

SKRIPSI

DESEMBER 2020

**KARAKTERISTIK PENYAKIT KUSTA (*LEPRAE*) DI PUSKESMAS
MAPURUJAYA, KECAMATAN MIMIKA TIMUR, KOTA TIMIKA
PAPUA
PERIODE BULAN JUNI 2017- JUNI 2019**



Oleh:

SATYA MEYLISA MADA
C011171518

Pembimbing :

DR.dr.Khairuddin Djawad, SP.KK(K)

**DISUSUN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK
MENYELESAIKAN STUDI PADA PROGRAM STUDI
PENDIDIKAN DOKTER FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

2020

**DEPARTEMEN KULIT DAN KELAMIN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
2020**

TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi :

**“KARAKTERISTIK PENYAKIT KUSTA (LEPRAE) DI PUSKESMAS
MAPURUJAYA, KECAMATAN MIMIKA TIMUR, KOTA TIMIKA
PAPUA, PERIODE BULAN JUNI 2017-JUNI 2019”**

Makassar, 3 Desember 2020

**DR.dr.Khairuddin Djawad, SP.KK(K) FINSDV, FAADV
NIP.19660213199603001**

HALAMAN PENGESAHAN

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

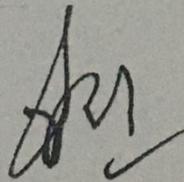
**“KARAKTERISTIK PENYAKIT KUSTA (*LEPRAE*) DI PUSKESMAS
MAPURUJAYA KECAMATAN MIMIKA TIMUR, KOTA TIMIKA PAPUA
PERIODE BULAN JUNI 2017-JUNI 2019”**

Hari, Tanggal : Rabu, 21 Oktober 2020

Waktu : 13.00 WITA

Tempat : Via Zoom Meeting

Makassar, 21 Oktober 2020



(DR. dr. Khairuddin Djawad, Sp.KK(K), FINSDV, FAADV)
NIP. 19660213199603001

HALAMAN PENGESAHAN

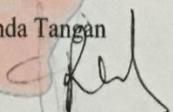
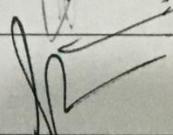
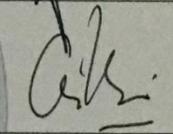
SKRIPSI

“KARAKTERISTIK PENYAKIT KUSTA DI PUSKESMAS MAPURUJAYA.
KECAMATAN MIMIKA TIMUR, KOTA TIMIKA PAPUA,
PERIODE BULAN JUNI 2017 - JUNI 2019”

Disusun dan Diajukan Oleh :

Satya Meylisa Mada
C011171518

Menyetujui Panitia Penguji

No.	Nama penguji	Jabatan	Tanda Tangan
1.	DR.dr.Khairuddin Djawad, SP.KK(K) FINSADV, FAADV	Pembimbing	
2.	dr. Suryani Tawali, MPH	Penguji I	
3.	dr. Airin Riskianty Nurdin, Sp.KK., M.Kes	Penguji II	

Mengetahui :

Wakil Dekan
Bidang Akademik, Riset & inovasi
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin



Dr. dr. Irfan Idris, M.Kes
NIP 196711031998021001

Ketua Program Studi
Sarjana Kedokteran
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin

Dr. dr. Siti Rafiah, M.Si
NIP 196805301997032001

DEPARTEMEN KULIT DAN KELAMIN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN

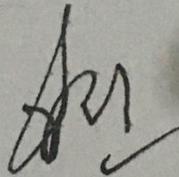
2020

UNIVERSITAS HASANUDDIN
TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi :

“KARAKTERISTIK PENYAKIT KUSTA (*LEPRAE*) DI PUSKESMAS
MAPURUJAYA KECAMATAN MIMIKA TIMUR, KOTA TIMIKA PAPUA
PERIODE BULAN JUNI 2017-JUNI 2019”

Makassar, 21 Oktober 2020



DR. dr. Khairuddin Djawad, Sp.KK(K), FINSDV, FAADV)
NIP. 19660213199603001

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Satya Meylisa Mada
NIM : C011171518
Tempat & tanggal lahir : Timika, 1 Mei 1999
Alamat : Perumahan Cluster Akasia Blok A4 No.23
Alamat Email : satiameylisamada1999@gmail.com
Nomor HP : 082194948496

Dengan ini menyatakan bahwa Skripsi dengan judul : “Karakteristik Penyakit Kusta (*Leprae*) di Puskesmas Mapurujaya Kecamatan Mimika Timur, Kota Timika Papua Periode Bulan Juni 2017 - Juni 2019” adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain baik berupa tulisan, data, gambar atau ilustrasi baik yang telah dipublikasi atau belum dipublikasi, telah direferensi sesuai dengan ketentuan akademis.

