

SKRIPSI

Prevalensi dan Karakteristik Penderita Penyakit Kusta di RS. Dr. Tadjuddin

Chalid, Makassar periode Januari 2017 sampai Desember 2018



Oleh :

NURUL HAZWANI BINTI AZMI

C111 16 844

Pembimbing :

dr. Rizalinda Sjahril, M.Sc., Phd

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul "PREVALENSI DAN KARAKTERISTIK PENDERITA PENYAKIT KUSTA DI RS. DR. TADJUDDIN CHALID, MAKASSAR PERIODE JANUARI 2017 SAMPAI DESEMBER 2018" oleh :

Nama : Nurul Hazwani binti Azmi

Nim : C111 16 844

Telah disetujui untuk dibacakan pada Seminar Hasil di Departemen Mikrobiologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin pada :

Hari/Tanggal : Rabu, 18 Desember 2019

Waktu : 14.00 WITA

Tempat : Departemen Mikrobiologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

Makassar, 18 Desember 2019

Mengetahui,



dr. dr. Rizalinda Siahri, M.Sc.,
Phd

NIP. 196909181996032002

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan:

Nama : Nurul Hazwani Binti Azmi
Nim : C111 16 844
Fakultas/Program Studi : Kedokteran/Pendidikan Dokter
Judul Skripsi : PREVALENSI DAN KARAKTERISTIK
PENDERITA PENYAKIT KUSTA DI RS. DR.
TADJUDDIN CHALID, MAKASSAR PERIODE
JANUARI 2017 SAMPAI DESEMBER 2018

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

DEWAN PENGUJI


Pembimbing : dr. Rizalinda Sjahril, M.Sc., Phd


(dr. Rizalinda Sjahril, M.Sc., Phd)
NIP. 196909181996032002

Penguji I : dr. Lisa Tenriesa, M.Med.Sc


(dr. Lisa Tenriesa, M.Med.Sc)
NIP. 198303042012122003

Penguji II : Prof. dr. Muh. Nasrum Massi, Ph.D

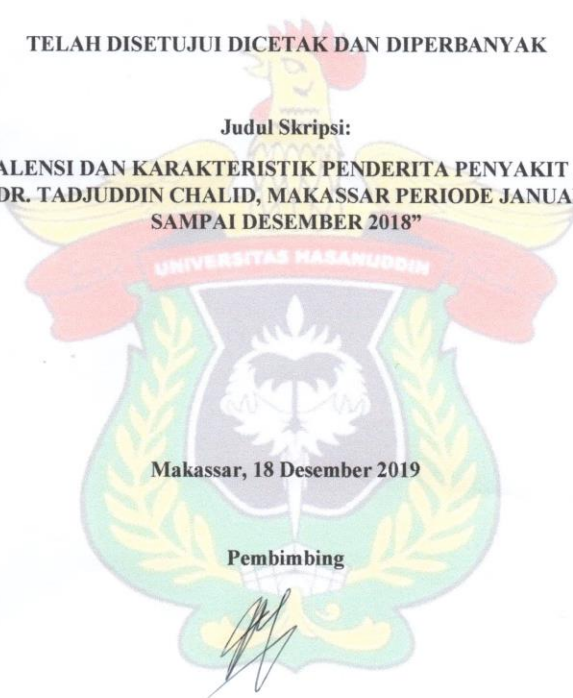

(Prof. dr. Muh. Nasrum Massi, Ph.D)
NIP. 196709101996031001

DEPARTEMEN MIKROBIOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2019

TELAH DISETUJUI DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi:

“PREVALENSI DAN KARAKTERISTIK PENDERITA PENYAKIT KUSTA
DI RS. DR. TADJUDDIN CHALID, MAKASSAR PERIODE JANUARI 2017
SAMPAI DESEMBER 2018”



Makassar, 18 Desember 2019

Pembimbing



dr. Rizalinda Sjahril, M.Sc., Phd

NIP. 196909181996032002

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Prevalensi Dan Karakteristik Penderita Penyakit Kusta di RS. Dr. Tadjuddin Chalid, Makassar Periode Januari 2017 Sampai Desember 2018” sebagai salah satu syarat menyelesaikan program sarjana kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Dalam penulisan skripsi ini penulis telah banyak mendapatkan bimbingan dan pengarahan serta bantuan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dr. Rizalinda Sjahril, M.Sc., Phd selaku pembimbing dalam penulisan skripsi ini yang telah memberikan bimbingan dan arahan serta meluangkan waktu kepada penulis. Secara khusus penulis juga ingin mengucspksn terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Para Wakil Dekan, Staf Pengajar, dan seluruh karyawan yang telah memberikan bantuan dan bimbingan kepada penulis selama mengikuti proses perkuliahan di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
2. Prof. dr. Muh. Nasrum Massi, Ph.D dan dr. Lisa Tenriesa, M.Med.Sc, selaku dosen penguji yang senantiasa meluangkan waktu untuk menguji dan mengoreksi skripsi ini dari awal sampai akhir.
3. Direktur RS. Dr. Tadjuddin Chalid, Makassar beserta staf yang telah memberikan bantuan dan bimbingan kepada penulis selama mengadakan penelitian.

4. Keluarga penulis yang selalu mendukung penulis selama menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Khususnya buat kedua orang tua penulis tercinta, Ayahanda dan Ibunda untuk pengorbanan, doa dan kasih sayang sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
5. Teman-teman penulis, Mohamad Afiq bin Abd. Rashid, Ras Adiba binti Rodzuan, Nur Amni Atiqah, Siti Najihah Sulaiman, Benazeer Ali Nowsathale, Nor Sasha, dan teman-teman lainnya yang tidak dapat penulis tulis satu persatu. Terima kasih atas dukungan dan perhatiannya. Semoga Tuhan membalas dukungan dan perhatian tersebut serta melimpahkan rahmat serta karuniaNya kepada kita semua.
6. Berbagai pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam penyusunan skripsi ini.

Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini dapat memberikan sumbangan pikiran yang berguna bagi bidang kedokteran, serta bagi pengembangan ilmu pengetahuan. Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari sempurna sehingga penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan penelitian ini. Semoga penelitian ini dapat berguna kepada kita semua.

Makassar, 18 Desember 2019

Penulis

Nurul Hazwani Binti Azmi – C11116844

dr. Rizalinda Sjahril, M.Sc., Phd

**PREVALENSI DAN KARAKTERISTIK PENDERITA PENYAKIT KUSTA DI
RS. DR. TADJUDDIN CHALID, MAKASSAR PERIODE JANUARI 2017
SAMPAI DESEMBER 2018**

ABSTRAK

Tujuan Penelitian : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi dan karakteristik penderita penyakit kusta di RS. Dr. Tadjuddin Chalid, Makassar.

Metode Penelitian : Penelitian ini adalah penelitian deskriptif yang menilai prevalensi dan karakteristik penderita penyakit kusta di RS. Dr. Tadjuddin Chalid, Makassar periode Januari 2017 sampai Desember 2018. Pendekatan yang digunakan pada desain penelitian ini adalah *cross sectional study*. Sampel dalam penelitian ini seluruhnya sebanyak 106 sampel.

Hasil : Prevalensi penderita penyakit kusta mengikut umur paling banyak adalah 50-59 tahun yaitu 40.6 %. Prevalensi mengikut jenis kelamin adalah laki-laki yaitu sebanyak 59.4%. Prevalensi penderita penyakit kusta yang paling signifikan menurut tingkat pendidikan pula adalah tidak sekolah yaitu sebanyak 43.4%. Mengikut jenis pekerjaan pulaprevalensinya adalah sebanyak 49.1% manakala mengikut defek yang didapatkan adalah ulkus pedis dengan prevalensi sebanyak 57.5%. Majoritas penderita penyakit kusta memiliki hasil pemeriksaan laboratorium yang normal.

Kata Kunci: *Prevalensi, Karakteristik, Penyakit Kusta*

Nurul Hazwani binti Azmi – C11116844

dr. Rizalinda Sjahril, M.Sc., Phd

**THE PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF LEPROSY PATIENTS IN
RS. DR. TADJUDDIN CHALID, MAKASSAR FROM JANUARY 2017 TO
DECEMBER 2018**

ABSTRACT

Objective : The purpose of this study is to determine the prevalence and characteristics of leprosy patients in RS. Dr. Tadjuddin Chalid, Makassar.

Methods : this study is a descriptive study which is to determine the prevalence and characteristics of leprosy patients in RS. Dr. Tadjuddin Chalid, Makassar from January 2017 to December 2018. The approach in this study is cross sectional study. Sample used in this study is 106 samples.

Result : The prevalence of leprosy patients according to the age is 50-59 years old which is 40.6%. The prevalence according to the sex is male which is 59.4% . The most significant prevalence of leprosy patient according to the level of education is not going to school which is 43.4%. According to types of occupation, most of the patients does not doing any types of work which is 49.1% while according to types of defect the patients got is pedis ulcer with the prevalence about 57.5%. most of the leprosy patients have a normal laboratory examination results.

Keywords : *Prevalence, Characteristics, Leprosy*

DAFTAR ISI

Halaman judul.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Halaman Pengesahan.....	iii
Halaman Persetujuan Cetak.....	iv
Lembar Pernyataan Anti-Plagiarisme.....	v
Kata Pengantar.....	ii
Abstrak.....	iv
Abstract.....	v
Daftar Isi.....	1
Daftar Tabel.....	6
Daftar Grafik.....	8

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	9
1.2 Rumusan Masalah.....	16
1.3 Tujuan Penelitian.....	16
1.3.1 Tujuan Umum.....	16
1.3.2 Tujuan Khusus.....	16
1.4 Manfaat Penelitian	

1.4.1 Manfaat Ilmiah.....	17
1.4.2 Manfaat Praktis.....	17
1.4.3 Manfaat bagi Masyarakat.....	17
1.4.4 Manfaat bagi Peneliti.....	17

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum tentang Kusta

2.1.1 Definisi Kusta	19
2.1.2 Etiologi.....	20
2.1.3 Epidemiologi.....	20
2.1.4 Diagnosis.....	21
2.1.5 Klasifikasi Lepra.....	24
2.1.6 Penularan Penyakit Kusta.....	26
2.1.7 Pengobatan.....	27

BAB 3 KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Teori.....	30
3.2 Kerangka Konsep.....	30
3.3 Definisi operasional.....	31
3.3.1 Penyakit Kusta.....	31
3.3.2 Usia.....	31
3.3.3 Jenis kelamin.....	32

3.3.4 Tingkat Pendidikan.....	32
3.3.5 Pekerjaan.....	33
3.3.6 Defek yang didapatkan.....	33
3.3.7 Hasil pemeriksaan laboratorium.....	33

BAB 4 : METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian.....	37
4.2 Identifikasi Variabel	
4.2.1 Variabel bebas.....	37
4.2.2 Variabel terikat.....	37
4.3 Populasi dan Sampel	
4.3.1 Populasi.....	38
4.3.2 Sampel.....	38
4.4 Kriteria Restriksi	
4.4.1 Kriteria Inklusi.....	38
4.4.2 Kriteria Eksklusi.....	38
4.5 Waktu dan Lokasi Penelitian	
4.5.1 Waktu Penelitian.....	39
4.5.2 Lokasi Penelitian.....	39
4.6 Manajemen data	
4.6.1 Instrumen.....	39
4.6.2 Sumber data.....	39

