

**SKRIPSI  
DESEMBER 2018**

**KARAKTERISTIK PENDERITA KUSTA YANG MENDAPATKAN  
TINDAKAN PENCEGAHAN KECACATAN SEKUNDER  
DI RSK DR. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR  
PERIODE JANUARI – DESEMBER 2015**



**OLEH:**

**DIANA MARSHANDA NUR**

**C111 15 077**

**Pembimbing :**

**Dr. Sachraswaty R. Laididing,Sp.B.,Sp.BP-RE.**

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

**2018**

## HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui untuk dibacakan pada seminar akhir di Rumah Sakit Hikmah  
Makassar, dengan judul skripsi

**“KARAKTERISTIK PENDERITA KUSTA YANG MENDAPATKAN  
TINDAKAN PENCEGAHAN KECACATAN SEKUNDER DI RSK DR.  
TADJUDDIN CHALID MAKASSAR PERIODE JANUARI –  
DESEMBER 2015”**,

Hari/Tanggal : Ahad/16 Desember 2018  
Waktu : 20.00 WITA - Selesai  
Tempat : Rumah Sakit Hikmah Makassar

Makassar, 15 Desember 2018

Mengetahui,  
Pembimbing

  
**Dr. Sachraswaty R. Laidding, Sp.B., Sp.BP-RE.**  
**NIP. 19760112 200604 2 001**

**PANITIA SIDANG UJIAN**  
**DEPARTEMEN BEDAH PLASTIK**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Skripsi dengan judul “**Karakteristik Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder di RSK Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Periode Januari – Desember 2015**”, telah diperiksa, disetujui, dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Departemen Bedah Plastik Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, pada :

Hari/Tanggal : Ahad/ 16 Desember 2018  
Jam : 20.00 WITA - Selesai  
Tempat : Rumah Sakit Hikmah Makassar

**Ketua Tim Penguji**



**(Dr. Sachraswaty R. Laidding, Sp.B.,Sp.BP-RE.)**

**Penguji I**



**(Dr. A.J, Rieuwpassa, Sp.B.,Sp.BP-RE(K).)**

**DEPARTEMEN BEDAH PLASTIK  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN  
2018**

**TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK**

Judul Skripsi :

**“KARAKTERISTIK PENDERITA KUSTA YANG MENDAPATKAN  
TINDAKAN PENCEGAHAN KECACATAN SEKUNDER  
DI RSK DR. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR  
PERIODE JANUARI – DESEMBER 2015”**

Makassar, 17 Desember 2018

**Pembimbing**



**(Dr. Sachraswaty R. Laidding, Sp.B., Sp.BP-RE.)**  
**NIP. 19760112 200604 2 001**

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Diana Marshanda Nur  
NIM : C111 15 077  
Tempat & tanggal lahir : Tanetea, 21 Maret 1997  
Alamat Tempat Tinggal : Jl. Sahabat I Unhas  
Alamat email : dianamarshanda97@gmail.com  
HP : 082291146941

Dengan ini menyatakan bahwa Skripsi dengan judul: "Karakteristik Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar Periode Januari – Desember 2015" adalah hasil pekerjaan saya dan seluruh ide, pendapat, atau materi dari sumber lain telah dikutip dengan cara penulisan referensi yang sesuai. Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 15 Desember 2018

Yang Menyatakan,



Diana Marshanda Nur

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah rabbi alamin, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “*Karakteristik Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder di RSK Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Periode Januari – Desember 2015* ”. Penulisan skripsi ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Selain itu, skripsi ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi penulis sendiri, para pembaca dan peneliti lainnya untuk menambah pengetahuan dalam bidang ilmu kedokteran.

Dalam penulisan skripsi ini terdapat banyak hambatan yang penulis hadapi, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, penulisan skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan ini, tanpa mengurangi rasa syukur penulis kepada Allah *Subhanahu Wa Ta'ala*, penulis ingin menyampaikan terima kasih yang tak terhingga dengan tulus ikhlas kepada orang tua tercinta, ayahanda H. Nurdin B dan ibunda Hj. Nurlinda, yang telah membesarkan dan mendidik penulis dengan penuh kesabaran, kasih sayang dan perhatian, dengan diiringi doa, restu dan dorongan yang tiada henti, beserta seluruh keluarga tersayang yang telah dengan sabar memanjatkan doa dan dukungannya selama masa studi penulis.

Secara khusus penulis sampaikan rasa hormat dan terima kasih yang mendalam kepada Ibu **Dr. Sachraswaty R. Laidding,Sp.B.,Sp.BP-RE** selaku pembimbing

dalam penulisan skripsi ini yang telah banyak meluangkan waktu dengan sabar memberikan arahan serta bimbingannya tahap demi tahap penyusunan skripsi ini, sehingga penulis dapat melalui jenjang perkuliahan dengan baik.

Dengan segala kerendahan hati, penulis juga menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, beserta jajaran pimpinan, staf dan seluruh dosen Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah menerima dan bersedia membagi ilmu serta bimbingan kepada penulis selama menjalani masa pendidikan.
2. Pimpinan dan staf RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar terkhusus Bagian Rekam Medik dan Poli Rehabilitasi Kusta, yang telah memberi izin dan banyak membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian.
3. Dr. Sachraswaty R. Laidding, Sp.B., Sp.BP-RE selaku Dosen Pembimbing yang telah banyak memberikan arahan, masukan, saran, dan kritik kepada penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
4. Dr. A.J. Rieuwpassa, Sp.B., Sp.BP-RE(K) selaku dosen penguji yang telah banyak memberikan arahan, masukan, saran, dan kritik kepada penulis sehingga skripsi ini menjadi lebih baik.
5. Kakak – kakak tercinta penulis Nurafni Oktavia, Isnaeni Juniati Nur dan Muhammad Ihramsyah Nur yang selalu memberikan semangat tiada henti yang telah dengan ikhlas memanjatkan doa, memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi.

6. Sahabat-sahabat dekat penulis “Ukhuwah Islamiyah” yakni Nurul Adha Ardamansa, Ratna Dewi, Sri Wahyuni, Mutmainnah, Sri Angilda, Dwi Yuliani, Nirwana Mustafa, A. Radiah Permatasari, Nurul Amalia, Khusnul Khatimah, Nia Ilmah Muhtar, Zakiiyah Darajat, yang telah memberikan semangat dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
7. Teman – teman posko KKN profesi yang telah memberikan dukungan dan do’a kepada penulis sehingga bisa menyelesaikan skripsi ini.
8. Teman-teman dan kakak-kakak di Pondok Asri 2, Kak Vivi Sulistianingsih, Kak Nurfaidah, Kak Husnul Khatimah, Kak Sitti Magfirah Adnan, Kak Gilang Kurrata, Kak A. Ika Sari Mutmainna, Dek Waode Irma Nuraini, Dek Aulia Annisa, *Syukran Jazakunnallahu Khairan* atas segala dukungan, semangat, serta doa yang selalu dipanjatkan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. Adik-adik dan saudari seperjuangan keluarga besar LD Asy-Syifaa’ Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah memberikan semangat dan dukungan dalam proses penyusunan skripsi ini.
10. Teman-teman seperjuangan skripsi di Bagian Ilmu Bedah yang telah banyak berbagi ilmu dan bantuan dalam penyusunan skripsi ini.
11. Keluarga besar Bra1n5tem, angkatan 2015 Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
12. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis juga menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari yang diharapkan, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Namun demikian, dengan segala keterbatasan yang ada, mudah-mudahan skripsi ini ada manfaatnya. Akhirnya penulis hanya dapat berdoa semoga Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* memberikan imbalan setimpal kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini.

Makassar, 15 Desember 2018

**Penulis**

**Diana Marshanda Nur**

**SKRIPSI**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**DESEMBER 2018**

Diana Marshanda Nur (C111 15 077)

Dr. Sachraswaty R. Laidding, Sp.B.,Sp.BP-RE.

**KARAKTERISTIK PENDERITA KUSTA YANG MENDAPATKAN TINDAKAN PENCEGAHAN KECACATAN SEKUNDER DI RSK DR. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR PERIODE JANUARI – DESEMBER 2015.**

(xvii + 65 Halaman + 1 Gambar + 3 Skema + 11 Tabel + 9 Grafik)

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Kusta adalah penyakit menular kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium lepra*. Pada dasarnya penyakit ini menyerang kulit, saraf tepi, hingga dapat menyerang organ – organ tubuh lainnya. Menurut World Health Organization (WHO), Indonesia merupakan salah satu Negara dengan jumlah penderita penyakit kusta yang tinggi sebanyak 16.856 kasus sehingga Indonesia menempati urutan ketiga di Dunia setelah India (134.752 kasus) dan Brazil (33.303) pada tahun 2013.

**Metode Penelitian:** Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan menggunakan metode *retrospektif deskriptif* dilakukan di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar, Sulawesi Selatan dengan tujuan mengetahui karakteristik jenis kelamin, umur, Jenis pekerjaan, Tingkat Pendidikan, Lamanya Sakit, tipe kusta, serta tingkat kecacatan pada mata, tangan, dan kaki pada pasien kusta periode Januari-Desember 2015. Sampel penelitian berjumlah 108 orang, dan teknik yang digunakan adalah teknik *Total Sampling*.

**Hasil Penelitian:** Pasien dengan jenis kelamin laki – laki lebih tinggi yaitu 62,96%. Pasien paling banyak ditemukan pada umur 36-45 tahun yaitu 47,22%. Pasien yang tidak memiliki pekerjaan paling banyak ditemukan yaitu 55,55%. Berdasarkan tingkat pendidikan terbanyak pada tingkat SD yaitu 39,81%. Menurut lamanya sakit paling banyak <5 tahun yaitu 74,07%. Pasien dengan tipe kusta MB lebih banyak yaitu 98,14%. Tingkat kecacatan mata tingkat 0 paling banyak yaitu 87,96%. Tingkat kecacatan tangan tingkat 1 terbanyak yaitu 55,55%. Dan tingkat kecacatan pada kaki tingkat 2 paling banyak ditemukan yaitu 52,77%.

**Kesimpulan:** Terdapat 108 sampel pasien kusta pada periode Januari-Desember 2015. Jenis kelamin laki – laki lebih banyak dengan insidens tertinggi pada usia 36-45 tahun, tidak bekerja, berpendidikan SD, lamanya sakit <5 tahun, tipe kusta MB, tingkat 0 kecacatan pada mata, tingkat 1 kecacatan pada tangan, dan tingkat 2 kecacatan pada kaki.

**Kata kunci:** Kusta, Karakteristik

**Kepustakaan:** 29 (1994-2015)

**THESIS**  
**MEDICINE FACULTY**  
**HASANUDDIN UNIVERSITY**  
**DECEMBER 2018**

Diana Marshanda Nur (C111 15 077)

Dr. Sachraswaty R. Laiding, Sp.B., Sp.BP-RE.

**CHARACTERISTICS OF LEPROSY PATIENTS THAT GET SECONDARY  
DISABILITY PREVENTION MEASURES IN RSK DR. TADJUDDIN  
CHALID MAKASSAR PERIOD OF JANUARY - DECEMBER 2015.**

(xvii + 65 Pages + 1 Picture + 3 Schemes + 11 Tables + 9 Graphics)

**ABSTRACT**

**Background:** Leprosy is a chronic infectious disease caused by the bacterium of *Mycobacterium leprosy*. Basically this disease attacks the skin, peripheral nerves, and can attack other body organs. According to the World Health Organization (WHO), Indonesia is one of the countries with a high number of leprosy sufferers as many as 16,856 cases so that Indonesia ranks third in the World after India (134,752 cases) and Brazil (33,303) in 2013.

**Method:** This research was an observational research using a descriptive retrospective method conducted at RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar, South Sulawesi with the aim of knowing the characteristics of sex, age, type of work, level of education, duration of illness, type of leprosy, and the level of disability in the eyes, hands and feet in leprosy patients in the period January-December 2015. The sample of the research was 108 people, and the technique used is the Total Sampling technique.

**Results :** Gender of man is higher that is 62,96%. Most patients were found at the age of 36-45 years that is 47,22%. The patients who did not have the most achievements were found at 55,55%. Based on the highest level of education at the elementary level, it is 39.81%. According to the duration of illness at most <5 years is 74,07%. Patients with the Multibasiler leprosy type were more than 98.14%. The level of eye disability at level 0 is the most, which is 87.96%. The highest level of hand disability at level 1 is 55.55%. And the level of foot disability at level 2 is the most found is 52.77%.

**Conclusions :** There were 108 samples of leprosy patients in the period January-December 2015. Gender of man is highest incidence at the age of 36-45 years, not working, elementary school education, duration of illness <5 years, MB leprosy type, level 0 disability in the eye , level 1 hand disability, and level 2 disability in the foot.

