

**HUBUNGAN STATUS PENGOBATAN PASIEN PENDERITA
MORBUS HANSEN TERHADAP STIGMA KELUARGA
DI BANDAR LAMPUNG TAHUN 2017**

(Skripsi)

**Oleh
PUTRI DHEA ASTUTI**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2017**

ABSTRACT

THE CORRELATION BETWEEN MEDICAL TREATMENT STATUS OF MORBUS HANSEN PATIENTS TOWARD FAMILY SOCIAL STIGMA IN BANDAR LAMPUNG 2017

By

PUTRI DHEA ASTUTI

Background: Morbus Hansen is a chronic infectious disease caused by *M. leprae* bacteria. Morbus Hansen not only causes medical problems, but also social problems such as social stigma. The existence of negative stigma about this disease causes the sufferers experience various problems in social life.

Objective: To determine the correlation between medical treatment status of Morbus Hansen patients toward family social stigma in Bandar Lampung 2017.

Methods: This research is a comparative analytic research with cross sectional approach. The study was conducted at all Public Health Center in Bandar Lampung using all family of Morbus Hansen patients as populations. Sample of this study were 47 family members using Total Sample technique. Respondents were asked to complete a questionnaire. Data was analysed by Fisher Exact test using computer program.

Results: The results showed that respondents whose family infected by Morbus Hansen disease has good stigma was 93.6% and has bad stigma was 6.4%. Based on the treatment status know has 48,9% patients has completed medical treatment and 51,1% is still going on medical treatment. There are no correlation between medical treatment status of Morbus Hansen patients toward family social stigma in Bandar Lampung 2017 ($p=0,234$).

Conclusion: There are no correlation between medical treatment status of Morbus Hansen patients toward their family social stigma in Bandar Lampung 2017 because the good knowledge of the family.

Keywords: Morbus Hansen, treatment status, stigma.

ABSTRAK

HUBUNGAN STATUS PENGOBATAN PASIEN PENDERITA MORBUS HANSEN TERHADAP STIGMA KELUARGA DI BANDAR LAMPUNG TAHUN 2017

Oleh

PUTRI DHEA ASTUTI

Latar Belakang: Morbus Hansen merupakan penyakit menular menahun yang disebabkan oleh bakteri *M. leprae*. Morbus Hansen tidak hanya menimbulkan permasalahan medis, namun juga menimbulkan permasalahan sosial seperti stigma sosial. Adanya stigma yang salah mengenai penyakit ini menyebabkan para penderita mengalami berbagai masalah dalam kehidupan sosialnya.

Tujuan: Mengetahui hubungan status pengobatan pasien penderita Morbus Hansen terhadap stigma keluarga di Bandar Lampung tahun 2017.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian analitik komparatif dengan pendekatan potong lintang. Penelitian dilakukan di seluruh Puskesmas di Bandar Lampung dengan populasi keluarga penderita Morbus Hansen. Sampel penelitian sebanyak 47 anggota dengan teknik *Total Sampling*. Responden diminta untuk mengisi kuesioner. Uji analisis data menggunakan uji *Fisher Exact* dengan menggunakan program komputer.

Hasil: Hasil menunjukkan responden yang memiliki keluarga penyakit Morbus Hansen dengan stigma keluarga baik sebesar 93,6% dan tidak baik 6,4%, sedangkan berdasarkan status pengobatan diketahui yang telah selesai pengobatan sebesar 48,9% dan yang sedang dalam pengobatan 51,1%. Tidak ada hubungan status pengobatan pasien penderita Morbus Hansen terhadap stigma keluarga di Bandar Lampung tahun 2017 ($p = 0,234$).

Kesimpulan: Tidak ada hubungan status pengobatan pasien penderita Morbus Hansen terhadap stigma keluarga di Bandar Lampung tahun 2017 dikarenakan tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit Morbus Hansen sudah baik.

Kata Kunci: Morbus Hansen, status pengobatan, stigma.