4.6.3 Pengolahan data.....	40
4.6.4. Penyajian data.....	40
4.6.5 Alur penelitian.....	40
4.7 Etika Penelitian.....	41

BAB 5 : HASIL PENELITIAN

5.1 Prevalensi Penderita Penyakit Kusta Mengikuti Umur.....	43
5.2 Prevalensi Penderita Penyakit Kusta Mengikuti Jenis Kelamin.....	43
5.3 Prevalensi Penderita Penyakit Kusta Mengikuti Tingkat Pendidikan.....	44
5.4 Prevalensi Penderita Penyakit Kusta Mengikuti Jenis Pekerjaan.....	45
5.5 Prevalensi Penderita Penyakit Kusta Mengikuti Defek Yang Didapatkan.....	46
5.6 Prevalensi Penderita Penyakit Kusta Mengikuti Hasil Pemeriksaan Laboratorium	
5.6.1 Gula Darah Sewaktu (GDS).....	47
5.6.2 Leukosit.....	47
5.6.3 Eritrosit.....	48
5.6.4 Hemoglobin.....	49
5.6.5 Hematokrit.....	50
5.6.6 Mean Corpuscular Volume (MCV).....	50
5.6.7 Mean Corpuscular Hemoglobin (MCH).....	51
5.6.8 Mean Corpuscular Concentration (MCHC).....	51
5.6.9 Platelet.....	52
5.6.10 Neutrofil.....	53

5.6.11 Limfosit.....	54
5.6.12 Monosit.....	54
5.6.13 Eosinofil.....	55
5.6.14 Basofil.....	56

BAB 6 : PEMBAHASAN

6.1 Distribusi Penderita Penyakit Kusta Mengikut Umur.....	57
6.2 Distribusi Penderita Penyakit Kusta Mengikut Jenis Kelamin.....	57
6.3 Distribusi Penderita Penyakit Kusta Mengikut Tingkat Pendidikan.....	58
6.4 Distribusi Penderita Penyakit Kusta Mengikut Jenis Pekerjaan.....	58
6.5 Distribusi Penderita Penyakit Kusta Mengikut Defek Yang Didapatkan.....	58
6.6 Distribusi Penderita Penyakit Kusta Mengikut Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	59

BAB 7 : KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan.....	60
7.2 Saran.....	61

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1 : Jumlah Kasus Baru Kusta dan NCDR per 10.000 Penduduk per Provinsi Tahun 2015-2017.....	12
Tabel 2 : Tipe Leprae.....	23
Tabel 3 : Bagan Diagnosis Klinis Menurut WHO (1995).....	24
Tabel 4 : Prevalensi Mengikut Umur.....	42
Tabel 5 : Prevalensi Mengikut Jenis Kelamin.....	42
Tabel 6 : Prevalensi Mengikut Tingkat Pendidikan.....	43
Tabel 7 : Prevalensi Mengikut Jenis Pekerjaan.....	44
Tabel 8 : Prevalensi Mengikut Defek Yang Didapatkan.....	45
Tabel 9 : Prevalensi Mengikut Kadar Gula Darah Sewaktu (GDS).....	46
Tabel 10: Prevalensi Mengikut Kadar Leukosit Darah.....	46
Tabel 11 : Prevalensi Mengikut Kadar Eritrosit dalam Darah.....	47
Tabel 12 : Prevalensi Mengikut Kadar Hemoglobin Darah.....	48
Tabel 13 : Prevalensi Mengikut Kadar Hematokrit dalam Darah.....	48
Tabel 14 : Prevalensi Mengikut <i>Kadar Mean Corpuscular Volume</i> (MCV).....	49
Tabel 15 : Prevalensi Mengikut <i>Kadar Mean Corpuscular Hemoglobin</i> (MCH).....	50
Tabel 16 : Prevalensi Mengikut <i>Kadar Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration</i> (MCHC).....	50
Tabel 17 : Prevalensi Mengikut Kadar Platelet dalam Darah.....	51
Tabel 18 : Prevalensi Mengikut Kadar Neutrofil dalam Darah.....	52
Tabel 19 : Prevalensi Mengikut Kadar Limfosit dalam Darah.....	53

Tabel 20 : Prevalensi Mengikut Kadar Monosit dalam Darah.....	53
Tabel 21 : Prevalensi Mengikut Eosinofil dalam Darah.....	54
Tabel 22 : Prevalensi Mengikut Kadar Basofil dalam Darah.....	55

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1 : Kasus Baru Kusta Menurut Provinsi Tahun 2017.....	15
Grafik 2 : Carta Pai Mengikuti Umur.....	42
Grafik 3 : Carta Pai Mengikuti Jenis Kelamin.....	43
Grafik 4 : Carta Pai Mengikuti Tingkat Pendidikan.....	44
Grafik 5 : Carta Pai Mengikuti Jenis Pekerjaan.....	45
Grafik 6 : Carta Pai Mengikuti Defek Yang Didapatkan.....	45
Grafik 7 : Carta Pai Mengikuti Kadar Gula Darah Sewaktu (GDS).....	46
Grafik 8: Carta Pai Mengikuti Kadar Leukosit Darah.....	47
Grafik 9 : Carta Pai Mengikuti Kadar Eritrosit dalam Darah.....	47
Grafik 10 : Carta Pai Mengikuti Kadar Hemoglobin Darah.....	48
Grafik 11 : Carta Pai Mengikuti Kadar Hematokrit dalam Darah.....	49
Grafik 12 : Carta Pai Mengikuti <i>Kadar Mean Corpuscular Volume (MCV)</i>	49
Grafik 13 : Carta Pai Mengikuti <i>Kadar Mean Corpuscular Hemoglobin (MCH)</i>	50
Grafik 14 : Carta Pai Mengikuti <i>Kadar Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration (MCHC)</i>	51
Grafik 15 : Carta Pai Mengikuti Kadar Platelet dalam Darah.....	52
Grafik 16: Carta Pai Mengikuti Kadar Neutrofil dalam Darah.....	52
Grafik 17: Carta Pai Mengikuti Kadar Limfosit dalam Darah.....	53
Grafik 18: Carta Pai Mengikuti Kadar Monosit dalam Darah.....	54
Grafik 19: Carta Pai Mengikuti Eosinofil dalam Darah.....	54
Grafik 20: Carta Pai Mengikuti Kadar Basofil dalam Darah.....	55