**Keywords:** Leprosy, Characteristics

**References:** 29 (1994-2015)

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN CETAK .....	iv
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
ABSTRAK .....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR SKEMA.....	xv
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR GRAFIK.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	2
1.3 Tujuan Penelitian .....	2
1.4 Manfaat Penelitian .....	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Definisi Kusta.....	5
2.2 Epidemiologi Kusta.....	5
2.3 Anatomi dan Fisiologi Kulit.....	6
2.4 Etiologi Kusta.....	11
2.5 Patogenesis Kusta.....	12
2.6 Klasifikasi Kusta .....	13
2.7 Diagnosis dan Tanda Klinis Kusta .....	15
2.8 Pengobatan Penyakit Kusta.....	16
2.9 Kecacatan pada Kusta .....	18
2.10 Upaya Pencegahan Cacat Kusta.....	20
2.11 Kerangka Teori.....	22

<b>BAB 3. KERANGKA KONSEP</b>	
3.1 Dasar pemikiran Variabel yang Diteliti ..	23
3.2 Kerangka Konsep yang diteliti.....	23
3.3 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	24
<b>BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian.....	30
4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian ..	30
4.3 Populasi dan Sampel ..	30
4.4 Jenis Data dan Instrumen Penelitian ..	31
4.5 Manajemen Penelitian.....	31
4.6 Alur Penelitian ..	32
4.7 Etika Penelitian ..	33
<b>BAB 5. HASIL PENELITIAN ..</b>	<b>34</b>
<b>BAB 6. PEMBAHASAN ..</b>	<b>49</b>
<b>BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1 Kesimpulan ..	57
7.2 Saran.....	58
<b>DAFTAR PUSTAKA ..</b>	<b>59</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>63</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Anatomi Kulit.....	7
--------------------------------	---

## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1. Kerangka Teori .....	22
Skema 3.1. Kerangka Konsep yang Diteliti .....	24
Skema 4.1. Alur penelitian .....	33

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Klasifikasi Kusta .....	13
Tabel 2.2. Tanda Lain Klasifikasi Kusta .....	14
Tabel 5.1. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan jenis kelamin .....	35
Tabel 5.2. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan umur .....	36
Tabel 5.3. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan jenis pekerjaan .....	37
Tabel 5.4. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan tingkat pendidikan .....	39
Tabel 5.5. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan lamanya sakit .....	41
Tabel 5.6. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan tipe kusta .....	42
Tabel 5.7. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan tingkat kecacatan mata .....	43
Tabel 5.8. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan tingkat kecacatan tangan .....	45
Tabel 5.9. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan tingkat kecacatan kaki .....	46

## DAFTAR GRAFIK

Grafik 5.1. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan jenis kelamin .....	35
Grafik 5.2. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan umur .....	36
Grafik 5.3. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan jenis pekerjaan .....	38
Grafik 5.4. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan tingkat pendidikan .....	39
Grafik 5.5. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan lamanya sakit .....	41
Grafik 5.6. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan tipe kusta .....	42
Grafik 5.7. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan tingkat kecacatan mata .....	44
Grafik 5.8. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan tingkat kecacatan tangan .....	45
Grafik 5.9. Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan tingkat kecacatan kaki .....	47

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Riwayat Hidup Penulis .....	63
Lampiran 2. Izin etik penelitian .....	64
Lampiran 3. Surat Keterangan Selesai Penelitian .....	65

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang Masalah

Kusta atau lepra adalah penyakit menular kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium lepra*. Pada dasarnya penyakit ini menyerang kulit, saraf tepi, hingga dapat menyerang organ – organ tubuh lainnya. Bakteri tersebut diduga menyebar melalui *droplet*. Penyakit ini merupakan penyakit yang dapat menyebabkan cacat permanen bahkan kematian bagi penderitanya (Sehgal, 2006). Penyakit kusta adalah penyakit yang memberi stigma yang sangat besar pada masyarakat, sehingga penderita kusta menderita tidak hanya karena penyakitnya saja, tetapi juga dijauhi atau dikucilkan oleh masyarakat, sehingga kusta merupakan masalah sosio-medis yang kompleks (Putra IB, 2008).

Penyakit kusta sudah menjadi ancaman pada sebagian besar masyarakat dunia terutama Negara berkembang daerah tropis dan subtropics. Penyakit ini merupakan endemic di kawasan Asia, Afrika, Kepulauan Pasifik dan Amerika Latin (Hunter J, 2003).

Menurut World Health Organization (WHO), Indonesia merupakan salah satu Negara dengan jumlah penderita penyakit kusta yang tinggi sebanyak 16.856 kasus sehingga Indonesia menempati urutan ketiga di Dunia setelah India (134.752 kasus) dan Brazil (33.303) pada tahun 2013. Sedangkan menurut Dirjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan RI, angka prevalensi penderita kusta di Indonesia pada tahun 2015 sebanyak 0,78% per 10.000 penduduk, sehingga

jumlah penderita yang terdaftar sekitar 20.160 kasus. Ada 14 provinsi di Indonesia yang prevalensinya di atas 1 per 10.000 yaitu di Banten, Sulawesi Tengah, Aceh, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat, Gorontalo, Maluku, Maluku Utara, Papua, Papua Barat, dan Kalimantan Utara (Kemenkes RI, 2016).

Di RSK Dr. Tadjuddin Chalid Makassar sebagai salah satu Rumah Sakit khusus untuk penderita kusta, berbagai tindakan diberikan untuk mencegah kecacatan yang lebih lanjut seperti fisioterapi, protesa/ortosa, okupasi terapi, unit rawat luka, vokasional, hingga tindakan bedah. Namun oleh karena cacat yang ditimbulkan oleh penyakit ini bukan hanya kelumpuhan otot tetapi juga kerusakan di wajah dan kaki (RSK Dr. Tadjuddin Chalid, 2010).

Oleh karena itu, peneliti merasa perlu memperoleh pengetahuan lebih dalam lagi mengenai pencegahan kecacatan sekunder tersebut, sehingga penting kiranya dilakukan suatu penelitian dengan judul “ Karakteristik Penderita Kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan Sekunder di RSK Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Periode Januari – Desember 2015 ”.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Bagaimana Karakteristik Penderita Kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan Sekunder di RSK Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Periode Januari – Desember 2015 ”.

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui Karakteristik Penderita Kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan Sekunder di RSK Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Periode Januari – Desember 2015.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui karakteristik penderita kusta yang mendapat tindakan pencegahan kecacatan sekunder menurut jenis kelamin
2. Untuk mengetahui karakteristik penderita kusta yang mendapat tindakan pencegahan kecacatan sekunder menurut umur
3. Untuk mengetahui karakteristik penderita kusta yang mendapat tindakan pencegahan kecacatan sekunder menurut jenis pekerjaan
4. Untuk mengetahui karakteristik penderita kusta yang mendapat tindakan pencegahan kecacatan sekunder menurut tingkat pendidikan
5. Untuk mengetahui karakteristik penderita kusta yang mendapat tindakan pencegahan kecacatan sekunder menurut lamanya sakit
6. Untuk mengetahui karakteristik penderita kusta yang mendapat tindakan pencegahan kecacatan sekunder menurut jenis tipe kusta
7. Untuk mengetahui karakteristik penderita kusta yang mendapat tindakan pencegahan kecacatan sekunder menurut tingkat kecacatan mata
8. Untuk mengetahui karakteristik penderita kusta yang mendapat tindakan pencegahan kecacatan sekunder menurut tingkat kecacatan tangan

9. Untuk mengetahui karakteristik penderita kusta yang mendapat tindakan pencegahan kecacatan sekunder menurut tingkat kecacatan pada kaki

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

##### 1.4.1 Manfaat Aplikatif

Manfaat aplikatif penelitian ini adalah sebagai sumber informasi bagi para praktisi kesehatan mengenai karakteristik penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder di Makassar dan provinsi Sulawesi Selatan umumnya.

##### 1.4.2 Manfaat Teoritis

- Sebagai tambahan ilmu, kompetensi, dan pengalaman berharga bagi peneliti dalam melakukan penelitian kesehatan pada umumnya, dan terkait Kusta pada khususnya.
- Sebagai acuan bagi peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian mengenai Penyakit Kusta

##### 1.4.3 Manfaat Metodologis

Mendapatkan informasi ilmiah yang diharapkan dapat bermanfaat bagi instansi kesehatan dalam menyusun perencanaan program eliminasi penyakit kusta secara optimal di Makassar khususnya dan Provinsi Sulawesi Selatan umumnya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Definisi Kusta**

Kusta atau lepra adalah penyakit menular kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium lepra*. Pada dasarnya penyakit ini menyerang kulit, saraf tepi, hingga dapat menyerang organ – organ tubuh lainnya. Bakteri tersebut diduga menyebar melalui *droplet*. Penyakit ini merupakan penyakit yang dapat menyebabkan cacat permanen bahkan kematian bagi penderitanya (Sehgal, 2006).

#### **2.2. Epidemiologi Kusta**

Berdasarkan data World Health Organization (WHO), jumlah kasus baru kusta di dunia dari tahun 2005 sampai 2012 mencapai 2.004.590 kasus. Sedangkan untuk kasus kusta yang terdaftar pada akhir trimester pertama tahun 2013 adalah 189.018 kasus dengan prevalensi sebesar 0,33. Wilayah endemis utama penyakit ini adalah Afrika, Amerika, Asia Tenggara, Mediterania Timur, dan Pasifik Barat. India merupakan Negara dengan jumlah penderita terbesar, diikuti Brazil dan Indonesia (WHO, 2014).

Situasi kusta di Indonesia sejak tahun 2007 – 2011 menunjukkan adanya peningkatan kasus baru yang mengindikasikan bahwa penyakit kusta masih menjadi masalah di Indonesia. Kasus baru pada tahun 2007 berjumlah 21.430 kasus, kemudian meningkat pada tahun 2008 dengan 21.538 kasus, namun menurun pada tahun 2009 dengan jumlah 21.062 kasus. Tahun 2010 menunjukkan penurunan lebih besar dibanding tahun sebelumnya yaitu dengan 19.741 kasus, dan kembali terjadi

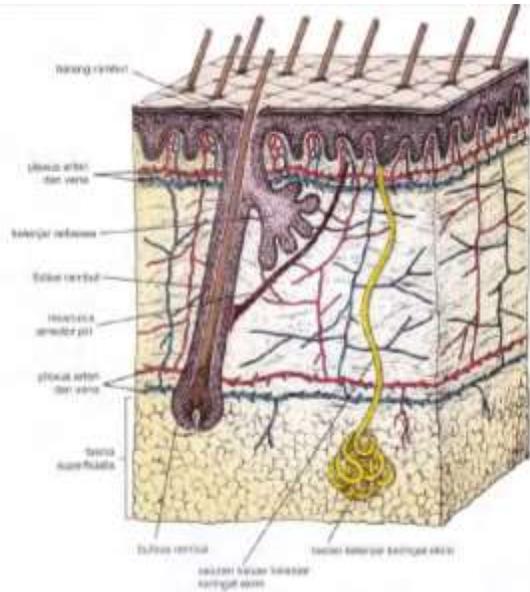
peningkatan pada tahun 2011 dengan jumlah kasus mencapai 23.169. Dalam kurun waktu tersebut secara umum menunjukkan tidak ada perubahan yang berarti terkait situasi penyakit kusta di Indonesia, hal tersebut juga mengindikasikan bahwa penyakit kusta di Indonesia masih menjadi masalah kesehatan (Kemenkes RI, 2016).

Provinsi Jawa timur merupakan wilayah *high endemic* kusta di Indonesia (CDR > 10/100.000 penduduk) atau dengan kata lain jumlah kasus baru lebih dari 1000 orang per tahun. Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur; di Indonesia, Jawa timur tidak hanya merupakan penyumbang kasus kusta terbesar, tetapi juga memiliki angka kecacatan yang tinggi (Dinkes Provinsi Jatim, 2012).

### **2.3. Anatomi dan Fisiologi Kulit**

#### **2.3.1. Anatomi**

kulit adalah lapisan jaringan yang terdapat pada bagian luar menutupi dan melindungi permukaan tubuh. Pada permukaan kulit bermuara kelenjar keringat dan kelenjar sebacea. Kulit memberikan perlindungan tubuh dari lingkungan, lecet, kehilangan cairan (dalam luka bakar ringan), zat berbahaya, dan serangan mikroorganisme. Selain itu, kulit juga memberikan pengaturan panas melalui kelenjar keringat dan pembuluh darah, serta memberikan sensasi (nyeri) melalui saraf superficial dan ujung sensoriknya (Luhulima J.W dkk, 2014).



Gambar 2.1. Anatomi kulit

kulit terdiri dari 3 lapisan yaitu :

### 1. Epidermis

Epidermis merupakan epitel bertingkat yang sel – selnya menjadi pipih ketika matang dan naik ke permukaan. Pada telapak tangan dan telapak kaki , epidermis sangat tebal untuk menahan robekan dan kerusakan yang terjadi pada daerah ini. Bagian tubuh lainnya mempunyai epidermis yang tipis, misalnya pada permukaan anterior lengan atas dan lengan bawah (Snell Richard S, 2011). Epidermis terdiri dari beberapa lapisan sel yaitu :

- Stratum corneum : selnya sudah mati, tidak mempunyai inti sel dan mengandung zat keratin.
- Stratum lucidum : selnya pipih, perbedaannya dengan stratum granulosum ialah sel – sel sudah banyak yang kehilangan inti dan butir – butir sel telah menjadi jernih sekali dan tembus cahaya. Lapisan ini hanya terdapat pada telapak tangan

dan telapak kaki. Dalam lapisan terlihat suatu pita yang bening, batas – batas sel sudah tidak begitu terlihat.

- **Stratum granulosum** : stratum ini terdiri dari sel – sel pipih seperti kumparan, sel – sel tersebut terdapat hanya 2 – 3 lapis yang sejajar dengan permukaan kulit. Dalam sitoplasma terdapat butir – butir yang disebut keratohyalin yang merupakan precursor dalam pembentukan keratin. Keratin ini merupakan protein keras dan resilien, anti air serta melindungi permukaan kulit yang terbuka.
- **Stratum spinosum** : disebut juga stratum acanthosum. Lapisan ini merupakan lapisan yang paling tebal dan dapat mencapai 0,2 mm. lapisan ini terdiri dari 5-8 lapisan. Sel – selnya disebut spinosum karena jika kita lihat dengan mikroskop bahwa sel – selnya terdiri dari sel yang bentuknya poligonal dan mempunyai tanduk (spina). Disebut acanthosum karena sel – selnya berduri.
- **Stratum basalis** : disebut demikian karena sel – selnya terletak di bagian basal (dasar), stratum ini merupakan sel – sel induk yang akan mengganti sel – sel yang berada di atasnya. Bentuk silindris dengan inti yang lonjong. Didalamnya terdapat butir – butir halus yaitu melanin yang merupakan pigmen untuk kulit. Sel tersebut tersusun seperti pagar (palisade), pada bagian bawahnya terdapat membran basalis yang merupakan batas terbawah daripada epidermis dan dermis. Batas ini tidak datar tapi bergelombang (Luhulima J.W dkk, 2014).

## **2. Dermis**

Dermis terdiri dari jaringan ikat padat yang mengandung banyak pembuluh darah, pembuluh limfe, dan saraf. Ketebalan dermis berbeda pada berbagai bagian

tubuh, cenderung menjadi lebih tipis pada permukaan anterior dibandingkan dengan permukaan posterior. Dermis lebih tipis pada wanita dibandingkan pria. Dermis pada kulit dihubungkan dengan fascia profunda atau tulang di bagian dasarnya oleh fascia superficial atau dikenal sebagai jaringan subkutan (Snell Richard S, 2011).

Lapisan dalam dari dermis dibentuk oleh lapisan padat jalinan kolagen dan serat elastis. Berkas serat kolagen dalam dermis sebagian besar diatur dalam baris parallel. Serat ini memberikan warna kulit dan memperhitungkan kekuatan dan kelenturan kulit. Serat kolagen menghasilkan karakteristik ketegangan dan garis kerut pada kulit (Luhulima J.W dkk, 2014).