Saya menyadari plagiarisme ini adalah kejahatan akademik, dan melakukannya akan menyebabkan sanksi yang berat berupa pembatalan skripsi dan sanksi akademik lainnya. Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 8 Desember 2020

Yang menyatakan



Satya Meylisa Mada
C011171518

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang : “Karakteristik Penyakit Kusta (Leprae) di Puskesmas Mapurujaya, Kecamatan Mimika Timur, Kota Timika Papua, Periode Bulan Juni 2017-Juni 2019”. Skripsi ini dibuat sebagai salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Kedokteran.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak dapat terselesaikan dengan baik tanpa adanya doa, bantuan, dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih banyak kepada:

1. Tuhan Yesus Kristus, yang senantiasa menyertai dan memberikan kekuatan kepada saya untuk menyelesaikan skripsi ini.
2. Kedua Orangtua, Ayah Serka Salam Mada, Ibu Henriani Tallama S.E, adik Wira Valencio Mada yang tak pernah henti mendoakan dan memotivasi penulis untuk menjadi manusia yang bermanfaat bagi sesama.
3. Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk belajar, meningkatkan ilmu pengetahuan, dan keahlian.
4. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan keahlian.
5. DR.dr.Khairuddin Djawad, SP.KK(K), FINSDV, FAADV selaku pembimbing, atas kesabaran, kebaikan hati, waktu, bimbingan mulai dari penyusunan proposal sampai pada penyusunan skripsi ini
6. dr. Suryani Tawali, MPH selaku penguji I dan dr., Airin Riskianty Nurdin, Sp.KK., M.Kes selaku penguji II, atas kesediaannya meluangkan waktu memberi masukan untuk skripsi ini.
7. Theodorus Anugerah Jutarildisa, S.KM dan bapak Deki Ogetai, S. Si. M. Kes yang membimbing dan membantu untuk memperoleh data-data rekam medik di Puskesmas Mapurujaya.
8. Herna Tallamma, S.P, M.Si selaku tante yang selalu membantu, dan membimbing penulis mulai dari pembuatan proposal hingga skripsi.

9. Kakak sekaligus dr. Prisca Yuliani Suban, dan saudara baik saya Achmad Lutfhi dan Hendry Tallamma Fakultas Farmasi 2017 yang selalu membantu, membimbing dan menyemangati dari mulai pembuatan proposal hingga skripsi.
10. Dundu Saputri, Irene Silva, Nur Faddilah Kurnia, Andi Izzah Qarimah, Faddilah Zainuddin, Irmayanti, Asriana Ramdani, Dewi Nur Julianti, Rhestyel Dwi, Catheria, Adelia, Jelsin, Kak Prachela dan Helga yang setia menemani menghabiskan masa pre-klinik tak pernah berhenti untuk saling mendoakan, menyemangati, dan mengingatkan untuk bahagia dalam menjalani kehidupan, termasuk dalam penyelesaian skripsi ini.
11. Ani, Etha, Rani, Ayu, Sofia, Silver, Queen, Manda, Efma, Pheni yang setia mendukung dan mendoakan dalam penyelesaian skripsi ini.
12. Medical Youth Reaserch Club (MYRC) yang sudah bukan lagi hanya sekedar organisasi bagi penulis, tetapi sudah menjadi keluarga ataupun rumah untuk bercengkrama hingga sebagai pembentuk pribadi penulis.
13. Teman-teman VITREOUS, Angkatan 2017 Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang banyak berkontribusi dalam menyelesaikan skripsi ini serta mendukung dan memotivasi penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
14. Teman-teman Paduan suara SERAFIM dan REAL FAMILY yang selalu mendukung dan memotivasi penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
15. Terakhir semua pihak yang membantu dalam penyelesaian skripsi ini namun tidak dapat saya sebutkan satu per satu.

Akhirnya, penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun dari semua pihak demi penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini bisa berkontribusi dalam perbaikan upaya kesehatan dan bermanfaat bagi semua pihak.

Timika, 3 Desember 2020

Satya Meylisa Mada

Satya Meylisa Mada (C011171518)

DR.dr.Khairuddin Djawad, SP.KK(K)

**KARAKTERISTIK PENYAKIT KUSTA (LEPRAE) DI PUSKESMAS
MAPURUJAYA KECAMATAN MIMIKA TIMUR, KOTA TIMIKA
PAPUA PERIODE BULAN JUNI 2017 - JUNI 2019**

ABSTRAK

Latar Belakang: Penyakit Kusta adalah penyakit menular kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium Leprae*. Penyakit ini sangat menular, tetapi morbiditasnya rendah karena sebagian besar populasinya secara alami resisten terhadap penyakit ini. Kusta dapat mempengaruhi jaringan kulit sampai saraf perifer. Mekanisme penularan kusta tersebut terdiri dari kontak langsung dengan durasi lama antar individu yang rentan dan yang memiliki kecenderungan genetic dan pasien dengan tipe multibasiler yang tidak diobati. Penderita kusta dapat mengalami reaksi seperti kekebalan yang abnormal, hal ini menyebabkan reaksi yang berlangsung serius hingga terjadi komplikasi yang dapat merambah dan merusak organ lain dalam tubuh bahkan dapat mengakibatkan kecacatan yang mendadak. Hal ini menarik untuk diteliti apakah karakteristik penyakit kusta yang ada di Puskesmas Mapurujaya Kota Timika Papua, Periode bulan Juni 2017-Juni 2019.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode deskriptif observasional untuk mengetahui karakteristik penyakit kusta di Puskesmas Mapurujaya Kota Timika Papua dengan menggunakan pendekatan yang bersifat retrospektif melalui penggunaan data sekunder sebagai data penelitian.

Hasil: Penelitian menunjukkan bahwa distribusi Pasien penyakit kusta di Puskesmas Mapurujaya berdasarkan kelompok umur terbanyak < 20 tahun sebanyak 31 sampel atau 38,9 %, berdasarkan jenis kelamin terbanyak laki – laki sebanyak 15 sampel atau 83,3 %, berdasarkan tipe kusta terbanyak yaitu tipe MB sebanyak 16 sampel atau 88,9%, berdasarkan derajat kecacatan tangan dan kaki yaitu dengan derajat 0 sebanyak 61,1 %, sedangkan pada mata juga derajat 0 sebanyak 16 sampel atau 88,9%, berdasarkan jumlah obat yang dikonsumsi pada tipe kusta MB dosis 12 blister sebanyak 16 sampel atau 88,9% sedangkan tipe kusta PB dosis 6 blister sebanyak 2 sampel atau 11,1%, berdasarkan reaksi penyakit kusta tidak terdapat reaksi kusta tipe 1 yaitu sebanyak 17 sampel atau 94,4%.

