

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN DERAJAT
KECACATAN PASIEN *MORBUS HANSEN* DI KOTA BANDAR
LAMPUNG**

(SKRIPSI)

Oleh

**MULYA DITA PARAMITA
1318011113**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG**

2017

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN DERAJAT
KECACATAN PASIEN *MORBUS HANSEN* DI KOTA BANDAR
LAMPUNG**

Oleh
MULYA DITA PARAMITA

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

Fakultas Kedokteran Universitas Lampung



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2017**

ABSTRACT**THE FACTORS RELATED TO THE DEGREE OF DISABILITIES OF
MORBUS HANSEN PATIENTS IN BANDAR LAMPUNG****By****MULYA DITA PARAMITA**

Background: *Morbus Hansen* (MH) or leprosy is a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium Leprae* (M. Leprae). In 2014, the amount of new cases of MH in Bandar Lampung was 22 patients which took the second rank after the Central Lampung. *Morbus Hansen* patients may suffer disabilities due to several factors; such as knowledge; education; personal care; socio-economic; the duration of illness; type of MH; MH reaction; the compliance of consuming drug; and others.

Objective: To determine the factors related to the degree of disabilities of *morbus hansen* patients in Bandar Lampung.

Methods: This study was conducted in ten public health centers (PUSKESMAS) in Bandar Lampung from Mei until December 2016. The subjects was 17 MH patients who fulfilled the inclusion and exclusion criteria. The design of this study was cross sectional.

Results: The data were analyzed using *Fisher's exact test*. It showed that the relation between degree of disabilities and knowledge was $p=1,000$; education was $p=1,000$; personal care was $p=0,584$; socio-economic was $p=0,603$; duration of illness was $p=1,000$; MH reaction was $p=0,275$; type MH was $p= NA$; compliance of consuming drug was $p=0,576$. With a degree of disability of patients MH in Bandar Lampung.

Conclusion: There was no relation between factors like of knowledge; education; personal care; socio-economic; duration of illness; MH reaction; MH type and the compliance of consuming drug and the degree of disabilities of *morbus hansen* patients in Bandar Lampung.

Keywords: Disabilities, *Morbus Hansen*

ABSTRAK

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN DERAJAT KECACATAN PASIEN *MORBUS HANSEN* DI KOTA BANDAR LAMPUNG

Oleh

MULYA DITA PARAMITA

Latar belakang: *Morbus Hansen* (MH) atau lebih dikenal dengan kusta merupakan penyakit infeksi kronik yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*). Pada tahun 2014, jumlah kasus baru MH di Kota Bandar Lampung menduduki peringkat kedua setelah Lampung Tengah, yaitu sebanyak 22 orang. Penderita MH dapat mengalami kecacatan akibat beberapa faktor, antara lain adalah pengetahuan, pendidikan, perawatan diri, sosial-ekonomi, lama sakit, tipe MH, reaksi MH, keteraturan minum obat, dan lain-lain.

Tujuan: Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.

Metode: Penelitian ini dilakukan di 10 Puskesmas Kota Bandar Lampung dari bulan Mei s.d. Desember dengan jumlah SP sebanyak 17 SP menggunakan jenis penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*.

Hasil: Hasil uji *Fisher's exact* menunjukkan hubungan antara faktor pengetahuan ($p=1,000$), pendidikan ($p=1,000$), perawatan diri ($p=0,584$), sosial-ekonomi ($p=0,603$), lama sakit ($p=1,000$), reaksi MH ($p=0,275$), tipe MH ($p=NA$), keteraturan minum obat ($p=0,576$) dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.

Kesimpulan: Tidak terdapat hubungan antara faktor pengetahuan, pendidikan, perawatan diri, sosial-ekonomi, lama sakit, reaksi MH, tipe MH dan keteraturan berobat dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.

Kata kunci : Derajat kecacatan, *Morbus Hansen*

Judul Skripsi : **FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN DERAJAT KECACATAN PASIEN
MORBUS HANSEN DI KOTA BANDAR LAMPUNG**

Nama Mahasiswa : Mulya Dita Paramita


No. Pokok Mahasiswa : 1318011113

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Kedokteran




dr. Dwi Indria Anggraini, S.Ked., M.Sc., Sp.KK
NIP. 19811024 200604 2 003

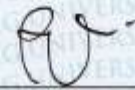
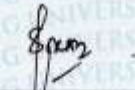

Soraya Rahmanisa, S.Si., M.Sc.
NIP. 19850412 201012 2 003

MENGETAHUI

Dekan Fakultas Kedokteran




Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA
NIP. 19701208 200112 1 001

MENGESAHKAN**1. Tim Penguji****Ketua : dr. Dwi Indria Anggraini, S.Ked., M.Sc., Sp.KK****Sekretaris : Soraya Rahmanisa, S.Si., M.Sc.****Penguji****Bukan Pembimbing : dr. Khairun Nisa Berawi, S.Ked., M.Kes., AIFO****2. Dekan Fakultas Kedokteran****Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA**
NIP. 19701208 200112 1 001**Tanggal Lulus Ujian Skripsi : 12 Januari 2017**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mulya Dita Paramita
NPM : 1318011113
Tempat, Tanggal Lahir : Metro, 16 Desember 1995
Alamat : Perumahan Griya Insani, Hajimena

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang berjudul "Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Derajat Kecacatan Pasien *Morbus Hansen* di Kota Bandar Lampung" adalah benar hasil karya penulis, bukan hasil menjiplak atau hasil karya orang lain. Jika dikemudian hari ada hal yang melanggar dari ketentuan akademik universitas, maka saya bersedia bertanggungjawab dan diberikan sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini dibuat oleh penulis dengan sebenar-benarnya, atas perhatian dan kerja samanya penulis ucapkan terima kasih.

Bandar Lampung, Januari 2017

Mulya Dita Paramita

131801113

RIWAYAT HIDUP

Penulis bernama lengkap Mulya Dita Paramita, penulis dilahirkan di Metro, 16 Desember 1995, sebagai anak pertama dari empat bersaudara dan memiliki dua adik perempuan serta satu adik laki-laki.

Penulis menyelesaikan Pendidikan Sekolah Dasar (SD) pada tahun 2007, di SD N 1 Metro. Pendidikan Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan pada tahun 2010 di SMP N 3 Metro dan Pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA) diselesaikan pada tahun 2013 di SMA N 3 Metro. Penulis mengikuti organisasi PMR, PASKIBRA dan PRAMUKA saat di bangku SMP dan SMA.

Penulis terdaftar menjadi mahasiswi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung pada tahun 2013 melalui jalur Seleksi Nasional Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SNMPTN). Selama menjadi mahasiswi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung angkatan 2013, penulis pernah mengikuti organisasi FSI Ibnu Sina FK Unila dan PAKIS.

Alhamdulillah Rabbil 'alamin

Segala Puji Bagi Allah SWT Tuhan Semesta Alam

Kupersembahkan karya sederhana ini,

Kepada kedua Orang tua, dan adik-adik saya

Yang sangat saya sayangi dan cintai

SANWACANA

Assalamualaikum Wr. Wb

Alhamdulillahirobbil ‘alamiin puji syukur kepada Allah SWT, berkat rahmat, petunjuk, nikmat sehat dan limpahan kasih sayang penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Shalawat beserta salam semoga tetap tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW yang dinantikan safaatnya di akhirat kelak.

Skripsi penulis dengan judul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Derajat Kecacatan Pasien *Morbus Hansen* di Kota Bandar Lampung” ini, merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini, izinkan penulis mengucapkan terimakasih kepada :

- Bapak Prof. Dr. Ir. Hasriadi Mat Akin, M.P., selaku Rektor Universitas Lampung;
- Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
- dr. Dwi Indria Anggraini, M.Sc., Sp.KK., selaku Pembimbing Utama atas kesediaannya dalam meluangkan waktu disela-sela kesibukannya untuk memberikan bimbingan, ilmu, kritik, saran, nasehat, motivasi dan bantuannya bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini;

- Soraya Rahmanisa, S.Si., M.Sc., selaku Pembimbing Pendamping atas kesediaannya dalam meluangkan waktu disela-sela kesibukannya untuk memberikan bimbingan, ilmu, kritik, saran, nasehat, motivasi, dan bantuannya bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini;
- dr. Khairun Nisa Berawi, M.Kes., AIFO., selaku Pembahas atas kesediaannya dalam memberikan koreksi, kritik, saran, nasehat, motivasi, dan bantuannya untuk perbaikan penulisan skripsi yang dilakukan oleh penulis;
- dr. Syazili Mustofa, M.Biomed., selaku Pembimbing Akademik dari semester satu hingga semester tiga, atas kesediaannya memberikan bimbingan, nasehat, dan motivasinya selama ini dalam bidang akademik penulis;
- dr. M. Yusran, M.Sc., Sp.M., selaku Pembimbing Akademik dari semester tiga hingga semester tujuh, atas kesediaannya memberikan bimbingan, nasehat, dan motivasinya selama ini dalam bidang akademik penulis;
- Seluruh staf Dosen FK Unila, yang telah bersedia memberikan ilmu, pembekalan, motivasi, dan bantuan untuk mewujudkan cita-cita yang dimiliki oleh penulis;
- Seluruh Civitas Akademik FK Unila, yang telah memberikan bantuan bagi penulis selama menjadi Mahasiswa FK Unila;
- Bapak dan Ibu, yang selalu memberikan dukungan, bantuan, doa, semangat, dan motivasi bagi penulis selama menjadi Mahasiswa Fakultas Kedokteran Unila. Semoga Allah SWT selalu memberikan kebahagiaan dunia dan akhirat bagi Bapak dan Ibu;

- Adik-adik saya (Dela, Dila dan Dava), yang selalu memberi semangat dalam kehidupan saya sehingga saya bisa semangat untuk menyelesaikan skripsi ini.
- KESBANGPOL Kota Bandar Lampung, terimakasih telah mengizinkan saya melakukan penelitian ini.
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, terimakasih atas bantuan dan ketersediannya dalam memberikan informasi pasien-pasien kusta di Provinsi Lampung.
- Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, terimakasih atas bantuan dan informasi mengenai pasien-pasien kusta di Kota Bandar Lampung sehingga penelitian saya bisa berjalan dengan lancar.
- Seluruh pemegang program P2 Kusta di Puskesmas Panjang, Sukamaju, Sukabumi, Sukaraja, Sumur Batu, Way Halim, Raja Basa Indah, Kupang Kota, Pasar Ambon dan Way Laga, terimakasih atas bantuan dan ketersediaannya untuk membantu dan menemani saya berkontak dengan pasien-pasien kusta hingga penelitian ini selesai.
- Seluruh responden penelitian, terimakasih atas bantuan dan kesediaannya untuk direpotkan dalam penelitian yang dilakukan oleh penulis;
- CERE13ELLUMS (mahasiswa FK Unila angkatan 2013). Terimakasih atas motivasi, doa, dan bantuannya selama ini. Semoga mahasiswa FK Unila angkatan 2013, selalu kompak, santun, dan dapat menjadi kebanggaan orang tua, FK Unila, Bangsa, dan Negara;
- Seluruh keluarga besar FK Unila. Terimakasih telah mengizinkan untuk mengenal satu sama lain dan saling memberikan dukungan dan motivasi.