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kusta adalah penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*. Kusta menyebabkan masalah kompleks, meliputi masalah medis, ekonomi, dan sosial. Penyakit kusta telah dikenal hampir 2000 tahun sebelum Masehi. Hal ini dapat diketahui dari peninggalan sejarah seperti di Mesir, di India 1400 SM, di Tiongkok 600 SM, di Mesopotamia 400 tahun SM. Pada zaman purbakala tersebut telah terjadi pengasingan secara spontan karena pasien kusta merasa rendah diri dan malu, di samping itu masyarakat merasa jijik dan takut.

Pada pertengahan abad ke 13- dengan adanya aturan ketatanegaraan dengan sistem feodal yang berlaku di Eropah mengakibatkan masyarakat sangat patuh dan takut terhadap penguasa dan hak asasi manusia tidak mendapat perhatian. Demikian pula yang terjadi pada pasien kusta yang umumnya merupakan rakyat biasa. Pada waktu itu penyakit dan obat-obatan belum ditemukan, maka pasien kusta diasingkan lebih ketat dan dipaksakan tinggal di Leprosaria/Koloni/Perkampungan pasien kusta seumur hidup.

Pada tahun 1873, dr. Gerhard Armauer Henrik Hansen dari Norwegia adalah orang pertama yang mengidentifikasi kuman yang menyebabkan penyakit kusta di bawah mikroskop. Penemuan *Mycobacterium leprae* membuktikan bahwa kusta disebabkan oleh kuman, dan dengan demikian tidak turun temurun, dari kutukan atau dari dosa. (Kementrian Kesehatan RI, 2018, p. 2)

Sebagian besar masyarakat Indonesia mungkin sudah banyak yang tidak mengenal penyakit kusta. Padahal, penyakit kusta belum hilang, penyakit tua ini masih ada hingga saat ini di negara kita. Masih ada beberapa wilayah di Indonesia yang belum eliminasi kusta, artinya prevalensi kusta di wilayah tersebut masih lebih dari 1 per 10.000 penduduk, yakni di wilayah Jawa bagian timur, Sulawesi, Papua, Papua Barat, Maluku dan Maluku Utara. Sebagai informasi, angka prevalensi kusta di Indonesia saat ini 0,71 per 10.000 penduduk dengan total 18.248 kasus terdaftar. Penyakit kusta lebih sering ditemukan terlambat karena masyarakat seringkali mengabaikan tanda dan gejalanya.

Gejala penyakit kusta adalah keberadaan bercak putih atau merah di kulit. Bercak tersebut tidak gatal, tidak nyeri, tetapi baal (kurang rasa atau mati rasa). Bercak seringkali ditemukan di bagian siku, karena ada syaraf yang dekat dengan permukaan kulit, ada pula bercak yang ditemukan di sekitar tulang pipi (wajah), telinga, atau bahu (badan). Selain itu, ada penderita yang menunjukkan gejala berupa bintil kemerahan yang tersebar, ada pula yang gejalanya kulit sangat kering (tidak berkeringat) dan rambut alis rontok sebagian/seluruhnya. Sebagian besar penderita pada awalnya tidak merasa terganggu. Meski kadang disertai kesemutan, nyeri sendi dan demam hilang timbul, bila mengalami reaksi. Karena tidak merasa sakit, tidak gatal, penderita cenderung abai. Padahal penyakit berlangsung terus, berpotensi menularkan dan menimbulkan kecacatan.

Keberadaan penderita kusta yang belum mengkonsumsi obat kusta atau berobat tidak teratur merupakan sumber penularan. Penderita bisa menularkan kuman

melalui percikan cairan pernafasan, maupun kontak melalui kulit yang luka. Cara penularannya seperti Tuberkulosis, namun lebih sulit menular dibanding Tuberkulosis karena harus melakukan kontak dalam waktu yang cukup lama (durasi panjang) dengan penderita. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018, p. 2)

Indonesia telah mencapai status eliminasi kusta, yaitu prevalensi kusta <1 per 10.000 penduduk (<10 per 100.000 penduduk), pada tahun 2000. Setelah itu Indonesia masih bias menurunkan angka kejadian kusta meskipun relative lambat. Angka prevalensi kusta di Indonesia pada tahun 2017 sebesar 0,70 kasus/10.000 penduduk dan angka penemuan kasus baru sebesar 6,08 kasus per 10.000 penduduk. Selain itu, ada beberapa provinsi yang prevalensinya masih di atas 1 per 10.000 penduduk. Angka prevalensi ini belum bias dinyatakan bebas kusta dan terjadi di 10 provinsi di Indonesia.