### **3. Subkutis**

Terdiri dari kumpulan sel – sel lemak dan diantaranya terdapat jaringan ikat dermis. Sel – sel lemak ini bentuknya bulat dengan inti terletak di tepi sehingga membentuk seperti cincin. Lapisan lemak ini disebut panniculus adiposum, yang tebalnya tidak sama pada setiap tempat dan terkait dengan jenis kelamin. Lapisan ini berfungsi sebagai bantalan ketika kulit mendapat tekanan trauma mekanis, selain itu juga berfungsi sebagai isolator panas atau mempertahankan suhu tubuh dan penimbunan kalori (Luhulima J.W dkk, 2014).

#### **2.3.2. Fisiologi**

Kulit terdiri dari 3 bagian, yakni epidermis, membrane basal, dan dermis. Bagian permukaan dermis disebut bagian papiler. Membran basal adalah sekat antara dermis dan epidermis, terbentuk dari struktur protein khusus, dan berfungsi melekatkan epidermis ke dermis. Kerusakan akibat trauma mekanis maupun cacat

genetic atau penyakit dalam sintesis proteinnya dapat menyebabkan epidermis terlepas dari dermis (Sjamsuhidajat R dkk, 2010).

Di permukaan membrane basal, melekat selapis sel stratum basale atau stratum germinativum yang aktif bermitosis. Sel yang makin tua makin terdorong ke permukaan, memproduksi granula keratohialin, dan disebut keratinosit. Keratinosit inilah yang membentuk epidermis. Makin ke permukaan, sel menipis, berdegenerasi, dan mati menjadi lapisan keratin yang dilepas setiap hari dari permukaan kulit (Sjamsuhidajat R dkk, 2010).

Di bawah membran sel, terdapat puncak saraf (*neural crest*) yang di atasnya terdapat sel bakal (*precursor cells*) yang akan menjadi melanosit. Melanosit memproduksi melanin dari tirosin dan sistein serta bermigrasi ke epidermis. Pigmen melanin dibungkus dalam melanosom dan akhirnya difagositosis oleh keratinosit. Pigmen akan mengumpul di permukaan nucleus sel sebagai payung yang melindungi kulit dari efek sinar ultraviolet. Kadar melanosit konstan untuk tiap individu, tetapi produksinya dipengaruhi oleh faktor genetik, hormon estrogen, adrenalin, adrenokortikotropik dan radiasi cahaya matahari (Sjamsuhidajat R dkk, 2010).

Pada dermis terdapat 2 lapis pleksus kapiler, satu pada batas antara dermis dan subkutis dan satu di lapisan papiler dermis. Di antara pleksus ini, tersebar badan Glomus yang mengandung pirau (*shunt*) arteri vena; bila pirau terbuka, aliran darah ke kulit membesar dan panas terpancar keluar. Termoregulasi ini diaktifkan oleh rangsangan saraf otonom yang juga mempersarafi kelenjar keringat dan otot penegak rambut. Terdapat juga reseptor saraf sensoris berupa badan Pacini, Meissner, dan Ruffini yang masing – masing mendeteksi tekanan, getaran, dan sentuhan. Ujung saraf

sensoris berakhir pada sel Merkel di dasar epidermis dan pada folikel rambut; fungsinya adalah untuk mendeteksi suhu, sentuhan, sensasi nyeri dan gatal (Sjamsuhidajat R dkk, 2010).

Kulit mengandung tiga jenis kelenjar. Kelenjar keringat ekrin paling banyak terdapat di telapak tangan dan kaki, aksila dan dahi; kelenjar sebaceous, untuk pelumas kulit; kelenjar keringat apokrin di aksila dan daerah anogenital. Folikel rambut selain menumbuhkan rambut juga mengandung sel pluripoten yang dapat bermigrasi bila terjadi perlukaan dan menjadi epitel yang menutupi kulit. Selain itu, sel pluripotent ini juga mampu melakukan hematopoiesis (Sjamsuhidajat R dkk, 2010).

#### **2.4. Etiologi Kusta**

Penyakit kusta disebabkan oleh bakteri yang bernama *Mycobacterium leprae*. Dimana micobacterium ini adalah kuman aerob, tidak membentuk spora, berbentuk batang, dikelilingi oleh membrane sel lilin yang yang merupakan ciri dari spesies *Mycobacterium*, berukuran panjang 1 – 8 micro, lebar 0,2 – 0,5 micro biasanya berkelompok dan ada yang tersebar satu – satu, hidup dalam sel dan bersifat tahan asam (BTA) atau gram positif, tidak mudah diwarnai namun jika diwarnai namun jika diwarnai akan tahan terhadap dekolorisasi oleh asam atau alcohol sehingga oleh karena itu dinamakan sebagai basil “tahan asam”. *Mycobacterium lepra* belum dapat dikultur pada laboratorium. Kuman ini menular kepada manusia melalui kontak langsung dengan penderita (keduanya harus ada lesi baik mikroskopik maupun makroskopik, dan adanya kontak yang lama dan berulang – ulang) dan melalui pernapasan, bakteri kusta ini mengalami proses perkembangbiakan dalam waktu 2 – 3 minggu, pertahanan bakteri ini dalam tubuh manusia mampu bertahan 9

hari di luar tubuh manusia kemudian kuman membelah dalam jangka 14 – 21 hari dengan masa inkubasi rata – rata dua hingga lima tahun bahkan juga dapat memakan waktu lebih dari 5 tahun. Setelah lima tahun, tanda – tanda kesemutan bagian anggota tubuh hingga tidak berfungsi sebagaimana mestinya (Infodatin, 2015).

## **2.5. Patogenesis Kusta**

Timbulnya penyakit kusta pada seseorang tidak mudah, sehingga tidak perlu ditakuti. Hal ini bergantung beberapa factor, antara lain sumber penularan, daya tahan tubuh, social ekonomi, dan iklim. Sumber penularan adalah kuman utuh (solid) yang berasal dari pasien kusta tipe MB (Multi Basiler) yang belum diobati atau tidak teratur berobat (Mansjoer, 2000).

Bila seseorang terinfeksi *Mycobacterium leprae*, kuman seterusnya bersarang di sel schwan yang terletak di perineum, karena basil kusta suka daerah yang dingin yang dekat dengan kulit. Sel Schwan merupakan sel target untuk pertumbuhan *Mycobacterium leprae*, disamping itu sel schwan berfungsi sebagai demielinisasi dan sedikit fungsinya sebagai fagositosis. Jadi, apabila terjadi gangguan imunitas tubuh dalam sel schwan, kuman dapat bermigrasi dan beraktivasi sehingga aktivitas regenerasi saraf berkurang dan terjadi kerusakan saraf yang progresif (Ganapati R, 2003).

*Mycobacterium leprae* sebenarnya mempunyai patogenitas dan daya invasi yang rendah, sebab penderita yang mengandung kuman lebih banyak belum tentu memberikan gejala yang lebih berat, bahkan dapat sebaliknya. Ketidakseimbangan antara derajat infeksi dengan derajat penyakit, tidak lain disebabkan oleh respon imun yang berbeda, yang menggugah timbulnya reaksi granuloma setempat atau

menyeluruh yang dapat sembuh sendiri atau progresif. Oleh karena itu penyakit ini disebut penyakit imunologik. Gejala klinisnya lebih sebanding dengan tingkat reaksi selularnya daripada intensitas infeksi (Djuanda A, 2013).

## 2.6. Klasifikasi Kusta

Penyakit kusta di Indonesia diklasifikasikan menjadi 2 jenis yaitu :

1. Tipe PB (*paucibacillary*)
2. Tipe MB (*Multibacillary*)

Pedoman utama untuk menentukan klasifikasi/tipe penyakit kusta menurut WHO adalah sebagai berikut :

**Tabel 2.1. Klasifikasi Kusta**

<b>Tanda Utama</b>	<b>PB</b>	<b>MB</b>
1. Lesi Kulit (macula datar, papul yang Meninggi, nodus)	- 1-5 lesi - Hipopigmentasi - Distribusi tidak simetris - Hilangnya sensasi yang jelas	- >5 lesi  - Distribusi lebih simetris - Hilangnya sensasi kurang jelas
2. Kerusakan saraf (menyebabkan hilangnya sensasi /kelemahan otot yang dipersarafi oleh saraf yang terkena	- Hanya satu cabang saraf	- Banyak cabang saraf

(Djuanda A, 2015)

Tanda lain yang dapat dipertimbangkan dalam penentuan klasifikasi penyakit kusta adalah sebagai berikut :

**Tabel 2.2. Tanda Lain Klasifikasi Kusta**

<b>Kelainan Kulit &amp; Hasil Pemeriksaan</b>	<b>PB</b>	<b>MB</b>
<b>1. Bercak (Makula) mati</b>		
<b>rasa</b>		
a. Ukuran	Kecil dan besar	Kecil – kecil
b. Distribusi	Unilateral atau bilateral asimetris	Bilateral simetris
c. Konsistensi	Kering dan kasar	Halus, berkilat
d. Batas	Tegas	Kurang tegas
e. Kehilangan rasa pada bercak	Selalu ada dan jejas	Biasanya tidak jelas, jika ada terjadi pada yang sudah lanjut
f. kehilangan kemampuan berkeringat, rambut pada bercak	Selalu ada dan jejas	Biasanya tidak jelas, jika ada terjadi pada yang sudah lanjut
<b>2. Infiltrat</b>		
a. Kulit	Tidak ada	Ada, kadang – kadang tidak ada
b. Membrane mukosa	Tidak pernah ada	Ada, kadang – kadang

(hidung tersumbat, pendarahan di hidung)		tidak ada
<b>3. ciri – ciri</b>	<i>Central healing</i> (penyembuhan di tengah)	<i>Punched out lesion</i> (lesi seperti donat)
<b>4. nodulus</b>	Tidak ada	Kadang – kadang ada Biasanya simetris,
<b>5. deformitas</b>	Terjadi dini	terjadi lambat

(Depkes RI, 2007)

## 2.7. Diagnosis dan Tanda Klinis Kusta

### 2.7.1. Diagnosis

Untuk menetapkan diagnosis penyakit kusta, perlu dicari tanda – tanda utama atau cardinal sign, yaitu (Depkes RI, 2007):

1. Lesi (kelainan kulit mati rasa, kelainan kulit/lesi dapat berbentuk bercak keputih – putihan (hypopigmentasi) atau kemerah – merahan (erythematous) yang mati rasa (anasthesi).
2. Penebalan saraf tepi yang disertai gangguan fungsi saraf. Gangguan fungsi saraf ini merupakan akibat dari peradangan kronis saraf tepi (neuritis perifer).  
Gangguan fungsi saraf ini berupa :
  - a. Gangguan fungsi sensoris : mati rasa
  - b. Gangguan fungsi motoris : kelemahan otot (parese) atau kelumpuhan (paralise)
  - c. Gangguan fungsi otonom : kulit kering dan retak – retak

3. Adanya bakteri Basil Tahan Asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (BTA Positif).

Seseorang dinyatakan sebagai penderita kusta, bilamana terdapat satu dari tanda – tanda utama di atas. Pada dasarnya, sebagian besar penderita dapat didiagnosis dengan pemeriksaan klinis. Namun demikian, pada penderita yang meragukan dapat dilakukan pemeriksaan kerokan kulit. Apabila hanya ditemukan cardinal sign kedua, perlu dirujuk kepada wasor atau ahli kusta, jika masih ragu, orang tersebut dianggap sebagai penderita yang dicurigai (suspek) (Depkes RI, 2007).

### **2.7.2 Tanda Klinis Penyakit Kusta**

Tanda – tanda seseorang menderita penyakit kusta antara lain (Infodatin, 2015) :

- Kulit mengalami bercak putih seperti panu. Pada awalnya hanya sedikit, tetapi lama kelamaan semakin lebar dan banyak
- Adanya bintil – bintil kemerahan yang tersebar pada kulit
- Ada bagian tubuh yang tidak berkeringat
- Rasa kesemutan pada anggota badan atau bagian raut muka
- Muka berbenjol – benjol dan tegang yang disebut juga *facies leomina* (muka singa)
- Mati rasa karena kerusakan saraf perifer.

### **2.8. Pengobatan Penyakit Kusta**

Berdasarkan klasifikasi WHO, maka pengobatan penyakit kusta dengan MDT adalah sebagai berikut : (McDougall, 2002)

a. *Paucibacillary* (PB)

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

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

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

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

b. *Multibacillary* (MB)

Pengobatan kusta tipe MB adalah DDS 100 mg/hari yang diminum di rumah, Rifampicin 600 mg/bulan yang diminum di depan petugas, lalu ditambah

Clofamizine (Lampren) 50 mg/hari yang diminum di depan petugas. Lama pengobatan untuk tipe ini adalah 12 – 18 bulan.

Bila ada kontraindikasi dapat diberikan kombinasi 600 mg Rifampicin, 400 mg ofloxacin, dan 100 mg Minocyclyn selama 24 bulan. Penderita MB yang telah mendapatkan MDT 12 dosis dalam waktu 24 bulan atau maksimal 18 bulan dan BTA negative (pemeriksaan tiap bulan) dapat dinyatakan RFT. Bila masih BTA negative (pemeriksaan tiap 6 bulan).

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

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

Pengobatan kusta harus dilakukan sejak dini dan secara teratur. Bila pengobatan tidak dilakukan sesuai regimen yang ada, terlebih bila penderita kusta mengalami gagal berobat, maka komplikasi yang paling ditakuti oleh penderita adalah terjadinya kecacatan fisik (McDougall AC, 2002).

## **2.9. Kecacatan pada Kusta**

### **2.9.1. Patogenesis Kecacatan**

Kecacatan akibat kerusakan saraf tepi tersebut dapat dibagi menjadi 3 tahap, yaitu : (Putra, 2008)

1. Terjadi lesi pada saraf berbentuk penebalan saraf, nyeri, tanpa ada gangguan fungsi gerak, terjadi gangguan sensorik.
2. Terjadi kerusakan pada saraf, timbul paralysis tidak lengkap atau paralysis awal termasuk pada otot kelopak mata, otot jari tangan, dan otot kaki. Pada stadium ini masih dapat terjadi pemulihan kekuatan otot.
3. Terjadi penghancuran saraf. Kelumpuhan akan menetap pada stadium ini dapat terjadi infeksi yang progresif dengan kerusakan tulang dan kehilangan penglihatan.