Kesimpulan: Usia terbanyak pada penderita penyakit kusta periode Bulan Juni 2017-Juni 2019 yaitu usia < 20 tahun., Jenis kelamin terbanyak penderita kusta pada anak laki – laki., Tipe kusta Mb (multibacilar) adalah diagnosis terbanyak pada pasien penyakit kusta, derajat kecacatan pada tangan,kaki dan mata umumnya derajat 0 sesuai data rekam medik , jumlah penderita kusta sesuai obat

tipe kusta MB yang dikonsumsi dengan dosis 12 blister lebih banyak dibanding tipe kusta PB, reaksi kusta tipe 1 tidak tampak dalam data rekam medik, tetapi hanya ada 1 reaksi tipe kusta.

Kata kunci: *Leprae*, tipe kusta, usia, jenis kelamin, derajat kecacatan, dosis MDT , reaksi kusta tipe 1

Satya Meylisa Mada (C011171518)

DR.dr.Khairuddin Djawad, SP.KK(K)

**KARAKTERISTIK PENYAKIT KUSTA (LEPRAE) DI PUSKESMAS
MAPURUJAYA KECAMATAN MIMIKA TIMUR, KOTA TIMIKA
PAPUA PERIODE BULAN JUNI 2017 - JUNI 2019**

ABSTRACT

Background : Leprosy is a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium Leprae*. This disease is highly contagious, but the morbidity is low because most of the population is naturally resistant to this disease. Leprosy can affect skin tissue to peripheral nerves. The transmission mechanism of leprosy consists of direct long-duration contact between susceptible and genetically predisposed individuals and untreated multibacillary type patients . Leprosy sufferers can experience reactions such as abnormal immunity, this causes a serious reaction to complications that can spread to and damage other organs in the body and can even cause sudden disability. It is interesting to study whether the characteristics of leprosy in the Mapurujaya Health Center, Timika City, Papua, the period of June 2017-June 2019.

Methods : This study used a descriptive observational method to determine the characteristics of leprosy at the Mapurujaya Health Center, Timika, Papua , using a retrospective approach through the use of secondary data as research data.

Results : The study showed that the distribution of leprosy patients at the Mapurujaya Community Health Center based on the largest age group < 20 years was 31 samples or 38.9 %, based on the largest sex was male as many as 15 samples or 83.3 %. based on the most types of leprosy, namely the type of MB as many as 16 samples or 88.9%, based on the degree of disability of the hands and feet, namely with a degree of 0 as much as 61.1%, while in the eye also grade 0 as many as 16 samples or 88.9%, based on the number of drugs 16 samples or 88.9% of the type of MB leprosy consumed by the MB type of leprosy was 2 samples or 11.1%, based on the reaction of leprosy there was no type 1 reaction, namely 17 samples or 94, 4%.

Conclusion: The highest age among people with leprosy in the period of June 2017-June 2019 is age < 20 years., The most sexes of leprosy sufferers are boys., Mb (multibacilar) leprosy type is the highest diagnosis in leprosy patients , the degree of disability In the hands, feet and eyes, generally grade 0 according to medical record data , the number of leprosy patients according to the MB leprosy type drug consumed with a dose of 12 blisters is more than the PB type of leprosy, type 1 leprosy reactions do not appear in the medical record data, but only 1 leprosy-type reactions.

Keywords: Leprae , the type of leprosy , age, sex, degree of disability , the dose of MDT, leprosy reaction type 1.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA.....	vi
KATA PENGANTAR.....	viii
ABSTRAK.....	ixx
ABSTRACT.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penelitian.....	2
1.3.1 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	3
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti.....	3
1.4.2 Manfaat Bagi Masyarakat.....	3
1.4.3 Manfaat Bagi Institusi.....	4
1.4.4 Manfaat Bagi Peneliti Lain.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Kulit.....	5
2.1.1 Definisi Kulit.....	5
2.1.2 Struktur Kulit.....	5
2.1.3 Fisiologi Kulit.....	5
2.2 Etiologi Penyakit Kusta (<i>Leprae</i>).....	6
2.2.1 Pengertian Penyakit Kusta.....	6
2.2.2 Penyebab.....	6
2.2.3 Cara Penularan.....	7
2.2.4 Tanda dan Gejala.....	7
2.3 Klasifikasi Penyakit Kusta (<i>Leprae</i>).....	8
2.4 Derajat Kecacatan.....	8
2.5 Dampak.....	9
2.5.1 Bagi Penderita Kusta.....	9
2.5.2 Bagi Keluarga.....	11
2.5.3 Bagi Masyarakat.....	11

