

## KATA PENGANTAR

Beberapa penyakit menular di Indonesia saat ini masih belum dapat ditangani secara tuntas, salah satu diantaranya adalah penyakit Frambusia. Secara Nasional penyakit frambusia sebenarnya sudah dapat dikatakan sudah berhasil dikendalikan. Hal ini terlihat bahwa hampir 90% propinsi di Indonesia telah mencapai prevalensi < 1 per 10.000 penduduk

Mengingat pengobatan penderita frambusia yang sangat mudah yaitu dengan “single shoot pencillin injection, seharusnya penyakit frambusia sudah tidak menjadi masalah kesehatan di masyarakat di Indonesia lagi. Namun demikian pada kenyataannya masih terdapat kantong-kantong frambusia yang terletak didaerah miskin, terpencil dan jauh dari jangkauan pelayanan kesehatan.

Adanya sisa-sisa kantong frambusia ini karena adanya fase laten dalam perjalanan penyakit frambusia, yang secara klinis tidak tampak adanya kelainan akan tetapi didalam tubuhnya menyimpan banyak kuman. Gejala klinis sewaktu-waktu dapat muncul dan menular ke orang lain. Selain itu ketersediaan air dan perilaku kebersihan perorangan menjadi faktor resiko untuk berkembang biaknya kuman penyebab penyakit frambusia (*Treponema pertenue*).

Untuk mencapai eradiksi frambusia di Indonesia dibutuhkan referensi yang diharapkan dapat dijadikan acuan dalam mendiagnosis penyakit frambusia. Atlas frambusia ini disusun dengan penambahan referensi dari berbagai variasi bentuk kelainan kulit yang diambil di daerah endemis frambusia.

Disadari, masih banyak kekurangan pada atlas ini, oleh karena itu saran yang konstruktif sangat diharapkan guna penyempurnaan atlas frambusia ini. Kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan atlas ini kami ucapkan terima kasih.

Semoga atlas frambusia ini bermanfaat bagi upaya Eradikasi Frambusia di Indonesia.

Jakarta,     Maret 2012

Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan  
Penyehatan Lingkungan

Prof . Dr. Tjandara Yoga Aditama

# I. PENDAHULUAN

Penyakit Frambusia secara Nasional sudah dapat dikendalikan dimana angka prevalensi kurang dari 1 per 10.000 penduduk, bahkan di beberapa provinsi penyakit ini tidak ditemukan dalam tiga tahun terakhir. Namun demikian penyakit frambusia belum hilang sama sekali dari wilayah Indonesia dan sampai saat ini masih menyisakan kantong-kantong. Pada tahun 2010 penderita frambusia tercatat sebanyak 6.138 kasus, yang sebagian besar tersebar di wilayah Indonesia bagian Timur yaitu : Provinsi Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tenggara, Maluku, Papua dan Papua Barat.

Pemberantasan penyakit frambusia di Indonesia dimulai sejak tahun 1912 oleh Dr. Kodijat di beberapa kabupaten di Provinsi Jawa Tengah dengan menggunakan *neo salvarsan*. Pemberantasan secara nasional dimulai sejak 1950 melalui proyek TCP (*Treponema Control Program*) dan kemudian pada tahun 1952 dilanjutkan dengan *Treponema Control Programme Simplified* (TCPS).