Berdasarkan bebannya, kusta dibagi menjadi 2 kelompok yaitu beban kusta tinggi (high burden) dan beban kusta rendah (low burden). Provinsi disebut high burden NCDR (new case detection rate: angka penemuan kasus baru) > 10 per 100.000 penduduk dan atau jumlah kasus baru lebih dari 1.000, sedangkan low burden jika NCDR <10 per 100.000 penduduk dan atau jumlah kasus baru kurang dari 1.000 kasus. Berdasarkan tabek diketahui bahwa di antara tahun 2015-2016 sebanyak 11 provinsi (32,35%) termasuk dalam beban kusta tinggi. Sedangkan 23 provinsi lainnya (67,65%) termasuk dalam beban kusta rendah. Hampir seluruh provinsi di bagian timur Indonesia merupakan daerah dengan beban kusta tinggi. (Kementrian Kesehatan RI, 2018, p. 4)

Tabel 1: Jumlah Kasus Baru Kusta dan NCDR per 100.000 Penduduk per Provinsi Tahun 2015-2017

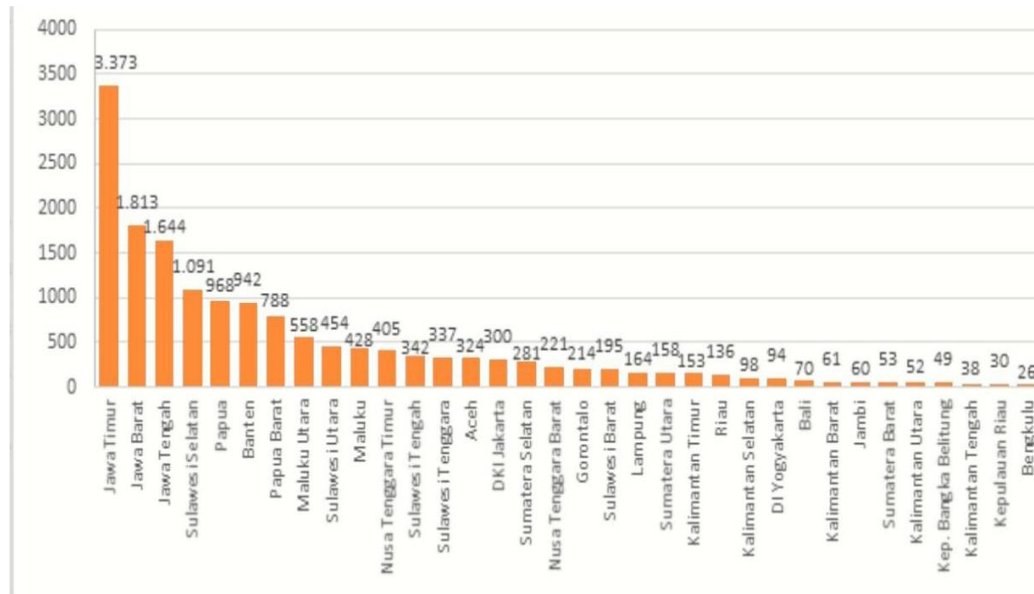
No	Provinsi	2015		2016		2017	
		Kasus Baru (jiwa)	NCDR (%)	Kasus Baru (jiwa)	NCDR (%)	Kasus Baru (jiwa)	NCDR (%)
1	Aceh	524	10,48	422	8,28	324	6,24
2	Sumatera Utara	197	1,41	177	1,26	0	1,11
3	Sumatera Barat	54	1,04	54	1,03	53	1,00
4	Riau	108	1,7	144	2,22	136	2,04
5	Jambi	72	2,12	61	1,76	60	1,71
6	Sumatera Selatan	330	4,1	278	3,41	281	3,40
7	Bengkulu	17	0,91	20	1,05	26	1,34
8	Lampung	53	0,65	77	0,94	164	1,98
9	Kep. Bangka Belitung	35	2,55	31	2,21	49	3,42
10	Kepulauan Riau	24	1,22	34	1,68	30	1,44
11	DKI Jakarta	317	3,11	310	3,02	300	2,89

12	Jawa Barat	2,025	4,34	2,046	4,32	1813	3,77
13	Jawa Tengah	1,807	5,35	1,609	4,73	1644	4,80
14	DI Yogyakarta	105	2,85	40	1,08	94	2,50
15	Jawa Timur	4,013	10,33	3,999	10,23	3373	8,58
16	Banten	1026	8,58	926	7,59	942	7,57
17	Bali	61	1,47	99	2,36	70	1,65
18	Nusa Tenggara Barat	292	6,04	243	4,96	221	4,46
19	Nusa Tenggara Timur	280	5,47	261	5,02	405	7,66
20	Kalimantan Barat	57	1,19	91	1,87	61	1,24
21	Kalimantan Tengah	26	1,04	51	2,00	38	1,46
22	Kalimantan Selatan	145	3,63	124	3,06	98	2,38
23	Kalimantan Timur	176	5,14	158	4,51	153	4,28
24	Kalimantan Utara	41	6,39	29	4,35	52	7,52

25	Sulawesi Utara	427	17,7	379	15,55	454	18,45
26	Sulawesi Tengah	494	17,17	317	10,85	342	11,53
27	Sulawesi Selatan	1,220	14,32	1,124	13,06	1,091	12,55
28	Sulawesi Tenggara	281	11,24	329	12,90	337	12,95
29	Gorontalo	223	19,68	177	15,38	214	18,32
30	Sulawesi Barat	215	16,77	181	13,85	195	14,65
31	Maluku	211	12,51	442	25,76	428	24,53
32	Maluku Utara	544	46,8	421	35,50	558	46,14
33	Papua Barat	717	82,27	905	101,3	788	86,09
34	Papua	1,084	34,42	1,267	39,5	968	29,65
Indonesia		17,202	6,73	16,826	6,50	15,920	6,08