2.6	Pengobatan.....	11
2.7	Reaksi Penyakit Kusta (<i>Leprae</i>) Tipe I.....	13
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL HIPOTESIS PENELITIAN.....		15
3.1	Kerangka Konsepsional.....	15
3.2	Definisi Operasional dan Variabel.....	16
3.2.1	Penyakit Kusta.....	16
3.2.2	Klasifikasi Penyakit Kusta.....	16
3.2.3	Jenis Kelamin.....	16
3.2.4	Usia Penderita Kusta.....	17
3.2.5	Derajat Kecacatan.....	17
3.2.6	Reaksi Penyakit.....	18
3.2.7	Pengobatan Penyakit Kusta.....	18
BAB 4 METODE PENELITIAN.....		19
4.1	Desain Penelitian.....	19
4.2	Tempat dan Waktu Penelitian.....	19
4.2.1	Lokasi Penelitian.....	19
4.2.2	Waktu Penelitian.....	19
4.3	Populasi dan Sampel.....	19
4.3.1	Populasi.....	19
4.3.2	Sampel.....	19
4.4	Kriteria Seleksi.....	19
4.4.1	Kriteria Inklusi.....	19
4.4.2	Kriteria Eksklusi.....	20
4.4.3	Teknik Pengambilan Sampel.....	20
4.5	Jenis Data dan Instrumen Penelitian.....	20
4.5.1	Jenis Data.....	20
4.5.2	Instrumen Penelitian.....	20
4.6	Manajemen Penelitian.....	20
4.6.1	Pengumpulan Data.....	20
4.6.2	Teknik Pengolahan Data.....	21
4.6.3	Penyajian Data.....	21
4.7	Alur Penelitian.....	21
4.8	Etika Penelitian.....	21

BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	22
5.1 Gambaran Subyek Penelitian.....	22
5.2 Deskripsi Hasil Penelitian.....	22
BAB 6 PEMBAHASAN.....	26
6.1 Pembahasan.....	26
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	29
7.1 Kesimpulan.....	29
7.2 Saran.....	30
DAFTAR PUSTAKA.....	31
LAMPIRAN.....	33
DOKUMENTASI.....	37

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Kusta adalah penyakit menular kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium Leprae*. Penyakit ini sangat menular, tetapi morbiditasnya rendah karena sebagian besar populasinya secara alami resisten terhadap penyakit ini. Kusta dapat mempengaruhi jaringan kulit sampai saraf perifer. Mekanisme penularan kusta tersebut terdiri dari kontak langsung dengan durasi lama antar individu yang rentan dan yang memiliki kecenderungan genetic dan pasien dengan tipe multibasiler yang tidak diobati. Penyakit ini sudah dikenal 600 SM di India dan meluas ke negeri mediteranian.

Penyakit kusta pada umumnya terdapat di Negara-negara yang sedang berkembang sebagai akibat dari keterbatasan kemampuan Negara dalam memberikan pelayanan yang memadai di bidang kesehatan, pendidikan, kesejahteraan sosial ekonomi kepada masyarakat. Prevalensi penyakit kusta di Indonesia telah mengalami penurunan dari enam menjadi tiga per 10.000 penduduk pada tahun 1999. Pada tahun 2003 jumlah penderita kusta terdaftar sebanyak 18.312 penderita yang terdiri dari 2.814 PB dan 15.498 MB dengan *prevalency rate* 0,86 per 10.000 penduduk. Penyakit kusta terdiri dari dua tipe yaitu *paucibasillary* (PB) dan *multibacillary* (MB).

Sumber penularan penyakit kusta adalah MB. Penyakit kusta juga dapa menyerang berbagai umur, berkisar antara bayi sampai umur tua (3 minggu sampai lebih dari 70 tahun), namun jumlah yang terbanyak ada pada umur muda dan produktif. Pada usia produktif manusia berperan aktif dalam berhubungan dengan dunia luar, baik pekerjaan maupun berhubungan dengan lingkungan sekitar apabila dibandingkan dengan usia balita atau lansia, sehingga pada usia produktif inilah manusia menjadi lebih rentan terjangkit berbagai penyakit (Depkes RI, 1999).

Penyakit kusta dapat menyerang semua orang baik itu perempuan, laki-laki bahkan anak-anak sebagian besar Negara di dunia menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak menderita penyakit kusta dibandingkan perempuan. Faktor geografi, etnik atau suku dan sosial ekonomi dapat mempengaruhi distribusi dari penyakit kusta. Adapun beberapa faktor penting yang berhubungan dengan kejadian penyakit kusta antara lain faktor ekonomi, perorangan (*hygiene*) dan riwayat kontak langsung, kontak serumah, sekitar atau tetangga dengan penderita penyakit kusta.

Penderita kusta dapat mengalami reaksi seperti kekebalan yang abnormal, hal ini menyebabkan reaksi yang berlangsung serius hingga terjadi komplikasi yang dapat merambah dan merusak organ lain dalam tubuh bahkan dapat mengakibatkan kecacatan yang mendadak. Reaksi kusta dapat terjadi sebelum, selama atau sesudah pengobatan dengan obat kusta. Terdapat 2 jenis reaksi kusta antara lain reaksi tipe 1 dan reaksi tipe 2, dengan disertai beberapa faktor pemicu antara lain stres mental dan fisik, terapi kusta, vaksinasi, kehamilan, tindakan bedah, perlukaan, infeksi, terapi antimicrobial lain dan pola hidup yang tidak sehat.

Menurut data kusta nasional tahun 2000, terdapat sebanyak hampir 50% penderita mengalami reaksi kusta. Kejadian reaksi pada penderita kusta ini lebih sering terjadi pada usia lebih dari 15 tahun. Kejadian reaksi kusta umumnya sebesar 30.9 % pada saat awal kunjungan. Insiden paling tinggi terjadi antara 6 sampai 12 bulan setelah dimulai pengobatan MDT.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana karakteristik penyakit kusta (*leprae*) di Puskesmas Mapurujaya, Kota Timika Papua periode bulan Juni 2017- Juni 2019?