### **2.9.2. Jenis Kecacatan**

Sebagian besar masalah kecacatan pada kusta ini terjadi akibat penyakit kusta yang terutama menyerang saraf perifer. Cacat yang timbul pada penyakit kusta dapat dikelompokkan menjadi 2 kelompok : (Putra IB, 2008)

1. Cacat primer : cacat yang disebabkan langsung oleh aktivitas penyakit, terutama kerusakan akibat respons jaringan terhadap *Micobacterium leprae*, yang termasuk cacat primer :
  - a. Cacat pada fungsi saraf sensorik; misalnya; anestesia, fungsi saraf motorik, misalnya; claw hand, wrist drop, foot drop, claw toes, lagofthalmus.  
Dan cacat pada fungsi otonom menyebabkan kulit kering, elastisitas kulit berkurang serta gangguan reflex vasodilatasi.
  - b. Infiltrasi kuman pada kulit dan jaringan subkutan menyebabkan alopesia atau madarosis, kerusakan glandula sebacea, dan sudorifera menyebabkan kulit kering dan tidak elastis.

- c. Cacat pada jaringan lain akibat infiltrasi kuman kusta dapat terjadi pada tendon, ligament, sendi, tulang rawan, tulang testis dan bola mata.
2. Cacat sekunder : cacat sekunder ini terjadi akibat cacat primer, terutama akibat adanya kerusakan saraf ( sensorik, motoric, otonom). Anestesi akan memudahkan terjadinya luka akibat trauma mekanis atau termis yang dapat mengalami infeksi sekunder dengan segala akibatnya.

Kelumpuhan motoric menyebabkan kontraktur sehingga dapat menimbulkan gangguan menggenggam atau berjalan, juga memudahkan terjadinya luka. Kelumpuhan saraf otonom menyebabkan kulit kering dan elastisitas berkurang. Akibatnya kulit mudah retak – retak dan dapat terjadi infeksi sekunder.

### **2.9.3 Derajat cacat kusta**

Mengingat bahwa organ yang paling berfungsi dalam kegiatan sehari – hari adalah mata, tangan dan kaki, maka WHO membagi cacat kusta menjadi tiga tingkat kecacatan, yaitu : (Putra IB, 2008)

Cacat pada tangan dan kaki :

Tingkat 0 : tidak ada anestesi dan kelainan anatomis

Tingkat 1 : ada anestesi tetapi tidak ada kelainan anatomis

Tingkat 2 : terdapat kelainan anatomis

Cacat pada mata :

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

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

Tingkat 2 : ada langoftalmus dan visus sangat terganggu

### **2.10 Upaya Pencegahan Cacat Kusta**

Pencegahan cacat kusta lebih baik dan lebih ekonomis daripada penanggulangannya. Pencegahan ini harus dilakukan sedini mungkin, baik oleh petugas kesehatan, maupun oleh penderita itu sendiri dan keluarganya.

Upaya pencegahan cacat terdiri dari : (Putra IB, 2008)

1. Upaya pencegahan cacat primer, yang meliputi :

- Diagnosis dini
- Pengobatan secara teratur dan adekuat
- Diagnosis dini dan penatalaksanaan neuritis, termasuk silent neuritis
- Diagnosis dini dan penatalaksanaan reaksi.

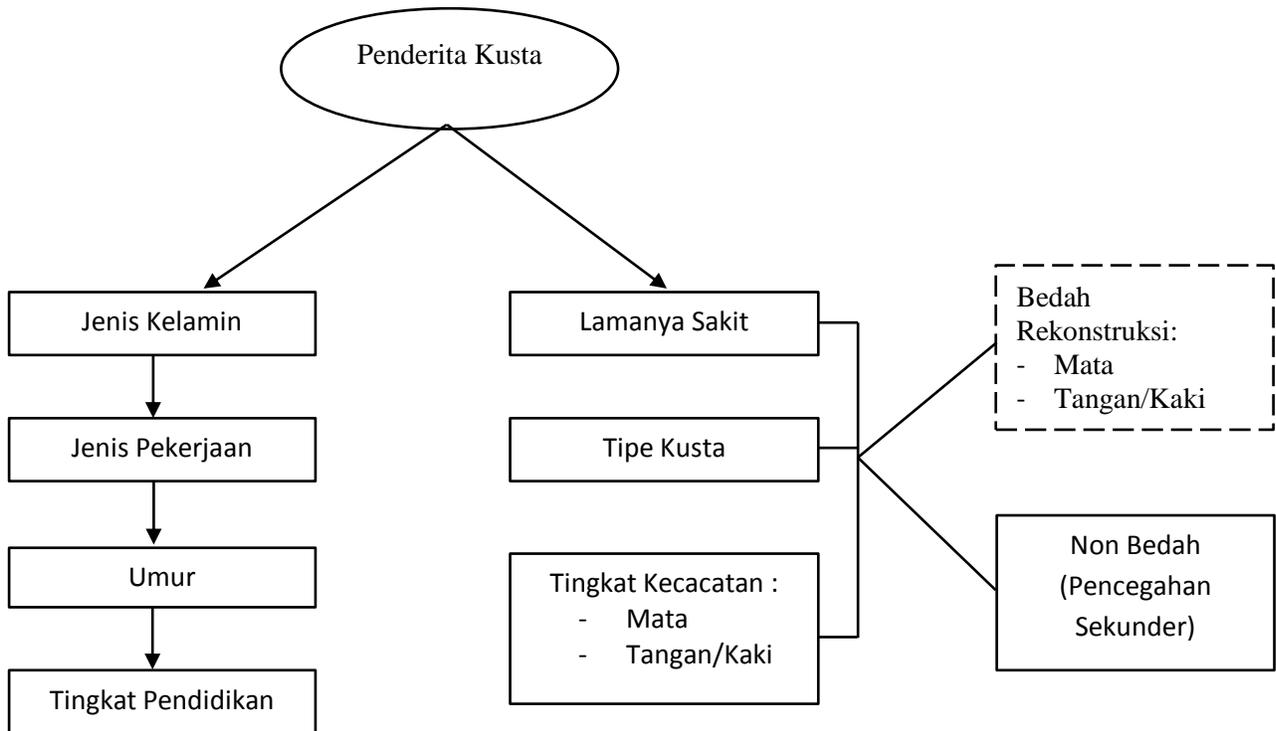
Oleh karena kecacatan kusta adalah akibat gangguan saraf perifer, maka pemeriksaan saraf perifer harus dilakukan secara teliti dan benar, yang meliputi fungsi sensorik, fungsi motoric dan fungsi otonom. Pada keadaan dini, bila berbagai gangguan ini cepat diketahui, maka dengan terapi medikamentosa serta tindakan perlindungan saraf dari kerusakan lebih lanjut, maka hasilnya akan sangat baik.

2. Upaya pencegahan cacat sekunder :

- Perawatan diri sendiri untuk mencegah luka
- Latihan fisioterapi pada otot yang mengalami kelumpuhan untuk mencegah terjadinya kontraktur
- Bedah rekonstruksi untuk koreksi otot yang mengalami kelumpuhan agar tidak mendapat tekanan yang berlebihan
- Bedah septic untuk mengurangi perluasan infeksi sehingga pada proses penyembuhan tidak terlalu banyak jaringan yang hilang

- Perawatan tangan yang anastesi atau mengalami kelumpuhan otot

### 2.11 Kerangka Teori



#### Keterangan :

-  = Variabel yang diteliti
-  = Variabel yang tidak diteliti

**Skema 2.1 Kerangka Teori**

## **BAB III**

### **KERANGKA KONSEP**

#### **3.1 Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti**

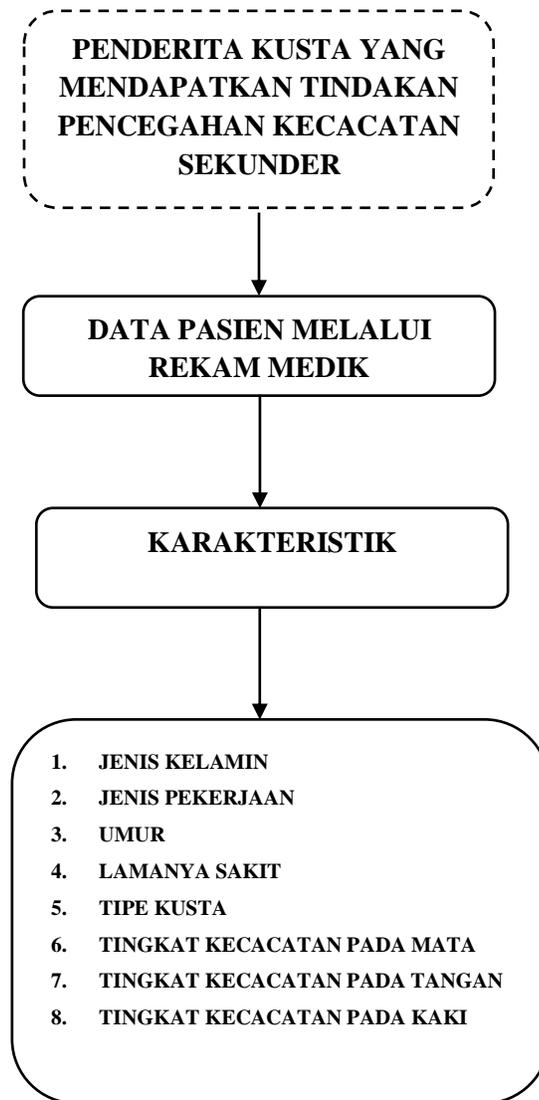
Berdasarkan tinjauan kepustakaan dan maksud serta tujuan penelitian maka dapat dilakukan beberapa variabel yang berhubungan dengan tindakan bedah rekonstruksi pada penderita kusta di RSK. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, yakni : Jenis kelamin, umur, jenis pekerjaan, tingkat pendidikan, lamanya sakit, serta jenis tipe kusta. Tingkat kecacatan pada penderita kusta itu sendiri menurut orang yang terkena dibagi menjadi dua menurut WHO yaitu cacat pada mata dan cacat pada tangan/kaki.

Kecacatan akibat kusta berbeda pada tiap penderita kusta, baik dari tingkat kecacatan yang terjadi maupun organ yang terkena (dalam hal ini: mata, kaki, dan tangan). Hal ini menyebabkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder sebagai salah satu bentuk rehabilitasi yang memiliki berbagai variasi. Secara umum pemilihan variabel didasarkan pada ketersediaan data dari rekam medik pasien, dengan tetap mengingat kepentingan keterkaitan variabel tersebut.

Adapun variabel – variabel lain seperti bedah rekonstruksi tidak diteliti karena penelitian ini menggunakan data sekunder yang diambil dari rekam medik pasien.

#### **3.2. Kerangka Konsep yang Diteliti**

Berdasarkan dasar pemikiran menurut variabel yang diteliti seperti yang tertera di atas, maka dapat disusun pola pikir variabel yang disusun sebagai berikut:



**Keterangan :**

-  = Variabel Dependen
-  = Variabel Independen

**Skema 3.1 Kerangka Konsep yang diteliti**

### 3.3. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

### **3.3.1. Jenis Kelamin**

- a. Definisi : Jenis kelamin dalam penelitian ini yang dimaksud adalah penderita berjenis kelamin laki – laki dan perempuan
- b. Alat Ukur : Tabel observasi yang diisi oleh peneliti
- c. Cara ukur : Dengan mencatat variabel jenis kelamin sesuai yang tercantum pada rekam medis pasien
- d. Hasil ukur : 1. Laki – laki, 2. Perempuan

### **3.3.2. Umur**

- a. Definisi : Usia penderita dilihat dari tahun lahir hingga penderita mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder sesuai dengan yang tercantum pada rekam medic yang dikategorikan berdasarkan balita/anak – anak, remaja, dewasa muda, dewasa tua, lanjut usia, dan manula.
- b. Alat Ukur : Tabel observasi yang diisi oleh peneliti
- c. Cara ukur : Dengan mencatat variabel umur sesuai yang tercantum pada rekam medis pasien
- d. Hasil Ukur
  1. 0 – 15 tahun
  2. 16 – 25 tahun
  3. 26 – 35 tahun
  4. 36 - 45 tahun

### **3.3.3. Jenis Pekerjaan**

- a. Definisi : Jenis pekerjaan yang dijalankan pasien sebelum sakit
- b. Alat Ukur : Tabel observasi yang diisi oleh peneliti

- c. Cara ukur : Dengan mencatat variabel pekerjaan sesuai yang tercantum pada rekam medis pasien
- d. Hasil Ukur
  - 1. Tidak bekerja
  - 2. Wiraswasta
  - 3. Karyawan
  - 4. Buruh
  - 5. Petani/nelayan
  - 6. Lain – lain

#### **3.3.4. Tingkat Pendidikan**

- a. Definisi : tingkat pendidikan terakhir pasien
- b. Alat Ukur : Tabel observasi yang diisi oleh peneliti
- c. Cara ukur : Dengan mencatat variabel tingkat pendidikan sesuai yang tercantum pada rekam medis pasien
- d. Hasil ukur
  - 1. Tidak sekolah
  - 2. SD
  - 3. SMP
  - 4. SMA

#### **3.3.5. Lamanya Sakit**

- a. Definisi : waktu yang diukur sejak pasien didiagnosis penyakit kusta sampai saat penderita mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder sesuai dengan yang tertera pada rekam medic

- b. Alat Ukur : Tabel observasi yang diisi oleh peneliti
- c. Cara ukur : Dengan menghitung waktu pelaksanaan tindakan pencegahan kecacatan sekunder dikurangi waktu diagnosis penyakit kusta yang sesuai dengan yang tertera pada rekam medik
- d. Hasil ukur
  - 1. < 5 tahun
  - 2. 5 – 10 tahun
  - 3. 11 – 15 tahun
  - 4. 16 – 20 tahun
  - 5. > 20 tahun

#### **3.3.6. Tipe Kusta**

- a. Definisi : pembagian jenis kusta berdasarkan gejala klinik dan pemeriksaan yang dibagi berdasarkan kriteria WHO yang tertera pada rekam medic pasien. .
- b. Alat Ukur : Tabel observasi yang diisi oleh peneliti
- c. Cara ukur : Dengan mencatat variabel tipe kusta sesuai yang tercantum pada rekam medis pasien
- d. Hasil ukur
  - 1. Tipe multibasiler (MB)
  - 2. Tipe Pausibasiler (PB)
  - 3. Tidak tercantum