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2015-2017, Pusat Data dan Informasi Ditjen P2P,
Kemenkes RI, 2018 (Kementrian Kesehatan RI, 2018, pp. 4–5)

Grafik 1 : Kasus Baru Kusta Menurut Provinsi Tahun 2017



(Kementerian Kesehatan RI, 2018, pp.7)

Di tahun 2016, terdapat penambahan provinsi yang mencapai eliminasi yaitu Provinsi Aceh dan Provinsi Kalimantan Utara. Adapun 11 provinsi yang belum mencapai eliminasi adalah Jawa Timur, Sulawesi Utara, Gorontalo, Sulawesi Tengah, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Selatan, Maluku, Maluku Utara, Papua, serta Papua Barat. Sedangkan pada tahun 2017 terdapat sepuluh provinsi yang belum mencapai eliminasi, yaitu Sulawesi Utara, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat. (Kementerian Kesehatan RI, 2018, p. 7)

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah prevalensi dan karakteristik Penderita Penyakit Kusta di RS. Dr. Tadjuddin Chalid, Makassar periode Januari 2017 sampai Desember 2018

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui prevalensi dan karakteristik Penderita Penyakit Kusta di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar periode Januari 2017 sampai Desember 2018

1.3.2 Tujuan Khusus

- a) Untuk mengetahui distribusi penderita menurut kelompok umur.
- b) Untuk mengetahui distribusi penderita menurut kelompok jenis kelamin.
- c) Untuk mengetahui distribusi penderita menurut tingkat pendidikan.
- d) Untuk mengetahui distribusi penderita menurut jenis pekerjaan.
- e) Untuk mengetahui distribusi penderita menurut defek yang didapatkan.
- f) Untuk mengetahui hasil pemeriksaan laboratorium penderita.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu referensi ilmiah dalam melakukan penelitian selanjutnya dan menjadi informasi ilmiah yang bermanfaat baik bagi mahasiswa maupun masyarakat umum.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Memberikan masukan mengenai distribusi Penyakit Kusta berdasarkan usia, jenis kelamin, pengobatan yang diberikan dan status pengobatan penderita.
2. Dapat digunakan sebagai referensi.
3. Sebagai rujukan dan pengembang keilmuan.

1.4.3. Manfaat kepada Masyarakat

1. Meningkatkan kesadaran terhadap Penyakit Kusta.
2. Memberikan informasi yang lebih terperinci mengenai Penyakit Kusta.
3. Mencegah terjadinya penularan pada masyarakat sehingga diharapkan dapat menurunkan angka morbiditas, mortalitas, dan disabilitas karena Penyakit Kusta

1.4.4 Manfaat Bagi Peneliti

1. Mengetahui insidens Penyakit Kusta secara terperinci.

2. Menambah ilmu pengetahuan tentang Penyakit Kusta maupun pembuatan karya ilmiah.
3. Sebagai data awal untuk melakukan penelitian lebih lanjut.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum Tentang Kusta

2.1.1 Definisi Kusta

Istilah kusta berasal dari bahasa Sansekerta, yakni *kustha* berarti kumpulan gejala-gejala kulit secara umum. Penyakit kusta atau lepra disebut juga Morbus Hansen, sesuai dengan nama yang menemukan kuman. Kusta adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium leprae*. Kusta menyerang berbagai bagian tubuh diantaranya saraf dan kulit. Penyakit ini adalah tipe penyakit granulomatosa pada saraf tepi dan mukosa dari saluran pernafasan atas dan lesi pada kulit adalah tanda yang bias diamati dari luar. Bila tidak ditangani, kusta dapat sangat progresif menyebabkan kerusakan pada kulit, saraf-saraf, anggota gerak dan mata. Tidak seperti mitos yang beredar di masyarakat, kusta tidak menyebabkan pelepasan anggota tubuh yang begitu mudah seperti pada penyakit tzaraath yang digambarkan dan sering disamakan dengan kusta. (Kementrian Kesehatan RI, 2018, p. 2)

Penyakit kusta adalah salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah tersebut bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai segi sosial, ekonomi, psikologis. (Ii and Pustaka, 2008, p. 8)

2.1.2 Etiologi

Penyebab penyakit ini adalah Mikobakterium lepra (*Mycobacterium leprae*, *M. lepra*).

M. leprae merupakan basil tahan asam (BTA), bersifat obligat intraselular, menyerang saraf perifer, kulit, dan organ lain seperti mukosa saluran napas bagian atas, hati, dan sumsum tulang kecuali susunan saraf pusat. Masa membelah diri *M. leprae* 12-21 hari dan masa tunasnya 40 hari – 40 tahun. , bentuk batang, Gram positif, tahan asam (*acid-fast*), tidak bergerak, sampai sekarang belum dapat dibiakkan.

2.1.3 Epidemiologi

Kusta terdapat dimana-mana, terutama di Asia, Afrika, Amerika Latin, daerah tropis dan subtropis, serta masyarakat yang sosial ekonominya rendah. Makin rendah sosial ekonomi makin berat penyakitnya.

Sebenarnya kapan penyakit kusta ini mulai bertumbuh tidak dapat diketahui dengan pasti, tetapi ada yang berpendapat penyakit ini berasal dari Asia Tengah kemudian menyebar ke Mesir, Eropa, Afrika dan Amerika.

Sumber penularan adalah kuman kusta utuh (*solid*) yang berasal dari pasien kusta tipe MB (*Multi basiler*) yang belum diobati atau tidak teratur berobat.