**HUBUNGAN STATUS PENGOBATAN PASIEN PENDERITA
MORBUS HANSEN TERHADAP STIGMA KELUARGA
DI BANDAR LAMPUNG TAHUN 2017**

Oleh
PUTRI DHEA ASTUTI

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN
Pada
Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



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

Judul Skripsi : **HUBUNGAN STATUS PENGOBATAN PASIEN
PENDERITA MORBUS HANSEN TERHADAP
STIGMA KELUARGA DI BANDAR LAMPUNG
TAHUN 2017**

Nama Mahasiswa : Putri Dhea Astuti

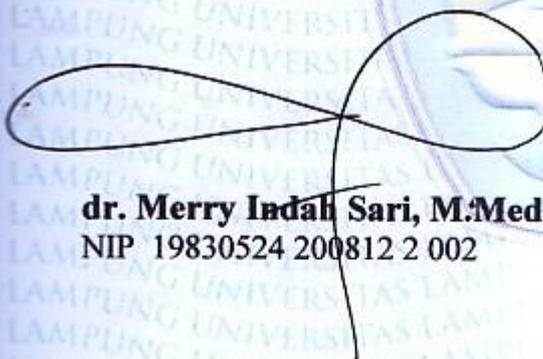
No. Pokok Mahasiswa : 1318011130

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Kedokteran



MENYETUJUI
Komisi Pembimbing


dr. Merry Indah Sari, M.Med.Ed
NIP 19830524 200812 2 002


dr. M. Ricky Ramadhian, S.Ked., M.Sc
NIP 19830615 200812 1 001

MENGETAHUI

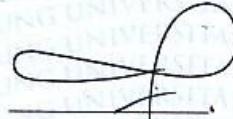
Dekan Fakultas Kedokteran


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

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

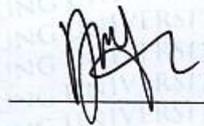
Ketua : dr. Merry Indah Sari, M.Med.Ed



Sekretaris : dr. M. Ricky Ramadhian, S.Ked., M.Sc



**Penguji
Bukan Pembimbing : dr. Diana Mayasari, S.Ked., MKK**



2. Dekan Fakultas Kedokteran


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

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : 15 November 2017

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Putri Dhea Astuti

NPM : 1318011130

Tempat, Tanggal Lahir : Krui, 25 Desember 1994

Alamat : Jl. H. Agus Salim Perum Citra Persada Blok i No.
12 Kaliawi, Tanjung Karang Pusat, Bandar
Lampung

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi dengan judul "Hubungan Status Pengobatan Pasien Penderita Morbus Hansen Terhadap Stigma Keluarga Di Bandar Lampung Tahun 2017" adalah benar hasil karya peneliti, bukan hasil menjiplak atau hasil karya orang lain. Jika di kemudian hari ternyata ada hal yang melanggar dari ketentuan akademik universitas, maka saya bersedia bertanggung jawab dan disanksi dengan pernyataan berlaku.

Demikian pernyataan ini peneliti buat dengan sebenarnya, atas perhatian saudara, saya ucapkan terima kasih.

Bandar Lampung, 15 November 2017



Putri Dhea Astuti

RIWAYAT HIDUP

Penulis bernama lengkap Putri Dhea Astuti, dilahirkan di Kota Krui, Kabupaten Pesisir Barat pada tanggal 25 Desember 1994 merupakan putri bungsu dari pasangan Bapak M. Rifai dan Ibu Eli Yurdanis. Penulis merupakan anak kelima dari lima bersaudara.

Pendidikan formal yang ditempuh penulis adalah pendidikan Taman Kanak-Kanak (TK) diselesaikan di TK Al-Khattab Kampung Jawa Krui pada tahun 2001, pendidikan Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SDN 1 Seray Krui pada tahun 2007, pendidikan Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di SMPN 2 Pesisir Tengah Krui pada tahun 2010, dan pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA) diselesaikan di SMAN 1 Pesisir Tengah Krui pada tahun 2013.

Pada tahun 2013 penulis diterima sebagai mahasiswa Jurusan Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur Seleksi Nasional Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SNMPTN).

Selama menjadi mahasiswa penulis aktif dalam organisasi Forum Studi Islam Ibnu Sina FK UNILA tahun 2014-2015 dan PMPATD Pakis FK UNILA tahun 2015-2016. Pada tahun 2016 penulis mengikuti kegiatan Kuliah Kerja Nyata (KKN) Tematik UNILA di Desa Pangkal Mas Jaya Kecamatan Mesuji Timur, Kabupaten Mesuji selama 60 hari.