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui karakteristik penyakit kusta (*leprae*) di Puskesmas Mapurujaya, Kota Timika Papua periode bulan Juni 2017- Juni 2019.

1.3.1 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi dari penyakit kusta yang berada di Puskesmas Mapurujaya periode bulan Juni 2017- Juni 2019
- b. Untuk mengetahui tipe-tipe penyakit kusta berdasarkan jumlah bakteri di Puskesmas Mapurujaya, Kota Timika Papua periode bulan Juni 2017- Juni 2019
- c. Untuk mengetahui Karakteristik penyakit kusta berdasarkan jenis kelamin yang berada di Puskesmas Mapurujaya periode bulan Juni 2017-Juni 2019
- d. Untuk mengetahui Karakteristik penyakit kusta berdasarkan usia penderita kusta yang berada di Puskesmas Mapurujaya periode bulan Juni 2017-Juni 2019
- e. Untuk mengetahui Karakteristik penyakit kusta berdasarkan derajat kecacatan yang berada di Puskesmas Mapurujaya periode bulan Juni 2017-Juni 2019
- f. Untuk mengetahui Karakteristik penyakit kusta berdasarkan reaksi penderita kusta yang berada di Puskesmas Mapurujaya periode bulan Juni 2017-Juni 2019
- g. Untuk mengetahui Karakteristik penyakit kusta berdasarkan pengobatan yang berada di Puskesmas Mapurujaya periode bulan Juni 2017-Juni 2019

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat untuk penulis dalam pengetahuan mengenai karakteristik penyakit kusta (*leprae*) di Puskesmas Mapurujaya, Timika Papua melalui pembacaan dan pencarian *literature* jurnal.

1.4.2 Manfaat Bagi Masyarakat

Dengan mengetahui karakteristik penyakit kusta, akan menjadi acuan untuk menumbuhkan pengetahuan kepada masyarakat tentang penyebaran dan pencegahan penyakit kusta.

1.4.3 Manfaat Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi tambahan informasi tentang karakteristik penyakit kusta (*leprae*).

1.4.4 Manfaat Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipergunakan dalam penelitian selanjutnya tentang karakteristik penyakit kusta (*leprae*).

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kulit

2.1.1 Definisi Kulit

Kulit merupakan “selimut” yang menutupi permukaan tubuh dan memiliki fungsi utama sebagai pelindung dari berbagai macam gangguan dan rangsangan luar. Luas kulit pada manusia rata-rata lebih kurang 2 meter persegi, dengan berat 10 kg jika dengan lemaknya atau 4 kg jika tanpa lemak (Trenggono, 2007).

2.1.2 Struktur Kulit

Kulit terbagi atas dua lapisan utama, yaitu epidermis (kulit ari) sebagai lapisan paling luar dan Dermis (korium, kutis, kulit jangat). Sedangkan subkutis atau jaringan lemak terletak dibawah dermis.

Ketebalan epidermis berbeda-beda pada berbagai bagian tubuh, yang paling tebal berukuran 1 milimeter, misalnya pada telapak kaki dan telapak tangan dan lapisan tipis berukuran 0,1 milimeter terdapat pada kelopak mata, pipi, dahi, dan perut. Karena ukurannya yang tipis, jika terluka akan mengenai bagian setelah epidermis yaitu dermis. Dermis terutama terdiri dari bahan dasar serabut kolagen dapat mencapai 72 persen dari keseluruhan berat kulit manusia bebas lemak (Tranggono, 2007).

Pada bagian dalam dermis terdapat adneksa-adneksa kulit. Adneksa kulit merupakan struktur yang berasal dari epidermis tetapi berubah bentuk dan fungsinya, terdiri dari folikel rambut, papilla rambut, kelenjar keringat, saluran keringat, kelenjar sebacea, otot penegak rambut, ujung pembuluh darah dan serabut saraf, juga sebagian serabut lemak yang terdapat pada lapisan lemak bawah kulit (subkutis/hypodermis).

2.1.3 Fisiologi Kulit

Sama halnya dengan dengan jaringan pada bagian tubuh lainnya, kulit juga melakukan respirasi (bernapas), menyerap oksigen dan mengeluarkan karbondioksida. Namun,

respirasi kulit sangatlah lemah. Kulit lebih banyak menyerap oksigen yang diambil langsung dari lingkungan luar (udara). Begitu pula dengan karbon dioksida yang dikeluarkan, lebih banyak melalui aliran darah dibandingkan dengan yang dihembuskan langsung ke udara (Tranggono, 2007).

2.2 Etiologi Penyakit Kusta (*Leprae*)

2.2.1 Pengertian Penyakit Kusta

Penyakit kusta (*Morbus Hansen*) adalah suatu penyakit infeksi menahun akibat bakteri tahan asam yaitu *Mycobacterium leprae* yang secara primer menyerang saraf tepi dan secara sekunder menyerang kulit serta organ lainnya (WHO, 2010; Noto & Schreuder, 2010). Penyakit kusta adalah penyakit kronis yang dapat menimbulkan masalah kecacatan (Susanto, 2006). Masalah yang timbul tidak hanya pada masalah kesehatan fisik saja, tetapi juga masalah psikologis, ekonomi dan sosial bagi penderitanya (Amiruddin, 2006). Berdasarkan pada pembahasan di atas, dapat disimpulkan bahwa penyakit kusta adalah penyakit kulit menahun yang disebabkan oleh bakteri tahan asam *Mycobacterium leprae* yang awalnya menyerang saraf tepi, kemudian dapat menyebar menyerang organ lain, seperti kulit, selaput mukosa, testis dan mata serta jika tidak diobati dengan tepat akan menimbulkan kecacatan fisik pada penderita. Penyakit kusta muncul diakibatkan karena adanya faktor penyebab.