- Seluruh teman-teman WANCE (Ayang, Bunga, Nada, Intan, Wage, Wanda, Putri, Hanum, Ajeng dan Yayas), terimakasih telah memberikan motivasi, suport, nasehat, semangat dan selalu mau berbagi suka maupun duka bersama-sama selama menjadi Mahasiswi FK Unila ini.
- Natasyah Hana Z dan Analia, terimakasih telah memberikan semangat selama menyelesaikan skripsi ini.
- ARBENTA, PALEM, SFC, PAKIS, teman-teman PROPTI Vesica Urinaria dan teman-teman KKN HOMPIMPAH, terimakasih atas semangat dan motivasinya dalam menyelesaikan skripsi ini.\
- Semua yang terlibat dalam pembuatan skripsi ini, yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari jika masih banyak kekurangan dalam pembuatan skripsi ini. Namun, penulis berharap skripsi yang jauh dari kata sempurna, tetapi dikerjakan dengan penuh semangat ini, dapat bermanfaat untuk kita semua khususnya bagi penulis. Semoga kita semua selalu dalam lindungan Allah SWT. Aamiin

Wassalamualaikum Wr. Wb

Bandar Lampung, Januari 2017

Penulis

Mulya Dita Paramita

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRACT	i
ABSTRAK	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
LEMBAR PERNYATAAN	v
RIWAYAT HIDUP	vi
LEMBAR PERSEMBAHAN	vii
SANWACANA	viii
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR SINGKATAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan	5
1.4. Manfaat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. <i>Morbus Hansen</i> (MH)	7
2.1.1. Definisi	7
2.1.2. Epidemiologi	7
2.1.3. Etiopatogenesis	10
2.1.4. Manifestasi Klinis	12
2.1.5. Diagnosis	16
2.1.6. Pengobatan MH	17
2.2. Kecacatan MH.....	20
2.2.1. Definisi	20
2.2.2. Derajat Kecacatan	20
2.3. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Derajat Kecacatan MH ...	21
2.4. Kerangka Teori	27
2.5. Kerangka Konsep	28
2.6. Hipotesis.....	28
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1. Desain Penelitian	30
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian	30
3.3. Populasi dan Sampel	30

3.3.1. Populasi Target.....	30
3.3.2. Populasi Terjangkau	31
3.3.3. Sampel.....	31
3.3.4. Kriteria Inklusi	32
3.3.5. Kriteria Eksklusi.....	32
3.4. Variabel Penelitian	32
3.4.1. Variabel Bebas	32
3.4.2. Variabel Terikat.....	33
3.5. Definisi Operasional Variabel dan Skala Pengukuran	33
3.6. Cara Pengumpulan Data.....	36
3.6.1. Alat	36
3.6.2. Jenis Data	36
3.6.3. Cara Kerja	37
3.6.4. Alat dan Instrumen Penelitian	37
3.7. Alur Penelitian.....	38
3.8. Pengolahan Data dan Analisis Data	38
3.8.1. Pengolahan Data	38
3.8.2. Analisis Data	39
3.9. Etika Penelitian	40
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1. Gambaran Hasil Penelitian.....	41
4.1.1. Hasil	42
4.1.1.1. Karakteristik SP.....	42
4.1.1.2. Hubungan antara faktor pengetahuan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.....	44
4.1.1.3. Hubungan antara faktor pendidikan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.....	44
4.1.1.4. Hubungan antara faktor perawatan diri dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.....	45
4.1.1.5. Hubungan antara faktor sosial-ekonomi dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.....	45
4.1.1.6. Hubungan antara faktor lama sakit dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.....	46
4.1.1.7. Hubungan antara faktor reaksi MH dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.....	47
4.1.1.8. Hubungan antara faktor tipe MH dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.....	47
4.1.1.9. Hubungan antara faktor keteraturan minum obat dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.....	48
4.2. Pembahasan.....	50
4.2.1. Karakteristik SP.....	50
4.2.2. Hubungan antara faktor pengetahuan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.....	51
4.2.3. Hubungan antara faktor pendidikan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota bandar Lampung	52
4.2.4. Hubungan antara faktor perawatan diri dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.....	54

4.2.5. Hubungan antara faktor sosial-ekonomi dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung	55
4.2.6. Hubungan antara faktor tipe MH dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.....	56
4.2.7. Hubungan antara faktor reaksi MH dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.....	57
4.2.8. Hubungan antara faktor lama sakit dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.....	59
4.2.9. Hubungan antara faktor keteraturan minum obat dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota bandar Lampung	60
4.3. Kekuatan dan Keterbatasan Penelitian	62
4.3.1. Kekuatan Penelitian.....	62
4.3.2. Keterbatasan Penelitian	62
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Kesimpulan.....	64
5.2. Saran.....	65
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1. Kasus baru MH 0-14 tahun dan cacat tingkat 2 berdasarkan jenis kelamin (perempuan dan laki-laki) dan Kabupaten/Kota Provinsi Lampung tahun 2014	9
Tabel 2. Klasifikasi MB menurut Ridley & Jopling	13
Tabel 3. Klasifikasi PB menurut Ridley & Jopling.....	14
Tabel 4. Klasifikasi PB dan MB menurut P2MPLP	15
Tabel 5. Klasifikasi PB dan MB menurut WHO (1995).....	16
Tabel 6. Dosis pengobatan MH pada anak.....	19
Tabel 7. Perbedaan reaksi MH tipe 1 ringan dan berat	24
Tabel 8. Perbedaan reaksi MH tipe 2 ringan dan berat	25
Tabel 9. Perbedaan reaksi MH tipe 1 dan tipe 2	25
Tabel 10. Definisi Operasional dan skala pengukuran.....	33
Tabel 11. Karakteristik SP.....	43
Tabel 12. hubungan faktor pengetahuan, pendidikan, perawatan diri, sosial-ekonomi, lama sakit, reaksi MH, keteraturan minum obat dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.....	49

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kerangka Teori.....	27
Gambar 2. Kerangka Konsep	28
Gambar 3. Alur Penelitian.....	38

DAFTAR SINGKATAN

MH	: Morbus Hansen
<i>M. leprae</i>	: <i>Mycobacterium leprae</i>
WHA	: <i>World Health Assembly</i>
PR	: <i>Prevalens Rate</i>
MDT	: <i>Multi Drug Therapy</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
DO	: <i>Drop Out</i>
TT	: <i>Tuberkuloid</i>
LL	: <i>Lepromatosa</i>
BTA	: <i>Bakteri Tahan Asam</i>
BT	: <i>Borderline Tuberculoid</i>
BB	: <i>Mid Borderline</i>
BL	: <i>Borderline Lepromatosa</i>
PB	: <i>Pausi Basilar</i>
MB	: <i>Multi Basilar</i>
DDS	: <i>Diamino difenil sulfon</i>
RFT	: <i>Released From Treatment</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
ENL	: <i>Eritema Nodusum Leprosum</i>
SP	: <i>Subjek Penelitian</i>
SPSS	: <i>Statistic Product Service Solution</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Morbus Hansen (MH) atau lebih dikenal dengan kusta merupakan penyakit infeksi kronik yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) yang bersifat obligat intraseluler. *Morbus Hansen* merupakan salah satu penyakit menular yang dapat menimbulkan masalah kesehatan yang kompleks baik dari sisi medis hingga sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan pertahanan nasional. *Morbus Hansen* banyak terdapat di negara-negara yang sedang berkembang, dan salah satunya adalah Indonesia (Kartina, 2009). Hingga saat ini Indonesia merupakan salah satu negara dengan jumlah kasus MH yang tinggi di dunia. Pada tahun 2013 Indonesia menempati urutan ketiga di dunia setelah India dan Brazil (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Lampung merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang terdapat kasus MH. Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Provinsi Lampung pada tahun 2014 jumlah kasus baru penderita MH di Provinsi Lampung adalah 142 orang. Pada tahun 2014, jumlah kasus baru MH di Kota Bandar Lampung menduduki peringkat kedua setelah Lampung Tengah, yaitu sebanyak 22 orang (Dinkes Provinsi Lampung, 2014). Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung pada tahun 2016 jumlah kasus kusta terdapat 17 pasien MH tipe MB

dan 0 pasien MH tipe PB yang sedang dalam pengobatan di Puskesmas Way Halim, Puskesmas Sukaraja, Puskesmas Sukarame, Puskesmas Sukamaju, Puskesmas Way Laga, Puskesmas Raja Basa Indah, Puskesmas Panjang, Puskesmas Kupang Kota, Puskesmas Sumur Batu, Puskesmas Pasar Ambon (Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, 2016).