#### **3.3.7. Tingkat kecacatan mata**

- a. Definisi : segala keterbatasan atau kekurangmampuan untuk melakukan kegiatan akibat penyakit kusta pada mata yang dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup seseorang terutama dalam melakukan aktivitas sehari – seharinya sesuai dengan klasifikasi cacat menurut WHO.
- b. Alat Ukur : Tabel observasi yang diisi oleh peneliti
- c. Cara ukur : Dengan mencatat variabel tingkat kecacatan mata sesuai yang tercantum dalam rekam medik
- d. Hasil ukur
  - 1. Tingkat 0 (tidak ada gangguan pada mata dan gangguan penglihatan)
  - 2. Tingkat 1 (ada gangguan pada mata akibat kusta; tidak ada gangguan yang berat pada penglihatan. Visus 6/60 atau lebih baik)
  - 3. Tingkat 2 (ada lagopthalmus dan gangguan penglihatan yang berat. Visus kurang dari 6/60)

#### **3.3.8. Tingkat kecacatan tangan**

- a. Definisi : segala keterbatasan atau kekurangmampuan untuk melakukan kegiatan akibat penyakit kusta pada tangan yang dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup seseorang terutama dalam melakukan aktivitas sehari – harinya sesuai dengan klasifikasi cacat menurut WHO.
- b. Alat Ukur : Tabel observasi yang diisi oleh peneliti
- c. Cara ukur : Dengan mencatat variabel tingkat kecacatan tangan sesuai yang tercantum dalam rekam medik
- d. Hasil ukur

1. Tingkat 0 (tidak ada gangguan sensibilitas, tidak ada kerusakan atau deformitas yang terlihat)
2. Tingkat 1 (ada gangguan sensibilitas, tanpa kerusakan atau deformitas yang tampak)
3. Tingkat 2 (ada cacat deformitas yang tampak termasuk ulserasi, absorbs, mutilasi, kontraktur)

### **3.3.9. Tingkat kecacatan pada kaki**

- a. Definisi : segala keterbatasan atau kekurangan kemampuan untuk melakukan kegiatan akibat penyakit kusta pada kaki yang dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup seseorang terutama dalam melakukan aktivitas sehari – harinya sesuai dengan klasifikasi cacat menurut WHO.
- b. Alat Ukur : Tabel observasi yang diisi oleh peneliti
- c. Cara ukur : Dengan mencatat variabel tingkat kecacatan pada kaki sesuai yang tercantum dalam rekam medik
- d. Hasil ukur
  1. Tingkat 0 (tidak ada gangguan sensibilitas, tidak ada kerusakan atau deformitas yang terlihat)
  2. Tingkat 1 (ada gangguan sensibilitas, tanpa kerusakan atau deformitas yang tampak)
  3. Tingkat 2 (ada cacat deformitas yang tampak termasuk ulserasi, absorbs, mutilasi, kontraktur)

## **jenalBAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan menggunakan metode *retrospektif deskriptif*, melalui penelitian data rekam medik untuk mengetahui Karakteristik penderita kusta yang mendapat tindakan pencegahan kecacatan sekunder di RSK Dr. Tadjuddin Chalid periode Januari – Desember 2015.

#### **4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian**

##### 4.2.1. Waktu Penelitian

Penelitian ini diadakan pada bulan Oktober sampai dengan November 2018.

##### 4.2.2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini diadakan di Bagian Rekam Medik RSK Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Provinsi Sulawesi Selatan.

#### **4.3. Populasi dan Sampel**

##### 4.3.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita kusta yang pernah melakukan pemeriksaan di RSK Dr. Tadjuddin Chalid Makassar terhitung sejak Januari – Desember 2015.

##### 4.3.2. Sampel

Sampel penelitian yaitu penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder di RSK Dr. Tadjuddin Chalid Makassar terhitung sejak bulan Januari - Desember 2015 yang memenuhi variabel yang diteliti.

##### 4.3.3. Cara Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel adalah dengan menggunakan metode total sampling yaitu semua populasi dijadikan sebagai sampel sampai jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi.

#### 4.3.4. Kriteria Seleksi

##### a. Kriteria Inklusi

- Pasien yang telah di diagnosis menderita Kusta berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan dan tercantum di dalam rekam medis pasien selama periode Januari sampai Desember 2015
- Pasien memiliki rekam medis di Bagian Rekam Medis RSK Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

##### b. Kriteria Eksklusi

- Rekam medis yang tidak lengkap

### **4.4. Jenis Data dan Instrumen Penelitian**

#### 4.4.1. Jenis Data

Jenis data dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh melalui rekam medik subjek penelitian.

#### 4.4.2. Instrumen Penelitian

Alat pengumpul data dan instrumen penelitian yang dipergunakan dalam penelitian ini terdiri dari lembar pengisian data dengan tabel-tabel tertentu untuk mencatat data yang dibutuhkan dari rekam medis.

### **4.5. Manajemen Penelitian**

#### 4.5.1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah meminta perizinan dari pihak RSK Dr. Tadjuddin Chalid. Kemudian nomor rekam medik pasien yang mendapat tindakan pencegahan kecacatan sekunder dalam periode yang telah ditentukan dikumpulkan untuk memperoleh Rekam Medik pasien tersebut di Bagian Rekam Medik RSK Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Setelah itu dilakukan pengamatan dan pencatatan langsung ke dalam kuisisioner yang telah disediakan.

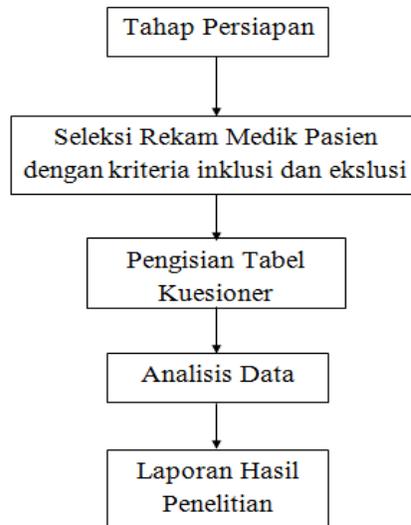
#### 4.5.2. Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan dilakukan setelah pencatatan data dari rekam medik yang dibutuhkan ke dalam kuesioner dengan menggunakan program SPSS untuk memperoleh hasil statistik deskriptif yang diharapkan.

#### 4.5.3. Penyajian Data

Data yang telah diolah akan disajikan dalam bentuk table dan grafik untuk menggambarkan Karakteristik penderita disertai dengan penjelasan yang sesuai.

### **4.6. Alur Penelitian**



Skema 4.1. Alur Penelitian

#### **4.7. Etika Penelitian**

- 4.7.1. Menyertakan surat pengantar yang ditujukan kepada pihak pemerintah setempat sebagai permohonan izin untuk melakukan penelitian.
- 4.7.2. Menjaga kerahasiaan data pasien yang terdapat pada rekam medik, sehingga diharapkan tidak ada pihak yang merasa dirugikan atas penelitian yang dilakukan.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

Telah dilakukan penelitian mengenai Karakteristik Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar periode Januari – Desember 2015. Penelitian ini dilakukan di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar, bertempat di bagian poli Rehabilitasi Kusta dan bagian Rekam Medik. Pengumpulan data dimulai pada tanggal 28 Oktober – 21 November 2018. Proses pengumpulan data dilakukan dengan melihat data sekunder rekam medik penderita kusta yang teregistrasi dan mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder pada periode Januari – Desember 2015. Penelitian ini dilakukan secara deskriptif. Berdasarkan sampel yang menggunakan metode total sampling disertai dengan kriteria inklusi dan eksklusi, maka ditemukan sebanyak 108 sampel pasien kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar. Penelitian dilakukan dengan mencatat data dari rekam medis dan dilanjutkan dengan pengolahan data menggunakan program Microsoft Office Excel 2010.

Berikut ini adalah distribusi pasien Kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar berdasarkan klasifikasi kelompok Jenis kelamin, Umur, pekerjaan, tingkat pendidikan, lamanya sakit, tipe kusta, dan tingkat kecacatan mata, tingkat kecacatan tangan, dan tingkat kecacatan kaki yang disajikan dalam bentuk tabel dan grafik sebagai berikut:

#### **5.1 Jenis Kelamin**

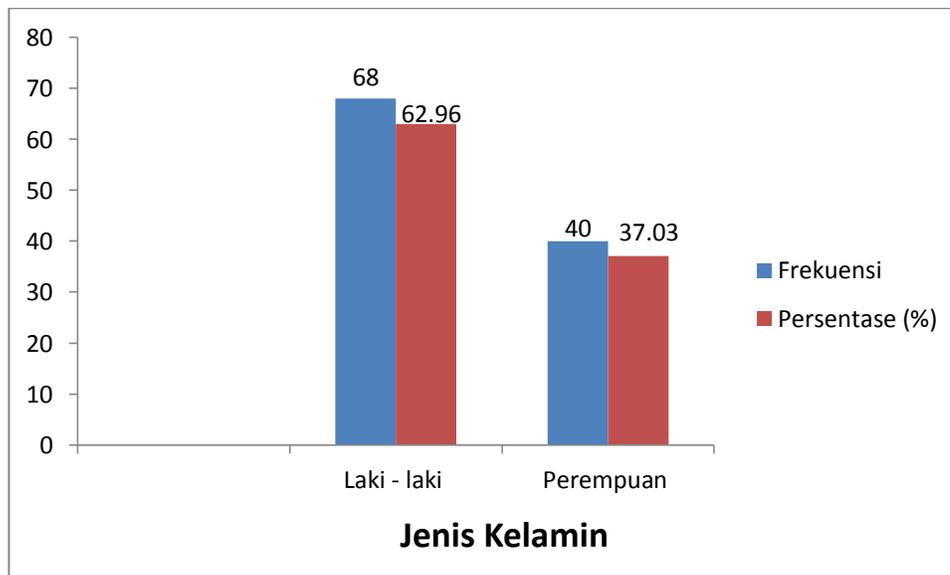
Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan jenis kelamin di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar dapat dilihat pada tabel dan grafik bawah ini:

**Tabel 5.1 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Jenis Kelamin**

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki - laki	68	62.96%
Perempuan	40	37.03%
<b>Jumlah</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

Sumber : Data sekunder dari Rekam medis RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar 2015

**Grafik 5.1 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Jenis Kelamin**



Sumber : Data Sekunder dari Rekam Medik RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar 2015

Berdasarkan jenis kelamin, didapatkan bahwa penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder lebih banyak terjadi pada laki – laki yaitu sebanyak 68 kasus atau sebesar 62,96%, sedangkan pada perempuan sebanyak 40 kasus atau sebesar 37,03%.

## 5.2 Umur

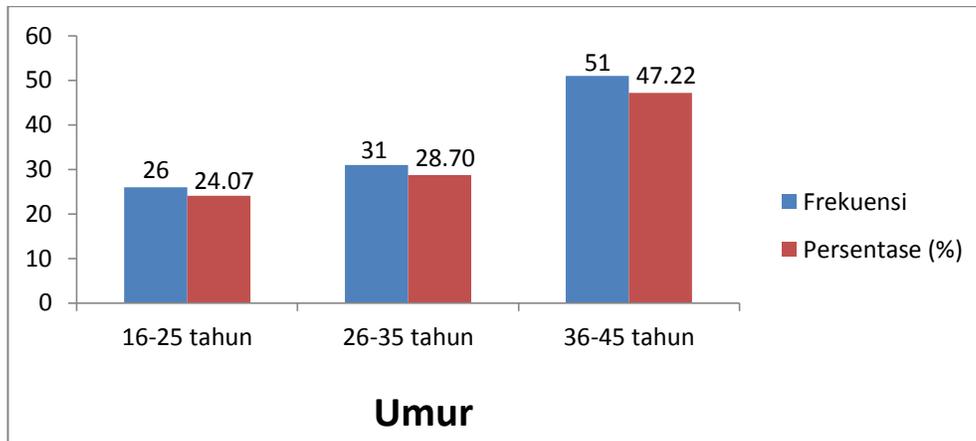
Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan umur di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar dapat dilihat pada tabel dan grafik bawah ini:

**Tabel 5.2 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Umur**

<b>Umur</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
16-25 tahun	26	24.07
26-35 tahun	31	28.70
36-45 tahun	51	47.22
<b>Jumlah</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

*Sumber : Data Sekunder dari Rekam Medik RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar 2015*

**Grafik 5.2 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Umur**



*Sumber : Data Sekunder dari Rekam Medik RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar 2015*

Berdasarkan umur, didapatkan penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder yang paling banyak adalah pada kelompok umur 36-45 tahun yaitu terdapat 51 orang (47,22%). Terbanyak kedua adalah kelompok umur 26-35 tahun yaitu sebanyak 31 orang (28,70%). Kemudian diikuti dengan kelompok umur 16-25 tahun dengan 26 orang (24,07%).

### **5.3 Jenis Pekerjaan**

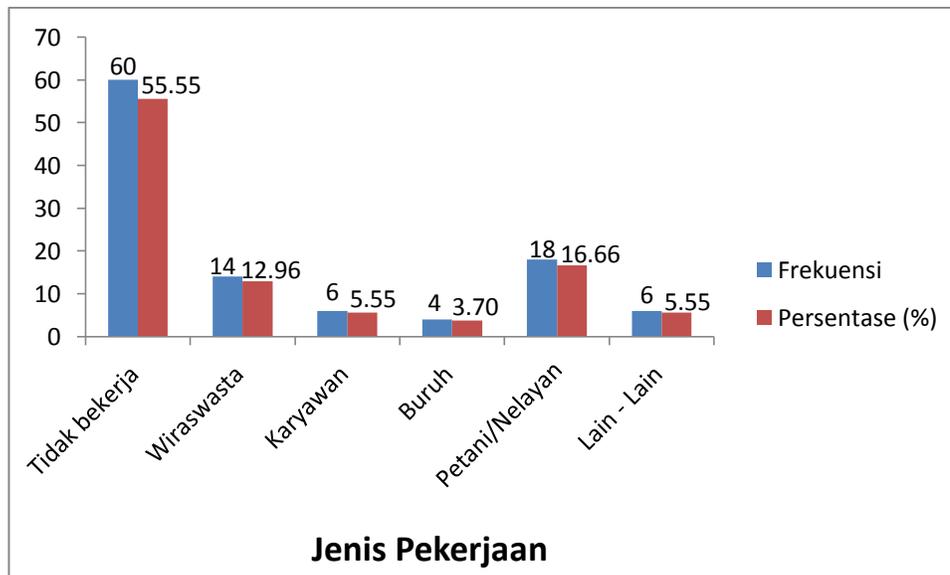
Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan pekerjaan di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar dapat dilihat pada tabel dan grafik bawah ini:

**Tabel 5.3 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Jenis Pekerjaan**

<b>Pekerjaan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Tidak bekerja	60	55.55
Wiraswasta	14	12.96
Karyawan	6	5.55
Buruh	4	3.70
Petani/Nelayan	18	16,66
Lain - Lain	6	5.55
<b>Jumlah</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

Sumber : Data Sekunder dari Rekam Medik RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar 2015

**Grafik 5.3 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Pekerjaan**



Sumber : Data Sekunder dari Rekam Medik RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar 2015

Berdasarkan jenis pekerjaannya, didapatkan bahwa paling banyak penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder adalah yang tidak bekerja yaitu sebanyak 60 orang (55,55%). Terbanyak kedua adalah petani/Nelayan

sebanyak 18 orang (16,66%), kemudian diikuti oleh penderita kusta yang bekerja sebagai karyawan sebanyak 6 orang (5,55%). Sedangkan persentase terendah adalah penderita kusta yang bekerja sebagai buruh sebanyak 4 orang (3,70%). Adapun penderita kusta yang pekerjaannya selain yang disebutkan di atas adalah sebanyak 6 orang (5,55%).