2.2.2 Penyebab

Penyebab munculnya penyakit kusta adalah bakteri *Mycobacterium leprae* yang ditemukan pertama kali oleh G. H. Armauer Hansen pada tahun 1873. Bakteri ini masuk ke dalam tubuh manusia melalui luka pada permukaan kulit atau bisa juga melalui droplet yang dihembuskan dari saluran pernafasan. *Mycobacterium leprae* tersebut memiliki ciri-ciri yaitu tahan asam, bersifat gram positif, berbentuk batang, lebar 0,3-0,4 mikrometer, panjang 2-7 mikrometer, dan hidup di dalam sel yang banyak mengandung lemak dan lapisan lilin. *Mycobacterium leprae* membelah dalam kurun waktu 21 hari, sehingga menyebabkan masa

tunas yang sangat lama yaitu 4 tahun. Munculnya penyakit kusta tersebut ditunjang oleh cara penularannya.

2.2.3 Cara Penularan

Cara penularan penyakit kusta sampai sekarang masih belum diketahui dengan pasti, namun beberapa ahli mengatakan bahwa penyakit kusta menular melalui saluran pernafasan dan kulit (Chin, 2006). Agustin dan Nurjanti (2002 dalam Susanto, 2006) menyatakan bahwa penyakit kusta tidak hanya ditularkan oleh manusia tetapi juga ditularkan oleh binatang seperti armadillo, monyet dan mangabey. *Mycobacterium leprae* hidup pada suhu rendah. Bagian tubuh manusia yang memiliki suhu lebih rendah yaitu mata, saluran pernafasan bagian atas, otot, tulang, testis, saraf perifer dan kulit (Burn, 2010). Penyakit kusta yang telah menular akan menimbulkan tanda dan gejala pada penderita kusta.

2.2.4 Tanda dan Gejala

Menurut Departemen Kesehatan RI (2006), diagnosis penyakit kusta ditetapkan dengan cara mengenali cardinal sign atau tanda utama penyakit kusta yaitu:

- a. Bercak pada kulit yang mengalami mati rasa; bercak dapat berwarna putih (hypopigmentasi) atau berwarna merah (erithematous), penebalan kulit (plakinfiltrate) atau berupa nodul-nodul. Mati rasa dapat terjadi terhadap rasa raba, suhu, dan sakit yang terjadi secara total atau sebagian.
- b. Penebalan pada saraf tepi yang disertai dengan rasa nyeri dan gangguan pada fungsi saraf yang terkena. Saraf sensorik mengalami mati rasa, saraf motorik mengalami kelemahan otot (parese) dan kelumpuhan (paralisis), dan gangguan pada saraf otonom berupa kulit kering dan retak-retak.

Gejala pada penderita kusta yang dapat ditemukan biasanya penderita mengalami demam dari derajat rendah hingga menggigil, nafsu makan menurun, mual dan kadang-kadang diikuti dengan muntah. Penderita kusta juga mengalami sakit kepala, kemerahan pada

testis, radang pada pleura, radang pada ginjal, terkadang disertai penurunan fungsi ginjal, pembesaran hati dan empedu, serta radang pada serabut saraf (Zulkifli, 2003).

2.3 Klasifikasi Penyakit Kusta (*Leprae*)

Klasifikasi penyakit kusta menurut Depkes (2006) yaitu dibagi menjadi tipe paucibacillary (PB) dan multibacillary (MB). Tipe paucibacillary (PB) atau tipe kering memiliki ciri yaitu bercak atau makula dengan warna keputihan, ukurannya kecil dan besar, batas tegas, dan terdapat di satu atau beberapa 15 tempat di badan (pipi, punggung, dada, ketiak, lengan, pinggang, pantat, paha, betis atau pada punggung kaki), dan permukaan bercak tidak berkeringsat. Kusta tipe ini jarang menular tetapi apabila tidak segera diobati menyebabkan kecacatan (Sofianty, 2009).

Tipe yang kedua yaitu multibacillary (MB) atau tipe basah memiliki ciri-ciri berwarna kemerahan, tersebar merata diseluruh badan, kulit tidak terlalu kasar, batas makula tidak begitu jelas, terjadi penebalan kulit dengan warna kemerahan, dan tanda awal terdapat pada telinga dan wajah (Hiswani, 2001). Penyakit MH tipe MB, seperti yang banyak dijumpai di Indonesia, lebih menular dibandingkan dengan tipe PB. Penularan dalam lingkup rumah tangga pada MH tipe MB 5-14 kali lebih menular dibandingkan tipe PB. Hal ini sejalan dengan data sebelumnya di Provinsi Bali tahun 2013 dengan jumlah pasien MH tipe MB mendominasi keseluruhan pasien MH (89,29%).

2.4 Derajat Kecacatan

Kerusakan dan pembatasan aktivitas yang mengenal seseorang merupakan suatu makna dari kecacatan. Menegakkan diagnosis kondisi penderita dapat dilihat dari catatan derajat kecacatan setiap kasus yang ditemukan. Untuk menilai kualitas penanganan pencegahan cacat yang dilakukan oleh petugas dapat ditelusuri melalui derajat kecacatan. Untuk menilai kualitas penemuan dengan melihat proporsi cacat di antara penderita baru merupakan fungsi dari derajat kecacatan.