World Health Assembly (WHA) telah mengeluarkan resolusi tentang program eliminasi MH pada tahun 2000. Eliminasi adalah menurunkan angka kesakitan lebih kecil dari 1 per 10.000 penduduk dengan strategi penemuan penderita secara dini dan mengobati dengan tepat. Tujuan penanggulangan MH di Indonesia adalah: (1) tercapainya *prevalens rate* (PR) kurang dari 1 per 10.000 penduduk di semua kabupaten; (2) kesinambungan program MH di seluruh wilayah dengan kebijakan deteksi dini kasus MH dan pengobatan dengan *Multi Drug Therapy* (MDT); (3) mencegah kecacatan; (4) mengubah pandangan masyarakat luas; (5) menjamin ketersediaan dan kualitas obat MDT. *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2006 juga telah mengeluarkan panduan operasional *Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities* untuk menurunkan beban MH dan mempertahankan kesinambungan kegiatan pemberantasan MH (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Pada tahun 2013 di Indonesia terdapat jumlah kasus MH baru sebanyak 16.856 kasus dan jumlah kecacatan tingkat 2 dari penderita baru sebanyak 9,86% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Di Provinsi Lampung pada tahun 2014, persentase penderita MH cacat tingkat 2 di Provinsi Lampung adalah 7,75% dari total kasus baru. Persentase cacat tingkat 2 di Kota Bandar Lampung

cukup tinggi di antara kota/kabupaten lain, yaitu 22,73% atau 5 dari 22 kasus baru (Dinkes Provinsi Lampung, 2014).

Pencegahan kecacatan merupakan salah satu tujuan penanggulangan MH. Kecacatan pada MH adalah keadaan abnormal dari fisik dan fisiologis tubuh serta hilangnya beberapa struktur dan fungsi tubuh akibat kuman MH. Penderita MH dapat mengalami kecacatan akibat beberapa faktor, antara lain adalah reaksi MH, terlambat mencari pengobatan, ketidakteraturan berobat, status gizi, tipe MH, pengetahuan, pendidikan, jenis kelamin dan stigma pada masyarakat. Selain itu, pengobatan penderita MH memerlukan waktu yang lebih lama sehingga akan menimbulkan kemalasan serta kebosanan penderita dan mengakibatkan ketidakteraturan berobat bahkan *drop out* (DO) dari pengobatan. Penderita MH pada umumnya tidak mengerti tanda dini MH, malu datang ke puskesmas, tidak tahu jika ada obat yang diberikan secara cuma-cuma dan jarak yang jauh sehingga membuat ia terlambat mencari pelayanan dan pengobatan serta ditemukan sudah dalam keadaan stadium lanjut bahkan sudah mengalami kecacatan (Kartina, 2009).

Beberapa penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan derajat kecacatan pasien MH telah dilakukan. Menurut Susanto (2006), terdapat hubungan yang bermakna antara umur, pendidikan, tipe kusta, reaksi kusta, pengetahuan, ketaatan berobat, perawatan diri, diagnosis dengan tingkat kecacatan, namun tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan lama kerja dengan tingkat kecacatan (Susanto, 2006). Hal tersebut selaras dengan penelitian Indanah dan Suwanto (2014) yang melaporkan terdapat hubungan antara kepatuhan pengobatan dan dukungan keluarga dengan kecacatan

penderita (Indanah dan Suwanto, 2014). Rismawati D (2013) melaporkan terdapat hubungan antara sanitasi rumah dan *personal hygiene* terhadap kejadian kusta MB (Rismawati D, 2013). Penelitian Sulastrri dan Sutriyadi (2013) menunjukkan hal yang sedikit berbeda, yaitu terdapat hubungan reaksi kusta, tipe kusta, dan umur terhadap kejadian kecacatan tingkat 2 namun tidak ada hubungan antara keteraturan minum obat terhadap kejadian kecacatan tingkat 2 pada penderita MH (Sulastrri dan Sukriyadi, 2013). Penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung belum pernah dilaporkan. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian tersebut sebagai salah satu upaya mendukung program penanggulangan MH khususnya di Kota Bandar Lampung.

1.2. Rumusan Masalah

Morbus Hansen merupakan salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah kesehatan yang kompleks. Pada tahun 2013, Indonesia masih menempati urutan ketiga kasus baru MH di dunia setelah India dan Brazil. Salah satu program penanggulangan MH adalah mencegah kecacatan. Persentase cacat derajat 2 penderita MH di Bandar Lampung cukup tinggi 22,73% atau 5 dari 22 kasus baru. Penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung belum pernah dilaporkan. Berdasarkan uraian latar belakang tersebut maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut: faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan antara faktor pengetahuan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
- b. Untuk mengetahui hubungan antara faktor pendidikan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
- c. Untuk mengetahui hubungan antara faktor perawatan diri dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
- d. Untuk mengetahui hubungan antara faktor sosial-ekonomi dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
- e. Untuk mengetahui hubungan antara faktor lama sakit dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung
- f. Untuk mengetahui hubungan antara faktor tipe MH dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
- g. Untuk mengetahui hubungan antara faktor reaksi MH dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung

- h. Untuk mengetahui hubungan antara faktor keteraturan minum obat dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Peneliti

Dapat dijadikan sebagai tambahan ilmu, pengetahuan dan wawasan mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.

1.4.2. Bagi Institusi

Dapat memberikan informasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung sehingga dapat menjadi acuan bagi program penanggulangan MH di Kota Bandar Lampung.

1.4.3. Bagi masyarakat

Dapat dijadikan sebagai acuan untuk edukasi masyarakat mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan derajat kecacatan pasien MH sehingga dapat mencegah kecacatan MH pada masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. *Morbus Hansen* (MH)

2.1.1. Definisi

Morbus Hansen atau lebih dikenal dengan kusta adalah penyakit infeksi menular yang menyerang syaraf perifer dan kulit penderita. Penyakit ini disebabkan oleh *M. Leprae* (Siregar, 2005). *Morbus Hansen* banyak didapatkan terutama di daerah tropis dan subtropis yang udaranya panas dan lembab pada lingkungan hidup yang tidak sehat (Soedarto, 2009).

2.1.2. Epidemiologi

World Health Organization (WHO) pada tahun 1991, telah meluncurkan program eliminasi MH yang bertujuan untuk menurunkan prevalensi MH. Namun setelah diluncurkannya program tersebut, prevalensinya mungkin telah menurun namun tetap saja MH masih menjadi penyakit endemik di berbagai bagian Asia, Afrika dan Amerika Selatan. Kasus baru MH pada tahun 2000 telah didiagnosis sebanyak 719.330 terdapat di >80% hidup di India, Brazil, Myanmar, Madagaskar dan Nepal (Mandal *dkk.*, 2006). Pada umumnya, kasus MH ditemukan negara-negara yang

sedang berkembang (Mandal *dkk.*, 2006). Indonesia pada tahun 2013 menempati urutan ketiga di dunia setelah India dan Brazil. Indonesia pada tahun 2013 memiliki jumlah kasus baru MH sebanyak 16.856 kasus dan jumlah kecacatan tingkat 2 diantara penderita baru sebanyak 9,86% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Meskipun di berbagai daerah yang menunjukkan wanita lebih dominan daripada laki-laki, namun semua orang dapat terkena MH dengan perbandingan antara laki-laki dengan wanita adalah 2:1. Penyakit ini dapat menyerang semua umur meskipun banyak dijumpai umur yang lebih muda lebih dominan terkena penyakit ini. Frekuensi umur terbanyak yang terkena penyakit ini adalah umur 15-29 tahun walaupun di Pulau Nauru ketika penyebaran epidemi, pernah ditemukan penyebaran hampir sama pada semua umur (Harahap, 2013).

Berikut akan disajikan tabel kasus baru MH 0-14 tahun dan cacat tingkat 2 berdasarkan jenis kelamin (perempuan dan laki-laki) dan Kabupaten/Kota Provinsi Lampung tahun 2014 yaitu sebagai berikut:

Tabel 1. Kasus baru MH 0-14 tahun dan cacat tingkat 2 berdasarkan jenis kelamin (perempuan dan laki-laki) dan Kabupaten/Kota Provinsi Lampung tahun 2014

NO	Kabupaten/Kota	Kasus Baru							
		Penderita Kusta			Penderita Kusta 0-14 tahun		Cacat Tingkat 2		
		P	L	P+L	Jumlah	%	Jumlah	%	
1	Lampung Barat	-	-	-	-	-	-	-	
2	Tanggamus	-	-	7	-	0,0		0	
3	Lampung Selatan	-	-	2	-	0,0	2	100	
4	Lampung Timur	-	-	22	1	4,5	1	4,55	
5	Lampung Tengah	-	-	24	1	4,2	2	8,33	
6	Lampung Utara	-	-	19	3	15,8	1	5,26	
7	Way Kanan	-	-	11	-	0,00		0	
8	Tulang Bawang	-	-	5	-	0,00		0	
9	Pesawaran	-	-	10	1	10,0		0	
						0			
10	Pringsewu	-	-	3	-	0,00		0	
11	Mesuji	-	-	11	-	0,00		0	
12	Tulang Bawang Barat	-	-	5	-	0,00		0	
13	Pesisir Barat	-	-	-	-	0,00		0	
14	Bandar Lampung	-	-	22	-	0,00	5	22,73	
15	Metro	-	-	1	-	0,00		0	
	Jumlah (Kab/Kot)	-	-	142	6	4,23	11	7,75	
	Angka cacat tingkat 2 per 100.000 penduduk							0,1	