Penyakit ini menyerang segala umur namun jarang sekali pada anak dibawah usia 3 tahun. Hal ini diduga berkaitan dengan masa inkubasi yang cukup lama. Namun meskipun sebagian besar penduduk di daerah endemik lepra pernah terinfeksi *M.*

Leprae tidak semua akan terserang penyakit ini karena kekebalan alamiah terhadap kuman tersebut. Diperkirakan sekitar 15% dari populasi di daerah endemis kekebalan tubuhnya tidak cukup untuk membunuh kuman yang masuk dan kemungkinan suatu saat bisa terserang penyakit ini.

Masa inkubasinya antara beberapa bulan sampai beberapa tahun. Seseorang bisa saja mendapatkan penularan pada masa kanak-kanak, tetapi gejala penyakitnya baru muncul setelah dewasa.

Timbulnya penyakit kusta pada seseorang tidak mudah sehingga tidak perlu ditakuti. Hal ini bergantung pada beberapa faktor, antara lain sumber penularan, kuman kusta, daya tahan tubuh, sosial ekonomi dan iklim.

2.1.4 Diagnosis

Untuk menetapkan diagnosa penyakit kusta didasarkan pada penemuan gejala-gejala utama atau "*Cardinal signs*", yaitu :

a. Lesi kulit yang mati rasa

Kelainan kulit dapat berupa bercak keputih-putihan (hipopigmentasi) atau kemerahan (eritematous) yang mati rasa.

b. Penebalan saraf yang disertai dengan gangguan fungsi

Penebalan gangguan fungsi saraf yang terjadi merupakan akibat dari peradangan kronis saraf tepi (neuritis perifer) dan tergantung area yang dilayani oleh saraf tersebut, dan dapat berupa :

1. Gangguan fungsi sensorik : mati rasa/ kurang rasa

2. Gangguan fungsi motorik : *paresis* atau *paralysis*
3. Gangguan fungsi otonom : kulit kering, retak, edema.

c. Basil tahan asam (BTA)

Bahan pemeriksaan diambil dari kerokan kulit (*skin smear*) pada cuping telinga serta bagian aktif suatu lesi kulit. Bila pada kulit atau saraf seseorang ditemukan kelainan yang tidak khas untuk penyakit kulit lain dan menurut pengalaman kemungkinan besar mengarah ke kusta, maka kita dapat menetapkan seseorang tersebut sebagai suspek kusta.

Untuk menegakkan diagnosis kusta, diperlukan paling sedikit satu tanda utama. Tanpa tanda utama, seseorang hanya boleh ditetapkan sebagai tersangka (suspek) kusta.

Pemeriksaan apusan kulit (*skin smear*) beberapa tahun terakhir tidak diwajibkan dalam program nasional untuk penegakan diagnosis kusta. Tetapi saat ini program nasional mengambil kebijakan untuk mengaktifkan kembali pemeriksaan skin smear. Pemeriksaan *skin smear* banyak berguna untuk mempercepat penegakan diagnosis karena sekitar 7-10% penderita yang datang dengan lesi PB yang meragukan merupakan kasus MB yang dini. Bila pemeriksaan bakteriologis tersebut juga tidak ditemukan BTA, maka tersangka perlu diamati dan diperiksa ulang 3-6 bulan kemudian atau dirujuk ke dokter spesialis kulit hingga diagnosa dapat ditegakan atau disingkirkan.

Diagnosis banding penyakit kulit yang jarang ditemukan:

1. Frambusia (Yaws) : lesi berupa beberapa benjolan (nodul) yang berkelompok di tungkai, berwarna merah, permukaan kasar dan terdapat krusta berwarna kuning. Kadang-kadang berulserasi dan sembuh membentuk parut atrofi berwarna agak putih. Gambar wajah tampak lesi atrofi, hipopigmentasi, dan kadang-kadang sensasi terhadap rasa raba dan nyeri agak terganggu.
2. Granuloma Multiforme : penyakit ini pada beberapa tingkatan sangat menyerupai kusta. Pertama kali ditemukan dan terutama ditempat lain di dunia. Penyebabnya masih belum diketahui, kemungkinan merupakan satu varian dari granuloma anulare. Tahap awal ditandai oleh adanya gatal (tidak terjadi pada kusta). Lesi menghilang sendiri cepat atau lambat dan tidak ada respon terhadap pengobatan apapun. Fungsi sensasi, pengeluaran keringat dan saraf perifer normal.
3. Pellagra : bercak dapat menyerupai kusta tipe PB yang sedang mengalami reaksi. Lesi khas, simetris, tanpa keluhan dan seringkali dihubungkan dengan malnutrisi, alkoholisme dan kemiskinan. Fungsi sensasi pengeluaran keringat dan saraf perifer normal. Lesi tersebut (serta keadaan umum pasien) memberikan respon cepat dengan pemberian asam nikotinat.

2.1.5 Klasifikasi Lepra

Menurut WHO 1988 dalam Mardika (2004) membagi lepra atas dua tipe yaitu :

1. *Paucibacillary* (PB), indeks bakteri < 2+, termasuk indeterminate TT, BT smear negatif
2. *Multibacillary* (MB), indeks bakteri $\geq 2+$, termasuk tipe BT smear positif, BB, BL dan LL.