Untuk memberi gambaran kondisi pasien saat mendiagnosis penyakit kusta, maka perlu ditentukan derajat kecacatan penyakit kusta. Mata, tangan dan kaki adalah organ yang paling berfungsi dalam kegiatan sehari-hari, maka WHO membagi cacat kusta menjadi tiga derajat kecacatan yaitu :

a. Cacat pada tangan dan kaki :

Derajat 0: tidak ada anestesi dan kelainan anatomis

Derajat 1: ada anestesi tetapi tidak ada kelainan anatomis

Derajat 2: terdapat kelainan anatomis

b. Cacat pada mata :

Derajat 0: tidak ada kelainan pada mata (termasuk visus)

Derajat 1: ada kelainan mata, tetapi tidak terlihat, visus sedikit berkurang

Derajat 2: ada langoftalmos dan visus sangat terganggu (Putra, 2008).

2.5 Dampak

2.5.1 Bagi Penderita Kusta

Penyakit kusta akan berdampak kepada penderita kusta dari berbagai aspek dan juga berakibat pada kualitas hidup yang semakin menurun (Rao & Joseph, 2007).

A. Fisik

Aspek fisik penyakit kusta akan berdampak pada lesi di kulit dan kecacatan tubuh penderita (Suryanda, 2007). *Mycobacterium leprae* sebagai bakteri penyebab penyakit kusta dapat mengakibatkan kerusakan saraf sensori, otonom, dan motorik. Pada saraf sensori akan terjadi anestesi sehingga terjadi luka tusuk, luka sayat, dan luka bakar. Pada saraf otonom akan terjadi kekeringan kulit yang dapat mengakibatkan kulit mudah retak-retak dan dapat terjadi infeksi sekunder. Pada saraf motorik akan terjadi paralisis sehingga terjadi deformitas sendi pada penderita kusta (wisnu dan Hadilukito, 2003).

B. Psikologis

Paradigma masyarakat beranggapan bahwa penyakit kusta adalah penyakit keturunan, penyakit yang bisa menular lewat apapun, dan tidak bisa disembuhkan. Stigma masyarakat yang seperti itu akan membuat penderita kusta mengalami depresi dan bahkan ada keinginan untuk bunuh diri (Bakrie,2010). Penelitian Tsutsumi (2003) mendapatkan hasil bahwa ada hubungan antara stigma yang dirasakan oleh penderita kusta dengan depresi pada penderita kusta. Sebagian besar penderita kusta yang tidak bisa menerima keadaan cacat tubuhnya akibat penyakit kusta mengalami kecemasan, keputusasaan dan perasaan depresi (Brouwers et al., 2011). Pertolongan pertama yang harus diberikan kepada penderita kusta adalah pada kesehatan psikologisnya selanjutnya baru pengobatan fisik (Bakrie, 2010).

C. Ekonomi

Kemiskinan adalah salah satu dampak dari penyakit kusta yang begitu besar. Perilaku penderita kusta cenderung negatif, diantaranya penderita kusta banyak yang menjadi pengemis dan pengangguran. Pengemis adalah pekerjaan utama mereka untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Penelitian juga menunjukkan bahwa penderita kusta yang menjadi pengemis akan berpotensi sebagai reservoir penularan infeksi penyakit kusta (Kaur & Van Brakel, 2002).Penderita kusta yang yang berusia produktif yang mengalami kecacatan akan memberikan dampak yang negatif seperti pengangguran (Djaiman, 1999).

D. Sosial

Penelitian di China yang memfokuskan pada masalah sosial menunjukkan bahwa penderita kusta sering terisolasi dari masyarakat, hidup sendiri, dan memiliki kesulitan dalam melakukan perawatan diri, aktivitas sehari-hari, penurunan produktivitas dan partisipasi sosial (Brouwers et al 2011). Masalah sosial muncul akibat ketakutan yang dialami penderita kusta dimasyarakat (leprophobia), rendahnya pengetahuan, kurang bersosialisasi dimasyarakat, dan stigma buruk di mayarakat, sehingga berakibat pada kurangnya peran serta masyarakat dalam pemberantasan penyakit kusta (Suryanda, 2007).

2.5.2 Bagi Keluarga

Depkes RI (2006) menyatakan bahwa penyakit kusta akan berdampak pada kelangsungan hidup keluarga. Dampak yang muncul dalam keluarga diantaranya keluarga panik saat salah satu anggota keluarga mendapat diagnosa penyakit kusta, berusaha untuk mencari pertolongan ke dukun, keluarga takut akan tertular penyakit kusta sehingga tidak jarang penderita kusta diusir dari rumah, keluarga takut diasingkan oleh masyarakat dan jika anggota keluarga yang menderita kusta adalah kepala keluarga, akan berdampak pada sosial ekonomi keluarga tersebut. Dampak yang dirasakan oleh keluarga akan mempengaruhi keluarga dalam memberikan perawatan kepada penderita kusta.

2.5.3 Bagi Masyarakat

Depkes RI (2006) menyatakan bahwa selain berdampak pada keluarga, penyakit kusta juga akan berdampak pada lingkungan masyarakat sekitar tempat tinggal penderita kusta. Dampak yang muncul yaitu masyarakat merasa jijik dan takut terhadap penderita kusta, masyarakat menjauhi penderita kusta dan keluarganya, dan masyarakat merasa terganggu dengan adanya penderita kusta sehingga berusaha untuk menyingkirkan dan mengisolasi penderita kusta. Berdasarkan pada pembahasan di atas dapat disimpulkan bahwa dampak yang ditimbulkan akibat penyakit kusta sangat kompleks, baik bagi penderita, keluarga maupun masyarakat. Hal ini akan memicu timbulnya stress dan depresi pada penderita kusta.