Sumber: Dinkes Provinsi Lampung, 2014

Berdasarkan kasus baru penderita MH, penderita MH 0-14 tahun dan cacat tingkat 2 menurut jenis kelamin dan Kabupaten/Kota Provinsi Lampung tahun 2014 menyatakan bahwa kasus baru penderita MH menurut jenis kelamin (perempuan dan laki-laki) di Provinsi Lampung adalah 142 orang,

jumlah dan persentase penderita MH 0-14 tahun adalah 6 dan 4,23% sedangkan jumlah dan persentase penderita MH cacat tingkat 2 di Provinsi Lampung adalah 11 dan 7,75%. Lampung Tengah merupakan peringkat pertama kasus MH di Provinsi Lampung sebanyak 24 pasien sedangkan peringkat kedua, yaitu Lampung Timur dan Bandar Lampung dengan masing-masing 22 pasien. Kasus baru penderita MH menurut jumlah dan persentase penderita MH 0-14 tahun di Lampung Utara adalah 3 dan 15,00% sedangkan Pesawaran adalah 1 dan 10,00%. Kasus baru penderita MH menurut jumlah dan persentase cacat tingkat 2 per 100.000 penduduk di Lampung Selatan adalah 2 dan 100% sedangkan Bandar Lampung adalah 5 dan 22,73% (Dinkes Provinsi Lampung, 2014). Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung jumlah pasien MH tercatat sebanyak 17 pasien MH tipe MB dan 0 pasien MH tipe PB yang belum RFT atau masih dalam pengobatan di berbagai puskesmas terkait (Dinkes Kesehatan Kota Bandar Lampung, 2016)

2.1.3. Etiopatogenesis

Morbus Hansen adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh *M. leprae*. Pada tahun 1874, *M. Leprae* penyebab ini ditemukan oleh G.A. Hansen di Norwegia namun sampai saat ini belum dapat dibiakkan dalam media artifisial (Brown and Burns, 2005). *Mycobacterium Leprae* adalah bakteri gram positif dengan ukuran 3-8 $\mu\text{m} \times 0,5 \mu\text{m}$ yang tahan asam dan alkohol (Djuanda A dkk., 2010). *Mycobacterum Leprae* ini tidak membentuk spora, tidak bergerak dan mempunyai macam-macam bentuk (*pleomorfik*)

(Soedarto, 2009). Beberapa ahli mengatakan bahwa MH menular melalui saluran pernafasan dan kulit yang lecet pada bagian tubuh yang bersuhu dingin dan pada mukosa nasal namun sampai sekarang masih belum diketahui dengan pasti bagaimana cara penularan MH (Susilowati, 2014). *Morbus Hansen* tidak hanya ditularkan oleh manusia tetapi juga ditularkan oleh binatang seperti *armadillo*, monyet dan *mangabey*. *Mycobacterium leprae* hidup pada suhu rendah sehingga ia dapat hidup dalam bagian tubuh manusia yang memiliki suhu lebih rendah seperti mata, saluran pernafasan bagian atas, otot, tulang, testis, saraf perifer dan kulit. Tanda dan gejala MH dapat timbul pada penderita ketika *M. Leprae* telah tertular dalam tubuh manusia (Lestari, 2015). Penderita yang mengandung bakteri lebih banyak belum tentu memberikan gejala yang lebih berat bahkan dapat sebaliknya sehingga menyebabkan *M. leprae* mempunyai patogenitas dan daya invasi yang rendah. Respon imun yang berbeda yang membuat timbulnya reaksi granuloma setempat atau menyeluruh yang dapat sembuh sendiri atau progresif menyebabkan ketidakseimbangan antara derajat infeksi dengan derajat penyakit. Perkembangan MH bergantung pada kerentanan seseorang ketika *M. leprae* telah masuk ke dalam tubuh. Derajat sistem imunitas seluler pasien memengaruhi respon tubuh setelah masa tunas dilampaui. Penyakit akan berkembang kearah *Tuberkuloid* (TT) apabila sistem imunitas seluler tinggi dan akan berkembang ke arah *Lepramatososa* (LL) apabila sistem imunitas rendah (Djuanda A dkk., 2010).

2.1.4. Manifestasi Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gambaran klinis, bakterioskopis dan histopatologi. Diagnosis MH menurut WHO (1995) dapat ditegakkan apabila terdapat satu dari tanda kardinal berikut:

1. Adanya lesi kulit yang khas dan kehilangan sensitibilitas. Lesi kulit dapat tunggal atau *multiple*, biasanya hipopigmentasi tetapi kadang-kadang lesi kemerahan atau berwarna tembaga. Lesi pada umumnya berupa makula, papul atau nodul tetap dapat pula bervariasi. Kehilangan sensitibilitas pada lesi kulit merupakan gambaran khas. Kehilangan sensitibilitas kulit dan kelemahan otot merupakan manifestasi dari kerusakan saraf terutama saraf tepi. Penebalan saraf tepi saja tanpa disertai kehilangan sensitibilitas dan/atau kelemahan otot juga merupakan tanda MH.

2. BTA positif

Pada hasil kerokan jaringan kulit, ditemukan basil tahan asam pada beberapa kasus MH.

Kasus dianggap dicurigai dan diperiksa ulang setiap 3 bulan sampai ditegakkan diagnosis MH atau penyakit lain apabila masih ragu-ragu dalam menentukan tanda-tanda MH tersebut (Mansjoer A *dkk.*, 2000).

Ridley dan Jopling mengklasifikasikan tipe MH menjadi tipe *Tuberkuloid* (TT), *Borderline Tuberculoid* (BT), *Mid Borderline* (BB), *Borderline Lepromatous* (BL) dan *Lepromatosa* (LL). Departemen Kesehatan Ditjen P2MPLP (1999) dan WHO (1995) membagi tipe MH

menjadi tipe *Pausi Basilar* (PB) dan *Multi Basilar* (MB). Perbedaan tipe MH ini dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 2. Klasifikasi MB menurut Ridley & Jopling

SIFAT	LL	BL	BB
Lesi			
- Bentuk	Makula Infiltrasi difus Papul Nodus	Makula Plakat Papul	Plakat <i>Dome-shaped</i> (kubah) <i>Punched-out</i>
- Jumlah	Tidak terhitung, praktis tidak ada kulit sehat	Sukar dihitung, masih ada kulit sehat	Dapat dihitung, kulit sehat jelas ada
- Distribusi	Simetris	Hampir simetris	asimetris
- Permukaan	Halus berkilat	Halus berkilat	Agak kasar, agak berkilat
- Batas	Tidak jelas	Agak jelas	Agak jelas
- Anestesia	Tidak ada sampai tidak jelas	Tak jelas	Lebih jelas
BTA			
- Lesi kulit	Banyak (ada globus)	Banyak	Agak banyak
- Sekret hidung	Banyak (ada globus)	Biasanya negatif	Negatif
Tes lepromin	Negatif	Negatif	Biasanya negatif

Tabel 3. Klasifikasi PB menurut Ridley & Jopling

SIFAT	TT	BT	I
Lesi			
- Bentuk	Makula makula infiltrat	saja; dibatasi	Makula infiltrat; saja
- Jumlah	Satu, beberapa	dapat	Makula dibatasi infiltrat
- Distribusi	Asimetris		Makula dibatasi infiltrat
- Permukaan	Kering bersisik		Makula dibatasi infiltrat
- Batas	Jelas		Makula dibatasi infiltrat
- Anestesia	Jelas		Makula dibatasi infiltrat
BTA			
- Lesi kulit	Hampir negatif	selalu	Negatif atau hanya 1+
Tes lepromin	Positif kuat (3+)		positif lemah
			Biasanya negatif
			Dapat positif lemah atau negative

Tabel 4. Klasifikasi PB dan MB menurut P2MPLP

Kelainan kulit dan hasil pemeriksaan bakteriologis	Tipe PB	Tipe MB
1. Bercak (makula)		
a. Jumlah	1-5	Banyak
b. Ukuran	Kecil dan besar	Kecil-kecil
c. Distribusi	Unilateral atau bilateral asimetris	Bilateral, simetris
d. Permukaan	Kering dan kasar	Halus, berkilat
e. Batas	Tegas	Kurang tegas
f. Gangguan sensitibilitas	Selalu ada dan jelas	Biasanya tidak jelas, jika ada, terjadi pada yang sudah lanjut
g. Kehilangan kemampuan berkeringat, bulu rontok pada bercak	Bercak tidak berkeringat, ada bulu rontok pada bercak	Bercak masih berkeringat, bulu tidak rontok
2. Infiltrat		
a. Kulit	Tidak ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
b. Membran mukosa (hidung)	Tidak pernah ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
3. Nodulus	Tidak ada	Kadang-kadang ada
4. Penebalan syaraf tepi	Lebih sering terjadi dini, asimetris	Terjadi pada yang lanjut biasanya lebih dari satu dan simetris
5. Deformitas (cacat)	Biasanya asimetris terjadi dini	Terjadi pada stadium lanjut
6. Sediaan apus	BTA negatif	BTA positif
7. Ciri-ciri khusus	<i>Central healing</i> penyembuhan ditengah	<i>Punched out lesion</i> (lesi seperti kue donat), madarosis, ginekomastia, hidung pelana, suara sengau

Sumber: Mansjoer A *dkk.*, 2000

Tabel 5. Klasifikasi PB dan MB berdasarkan WHO (1995)

	Tipe PB	Tipe MB
1. Lesi kulit (makula datar, papul yang meninggi, nodus)	<ul style="list-style-type: none"> • 1-5 lesi • Hipopigmentasi/eritema • Distribusi asimetris • Hilangnya sensasi yang jelas 	<ul style="list-style-type: none"> • >5 lesi • Distribusi lebih simetris • Hilangnya sensasi
2. Kerusakan saraf (menyebabkan hilangnya sensasi/kelemahan otot yang dipersarafi oleh saraf yang terkena)	<ul style="list-style-type: none"> • Hanya satu cabang saraf 	<ul style="list-style-type: none"> • Banyak cabang saraf

Sumber: Mansjoer A *dkk.*, 2000

2.1.5. Diagnosis

Berbagai masalah baik bagi penderita, keluarga ataupun masyarakat di sekitarnya dapat timbul ketika seorang ahli mendiagnosa seseorang menderita MH. Penderita harus berada di bawah pengamatan hingga timbul gejala-gejala yang jelas apabila ada keragu-raguan sedikit saja pada saat diagnosa bahwa penyakit itu benar-benar MH. Diagnosa MH dan klasifikasi harus dilihat secara menyeluruh baik dari segi klinis, bakteriologis, immunologis dan histopatologis. Mendeteksi kasus MH cukup dengan menggunakan anamnesis dan pemeriksaan klinis saja dalam mendiagnosa MH di lapangan. Pemeriksaan bakteriologis seperti kerokan dengan pisau skalpel dari kulit, selaput lendir hidung bawah atau dari biopsi kuping telinga, dibuat sediaan mikroskopis pada gelas alas dan diwarnai dengan teknis *Ziehl Neelsen* dapat dilakukan bila ada keraguan dan fasilitas yang memungkinkan. Pemeriksaan bakterioskopik akan menghasilkan berbagai bentuk *M. Leprae* yaitu solid (batang utuh) yang berartikan kuman hidup dan jauh lebih berbahaya

daripada bentuk non solid (*fragment dan granular*) yang berartikan kuman mati. Gambaran histologis yang khas dapat ditemukan dengan Biopsi kulit atau saraf yang menebal yaitu tipe TT (*tuberkuloid*) apabila ditemukan gambaran tuberkel-tuberkel dengan kerusakan saraf lebih nyata namun tidak ada kuman atau hanya sedikit kuman bentuk non solid, tipe LL (*lepramatous*) apabila terdapat *subepidermal clear zone* dan ada *virchow cell* dengan banyak kuman, dan BB (*mid borderline*) apabila terdapat kedua keduanya dari tipe LL dan TT. Pemeriksaan serologi melalui darah pasien MH akan terdapat antibodi *antiphenoic glycolipid-1* (PGL-1) dan antibodi antiprotein 16 kD serta 35 kD (Djuanda A *dkk.*, 2010).