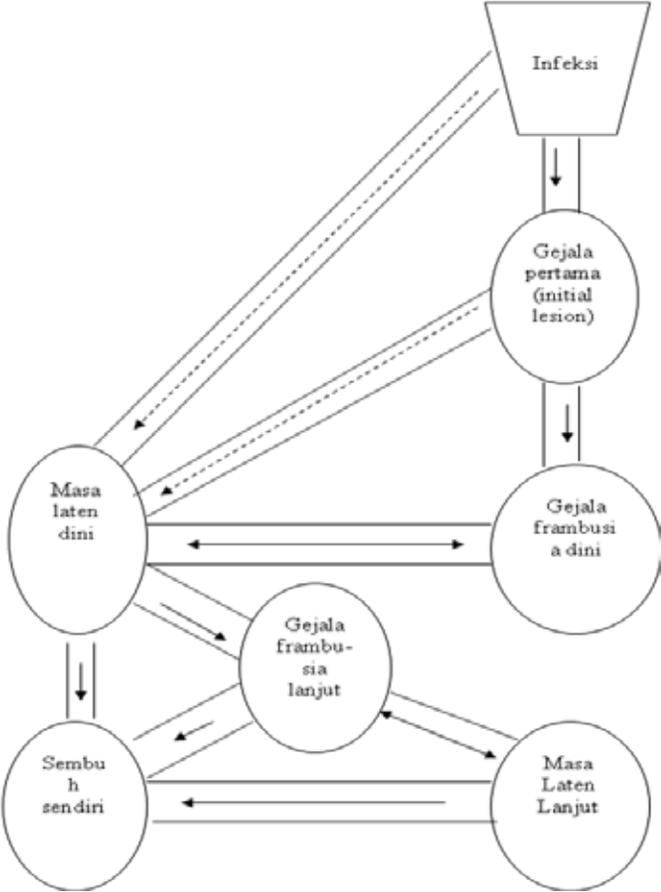
TCP berhasil menurunkan prevalensi frambusia dari 4,11% menjadi 0,45% pada tahun 1980. Keberhasilan ini mendorong program untuk melanjutkan ke tingkat eradikasi. Pada tahun 1982 *crash program* diluncurkan dengan tujuan eradikasi frambusia melalui tahap *maintenance* selama 3 tahun. Kenyataannya setelah 25 tahun sejak dicanangkannya *crash program*, tahap *maintenance* belum dapat dicapai diseluruh wilayah Indonesia.

Belum tercapainya tahap *maintenance* frambusia dapat disebabkan oleh berbagai faktor antara lain ; upaya penanggulangan tidak adekuat, karena program penyakit frambusia bukan merupakan program prioritas. Frambusia adalah penyakit yang tidak menimbulkan kematian dan banyak terjadi di daerah yang sulit dijangkau (*end of the road*) oleh pelayanan kesehatan serta menginfeksi masyarakat miskin dengan kebersihan perorangan yang jelek.

Frambusia merupakan penyakit yang dapat dieradikasi karena penyakit ini hanya pada manusia, terdapat di daerah fokus di beberapa kabupaten, mudah diagnosis oleh petugas di unit pelayanan kesehatan, pengobatannya hanya dengan sekali suntik Benzathine peniciline; tidak ditemukan *resistance* obat; kuman hanya dapat hidup dalam tubuh manusia; dan jumlah kasus relatif kecil.

Untuk mencapai eradikasi frambusia tahun 2012, tujuan pemberantasan penyakit frambusia adalah menemukan dan mengobati penderita dan kontak penderita, memutuskan mata rantai penularan. Mengingat di beberapa daerah masih terdapat kantong-kantong frambusia yang belum dapat diberantas serta banyaknya petugas kesehatan yang kurang trampil dalam mengdiagnosa penyakit frambusia, maka ATLAS FRAMBUSIA ini diharapkan dapat membantu untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas di lapangan dalam mendeteksi dan menangani penderita frambusia.

## II. PERJALANAN PENYAKIT



### III. KLASIFIKASI FRAMBUSIA MENURUT WHO

KLASIFIKASI PENDERITA FRAMBUSIA	GEJALA FRAMBUSIA
FRAMBUSIA MENULAR	Initial lesions (Gejala permulaan)
	Multiple papillomata (papillomata tersebar) “Wet crab” yaws (bubul)
	Other early skin lesion (gejala frambusia dini lain pada kulit)
	Hyperkeratosis
FRAMBUSIA TIDAK MENULAR	Bone and joint lesion (gejala pada tulang dan sendi)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gummata, ulcera, (Gummata, luka-luka)</li> <li>b. Gangosa</li> </ul>
	Other manifestation (gejala lain)
PENDERITA DALAM KEADAAN MASA LATEN	Latent yaws (frambusia laten)

## PENGOBATAN FRAMBUSIA YANG DIANJURKAN

Umur	NAMA OBAT	DOSIS	CARA PEMBERIAN	LAMA PEMBERIAN
<b>PILIHAN UTAMA</b>				
≤ 10 tahun	Benzatin Penisilin	600.000 IU	IM	Dosis tunggal
≥ 10 tahun	Benzatin Penisilin	1.200.000 IU	IM	Dosis tunggal
<b>ALTERNATIF (bagi penderita alergi terhadap penisillin)</b>				
< 8 tahun	Eritromisin	30 mg/Kg BB dibagi dalam 4 dosis	Oral	15 hari
8-15 tahun	Tetrasiklin atau Eritromisin	250 mg, 4 x sehari	Oral	15 hari
> 15 tahun	Tetrasiklin atau Eritromisin	500 mg, 4 x sehari	Oral	15 hari
< 8 tahun	Doxiciclin	2-5 mg/Kg BB dibagi dalam 4 dosis	Oral	15 hari
Dewasa	Doxiciclin	100 mg 2 x sehari	Oral	15 hari