Bismillahirrahmanirrahim

Alhamdulillah Robbil 'Alamin

*Ku persembahkan karya sederhana ini sebagai ucapan rasa
syukur dan terima kasih,*

*Kepada Abi dan Umi tercinta yang senantiasa memberikan
cinta, kasih sayang, doa, dukungan, dan motivasi.*

*Kepada Udo, Wo, Ngah, Dongah, dan Keluarga Besar
tersayang.*

You only live once,
But if you do it right,
Once is enough.

-anonim

SANWACANA

Assalamualaikum WR. Wb

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, yang telah melimpahkan anugerah, nikmat dan ridho-Nya. Shalawat beriring salam tercurah kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, keluarga dan para sahabatnya.

Skripsi yang berjudul “Hubungan Status Pengobatan Pasien Penderita Morbus Hansen Terhadap Stigma Keluarga Di Bandar Lampung Tahun 2017” ini merupakan syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S. Ked) Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

Melalui kesempatan ini penulis ingin memberikan penghargaan dan ucapan terima kasih terhadap semua pihak yang telah memberikan dukungan moril dan spiritual kepada :

1. Kepada Prof. Dr. Ir. Hasriadi Mat Akin, M.P., selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Kepada Prof. Dr. Ir. Sugeng P. Harianto, M.S., selaku Rektor Universitas Lampung saat penulis diterima sebagai mahasiswa Universitas Lampung;
3. Kepada Dr. dr. Muhartono, S. Ked., M. Kes., Sp. PA, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;

4. Kepada dr. M. Ricky Ramadhian, S. Ked., M. Sc., selaku pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi, dukungan, dan saran;
5. Kepada dr. Merry Indah Sari, M. Med. Ed., selaku pembimbing I yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga pikiran, dan semangat untuk penulis selama skripsi ini. Terima kasih untuk bimbingan dan arahan yang diberikan selama proses penyusunan skripsi;
6. Kepada dr. M. Ricky Ramadhian, S. Ked., M. Sc., selaku pembimbing II yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing penulis. Terima kasih untuk bimbingan dan arahan yang diberikan selama proses penyusunan skripsi;
7. Kepada dr. Diana Mayasari, S. Ked., M. K. K., selaku penguji yang telah memberikan kritik, saran dan masukan dalam memperbaiki skripsi;
8. Seluruh Staf dosen pengajar dan Staf karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung yang telah berbagi ilmu dan pengalaman selama perkuliahan;
9. Kedua orang tua tercinta, Abi M. Rifai dan Umi Eli Yurdanis yang menjadi inspirasi terbesar penulis. Terima kasih atas cinta, kasih sayang, doa, motivasi, dukungan dan pengorbanan yang diberikan. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan nikmat dan rahmat serta perlindungan kepada Abi dan Umi;
10. Kakak-kakak tersayang, Udo Sukri Martin, Wo Elva Novianti, Ngah Neni Triana, Dongah Marta Chandra, terima kasih telah menjadi kakak yang sangat menginspirasi, menyayangi, melindungi, dan memotivasi penulis. Semoga penulis bisa menjadi adik yang membanggakan kalian kelak;

11. Keluarga besar yang telah membantu dalam berbagai hal dan selalu memberikan doa dan dukungan;
12. Bripda Iyaji Kolbinur, S.A.N, terima kasih telah menjadi teman baik yang setia menemani penulis. Terima kasih atas perhatian, kasih sayang, doa dan dukungan yang diberikan. Semoga ridho Allah SWT senantiasa mengiringi proses asa menjadi nyata kita. Aamiin;
13. Terima kasih untuk keluarga bukan sahabat Kwartet Miyos; Cucay, Afita, Icha, Iken (Almh). Terima kasih untuk persahabatan yang luar biasa yang Insha Allah akan terjalin selamanya;
14. Teman-temanku Damn Rz; Aci, Mbew, Nunung, Rika, Zulfa. Terima kasih telah menjadi sahabat sekaligus keluarga diperantauan, terima kasih atas semangat dan dukungan yang diberikan. Semoga silaturahmi kita tetap terjaga selamanya;
15. Terima kasih kepada seluruh responden penelitian yang telah bersedia meluangkan waktu dan tenaga demi terpenuhinya data penelitian dan terselesaikannya skripsi ini;
16. Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung yang telah memberikan izin penelitian, khususnya kepada dr. Amran, M.Kes selaku Kapala Dinas, Bapak Abu Bakar, S.Pd., M.Kes selaku Kepala Bidang Bina Manajemen Kesehatan dan Pemberdayaan Kesmas, dan Ibu Leni Hartati, S.KM selaku pengelola program kusta;
17. Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kota Bandar Lampung yang telah memberikan izin penelitian, khususnya kepada Bapak Drs. Suhendra Zuber,