2.1.6. Pengobatan MH

Obat antikusta yang paling banyak digunakan adalah *Diamino difenil sulfon* (DDS), klofazimin dan rifampisin. Di Indonesia saat ini yang paling dirisaukan adalah resistensi terhadap DDS, karena DDS adalah obat antikusta yang paling banyak digunakan karena mudah didapatkan dan harganya yang ekonomis untuk penderita di negara berkembang dengan sosial ekonomi rendah. Hal yang perlu diperhatikan saat menyusun kombinasi obat adalah efek terapeutik obat, efek samping obat, ketersediaan obat, harga obat dan kemungkinan penerapannya (Djuanda A *dkk.*, 2010). Kegunaan MDT adalah untuk mencegah dan mengobati resistensi, memperpendek masa pengobatan dan mempercepat pemutusan mata rantai penularan (Pangaribuan *dkk.*, 2012). Diagnosis dini, pengobatan secara teratur dan akurat dengan MDT dapat mencegah kecacatan pada MH (Wewengkang K, 2016).

Rejimen pengobatan MDT di Indonesia sesuai rekomendasi WHO (1995) sebagai berikut:

1. Tipe PB

Jenis obat dan dosis untuk orang dewasa:

- a. Rifampisin 600 mg/bulan diminum di depan petugas.
- b. DDS tablet 100 mg/hari diminum di rumah.

Selama 6-9 bulan pengobatan 6 dosis harus diselesaikan. Kemudian akan dinyatakan *Released From Treatment* (RFT) yaitu berhenti minum obat MH meskipun secara klinis lesinya masih aktif apabila telah selesai minum 6 dosis tersebut. Tidak lagi dinyatakan RFT tetapi menggunakan istilah *Completion of Treatment Cure* dan pasien tidak lagi dalam pengawasan menurut WHO (1995).

2. Tipe MB

Jenis obat dan dosis untuk orang dewasa:

- a. Rifampisin 600 mgg/bulan diminum di depan petugas.
- b. Klofazimin 300 mg/bulan diminum di depan petugas dilanjutkan dengan klofazimin 50 mg/hari diminum di rumah.
- c. DDS 100 mg/hari diminum di rumah.

Selama maksimal 36 bulan, pengobatan 24 dosis harus diselesaikan. dapat dikatakan RFT meskipun secara klinis lesinya masih aktif dan pemeriksaan bakteri positif apabila telah selesai minum 24 dosis tersebut. Pengobatan MB diberikan untuk 12 dosis yang diselesaikan dalam 12-18 bulan dan pasien langsung dinyatakan RFT menurut WHO (1998).

3. Dosis untuk anak

Tabel 6. Dosis pengobatan MH pada anak

Klorafazimin	Umur dibawah 10 tahun	Bulanan 100 mg/bulan Harian 50 mg/2kali/minggu
	Umur 11-14 tahun	Bulanan 100 mg/bulan Harian 50 mg/3kali/minggu
DDS		1-2 mg/kgBB
Rifampisin		10-15 mg/kgBB

4. Pengobatan MDT terbaru

Pengobatan MDT terbaru dengan menggunakan metode *Range Of Motion* (ROM). Menurut WHO (1998), dosis tunggal rifampisin 600 mg, ofloksasin 400 mg dan minosiklin 100 mg dapat diberikan pada pasien MH PB dengan lesi hanya satu dan pasien langsung dinyatakan RFT, sedangkan 6 dosis dalam 6 bulan dapat diberikan untuk pasien tipe PB dengan 2-5 lesi. Obat alternatif dan dianjurkan diberikan dapat digunakan sebanyak 24 dosis dalam 24 bulan pada penderita dengan tipe MB.

5. Putus Obat

Pasien dinyatakan *drop out* (DO) apabila pasien MH tipe PB yang tidak minum obat sebanyak 4 dosis dari yang seharusnya, sedangkan pasien MH tipe MB dinyatakan DO bila tidak minum obat 12 dosis dari yang seharusnya (Mansjoer A *dkk.*, 2000).

2.2. Kecacatan MH

2.1.1. Definisi

Menurut WHO (1980), kecacatan MH adalah suatu keadaan abnormalitas struktur dan atau fungsi yang bersifat anatomis maupun fisiologis. Ketidakmampuan melaksanakan fungsi sosial yang normal, kehilangan status sosial secara progresif, terisolasi dari masyarakat, keluarga dan teman-temannya dapat ditimbulkan karena kecacatan yang berkelanjutan (Soedarjatmi *dkk.*, 2009).

2.2.1. Derajat Kecacatan

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

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

a. Cacat pada tangan dan kaki :

Derajat 0 : tidak ada anestesi dan kelainan anatomis

Derajat 1 : ada anestesi tetapi tidak ada kelainan anatomis

Derajat 2 : terdapat kelainan anatomis

b. Cacat pada mata :

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

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

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

2.3. Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Derajat Kecacatan MH

Faktor-faktor yang berhubungan dengan derajat kecacatan MH, yaitu:

1) Faktor Pengetahuan

Subjek penelitian berpendidikan kurang sebanyak 20 orang (62%) dan yang berpendidikan baik sebanyak 12 orang (38%) disebutkan pada hasil univariat. Hal ini menunjukkan masih banyak SP yang belum mengetahui pengertian, penyebab, tanda-tanda, cara penularan, pengobatan, pencegahan kecacatan MH. Pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku pencarian pengobatan memiliki hubungan terhadap munculnya kecacatan pada penderita MH (Sari *dkk.*, 2015). Sejalan dengan hal tersebut, pengetahuan yang rendah tentang MH mengakibatkan penderita MH tidak mengetahui akibat buruk yang ditimbulkan oleh MH seperti cacat fisik (Manyullei, 2012).

2) Faktor Pendidikan

Tingkat kecerdasan seseorang dalam bidang pelajaran formal dapat ditunjukkan melalui tingkat pendidikan namun tidak dapat menunjukkan kecerdasan seseorang dalam bidang-bidang informal atau dapat dikatakan semakin luasnya wawasan yang dimiliki termasuk wawasannya mengenai MH tidak menjamin tingginya tingkat pendidikan. Penderita mungkin akan lebih teratur minum obat dan dapat menghindari risiko kecacatan apabila penderita memiliki wawasan yang luas tentang MH. Pengetahuan mengenai MH dapat diperoleh melalui penyuluhan petugas MH, televisi, radio, internet, dan lain sebagainya (Selum dan Wahyuni, 2012).

3) Faktor Perawatan Diri

Upaya pencegahan cacat dapat dilakukan di rumah, Puskesmas maupun unit pelayanan rujukan seperti rumah sakit umum atau rumah sakit rujukan. Penderita harus mengerti bahwa pengobatan MDT dapat membunuh kuman kusta, tetapi cacat mata, tangan atau kaki yang terlanjur terjadi akan tetap ada seumur hidup, sehingga harus melakukan perawatan diri dengan rajin agar cacatnya tidak bertambah berat (Mahanani, 2011).

4) Faktor Sosial-Ekonomi

Pengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan dapat diukur dari pendapatan. Melakukan pengobatan/perawatan untuk dirinya dapat dilakukan ketika seseorang memiliki pendapatan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan

primer dan sekundernya. Tetapi orang yang berpendapatan rendah akan merasa berat jika harus mengurangi waktu bekerja karena akan mengurangi penghasilan mereka juga. Orang yang memiliki pendapatan yang rendah akan menyebabkan kecacatan lebih banyak terjadi terutama pada tipe MB (Nasution *dkk.*, 2012). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Tumiwa NNG *dkk.*, 2014 menyatakan bahwa sebanyak 42 SP (84%) menebus semua resep obat sedangkan ada 8 SP (16%) yang keluarganya tidak menebus resep obat karena harganya terlalu mahal. Tingkat ekonomi atau penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan (Tumiwa NNG *dkk.*, 2014).

5) Faktor Lama Sakit

Penderita yang sakit lebih dari 6 bulan berdasarkan lama sakitnya adalah yang paling banyak mengalami kecacatan. Hal ini selaras dengan pendapat Srinivasan yang menyatakan bahwa risiko terjadinya kecacatan akan meningkat seiring dengan makin lama masa aktif MH (Putra *dkk.*, 2009).