2.6 Pengobatan

Pengobatan penyakit kusta yang saat ini diterapkan di Indonesia adalah dengan menggunakan *Multi Drug Therapy* (MDT) dengan regimen pengobatan sesuai pengaturan dari WHO. *Multi Drug Therapy* (MDT) merupakan kombinasi dua atau tiga obat yang terdiri dari rifampisin, lampren (clofazimin), dan dapson (DDS). Rifampisin bekerja sinergis mematikan bakteri *M. leprae*, sedangkan lampren dan DDS bekerja melemahkan dan

menghancurkan sisa bakteri. Dosis pemberian obat dapat dilihat pada tabel 1,2 dan 3 (Seminar IDI, 2018).

Tabel 1. Dosis obat Penderita PB

Obat	Umur 5-9 tahun	Umur 10-15 tahun	Dewasa (≥ 15 tahun)	Keterangan
Rifampicin (2 kapsul)	150 mg (300mg)	150 mg dan 300 mg	300 mg (600 mg)	Diminum hari 1 di depan petugas
Dapson/DDS (1 tablet)	50 mg	50 mg	100 mg	
Dapson/DDS (1 tablet)	50 mg	50 mg	100 mg	Diminum hari 2 sampai 28

Pengobatan MDT untuk kusta tipe PB sebanyak 6 blister yang dihabiskan dalam 6-9 bulan dan setelah selesai maka dinyatakan RFT (Released From Treatment = berhenti minum obat kusta) meskipun secara klinis lesinya masih aktif (Seminar IDI,2018). Menurut WHO (1995) tidak lagi dinyatakan RFT tetapi menggunakan istilah Completion of Treatment Cure dan pasien tidak lagi dalam pengawasan (Djuanda, 1997)

Tabel 2. Dosis obat penderita MB, anak umur < 5 tahun

Obat	Anak Umur < 5 tahun
Rifampicin	10-15 mg/KgBB
Dapson/DDS	1-2 mg/KgBB
Clofazimine	1 mg/KgBB

Tabel 3. Dosis obat Penderita MB

Obat	Umur 5-9 tahun	Umur 10-15 tahun	Dewasa (≥ 15 tahun)	Keterangan
Rifampicin (2 kapsul)	150 mg (300mg)	150 mg dan 300 mg	300 mg (600 mg)	Diminum hari 1 di depan petugas
Clofazimine (3 tablet)	25 mg (75 mg)	50 mg (150 mg)	100 mg (300 mg)	
Dapson/DDS (1 tablet)	25 mg	50 mg	100 mg	
Clofazimine (1 tablet)	50 mg (2 x Seminggu)	50 mg (selang satu hari)	50 mg	Diminum hari 2 sampai 28
Dapson/DDS (1 tablet)	-	50 mg	50 mg	

Pengobatan MDT untuk Kusta tipe MB dalam waktu 12-18 bulan. Setelah selesai minum (Seminar IDI,2018). Menurut WHO (1998) pengobatan MB diberikan untuk 12 blister yang diselesaikan dalam 12-18 bulan dan pasien langsung dinyatakan RFT (Djuanda, 2010).

2.7 Reaksi Penyakit Kusta (*Leprae*) Tipe I

Reaksi kusta tipe I disebabkan karena peningkatan respon imun seluler berupa reaksi hipersensitivita tipe lambat terhadap antigen *Mycobacterium leprae* di saraf dan kulit. Reaksi ini merupakan akibat dari perubahan keseimbangan antara *cell mediated immunity* (CMI) dengan basil. Ketika reaksi kusta tipe 1 terjadi maka terdapat dua kemungkinan hasil akhir dari reaksi ini yaitu *upgrading/reversal* jika terjadi peningkatan respon CMI terhadap antigen *Mycobacterium leprae* sehingga mengarah ke bentuk klinis tuberkuloid

atau *downgrading* jika terjadi penurunan respon CMI terhadap antigen sehingga mengarah pada bentuk klinis lepromatosa. Reaksi ini merupakan perjalanan alami dari penyakit kusta sehingga prevalensinya tidak jauh berbedan di seluruh dunia. Reaksi tipe 1 paling banyak didapatkan pada jenis MB (97%) terutama tipe BB (72,1%). Tingginya proporsi pasien baru kusta jenis MB disebabkan karena tipe ini memiliki gejala yang lebih nampak dibanding jenis pausibasiler (PB) atau dapat disebabkan karena pemberian MDT yang terlambat dan tidak teratur. Gejala khas yang paling sering muncul pada reaksi tipe 1 yaitu bercak merah lama yang menebal. Penebalan bercak merah lama merupakan tanda peningkatan CMI yang menunjukkan bahwa peradangan hanya terlokalisir pada kulit saja. Selain itu reaksi tipe 1 mungkin akan memberika gejala munculnya bercak baru, nodul, maupun gabungan antara ketiganya. Sedangkan gejala sistemik atau konstitusional seperti demam, *malaise*, dan nyeri sendi jarang didapatkan pada pasien reaksi tipe 1 karena peningkatan CMI menyebabkan gejalanya terbatas pada saraf dan kulit saja. Sebaliknya pada pasien reaksi tipe 2 sering disertai gejala sistemik seperti demam karena adanya peningkatan respon imun humoral. Mengenai gejala saraf tepi pada reaksi tipe 1 yang muncul biasanya hanya nyeri dan gangguan fungsi saraf karena terjadi penongkatan CMI bahkan terkadang muncul tanpa gejala.