#### 5.4 Tingkat Pendidikan

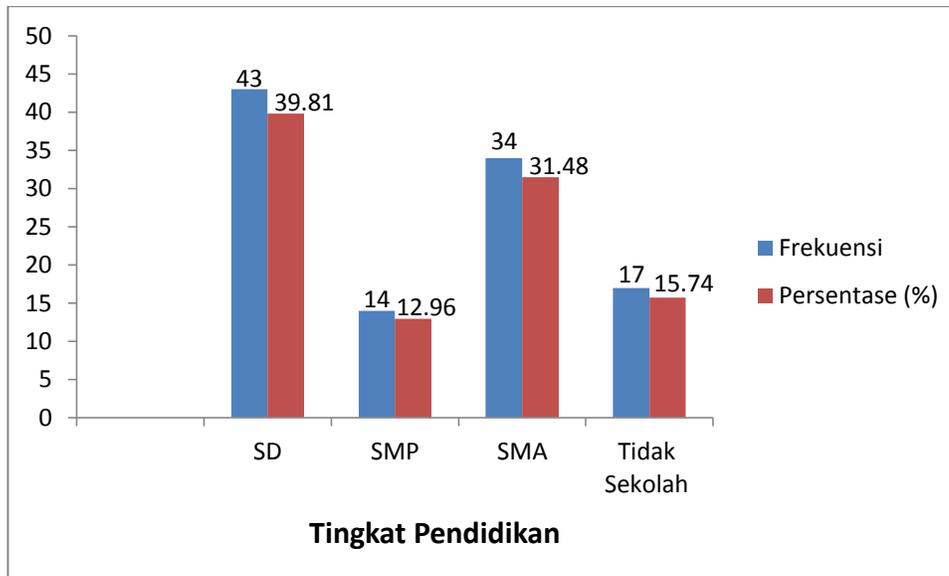
Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan tingkat pendidikan di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar dapat dilihat pada tabel dan grafik bawah ini:

**Tabel 5.4 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Tingkat Pendidikan**

<b>Pendidikan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
SD	43	39.81
SMP	14	12.96
SMA	34	31.48
Tidak Sekolah	17	15.74
<b>Jumlah</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

*Sumber : Data Sekunder dari Rekam Medik RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar 2015*

**Grafik 5.4 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Tingkat Pendidikan**



*Sumber : Data Sekunder dari Rekam Medik RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar 2015*

Berdasarkan tingkat pendidikan, didapatkan bahwa paling banyak penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder adalah yang memiliki tingkat pendidikan yang rendah yaitu pada tingkat SD sebanyak 43 orang (39,81%). Terbanyak kedua adalah yang memiliki tingkat pendidikan SMA sebanyak 34 orang (31,48%), kemudian diikuti oleh penderita kusta yang tidak sekolah sebanyak 17 orang (15,74%), sedangkan persentase terendah diduduki oleh penderita kusta yang memiliki tingkat pendidikan SMP sebanyak 14 orang (12,96%).

### **5.5 Lamanya Sakit**

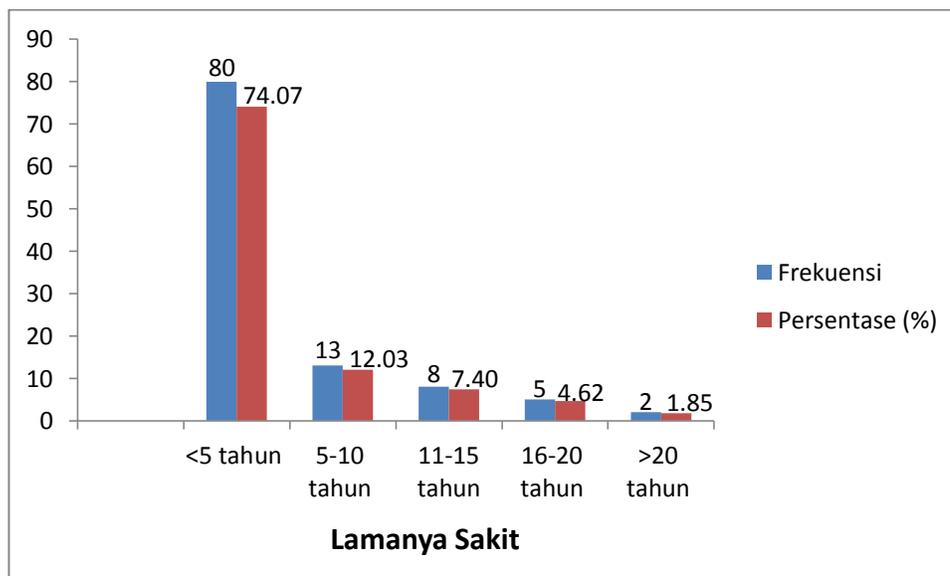
Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan Lamanya sakit di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar dapat dilihat pada tabel dan grafik bawah ini:

**Tabel 5.5 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Lamanya Sakit**

Lamanya Sakit	Frekuensi	Persentase (%)
<5 tahun	80	74.07
5-10 tahun	13	12.03
11-15 tahun	8	7.40
16-20 tahun	5	4.62
>20 tahun	2	1.85
<b>Jumlah</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Sumber : Data Sekunder dari Rekam Medik RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar 2015

**Grafik 5.5 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Lamanya Sakit**



Sumber : Data Sekunder dari Rekam Medik RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar 2015

Berdasarkan Lamanya sakit, didapatkan waktu tertinggi lamanya sakit adalah <5 tahun sebanyak 80 orang (74,07%), diikuti oleh kelompok lamanya sakit 5-10 tahun sebanyak 13 orang (12,03%), 11-15 tahun sebanyak 8 orang (7,40%), dan 16-

20 tahun sebanyak 5 orang (4,62%). Sedangkan persentase terendah yaitu >20 tahun sebanyak 2 orang (1,85%).

### **5.6 Tipe Kusta**

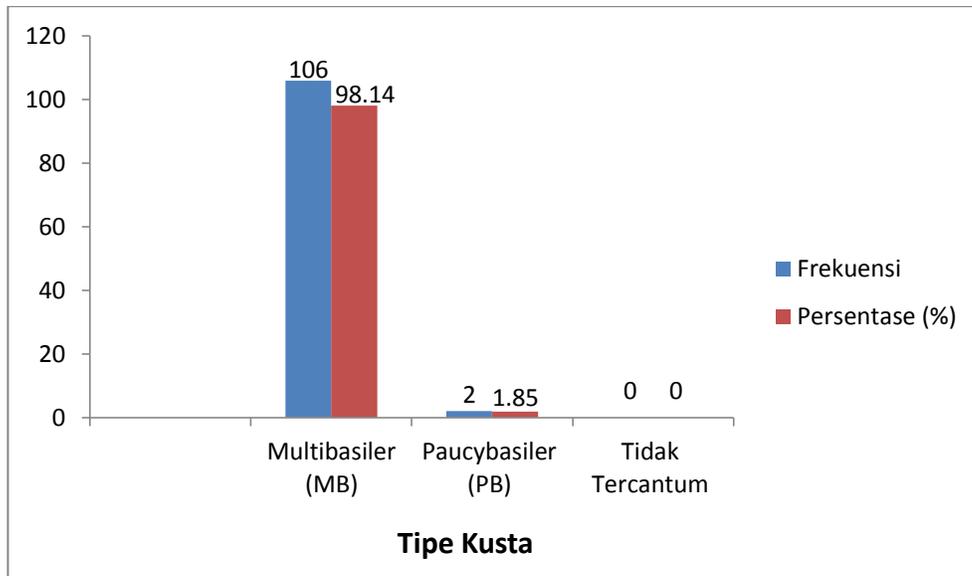
Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan Tipe Kusta di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar dapat dilihat pada tabel dan grafik bawah ini:

**Tabel 5.6 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Tipe Kusta**

<b>Tipe Kusta</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Multibasiler (MB)	106	98.14
Paucybasiler (PB)	2	1.85
Tidak Tercantum	0	0
<b>Jumlah</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

*Sumber : Data Sekunder dari Poli Rehabilitasi Kusta RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar 2015*

**Grafik 5.6 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Tipe Kusta**



*Sumber : Data Sekunder dari Poli Rehabilitasi Kusta RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar 2015*

Berdasarkan tipe kusta, penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder sebagian besar berasal dari tipe *Multibasiler* (MB) sebanyak 106 orang (98,14%). Sedangkan pasien dengan tipe kusta *Paucybasiler* (PB) sebanyak 2 orang (1,85%).

### **5.7 Tingkat Kecacatan Mata**

Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan Tingkat Kecacatan pada Mata di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar dapat dilihat pada tabel dan grafik bawah ini:

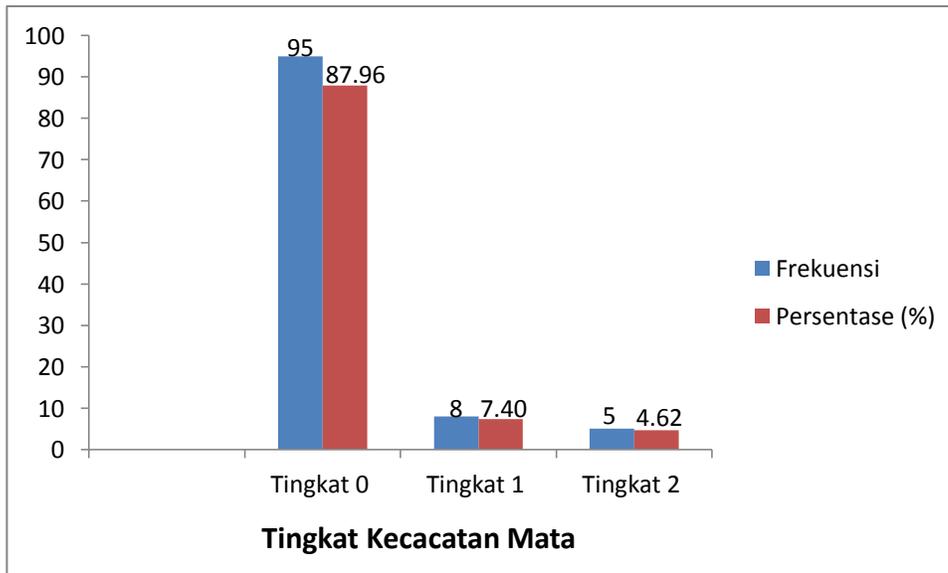
**Tabel 5.7 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Tingkat Kecacatan Mata**

<b>Tingkat Kecacatan mata</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase(%)</b>
Tingkat 0	95	87.96
Tingkat 1	8	7.40
Tingkat 2	5	4.62
<b>Jumlah</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

*Sumber : Data Sekunder dari Rekam Medik Kusta RSK DR. Tadjuddin Chalid*

*Makassar 2015*

**Grafik 5.7 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Tingkat Kecacatan Mata**



*Sumber : Data Sekunder dari Rekam Medik Kusta RSK DR. Tadjuddin Chalid*

*Makassar 2015*

Berdasarkan tingkat kecacatan mata, Penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder paling banyak tingkat kecacatan mata pada tingkat 0 yaitu sebanyak 95 orang (87,96%), diikuti oleh tingkat kecacatan mata

tingkat 1 sebanyak 8 orang (7,40%), dan yang terendah yaitu pada tingkat 2 sebanyak 5 orang (4,62%).

### **5.8 Tingkat Kecacatan Tangan**

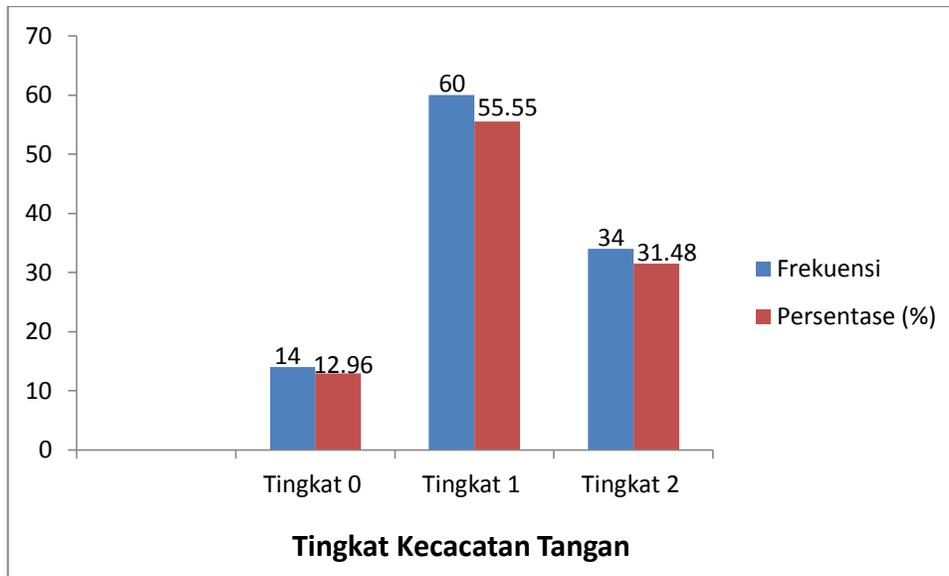
Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan Tingkat Kecacatan pada Tangan di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar dapat dilihat pada tabel dan grafik bawah ini:

**Tabel 5.8 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Tingkat Kecacatan Tangan**

<b>Tingkat Kecacatan Tangan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Tingkat 0	14	12.96
Tingkat 1	60	55.55
Tingkat 2	34	31.48
<b>Jumlah</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

*Sumber : Data Sekunder dari Rekam Medik Kusta RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar 2015*

**Grafik 5.8 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Tingkat Kecacatan Tangan**



*Sumber : Data Sekunder dari Rekam Medik Kusta RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar 2015*

Berdasarkan tingkat kecacatan Tangan, Penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder paling banyak tingkat kecacatan Tangan pada tingkat 1 yaitu sebanyak 60 orang (55,55%), diikuti oleh tingkat kecacatan mata tingkat 2 sebanyak 34 orang (31,48%), dan yang terendah yaitu pada tingkat 0 sebanyak 14 orang (12,96 %).