6) Faktor Reaksi MH

Reaksi MH adalah gangguan dalam keseimbangan sistem imunologi yang merupakan gambaran dari episode akut hipersensitifitas terhadap *M. Leprae*. Reaksi MH dapat diklasifikasikan menjadi reaksi *reversal* atau reaksi *upgrading* dan *Eritema nodosum leprosum* (ENL). Gejala klinis yang ditemukan pada reversal atau yang dikenal dengan reaksi MH tipe 1 ialah bertambah aktifnya dan atau timbul lesi baru di sebagian atau

seluruh lesi yang telah ada dalam waktu yang relatif singkat. Berikut tabel perbedaan klasifikasi ringan dan beratnya reaksi Mh Tipe 1:

Tabel 7. Perbedaan Reaksi MH Tipe 1 Ringan dan Berat

Gejala	Reaksi Ringan	Reaksi Berat
Lesi kulit	Tambah aktif, menebal, merah, panas, nyeri, makula membentuk plaque	Lesi bengkak sampai pecah, merah, panas, nyeri kaki dan tangan bengkak, ada kelainan kulit baru, sendi sakit.
Saraf tepi	Tidak ada nyeri tekan dan gangguan fungsi	Nyeri tekan atau gangguan fungsi

Eritema nodosum leprosum (ENL) terutama timbul pada tipe LL dan dapat pula pada BL. Oleh karena itu, semakin tinggi tingkat MB maka semakin besar pula timbulnya ENL. *Eritema nodosum leprosum* (ENL) atau yang dikenal dengan reaksi MH tipe 2 banyak terjadi pada saat pengobatan karena banyak kuman MH yang mati dan hancur. Hal ini menunjukkan banyak antigen yang dilepaskan dan bereaksi dengan antibodi serta diaktifkannya sistem komplemen. Berbagai organ akan terlibat pada akhirnya ketika kompleks imun terus beredar dalam sirkulasi darah. Timbul nodus eritema pada kulit dan nyeri pada tempat predileksi yaitu di lengan dan tungkai merupakan gejala klinis yang dapat ditemukan pada ENL. Gejala klinis ENL apabila mengenai organ lain adalah iridosikilitis, neuritis akut, limfadenitis, artritis, orkitis dan nefritis. Pengobatan segera harus dilakukan ketika terjadi neuritis akut karena dapat menyebabkan kerusakan saraf secara mendadak.

Berikut tabel perbedaan klasifikasi ringan dan beratnya reaksi MH tipe 2:

Tabel 8. Perbedaan Reaksi MH Tipe 2 Ringan dan Berat

Gejala	Reaksi Ringan	Reaksi Berat
Lesi Kuat	Nodul nyeri tekan, jumlah sedikit, hilang sendiri 2-3 hari	Nodul nyeri tekan, pecah, jumlah banyak, berlangsung lama
Keadaan Umum	Tidak demam atau demam ringan	Demam ringan sampai berat
Saraf Tepi	Tidak ada nyeri syaraf dan gangguan fungsi	Ada nyeri syaraf dan gangguan fungsi
Organ Tubuh	Tidak ada gangguan	Peradangan pada mata, testis, limpha, gangguan pada tulang hidung dan tenggorok

Sumber: Prawoto (2008)

Berikut adalah perbedaan reaksi MH tipe 1 dan tipe 2:

Tabel 9. Perbedaan reaksi MH tipe 1 dan tipe 2

NO	Perbedaan	Tipe 1	Tipe 2
1	Tipe MH	Dapat terjadi pada MH tipe PB maupun MB	Hanya pada MH tipe MB
2	Waktu timbulnya	Biasanya segera setelah pengobatan	Biasanya setelah mendapatkan pengobatan yang lama, umumnya lebih dari 6 bulan
3	Keadaan umum	Umumnya baik, demam ringan (sub-febris) atau tanpa demam	Ringan sampai berat disertai kelemahan umum dan demam tinggi
4	Peradangan di kulit	Bercak kulit lama menjadi meradang (merah), bengkak, berkilat, hangat, kadang-kadang hanya pada sebagian lesi, dapat timbul bercak baru	Timbul nodus, kemerahan, lunak dan nyeri tekan. Biasanya pada lengan dan tungkai. Nodus dapat pecah
5	Saraf	Sering terjadi, umumnya berupa nyeri saraf dan atau gangguan fungsi saraf. <i>Silent neuritis</i> (+).	Dapat terjadi
6	Udem pada ekstremitas	(+)	(-)
7	Peradangan pada mata	Anestesi kornea dan lagoftalmos karena keterlibatan N. V dan N. VII.	Iritis, iridosiklitis, glaucoma, katarak, dll.
8	Peradangan pada organ lain	Hampir tidak ada.	Terjadi pada testis, sendi, ginjal, kelenjar getah bening, dll.

Sumber: Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta (2014)

7) Faktor Tipe MH

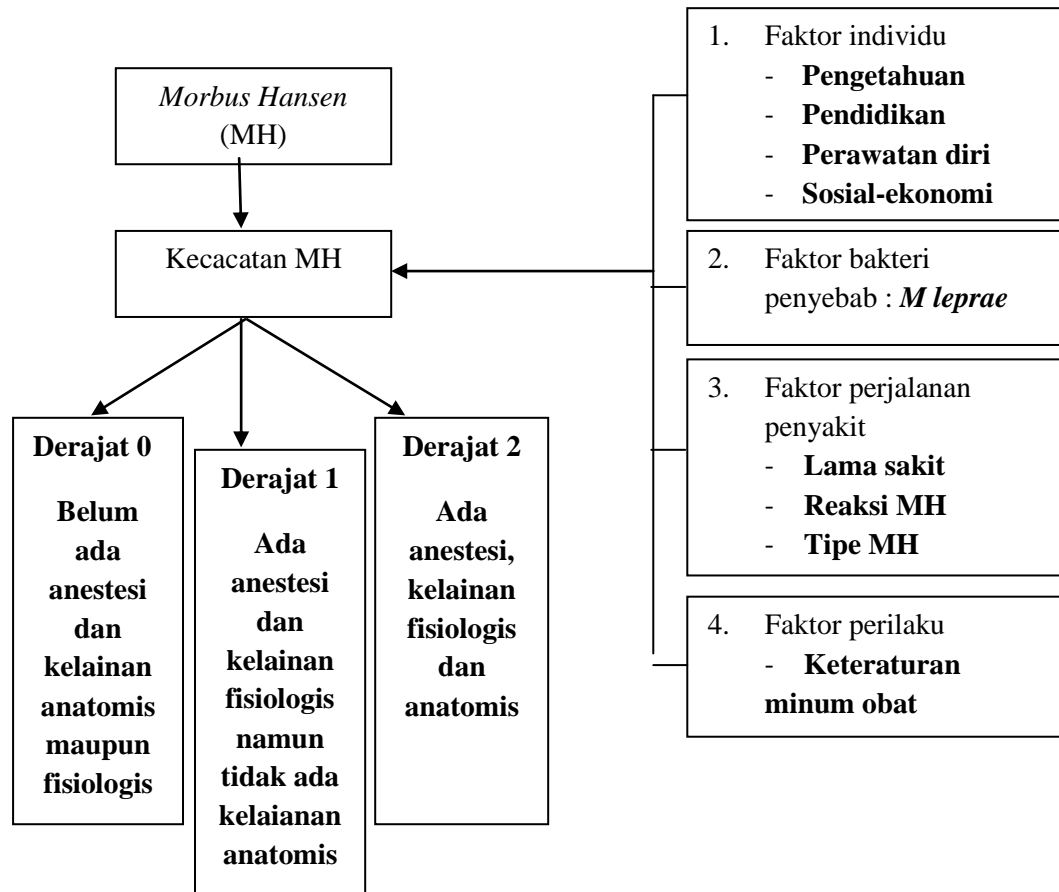
Morbus hansen dibagi menjadi 2 tipe yaitu tipe MB dan tipe PB. Penderita dapat mengalami kecacatan yang disebabkan oleh tipe-tipe MH. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Djaiman (1996) menyatakan bahwa sebanyak 75,0 % sampel menderita MH tipe MB. Perbedaan respon imunitas yang lebih baik di tipe PB dan sebaliknya di tipe MB, menyebabkan kecacatan lebih banyak terjadi pada tipe MB sehingga inilah yang membuat perbedaan tingkat kecacatan pada tipe PB dan MB (Djaiman *dkk*, 1996).

8) Faktor Keteraturan Minum Obat

Subjek penelitian yang teratur minum obat sebanyak 23 orang (46,0%) sedangkan SP yang tidak teratur minum obat sebanyak 27 orang (54,0%). Penderita yang tidak teratur minum obat adalah penderita yang banyak mengalami kecacatan yaitu sebanyak 19 SP (76,0%) sedangkan sebanyak 17 SP (68,0%) penderita yang teratur minum obat merupakan penderita yang tidak mengalami kecacatan. Ada hubungan antara keteraturan berobat terhadap kecacatan pada SP dengan signifikansi sebesar 0,005 dan O.R = 6,7 artinya kemungkinan akan terjadi cacat 6,7 kali lebih besar pada penderita yang tidak teratur berobat jika dibandingkan dengan penderita yang teratur minum obat. Akan tetapi setelah dianalisis dengan uji statistik regresi logistik multivariat, tidak ditemukannya pengaruh keteraturan berobat terhadap kecacatan pada SP (Selum dan Wahyuni, 2012).

2.4. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka di atas, maka disusun kerangka teori sebagai berikut:



Gambar 1. Kerangka teori Faktor-faktor yang berhubungan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung

2. Terdapat hubungan antara faktor pendidikan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
3. Terdapat hubungan antara faktor perawatan diri dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
4. Terdapat hubungan antara faktor sosial-ekonomi dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
5. Terdapat hubungan antara faktor lama sakit dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
6. Terdapat hubungan antara faktor reaksi MH dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
7. Terdapat hubungan antara faktor tipe MH dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
8. Terdapat hubungan antara faktor keteraturan minum obat dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional* terhadap pasien MH yang bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor (pengetahuan, pendidikan, perawatan diri, sosial-ekonomi, lama sakit, reaksi MH, tipe MH dan keteraturan minum obat) yang berhubungan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.