## PEMBERIAN OBAT BERDASARKAN UMUR

GOLONGAN UMUR	Dosis
	Penderita dan Kontak
≤ 10 tahun	600.000 IU (2 ml)
≥ 10 tahun	1.200.000 IU (4 ml)

**IV. GAMBARAN KLINIK FRAMBUSIA:  
Frambusia menular**



Induk Frambusia (*Mother Yaws*)



Krustopapiloma (*Crusto papilloma*)



Papillomata ( gejala khas frambusia disekitar mulut )



Papilloma tersebar ( Strawberry )



Krustopapiloma



Krustopapiloma



Krustopapiloma



Krustopapilomata



Krustopapiloma



Krustopapiloma



Krustopapiloma



Ulseropapilomat



Papiloma yang mengalami ulcerasi (*ulseropapiloma*),  
tampak beberapa satelit (papul kecil)



Krustopapilomata yang sudah mengalami ulcerasi



Krustopapiloma



Krustopapiloma Multipel



Papiloma Multipel



Papilomplantaris (wet crab/bubul)



Plantar makula hiperkeratosis



Hiperkeratosis plantaris

## **B. FRAMBUSIA TIDAK MENULAR**



Ulkus yang sudah sembuh dengan pembentukan jaringan parut tipis (*Cigarette paper*)



Nodul justa artikuler



Nodul Just artikuler



Osteoperiostitis

## **V. DIFFERENTIAL DIAGNOSA**



**Observasi ulkus tropikum**



**Ulkus kronis**



**Ulkus kronis**



**Ulkus tropikum**



**Ulkus tropikum**



**Impetigo**



**Molluscum contagiosum**



**Plantar warts**

## **VI. UCAPAN TERIMA KASIH**

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada:

Dr. Abdul Manaf, SKM dan para National Consultant Leprosy and Yaws (NCLY) atas sumbangan foto-foto penderita frambusia

Dinas Kesehatan Propinsi Nusa Tenggara Timur dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat atas bantuannya dalam pengambilan foto-foto penderita frambusia

Para penderita frambusia yang telah bersedia diambil gambarnya

Pihak-pihak terkait lainnya yang tidak dapat disebutkan satu persatu atas perannya dalam membantu penyelesaian Atlas Frambusia ini.

## VII. DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI, 1982, *Gejala –gejala Penyakit Frambusia dalam Gambar*, Jakarta.
2. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal PPM &PL, 1999, *Epidemiologi Penyakit Frambusia*, Jakarta.
3. Departemen Kesehatan RI, Ditjen PPM & PL, Direktorat P2ML, Subdit Kusta & Frambusia, 2001, *Buku pedoman program P2 Frambusia untuk petugas Puskesmas*, Jakarta
4. World Health Organization, Perine PL, Hopkin DR, Niemoi PLA, et al, 1984, *Handbook of Endemic Treponematoses, Yaws, Endemic Syphilis and Pinta*, Geneva, Switzerland.

## VIII. EDITOR

1. Prof Tjandra Y. Aditama, SpP(K), MARS, DTMH, Direktur Jenderal PP dan PL
2. Dr. H.M. Subuh, MPPM, Direktur P2ML
3. Prof dr. Benny Wiryadi, SpKK(K), Departmen IK Kulit FKUI
4. Prof dr. Syaiful Fahmi Daili, SpKK (K), Departmen IK Kulit FKUI
5. Dr. Christina Widaningrum, Mkes, Kasubdit Kusta dan Frambusia
6. Dr. Hernani, MPH Pokja P2 Kusta & Frambusia
7. Florida Hartati, SKM, MM, Subdit P2 Kusta & Frambusia
8. Budiarti Setiyaningsih, SKM, M. Kes, Subdit P2 Kusta & Frambusia
9. Prof Dr. dr. Unandar Budi Mulia, SpKK (K), Departmen IK Kulit FKUI
10. Dr. Benyamin Sihombing, Subdit P2 Kusta & Frambusia
11. Soegiarto, Staf Subdit Kusta dan Frambusia