### **5.9 Tingkat Kecacatan Kaki**

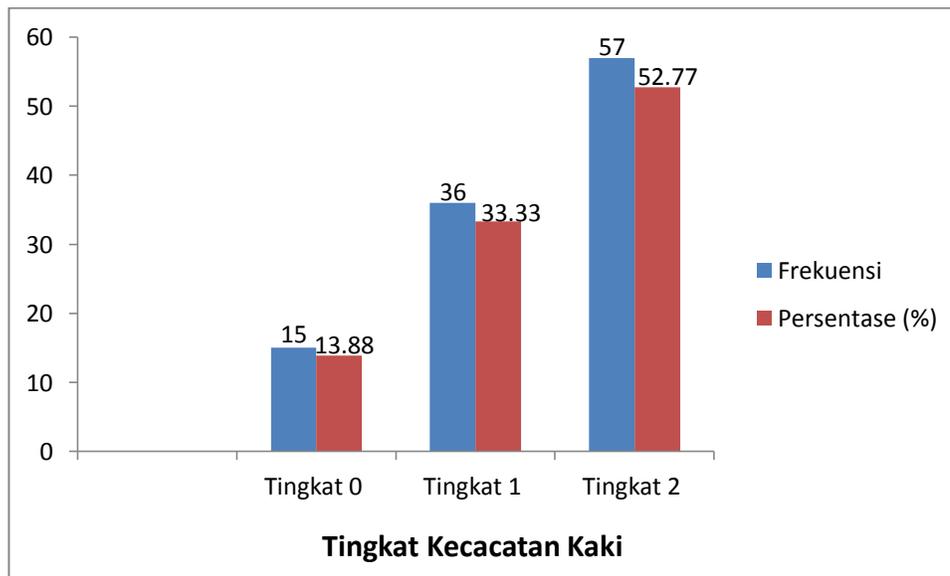
Distribusi penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan Tingkat Kecacatan pada Kaki di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar dapat dilihat pada tabel dan grafik bawah ini:

**Tabel 5.9 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Tingkat Kecacatan Kaki**

Tingkat Kecacatan Kaki	Frekuensi	Persentase (%)
Tingkat 0	15	13.88
Tingkat 1	36	33.33
Tingkat 2	57	52.77
<b>Jumlah</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

Sumber : Data Sekunder dari Rekam Medik Kusta RSK DR. Tadjuddin Chalid  
Makassar 2015

**Grafik 5.9 Distribusi Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder Berdasarkan Tingkat Kecacatan Kaki**



Sumber : Data Sekunder dari Rekam Medik Kusta RSK DR. Tadjuddin Chalid  
Makassar 2015

Berdasarkan tingkat kecacatan Kaki, Penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder paling banyak tingkat kecacatan Kaki pada tingkat 2 yaitu sebanyak 57 orang (52,77%), diikuti oleh tingkat kecacatan kaki

tingkat 1 sebanyak 36 orang (33,33%), dan yang terendah yaitu pada tingkat 0 sebanyak 15 orang (13,88 %).

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil penelitian ‘Karakteristik Penderita Kusta yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder di RSK DR. Tadjuddin Chalid Makassar Periode Januari – Desember 2015’, maka berikut akan dibahas sesuai dengan variabel yang diteliti.

#### **6.1 Jenis Kelamin**

Pada penelitian ini, distribusi pasien berdasarkan jenis kelamin didapatkan bahwa penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder lebih banyak terjadi pada laki – laki yaitu sebanyak 68 kasus atau sebesar 62,96%, sedangkan pada perempuan sebanyak 40 kasus atau sebesar 37,03%.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Muhammad Kamal dan Santi Martini mengenai Kurangnya Konseling dan Penemuan Kasus yang menunjukkan bahwa jenis kelamin laki – laki lebih banyak ditemukan pada penderita kusta dibanding perempuan, yaitu pada laki – laki sebanyak 39 orang (59%) dan perempuan sebanyak 27 orang (41%). Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian oleh Aji Witama mengenai Karakteristik Penderita Kusta dengan Kecacatan Derajat 2 di RS. Kusta Alverno Singkawang Tahun 2010-2013 yang menemukan bahwa proporsi terbesar jenis kelamin subjek penelitian adalah laki – laki yaitu sebanyak 19 penderita (83%) dibandingkan jenis kelamin perempuan yang hanya 4 penderita (17%) (Witama, 2014).

Tingginya kejadian kecacatan pada penderita laki – laki dibandingkan perempuan dapat disebabkan pengaruh dari tata karma dan tradisi serta rendahnya status perempuan di dalam masyarakat sehingga berakibat pada rendahnya angka pekerja wanita, sehingga menurunkan aktivitas dan pajanan factor resiko kecacatan terhadap perempuan (Witama, 2014). Penelitian Moschioni *et al*, menunjukkan bahwa penderita laki – laki lebih sering mengalami kecacatan daripada perempuan disebabkan : 1) Sulitnya penderita laki – laki datang ke sarana kesehatan selama waktu kerja; 2) ketakutan akan kehilangan pekerjaan karena stigma dari kusta; 3) resiko timbulnya kecacatan pada laki – laki lebih besar mengingat beratnya aktivitas yang dimiliki (Moschioni, 2010).

## **6.2 Umur**

Pada penelitian ini, distribusi pasien berdasarkan umur didapatkan bahwa penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder berdasarkan umur, didapatkan penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder yang paling banyak adalah pada kelompok umur 36-45 tahun yaitu terdapat 51 orang (47,22%). Terbanyak kedua adalah kelompok umur 26-35 tahun yaitu sebanyak 31 orang (28,70%). Kemudian diikuti dengan kelompok umur 16-25 tahun dengan 26 orang (24,07%). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Aji Witama mengenai Karakteristik Penderita Kusta dengan Kecacatan Derajat 2 di RS. Kusta Alverno Singkawang Tahun 2010-2013 yang menemukan bahwa umur 15-60 tahun (100%) lebih beresiko untuk mengalami kecacatan derajat 2 (Witama, 2014). Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yessita Yuniarasari mengenai Faktor Resiko yang Berhubungan

dengan Kejadian Kusta pada tahun 2011, yang menunjukkan bahwa responden yang memiliki umur >20 tahun sebanyak 39 orang (75,0%) sedangkan responden yang berumur 15-29 tahun yaitu sebanyak 13 orang (25,0%) (Yuniarasari, 2013).

Proporsi penderita kusta pada kategori umur produktif yang banyak ditemukan dalam penelitian ini dapat disebabkan insiden penyakit kusta sulit diketahui, dan timbulnya kecacatan meningkat sesuai peningkatan umur karena bertambahnya usia akan meningkatkan resiko paparan dan aktivitas pada penderita kusta yang dapat mengakibatkan kecacatan. Masa inkubasi penyakit kusta yang sangat lama juga menyebabkan kebanyakan penderita kusta baru ditemukan pada umur 15-60 tahun (Witama, 2014).

### **6.3 Jenis Pekerjaan**

Distribusi penyakit kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder menurut jenis pekerjaan, dari hasil penelitian yang dilakukan ditemukan bahwa persentase tertinggi pada penderita dengan golongan ekonomi lemah yakni tidak bekerja sebanyak 60 orang (55,55%). serta penderita yang bekerja sebagai petani/nelayan sebanyak 18 orang (16,66%), dan wiraswasta sebanyak 14 orang (12,96%). Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang ditemukan oleh Aji Witama tentang Karakteristik Penderita Kusta dengan Kecacatan Derajat 2 di RS Kusta Alverno Singkawang Tahun 2010-2013, yang menemukan bahwa jenis pekerjaan sebagai petani/nelayan/buruh memiliki proporsi terbesar, yakni 17 penderita (75%), sedangkan wiraswasta sebanyak 2 penderita (8%) dan penderita yang tidak bekerja sebanyak 4 penderita (17%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pekerjaan yang berat dan kasar seperti petani/nelayan/buruh/ serta ditambah dengan intensitas

pekerjaan yang tidak teratur, memudahkan timbulnya kecacatan (Witama, 2014). Brakel et al juga menunjukkan bahwa proporsi terbesar kehilangan pekerjaan terdapat pada penderita kusta dengan kecacatan derajat 2. Hal ini disebabkan keterbatasan fungsi akibat kusta dan stigma negative yang menyertai penderita di lingkungan kerja (Brakel et al, 2012).

#### **6.4 Tingkat Pendidikan**

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa persentase tertinggi terdapat pada penderita kusta dengan tingkat pendidikan yang relatif rendah yaitu SD sebanyak 43 orang (39,81%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Silvia Indriani mengenai Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian kusta pada tahun 2012 yang menemukan bahwa tingkat pendidikan rendah sebesar 85% lebih besar apabila dibandingkan dengan responden dengan tingkat pendidikan tinggi hanya sebesar 15%, yang berarti bahwa responden dengan tingkat pendidikan rendah memiliki resiko 13,222 kali lebih besar untuk terkena penyakit kusta, apabila dibandingkan dengan responden dengan tingkat pendidikan tinggi (Indriani, 2014).

Pendidikan yang rendah merupakan salah satu faktor kurangnya tindakan pencarian pengobatan bagi penderita kusta sehingga pengobatan baru dilakukan jika penyakit kusta sudah parah. Pendidikan yang rendah juga mengakibatkan kurangnya pengetahuan penderita terhadap penyakit kusta, sehingga penderita tidak memahami akibat buruk dari penyakit kusta, dan akhirnya berpengaruh terhadap rendahnya kepatuhan berobat pada penderita (Witama, 2014).

#### **6.5 Lamanya Sakit**

Berdasarkan lamanya sakit, dari penelitian didapatkan bahwa lamanya sakit <5 tahun sebanyak 80 orang (74,07%) memiliki persentase yang lebih tinggi mengalami tindakan pencegahan kecacatan sekunder. Hasil penelitian ini cukup sulit dibandingkan penelitian lain karena pengambilan variabel tidak diukur sejak penderita didiagnosis, tetapi sejak penderita pertama kali dirawat hingga dilakukannya tindakan pencegahan kecacatan sekunder. Namun penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Akhas SB dan Kamardy tahun 2017 yang menunjukkan bahwa proporsi penderita kusta dengan kecacatan paling banyak ditemukan pada penderita yang telah menderita kusta kurang dari 5 tahun. Selain itu pada penelitian Kurnianto, 2002 menemukan bahwa penderita dengan lamanya sakit >1 tahun 2 kali lebih beresiko mengalami kecacatan tingkat 2 dibanding dengan penderita dengan lama sakit <1 tahun. Hasnani (2003), menemukan bahwa penderita kusta dengan lama penyakit >2 tahun beresiko mengalami cacat tingkat 3, 211 kali lebih besar dibanding dengan penderita kusta dengan lama sakit <2 tahun.

## **6.6 Tipe Kusta**

berdasarkan penelitian ini menurut tipe kusta, bahwa persentase tertinggi didapatkan pada penderita dengan tipe kusta *Multibasiler* (MB) sebanyak 106 orang (98,14%). Sedangkan pasien dengan tipe kusta *Paucybasiler* (PB) sebanyak 2 orang (1,85%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aji Witama pada tahun 2014 yang menemukan bahwa penderita tipe MB memiliki proporsi terbesar, yaitu berjumlah 15 penderita (65%) dibandingkan penderita tipe PB yang hanya berjumlah 8 penderita (35%), ini menunjukkan bahwa penderita kusta dengan tipe MB lebih banyak mengalami kecacatan derajat 2 karena sifat alami dari

penyakit kusta tipe MB yang memiliki penyebaran basil lebih cepat dari tipe PB. Penyebaran basil kusta keseluruh bagian tubuh terutama kulit dan saraf tepi karena lemahnya system imunitas seluler pada penderita tipe MB sehingga akhirnya banyak menimbulkan kerusakan saraf tepi yang diikuti oleh kecacatan (Witama, 2014). Richardus *et al*, juga mengatakan bahwa terjadinya kecacatan lebih sering pada tipe MB dibandingkan tipe PB karena pengobatan yang lama pada tipe MB dapat mengakibatkan penderita bosan sehingga putus berobat dan mengakibatkan timbulnya kecacatan (Richardus *et al*, 2004).

### **6.7 Tingkat Kecacatan Mata**

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan bahwa tingkat kecacatan mata pada penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder dengan persentase tertinggi yaitu pada kecacatan mata tingkat 0 sebanyak 95 orang (87,96%). Hal ini serupa dengan yang ditemukan pula oleh Darmaputra yakni sebesar 98,2% penderita kusta dengan tingkat kecacatan mata 0. Kecacatan mata tingkat 1 dan 2 pada penelitian ini relative sedikit yakni tingkat kecacatan mata tingkat 1 sebanyak 8 orang (7,40%), dan yang terendah yaitu pada tingkat 2 sebanyak 5 orang (4,62%). sedikitnya kelainan mata yang didapatkan dalam penelitian ini kemungkinan disebabkan karena kerusakan pada mata sering tidak tampak dengan jelas, seperti pada kecacatan tingkat 1 dimana belum didapatkan gangguan penglihatan yang berarti (Werdiningsih, 20013). Walaupun angka kecacatan pada mata dalam penelitian ini tergolong sedikit, adanya kelainan pada mata sangat mengganggu penderita, membuat stress dan tidak mampu bekerja. Kecacatan pada mata yang dapat berakhir pada kebutaan menjadi masalah, akibat pentingnya fungsi penglihatan untuk

menghindari terjadinya trauma pada tangan dan kaki terlebih dengan adanya mati rasa pada tangan dan kaki (Witama, 2014).