3.2. Tempat dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di Kota Bandar Lampung. Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei-Desember 2016.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi Target

Populasi yang diambil pada penelitian ini adalah seluruh pasien MH di Kota Bandar Lampung pada periode 2015-2016

3.3.2. Populasi Terjangkau

Populasi yang diambil pada penelitian ini adalah seluruh pasien MH yang menjalani pengobatan di wilayah Puskesmas Way Halim, Puskesmas Sukaraja, Puskesmas Sukabumi, Puskesmas Pasar Ambon, Puskesmas Kupang Kota, Puskesmas Panjang, Puskesmas Sukamaju, Puskesmas Sumur Batu, Puskesmas Way Laga dan Puskesmas Rajabasa Indah.

3.3.3. Sampel

Pengambilan SP yang diambil pada penelitian ini adalah dengan menggunakan *total sampling*. *Total sampling* dalam penelitian ini adalah teknik pengambilan sampling dengan melibatkan seluruh pasien MH yang menjalani pengobatan di Puskesmas wilayah Kota Bandar Lampung yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung Tahun 2016 terdapat 17 SP MH tipe MB dan tidak ada yang mengalami tipe PB. Subjek Penelitian tersebar di wilayah Puskesmas Way Halim, Puskesmas Sukaraja, Puskesmas Sukabumi, Puskesmas Pasar Ambon, Puskesmas Kupang Kota, Puskesmas Panjang, Puskesmas Sukamaju, Puskesmas Sumur Batu, Puskesmas Way Laga dan Puskesmas Rajabasa Indah .

3.3.4. Kriteria Inklusi

Kriteria Inklusi SP adalah:

- 1) Pasien MH yang sedang menjalani pengobatan.
- 2) Pasien MH yang bersedia ikutserta dalam penelitian dan menyetujui dengan menandatangani *informed consent*.
- 3) Pasien MH yang mampu berkomunikasi dengan baik.

3.3.5. Kriteria Eksklusi

Kriteria Eksklusi SP adalah:

- 1) Pasien MH yang sulit dicari alamatnya.

3.4. Variabel Penelitian

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapat atau satuan penelitian tentang suatu konsep pengertian (Notoatmodjo, 2010).

3.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah:

1. Pengetahuan
2. Pendidikan
3. Perawatan Diri
4. Sosial-ekonomi
5. Lama Sakit
6. Reaksi MH
7. Tipe MH
8. Keteraturan Minum Obat

3.4.2. Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah derajat kecacatan MH.

3.5. Definisi Operasional Variabel dan Skala Pengukuran

Berikut akan disajikan tabel definisi operasional variabel dan skala pengukuran:

Tabel 10. Definisi operasional dan skala pengukuran

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Kriteria Objek	Skala
1.	Pengetahuan	Tingkat pengetahuan pasien MH terhadap MH	Kuesioner	Mengisi kuesioner dengan beberapa pertanyaan	Nilai ukur: 1. Rendah (bila jawaban tidak) 2. Tinggi (bila jawaban ya)	Ordinal
2.	Pendidikan	Tingkat pembelajaran mulai dari jenjang pendidikan rendah hingga jenjang pendidikan tinggi (Sarjana)	Kuesioner	Mengisi kuesioner dengan beberapa pertanyaan	Nilai ukur: 1. Rendah (tidak sekolah- SD) 2. Sedang (SMP dan SMA) 3. Tinggi (S1)	Ordinal
3.	Perawatan Diri	Upaya untuk melakukan pencegahan kecacatan MH yang dapat dilakukan dirumah atau unit	Kuesioner	Mengisi kuesioner dengan beberapa	Nilai Ukur: 1. Tidak (bila skor jawaban <3)	Nominal

		pelayanan kesehatan lainnya.		pertanyaan	2. Ya (bila skor jawaban ≥ 3)	
4.	Sosial-ekonomi	Pendapatan keuangan yang dapat menunjang kehidupan	Kuesioner	Mengisi kuesioner dengan beberapa pertanyaan	Nilai ukur: 1. Rendah (<1 jt/bln) 2. Sedang (1-5 jt/bln) 3. Tinggi (>5 jt/bln)	Ordinal
5.	Lama Sakit	Lamanya responden sakit sampai mulai pengobatan	Kuesioner	Mengisi kuesioner dengan beberapa pertanyaan	Nilai ukur: 1. Lama (>6 bln) 2. Baru (≤ 6 bln)	Ordinal
6.	Reaksi MH	gangguan keseimbangan imunologi yang merupakan gambaran dari episode akut hipersensitifitas terhadap <i>M Leprae</i> dalam sistem	Kuesioner	Mengisi kuesioner dengan beberapa pertanyaan	Nilai ukur: 1. Tipe II - Berat (nodul nyeri tekan, pecah, jumlah banyak, berlangsung lama, demam ringan sampai berat, ada nyeri syaraf dan gangguan fungsi, ada gangguan pada organ tubuh) - Ringan (nodul nyeri tekan, jumlah sedikit, hilang sendiri 2-3 hari, tidak ada demam atau demam ringan, tidak ada nyeri syaraf dan gangguan fungsi, tidak ada gangguan pada organ tubuh) 2. Tipe 1 - Berat (lesi bengkak sampai pecah, merah, panas, nyeri kaki dan tangan bengkak, ada kelainan kulit baru, sendi sakit, nyeri tekan atau gangguan fungsi) - Ringan (lesi kulit tambah aktif, menebal, merah, panas, nyeri, makula membentuk plaque, tidak ada nyeri tekan dan gangguan fungsi)	Ordinal

7.	Tipe MH	Tipe-tipe MH yang dibagi menurut WHO (PB dan MB)	Kuesioner	Mengisi kuesioner dengan beberapa pertanyaan	<p>Nilai ukur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MB (jumlah bercak >5, distribusi lebih simetris, hilangnya sensasi, kerusakan saraf terjadi pada banyak cabang syaraf). 2. PB (lesi kulit ≤ 5, hipopigmentasi/eritema, distribusi asimetris, hilang sensasi yang jelas, kerusakan saraf hanya satu cabang syaraf). 	Nominal
8.	Keteraturan Minum Obat	Kepatuhan pasien untuk minum obat secara teratur	Kuesioner	Mengisi kuesioner dengan beberapa pertanyaan	<p>Nilai ukur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak (bila PB: <6 dosis selama <6-9 bln dan MB: <12 dosis selama <12-18 bln) Atau bila pasien minum obat setiap harinya 2. Ya (bila PB: 6 dosis selama 6-9 bln dan MB: 12 dosis selama 12-18 bln) 	Nominal
9.	Derajat Kecacatan MH	Peningkatan kerusakan yang ditimbulkan oleh <i>M. Leprae</i> yang merupakan suatu komplikasi dari MH	Kuesioner	Mengisi kuesioner dengan beberapa pertanyaan	<p>Nilai ukur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Derajat 2 (ada kelaianan anatomis dan fisiologismata atau ekstremitas dan ada anestesi) 2. Derajat 1 (ada anestesia pada mata atau ekstremitas tetapi tidak ada kelainan anatomis) 3. Derajat 0 (tidak ada anestesia pada mata atau ekstremitas dan kelainan anatomis) 	Nominal

3.6. Cara Pengumpulan Data

3.6.1. Alat

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah skrining SP dan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas adalah uji untuk menilai ketepatan dan kecermatan alat ukur (tes). Apabila diperlukan akan dilakukan wawancara mendalam. Uji reliabilitas adalah uji untuk memastikan apakah kuesioner penelitian yang digunakan untuk mengumpulkan data variabel penelitian reliabel atau tidak. Pengujian reliabilitas kuesioner dilakukan pengujian internal dengan menguji coba kuesioner hanya satu kali, kemudian dilakukan analisis untuk memprediksi reliabilitas kuesioner tersebut. Analisisnya menggunakan uji *Cronbach Alpha* (Dahlan, 2012). Kuesioner sudah diuji validitas dan realibilitas dengan 12 pertanyaan tervaliditas dan nilai realibilitasnya cukup baik yaitu 0,747.

3.6.2. Jenis Data

Jenis data yang dikumpulkan berupa data primer dan sekunder dengan cara pengisian kuesioner dan dalam pengisian kuesioner dipandu oleh peneliti.

3.6.3. Cara Kerja

Penelitian ini dilakukan pada penderita MH yang berobat di Puskesmas wilayah Kota Bandar Lampung. Data berupa identitas SP yang diperoleh dari Puskesmas yang terdapat kasus MH. kemudian dilakukan skrining terhadap SP sesuai kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Peneliti akan meminta persetujuan mengikuti penelitian (*informed consent*) kepada SP dan memberikan lembar kuesioner kepada SP serta memandu pengisian kuesioner.

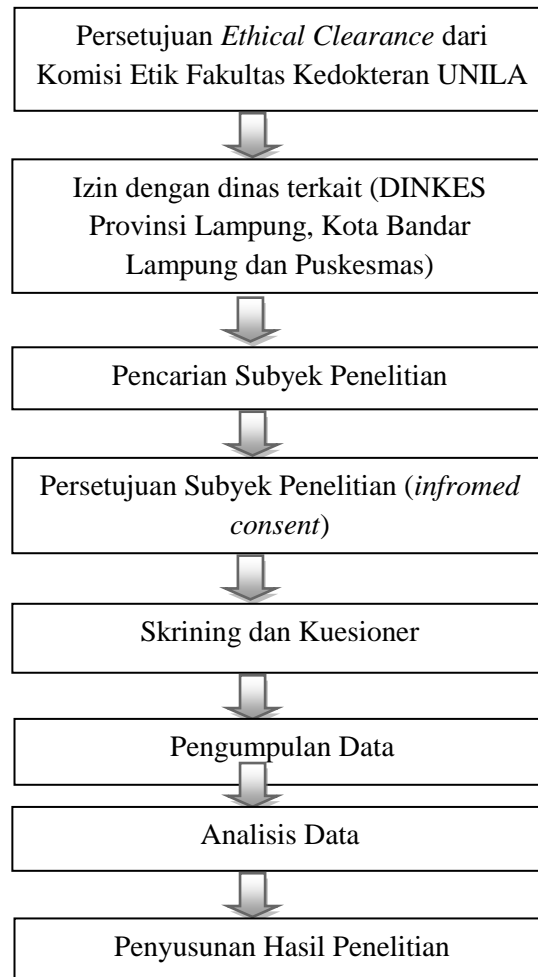
Bentuk kuesioner yang digunakan sebagai alat pengumpul berupa pertanyaan dengan jawaban *multiple choice* dan pertanyaan.