Menurut WHO (1995) dan Departemen Kesehatan Ditjen P2MPLP (1990) membagi tipe *Pausi Basiler* (PB) dan *Multi Basiler* (MB)

Tabel 2 : Tipe Leprae

Kelainan kulit dan hasil pemeriksaan bakteriologis	Tipe PB	Tipe MB
1. Bercak (Makula) <ol style="list-style-type: none"> a. Jumlah b. Ukuran c. Distribusi d. Permukaan e. Batas f. Gangguan sensibilitas g. Kehilangan kemampuan berkeringat, bulu rontok pada bercak 	1-5 Kecil dan besar Unilateral atau bilateral simetris Kering dan kasar Tegas Selalu ada dan jelas Bercak tidak berkeringat, ada bulu rontok pada bercak	Banyak Kecil-kecil Bilateral, simetris Halus, berkilat Kurang tegas Biasanya tidak jelas, jika ada, terjadi pada yang sudah lanjut. Bercak masih berkeringat, bulu tidak rontok.
2. Infiltrat <ol style="list-style-type: none"> a. Kulit b. Membran 	Tidak ada Tidak pernah	Ada, kadang-kadang tidak ada Ada, kadang-kadang

<p>mukosa (hidung tersumbat pendarahan dihidung)</p> <p>3. Nodulus 4. Penebalan syaraf tepi</p> <p>5. Deformitas</p> <p>6. Sediaan apus</p> <p>7. Ciri-ciri khusus</p>	<p>Tidak ada Lebih sering terjadi dini, asimetris</p> <p>Biasanya asimetris terjadi dini BTA negatif</p> <p><i>Central healing</i> penyembuhan ditengah</p>	<p>tidak ada</p> <p>Kadang-kadang ada Terjadi pada yang lanjut biasanya lebih dari satu dan simetris</p> <p>Terjadi pada stadium lanjut BTA positif</p> <p>Punched out lesion (lesi seperti kue donat), madarosis ginekomastia, hidung pelana, suara sungau.</p>
--	---	--

Tabel 3: Bagan Diagnosis Klinis Menurut WHO (1995)

	Tipe PB	Tipe MB
--	---------	---------

<p>Lesi kulit (Makula datar, papul yang meninggi, nodus)</p> <p>Kerusakan saraf (menyebabkan hilangnya sensi/kelemahan otot yang dipersarafi oleh saraf yang terkena)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1-5 lesi • Hipopigmentasi/eritema • Distribusi tidak simetris • Hilangnya sensi yang jelas • Hanya satu cabang saraf 	<ul style="list-style-type: none"> • >5 lesi • Distribusi lebih simetris • Hilangnya sensasi kurang jelas • Banyak cabang syaraf
---	--	---

2.1.6 Penularan Penyakit Kusta

Cara penularan yang pasti belum diketahui, tetapi menurut sebagian besar ahli melalui saluran pernapasan (inhalasi) dan kulit (kontak langsung yang lama dan erat). Kuman mencapai permukaan kulit melalui folikel rambut, kelenjar keringat, dan diduga juga melalui air susu ibu. Tempat implantasi tidak selalu menjadi tempat lesi pertama.

Cara penularan melalui kontak langsung maupun tidak langsung, melalui kulit yang ada lukanya atau lecet, dengan kontak yang lama dan berulang-ulang.

Anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita mempunyai resiko

tertular lebih besar.

Kusta dapat menyerang semua umur, anak-anak lebih rentan dari pada orang dewasa. Frekuensi tertinggi pada kelompok dewasa ialah umur 25-35 tahun, sedangkan pada kelompok anak umur 10-12 tahun. (Ii and Pustaka, 2008, pp. 8–14)

2.1.7 Pengobatan

Regimen pengobatan MDT di Indonesia sesuai dengan yang direkomendasikan oleh WHO. Regimen tersebut adalah sebagai berikut :

1. Pasien pausibasiler (PB)

Dewasa

Pengobatan bulanan : hari pertama (obat diminum di dapan petugas)

- 2 kapsul rifampisin atau 300 mg (600 mg)
- 1 tablet dapson/DDS 100 mg

Pengobatan harian : hari ke 2-28

- 1 tablet dapson/DDS 100 mg

Satu blister untuk 1 bulan. Dibutuhkan 6 blister yang diminum selama 6-9 bulan.

2. Pasien multibasiler (MB)

Dewasa

Pengobatan bulanan : hari pertama (obat diminum di depan petugas)

- 2 kapsul rifampisin atau 300 mg (600 mg)
- 3 tablet lampren atau 100 mg (300 mg)
- 1 tablet dapson/DDS 100 mg

Pengobatan harian : hari ke 2-28

- 1 tablet lampren 50 mg
- 1 tablet dapson/DDS 100 mg

Satu blister untuk 1 bulan. Dibutuhkan 12 blister yang diminum selama 12-18 bulan.

3. Dosis MDT PB untuk anak (umur 10-15 tahun)

Pengobatan bulanan : hari pertama (obat diminum di depan petugas)

- 2 kapsul rifampisin 150 mg dan 300 mg
- 1 tablet dapson/DDS 50 mg

Pengobatan harian : hari ke 2-28

- 1 tablet dapson/DDS 50 mg

Satu blister untuk satu bulan. Dibutuhkan 6 blister yang diminum selama 6-9 bulan.

4. Dosis MDT MB untuk anak (umur 10-15 tahun)

Pengobatan bulanan : hari pertama (obat diminum di depan petugas)

- 2 kapsul rifampisin 150 mg dan 300 mg
- 3 tablet lampren atau 50 mg (150 mg)
- 1 tablet dapson/DDS 50 mg

Pengobatan harian : hari ke 2-28

- 1 tablet lampren 50 mg selang sehari
- 1 tablet dapson/DDS 50 mg

Satu blister untuk 1 bulan. Dibutuhkan 12 blister yang diminum selama 12-18 bulan.

Bagi dewasa dan anak usia 10-14 tahun tersedia paket dalam bentuk blister.

Dosis anak disesuaikan dengan berat badan :

- Rifampisin : 10-15 mg/kgBB
- Dapson : 1-2 mg/kgBB
- Lampren : 1 mg/kgBB ('Bk2012-406a.Pdf', 2012, pp. 100–101)