksi reversal upgrading) menghasilkan gejala klinis berupa perubahan lesi pada kulit ataupun saraf akibat peradangan karena antigen dari *M. Leprae* terdapat pada saraf dan kulit, khususnya sel Schwann dan makrofag. Manifestasi lesi kulit berupa kemerahan, bengkak, nyeri, dan panas. Pada saraf, terjadi neuritis dan gangguan fungsi saraf. Gejala konstitusi umumnya lebih ringan daripada reaksi tipe 2.

Reaksi tipe 2 sering timbul dengan gejala lesi yang lebih eritema, mengilap, dan sebagian kecil berupa nodul atau plak, dengan ukuran bermacam-macam, namun pada umumnya kecil. Lesi terdistribusi bilateral dan simetris terutama di

angka bawah, wajah, lengan, paha, dan dapat muncul hampir di seluruh tubuh, kecuali daerah kepala yang berambut, aksila, lipatan paha, dan



perineum. Selain itu didapatkan nyeri, pustulasi, dan ulserasi disertai gejala sistemik seperti demam dan malaise. (Arifputra, 2016)



Gambar 2.8 Reaksi Kusta Tipe 1 (Reaksi Reversal)



Gambar 2.9 Reaksi Kusta Tipe 2 (Reaksi ENL)

## 2.7 Derajat Kecacatan

WHO (1980) membagi derajat cacat kusta dalam 3 tingkat kecacatan:





Tabel 2.4 Klasifikasi Derajat Cacat Kusta

Derajat cacat kusta	Cacat pada tangan dan kaki	Cacat pada mata
Tingkat 0	Tidak ada anestesi dan kelainan anatomis	Tidak ada kelainan termasuk visus
Tingkat 1	Ada anestesi tanpa kelainan anatomis	Ada kelainan pada mata, tetapi tidak terlihat, visus sedikit berkurang
Tingkat 2	Terdapat kelainan anatomis	Ada lagofthalmus dan visus sangat terganggu

(Wisnu, 2003)

## 2.8 Penatalaksanaan Penyakit Kusta

Pengobatan kusta disarankan memakai program *Multi Drugs Therapy* (MDT), yang direkomendasikan oleh WHO sejak 1981. Tujuan dari program MDT adalah: mengatasi resisten dapson yang semakin meningkat, menurunkan angka putus obat (*drop-out rate*) dan ketidaktaatan penderita.

### 2.8.1 MDT *Pausibaciler* (PB)

Pada penderita kusta ini tipe *Indeterminate*, TT dan BT. MDT yang direkomendasikan yakni: dapson 100 mg perhari dan rifampisin 600 mg (atau 450 mg) jika berat badan kurang dari 35 kg) sekali sebulan selama 6 bulan. Pedoman pengobatan ini dianjurkan untuk penderita PB, PB yang kambuh setelah diobati

dapson dan penderita yang mendapatkan monoterapi dapson namun tidak  
2 tahun.



Tabel 2.5 Dosis MDT-PB Menurut Umur

Tipe PB	5-9 Tahun	10-14 Tahun	>15 Tahun	Keterangan
Rifampisin	300 mg/ bulan	450 mg/ bulan	600 mg/ bulan	Minum di depan petugas
DDS	25 mg/ bulan 25 mg/ hari	50 mg/ bulan 50 mg/hari	100 mg/ bulan 100 mg/ hari	Minum di depan petugas Minum di rumah

### 2.8.2 MDT *Multibaciler* (MB)

Ini meliputi lepra tipe BB, BL dan LL. Penderita ini diberikan pengobatan tribel meliputi: dapson 100 mg/hari ditambah dengan rifampisin 600 mg sekali sebulan dan etionamid atau protoniamid 250 mg/hari atau klofazimin 50 mg/hari atau 100 mg setiap selang sehari dan 300 mg sebulan sekali, sekurang-kurangnya selama 2 tahun atau sampai hasil pemeriksaan usapan kulit untuk basil tahan asam negatif. Penderita kusta tipe LL dapat memerlukan pengobatan lebih dari 5 tahun untuk memperoleh hasil pemeriksaan usapan kulit negatif.

Tabel 2.6 Dosis MDT-MB Menurut Umur

Tipe MB	5-9 Tahun	10-14 Tahun	>15 Tahun	Keterangan
Rifampisin	300 mg/bulan	450 mg/bulan	600 mg/bulan	Minum di depan petugas
DDS	25 mg/bulan 25 mg/hari	50 mg/bulan 50 mg/hari	100 mg/bulan 100 mg/hari	Minum di depan petugas Minum di rumah
Klofazimin (Bakren)	100 mg/bulan 50 mg/2x seminggu	150 mg/bulan 50 mg setiap 2 hari	300 mg/bulan 50 mg/hari	Minum di depan petugas



				Minum di rumah
--	--	--	--	----------------

### 2.8.3 MDT *Single Lesion* PB

Untuk kepentingan pengobatan, WHO pada tahun 1997 mengklasifikasikan penderita kusta menjadi 3 kelompok, yaitu: PB dengan lesi tunggal (*single lesion*), PB dengan lesi kulit 2-5 buah, dan MB dengan lesi lebih dari 5 buah. Pada kasus PB dengan lesi tunggal diberikan pengobatan dengan rifampisin 600 mg, ditambah dengan ofloksasin 400 mg dan minosiklin 100 mg dosis tunggal (ROM) selama 6 bulan.

Tabel 2.7 Dosis MDT-PB *Single Lesion* Menurut Umur

	Dapson	Ofloksasin	Minosiklin
Dewasa	600 mg	400 mg	100 mg
Anak-anak 5-14 Tahun	300 mg	200 mg	50 mg

(dosis tunggal dan dimakan bersama-sama)

\*Tidak direkomendasikan pada wanita hamil dan anak-anak lebih kecil dari 5 tahun