3.6.4. Alat dan Instrumen Penelitian

- a. Lembar *informed consent*
- b. Lembar kuesioner

3.7. Alur Penelitian

Alur penelitian ini dilaksanakan dengan sebagai berikut:



Gambar 3. Alur Penelitian

3.8. Pengolahan Data dan Analisis Data

3.8.1. Pengolahan Data

Tahap-tahap pengolahan data adalah sebagai berikut:

- a. Meneliti dan memeriksa kembali data yang terkumpul apakah sudah lengkap, terbaca dengan jelas, tidak meragukan, terdapat kesalahan atau tidak dan sebagainya.

- b. Melakukan diskusi dengan pembimbing 1 (dokter spesialis kulit) mengenai penentuan pengategorian dari faktor-faktor yang diteliti untuk mendapatkan hasil penelitian.
- c. Setelah mengetahui masing-masing pengategorian tersebut, peneliti membuat tabel induk (*microsoft excel*) dengan cara mengoding setiap pengategorian tersebut berdasarkan tabel definisi operasional.
- d. Tabel induk (*microsoft excel*) tersebut dimasukkan ke dalam *software* statistik pada komputer yaitu *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) versi 22, kemudian melakukan analisis.
- e. Hasil analisis yang telah dilakukan kemudian dicetak.

3.8.2. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan *software* statistik pada komputer yaitu SPSS versi 22 dan dilakukan 2 macam analisis data, yaitu analisis univariat dan analisis bivariat.

a. Analisis Data Univariat

Analisis ini digunakan untuk menentukan distribusi frekuensi faktor-faktor (tingkat pengetahuan, pendidikan, sosial-ekonomi, perawatan diri, lama sakit, reaksi MH, tipe MH, keteraturan berobat) yang berhubungan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.

b. Analisis Data Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang digunakan untuk mengetahui faktor-faktor (tingkat pengetahuan, pendidikan, sosial-ekonomi, perawatan diri, lama sakit, reaksi MH, tipe MH, keteraturan berobat) yang berhubungan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung dengan menggunakan uji statistik uji *Chi-Square* dengan alternatif *Fisher's exact test*.

4. Etika Penelitian

Penelitian ini sudah mendapat persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan nomer surat 085/UN26.8/DL/2017.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

1. Tidak terdapat hubungan antara faktor pengetahuan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
2. Tidak terdapat hubungan antara faktor pendidikan dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
3. Tidak terdapat hubungan antara faktor perawatan diri dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
4. Tidak terdapat hubungan antara faktor sosial-ekonomi dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
5. Tidak terdapat hubungan antara faktor tipe kusta dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
6. Tidak terdapat hubungan antara faktor reaksi kusta dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
7. Tidak terdapat hubungan antara faktor lama sakit dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.
8. Tidak terdapat hubungan antara faktor keteraturan minum obat dengan derajat kecacatan pasien MH di Kota Bandar Lampung.

5.2. Saran

1. Diharapkan peneliti selanjutnya dapat menambahkan variabel lain yang berhubungan dengan penyakit kusta seperti lama kontak dengan penderita, riwayat kontak, dukungan keluarga, stigma masyarakat, kepadatan hunian, dan lain-lain.
2. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut yang mencakup wilayah yang lebih luas. Tidak hanya di Kota Bandar Lampung sehingga jumlah sampel yang mengikuti penelitian lebih banyak dan terdistribusi baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Dahlan MS. 2012 Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan. Edisi 2 Jakarta: Sagung Seto. Hlm. 36-54.
- Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. 2016. Laporan Kusta Bandar Lampung 2016.
- Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. 2014. Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta. Bakti Husada. Hlm. 67-120.
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. 2014. Profil kesehatan provinsi lampung tahun 2014.
- Djaiman SPH, Tjahjadi W, Sihadi. 1996. Profil penderita kusta di kecamatan sarang kabupaten rembang. balai peneliti kesehatan 26 (1).
- Djuanda A, Hamzah M, Aisah S, 2010. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Edisi Keenam., Jakarta: Universitas Indonesia. Hlm. 73-88.
- Graham-Brown R, Burns T. 2005. *Lecture notes dermatologi*. Edisi 8. Jakarta: Erlangga. Hlm. 153-8.
- Harahap M. 2013. Ilmu penyakit kulit. jakarta: Hipokrates. hlm. 260-71.
- Husni. 2011. Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecacatan pada pasien kusta di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Skripsi. Makassar Stikes Nani Hasanuddin.

- Indanah, Suwanto T. 2014. Upaya menurunkan kecacatan pada penderita kusta melalui kepatuhan terhadap pengobatan dan dukungan keluarga. Purwosari: Stikes Muhammadiyah Kudus. JIKK Vol 5 No 3: 69-80.
- Indriani S. 2014. Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian kusta (studi kasus di wilayah kerja puskesmas kunduran blora tahun 2012 (Skripsi). Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Kartina. 2009. Faktor risiko kejadian kecacatan pada penderita kusta di provinsi sulawesi tenggara tahun 2006-2008 (Tesis). Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. Penyakit kusta bisa disembuhkan tanpa cacat, kuncinya berobat tuntas.
- Lestari W. 2015. Kondisi psikososial dan ekonomi penderita penyakit kusta (studi pada penderita penyakit kusta di kelurahan kampung sawah kecamatan tanjung karang timur kota bandar lampung (Skripsi). Bandar Lampung: Universitas Lampung.
- Mahanani N. 2013. Faktor-faktor yang berhubungan dengan perawatan diri kusta pada penderita kusta di puskesmas kunduran kecamatan kunduran kabupaten blora tahun 2011 (Skripsi). Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Mandal BK, Wilkins EGL, Dunbar EM, Mayon-White RT. 2006. *Lecture note* penyakit infeksi. Jakarta: Erlangga. Edisi 6. Hlm. 64-75.
- Manyullei S, Utama DA, Birawida AB. 2012. Gambaran faktor yang berhubungan dengan penderita kusta di kecamatan tamalate kota makasar. *Indonesiaan Journal of Public Health* 1 (1) : 10-7.
- Mansjoer A, Suprohaita, Wardani WI, Setiowulan W. 2000. Kapita selekta kedokteran. Edisi 3. Jakarta: Media Aesculapius. Hlm. 65-75.
- Muh. Dali Amiruddin. 2012. Penyakit kusta sebuah pendekatan klinis. Jakarta.

- Nasution S, Ngatimin MR, Syafar M. 2012. Dampak rehabilitasi medis pada penyandang disabilitas kusta (Skripsi). Semarang: Universitas Hasanuddin. Kesmas 4 (6): 163-7.
- Notoatmodjo S. 2010. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta. Hlm. 153-4.
- Prawoto. 2008. Faktor-faktor risiko yang berpengaruh terhadap terjadinya reaksi kusta (studi di wilayah kerja puskesmas kabupaten brebes) (Tesis). Semarang: Universitas Diponegoro.
- Putra IB. 2008. Pencegahan kecacatan pada tangan penderita kusta (Skripsi). Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Putra IGND, Fauzi N, Agusni I. 2009. Kecacatan pada penderita kusta baru di divisi kusta urj penyakit kulit dan kelamin rsud dr. soetomo surabaya periode 2004-2006. Surabaya: Universitas Airlangga. 1 (21): 9-17.
- Rismawati D. 2013. Hubungan antara sanitasi rumah dan personal hygiene dengan kejadian kusta multibasiler. UJPH 2 (1): 1-10
- Sari AN, Gustia R, Edison. 2015. Hubungan pengetahuan dan sikap keluarga dengan tingkat kecacatan pada penderita kusta di kabupaten padang pariaman tahun 2013. Juke Andalas 4 (3).
- Selum, Wahyuni CU. 2012. Faktor kecacatan pada ketidakteraturan berobat penderita kusta di kabupaten pamekasan provinsi jawa timur. surabaya: universitas airlangga. *The Indonesian Journal of Public Health* 3 (8): 117-21.
- Siregar RS. 2005. Atlas berwarna saripati penyakit kulit. Edisi 2. Jakarta: EGC. Hlm. 154-5.
- Soedarjatmi, Istriarti T, Widagdo L. 2009. Faktor-faktor yang melatarbelakangi persepsi terhadap stigma penyakit kusta. *Jurnal Kedokteran Indonesia* 1 (4).
- Soedarto. 2009. Penyakit Menular di Indonesia. Jakarta: Sagung Seto. Hlm. 143-6.

- Srikandi T. 2014. Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecacatan penderita kusta di RSUD Toto Kabila (skripsi). Gorontalo: Universitas Negeri Gorontalo
- Sulastri A, Sukriyadi. 2013. Faktor risiko kejadian kecacatan tingkat II pada penderita kusta di RS DR. Tadjuddin Chalid Makassar. ISSN 2(4): 86–91.
- Susanto N. 2006. Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecacatan penderita kusta (kajian di kabupaten sukoharjo) (Tesis). Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Susilowati DA. 2014. Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan partisipasi penderita kusta dalam kelompok perawatan diri (kpd) di kabupaten brebes (Skripsi). Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Tumiwa NNG, Yamlean PVY, Citraningtyas G. 2014. Pelayanan informasi obat terhadap keparuhan minum obat pasien geriatri di Institusi Rawat Inap RSUP Prof. DR. R.A Kandau Manado. Jurnal Ilmiah Farmasi-UNSRAT 3(3): 310-5.
- Wewengkang K, Palandeng HMF, Rombot DV. 2016. Pencegahan kecacatan akibat kusta di kota manado. Jurnal Kedokteran komunitas dan Tropik 2 (4): 87-92.
- Wulan IGAK, Agusni I, Rosita C. 2014. Profil pasien kusta baru pada anak. BIKKK 2 (26): 103-8.