### **6.8 Tingkat Kecacatan Tangan**

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan bahwa tingkat kecacatan mata pada penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder dengan persentase tertinggi yaitu pada kecacatan Tangan pada tingkat 1 sebanyak 60 orang (55,55%). Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Annisa Qoyyum Nabila dkk tentang Profil penderita kusta di Rumah Sakit Kusta Kediri Periode Januari 2010 – Desember 2010 yang menemukan bahwa persentase terbesar pada kecacatan tangan tingkat 0 atau tidak ada kecacatan yaitu sebesar 55,41%, sedangkan kecacatan tangan tingkat 1 yang ditandai dengan adanya kerusakan saraf sensoris hanya diperoleh hasil persentase sebesar 19,58% (Nabila dkk, 2012). Adanya kerusakan sensoris ini akibat invasi *Mycobacterium leprae* pada saraf yang superfisial karena bakteri tersebut berkembangbiak baik pada bagian tubuh yang lebih dingin. Saraf superfisial merupakan bagian yang mudah terkena trauma dari luar dan dapat terjadi infeksi, hal ini yang menyebabkan terjadinya ulkus pada tangan (Charles, 1994).

### **6.9 Tingkat Kecacatan Kaki**

Berdasarkan tingkat kecacatan kaki pada penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder didapatkan persentase tertinggi yaitu pada kecacatan tingkat 2 yaitu sebanyak 57 orang (52,77%). Hal ini kemungkinan terjadi karena kurangnya kesadaran merawat diri khususnya pada bagian kaki pada penderita kusta serta pengobatan kusta yang terlambat. Kerusakan pada saraf sensoris pada kaki

menyebabkan pasien kehilangan kemampuan merasakan nyeri, panas dan raba. Hal tersebut meningkatkan resiko terjadinya ulkus plantaris (Depkes, 2007). Adanya ulkus pada telapak kaki mengganggu penyebaran tekanan pada daerah sekitar sehingga luka baru menjadi mudah muncul, hal ini memperburuk kondisi cacat kaki penderita (Halim, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian ini, kecacatan pada kaki lebih banyak terjadi pada tingkat 2 daripada kecacatan pada mata dan tangan yang hanya berada pada tingkat 0-1. Hal ini kemungkinan terjadi akibat sifat *Mycobacterium leprae* yang berkembang biak pada bagian tubuh yang lebih dingin. Kemungkinan yang lain yaitu penderita biasanya mencari pengobatan ketika aktivitas sehari – hari mulai terganggu sehingga mengakibatkan terlambatnya pengobatan (Nabila dkk, 2012).

## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Adapun kesimpulan dari penelitian ini, yaitu :

1. Penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder paling banyak berjenis kelamin laki – laki yaitu sebesar 62,96%
2. Penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder paling banyak pada umur 36-45 tahun yaitu sebesar 47,22%
3. Penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder paling banyak adalah penderita dengan golongan ekonomi lemah yakni yang tidak bekerja sebesar 55,55%. serta penderita yang bekerja sebagai petani yaitu sebesar 15,74%
4. Penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder dengan persentase tertinggi pada penderita kusta dengan tingkat pendidikan yang relative rendah yaitu tingkat SD sebesar 39,81%
5. Penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder paling banyak pada penderita dengan lama sakit <5 tahun yaitu sebesar 74,07%
6. Penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder paling banyak pada tipe kusta *Multibasiler* (MB) yaitu sebesar 98,14%
7. Penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder dengan persentase tertinggi menurut tingkat kecacatan pada mata paling banyak pada tingkat 0 yaitu sebesar 87,96%

8. Penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder dengan persentase tertinggi menurut tingkat kecacatan pada tangan paling banyak pada tingkat 1 yaitu sebesar 55,55%
9. Penderita kusta yang mendapatkan tindakan pencegahan kecacatan sekunder dengan persentase tertinggi menurut tingkat kecacatan pada kaki paling banyak pada tingkat 2 yaitu sebesar 52,77%.

## **7.2 Saran**

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan data primer agar mendapatkan hasil yang lebih lengkap, mengingat penelitian dengan mengkaji data sekunder akan terdapat beberapa kekurangan akibat terbatasnya informasi yang tercantum dalam rekam medis pasien.
2. Perlu kiranya dilakukan penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya deteksi dini penyakit kusta sehingga dapat meningkatkan kesadaran masyarakat untuk melakukan upaya pencegahan maupun pemeriksaan lebih dini.
3. Melakukan sosialisasi tentang tata cara perawatan kecacatan terhadap penderita kusta agar kecacatan tidak bertambah parah
4. Sebagai upaya pencegahan penyakit kusta, hendaknya masyarakat lebih memperhatikan kebersihan pribadi dan kebersihan lingkungan rumah

## DAFTAR PUSTAKA

- Akhas SB, Nur KS. Studi Deskriptif Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kecacatan Penderita Kusta di Rumah Sakit Kusta Daya Makassar.[Skripsi]. Makassar: Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. 2007.
- Brakel VWH, Sihombing B, Djarir H, Beise K, et al. *Disability in People Affected by Leprosy: The Role of Impairment, Activity Social Participation, Stigma and Discrimination*. Glob Health Action. 2012; 5: 18394. P.1-11.
- Charles KJ. 1994. *Pathology of Leprosy*, In: Hastings RC, Opromolla DVA. *Leprosy, 2<sup>rd</sup> edition*. Churchill Livingstone, Edinburgh. Pp. 193-224.
- Depkes RI. 2007. Buku Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2013. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012.
- Djuanda, A. 2013. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi Revisi. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta.
- Ganapati R, Pai V. Kingsley. 2003. *Disability Prevention and Management in Leprosy: A Field Experience*. Indian J Dermato Venerol Leprol. Vol. 69. Pp. 369-374.
- Halim I, Menaldi SL> 2010. Tatalaksana Komprehensif Ulkus Plantar pada Pasien Lepra. Majalah Kedokteran Indonesia. Vol. 60/No.5/Mei 2010.

- Hasnani. 2003. Kejadian Cacat Tingkat 2 pada Penderita Kusta dan Faktor – Faktor yang Mempengaruhi di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam Tahun 2002. [Tesis]. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Hunter J, Savin J, Dahll M. *Leprosy: Clinical Dermatology*, 3<sup>rd</sup> edition. Massachusetes: Blackwell Science. Pp. 197-200.
- Indriani S. 2014. Faktor Resiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta. [Skripsi]. Semarang: IKM Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri semarang. Hal. 74.
- Infodatin. 2015. *Kusta*. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Pp. 1-2.
- Kamal M, Santi Martini. 2015. Kurangnya Konseling dan Penemuan Kasus Secara PASif Mempengaruhi Kejadian Kecacatan Kusta Tingkat II di Kabupaten Sampang. Berkala, Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga V.1. 3/No.3/ September 2015. Hal 295.
- Kemenkes RI: Penyakit Kusta Masih Tinggi di 14 Provinsi. tersedia di: <http://www.cnnindonesia.com/nasional/2015116142635-20-25156/kemenkes-penyakit-kusta-masih-tinggi-di-14-provinsi/> (diakses pada Kamis, 30 Agustus 2018)
- Kurnianto, Joko. 2002. Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Kecacatan Penderita Kusta di Kabupaten Tegal. [Tesis]. Universitas Diponegoro.
- Luhulima JW, dkk. 2014. Buku Ajar Anatomi BIOMEDIK II. Bagian Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin : Makassar. Pp. 234, 237-238.

- MCDougall AC, Yuasa Y. 2004. *A New Atlas Of Leprosy*. In: Rook's Textbook Dermatology, 7<sup>th</sup> ed. Massachusetes: Blackwell Science. Pp. 1349-60.
- Moschioni C, Antunes CMF, Grossi MAF et al. *Risk Factors for Physical Disability at Diagnosis of 19,283 New Case Leprosy*. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicine Tropical*. Jan-Feb 2010; 43;1;p. 19-22.
- Nabila AQ, Sri NAdila N, Djaka H. 2012. Profil Penderita Kusta di Rumah Sakit Kusta Kediri Periode Januari 2010 Sampai Desember 2010. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Malang. Vol. 8/No.2/Desember 2012. Hal. 75.
- Putra IB. 2008. Pencegahan kecacatan pada tangan penderita kusta. Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran, Universitas Sumatera Utara RSUP H. Adam Malik; pp. 2-6,9.
- Richardus JH, Nicholls PG, Croft RP. *Incidence of Acute Nerve Function Impairment and Reactions In Leprosy: A Prospective Cohort Analysis After 5 Years of Follow-up*. *International Journal of Epidemiology*. 2004; 33: p 337-343.
- RSK dr. Tadjuddin Chalid Makassar. 2010. *Modul coass*. RSK dr. Tadjuddin Chalid Makassar: Makassar.
- Sehgal A. 2006. *Deadly disease and epidemics:leprosy*. Philadelphia: Chelsea House.
- Sjamsuhidajat R, dkk. 2010. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi 3. EGC: Jakarta, pp. 329-396.
- Snell, Richard S.2011. *anatomi Klinis Berdasarkan Sistem*. EGC: Jakarta. Pp.6.

- Wediningsih R, Agusni I. 2003. Kecacatan Pada Penderita Kusta Baru di Divisi Kusta URJ Penyakit Kulit dan KELamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 1998-2000. Berkala. Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Vol.15/No.3/Desember 2003. Hal. 149-158.
- WHO. *The Weekly Epidemiological Record (WER)*. Vol. 2014, No.36, 2014. Pp. 89, 389-400. Tersedia di: <http://www.who.int/wer/2014/wer8936.pdf> (diakses pada Kamis, 30 Agustus 2018)
- Witama A. 2014. Karakteristik Penderita Kusta Dengan Kecacatan Derajat 2 di RS Kusta Alverno Singkawang Tahun 2010-2013. [Skripsi]. Pontianak: Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura. Hal. 6-9.
- Yuniarasari Y. 2013. Faktor Resiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kusta (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Gunem dan Puskesmas Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2011). [Skripsi]. Semarang: IKM Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang. Hal. 73.

## **RIWAYAT HIDUP**

Nama : Diana Marshanda Nur

Nim : C111 15 077

Tempat/Tanggal Lahir : Tanetea / 21 Maret 1997

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Golongan Darah : A

Alamat : Jl. Sahabat 1 Pondok Asri 2

Nomor Telepon : 082 291 146 941

Riwayat Pendidikan : SD Neg. 54 Tanetea

SMP Neg. 1 Tamalatea

SMA Neg. 2 Jeneponto

Fakultas Kedokteran Prodi Pendidikan Dokter Unhas



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
RSPTN UNIVERSITAS HASANUDDIN  
RSUP Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR  
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**



Sekretariat : Lantai 3 Gedung Laboratorium Terpadu  
JL.PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10 MAKASSAR 90245.  
Contact Person: dr. Agussalim Bukhari, MMed, PhD, SpGK. TELP. 081225704670 e-mail : agussalimbukhari@yahoo.com

**REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK**

Nomor : 839 / H4.8.4.5.31 / PP36-KOMETIK / 2018

Tanggal: 18 Oktober 2018

Dengan ini Menyatakan bahwa Protokol dan Dokumen yang Berhubungan Dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik :

No Protokol	UH18100737		No Sponsor Protokol	
Peneliti Utama	Diana Marshanda Nur		Sponsor	
Judul Peneliti	Karakteristik Penderita Kusta Yang Mendapatkan Tindakan Pencegahan Kecacatan Sekunder di RSK.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar Periode Januari - Desember 2015			
No Versi Protokol	1	Tanggal Versi	18 Oktober 2018	
No Versi PSP		Tanggal Versi		
Tempat Penelitian	RSK Tadjuddin Chalid Makassar			
Jenis Review	<input checked="" type="checkbox"/> Exempted <input type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard Tanggal	Masa Berlaku 18 Oktober 2018 sampai 18 Oktober 2019	Frekuensi review lanjutan	
Ketua Komisi Etik Penelitian	Nama Prof.Dr.dr. Suryani As'ad, M.Sc.,Sp.GK (K)	Tanda tangan		
Sekretaris Komisi Etik Penelitian	Nama dr. Agussalim Bukhari, M.Med.,Ph.D.,Sp.GK (K)	Tandatangan		

**Kewajiban Peneliti Utama:**

- Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan
- Menyerahkan Laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 Jam dan dilengkapi dalam 7 hari dan Lapor SUSAR dalam 72 Jam setelah Peneliti Utama menerima laporan
- Menyerahkan Laporan Kemajuan (progress report) setiap 6 bulan untuk penelitian resiko tinggi dan setiap setahun untuk penelitian resiko rendah
- Menyerahkan laporan akhir setelah Penelitian berakhir
- Melaporkan penyimpangan dari prokol yang disetujui (protocol deviation / violation)
- Mematuhi semua peraturan yang ditentukan



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**RS Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**

Jalan Paccerakkang No. 67 / Jalan Pajjaiyang Daya Makassar 90241  
Telepon : (0411) 512902 Faksimile : (0411) 511011

Website : www.-rsk-tadjuddin-chalidmakassar.co.id, E-mail : rs.tadjuddinchalid\_makassar@yahoo.co.id



**SURAT KETERANGAN**  
**Nomor : LB.02.01/XXXIII.2.2.3/675A/2018**

Berdasarkan surat Direktur Utama RS dr. Tadjuddin Chalid Makassar nomor : LB.02.01/XXXIII.2.2.3/5435/2018 tanggal 05 November 2018 perihal izin penelitian, maka yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

**N a m a** : Diana Marshanda Nur  
**NIM** : C11115077  
**Program Studi** : Pend. Dokter  
**Institusi** : Fakultas Kedokteran UNHAS Makassar  
**Judul Penelitian** : **Karakteristik Penderita Kusta Yang Mendapatkan Pencegahan Kecacatan Sekunder Di Rsk Dr Tadjuddin Chalid Makassar Periode Januari - Desember 2015**

Benar-benar telah melaksanakan penelitian tanggal 05 November s/d 05 Desember 2018 di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Demikian surat keterangan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

26 Desember 2018  
A.n. Direktur Utama,  
Kepala Bagian Sumber Daya Manusia

  
Erni Amsi, S.Sos, M.Si.  
NIP. 196705291994032002