M.Si selaku Kepala Badan dan Bapak Joko Irawan selaku Kepala Sub Bidang Hal dan Ormas;

18. Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Provinsi Lampung yang telah memberikan izin penelitian, khususnya kepada Bapak Irwan Sihar Marpaung selaku Kepala Badan dan Bapak Sukris Mana, S. Sos selaku Staf Waspadnas;
19. Seluruh Puskesmas se-Kota Bandar Lampung yang terlibat dalam penelitian yang bersedia memberikan informasi yang diperlukan dalam penelitian. Puskesmas Gedong Air, Puskesmas Panjang, Puskesmas Kupang Kota, Puskesmas Suka Maju, Puskesmas Sukaraja, Puskesmas Pasar Ambon, Puskesmas Kampung Sawah, Puskesmas Sukabumi, Puskesmas Way Halim, Puskesmas Kota Karang, Puskesmas Kedaton, Puskesmas Bakung, Puskesmas Kemiling.
20. Teman-teman satu penelitian, Mulya Dita, Kandita, Siti Zahnia. Semoga kita selalu diberikan kemudahan dan keberkahan dalam menggapai cita-cita;
21. Teman-teman seluruh angkatan 2013 (cere13ellums) semoga kita semua bisa menjadi dokter yang sukses dan amanah kelak. Aamiin;
22. Teman-teman SC 08 dan keluarga besar PMPATD Pakis Rescue Team, Keluarga Besar FSI Ibnu Sina. Terimakasih atas pengalaman, ilmu, dan kebersamaan yang diberikan;
23. Teman-teman KKN Desa Pangkal Mas Jaya Mesuji Timur Bang Rizky, Bang Rahmat, Rani, Enny, Irma. Terimakasih atas kebersamaan dan pengalaman yang kalian ajarkan;
24. Sahabat EINSTEIN Meiqi, Haqko, Tambat, Gusti, Adhit, Aldi, Anto, Ilham, Ulfi, Destia, Mba Dina, Annisa, Echa, Susi, Icha, Afita, Mba Kla, dan teman-

teman yang tidak dapat disebutkan satu per satu, semoga kita dapat menjadi sahabat selamanya.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi karena keterbatasan pengetahuan yang penulis miliki. Namun, penulis berharap semoga skripsi yang sederhana ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Semoga segala keikhlasan, kebaikan dan dukungan selama ini mendapat balasan oleh Allah SWT. Aamiin.

Bandar Lampung, November 2017

Penulis

Putri Dhea Astuti

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR LAMPIRAN	v
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Bagi Peneliti	5
1.4.2 Bagi Fakultas	6
1.4.3 Bagi Instansi Kesehatan	6
1.4.4 Bagi Masyarakat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Morbus Hansen	7
2.1.1 Pengertian	7
2.1.2 Epidemiologi.....	7
2.1.3 Etiopatogenesis	10
2.1.4 Manifestasi Klinis	11
2.1.5 Klasifikasi	12
2.1.6 Pengobatan.....	13
2.2 Masalah Yang Ditimbulkan Akibat Morbus Hansen.....	15
2.3 Stigma	16
2.3.1 Pengertian Stigma	16
2.3.2 Stigmatisasi	16
2.3.3 Stigma Terhadap Morbus Hansen.....	17
2.4 Kerangka Teori	18
2.5 Kerangka Konsep.....	19

2.6 Hipotesis	20
---------------------	----

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian	21
3.2 Tempat dan Waktu	21
3.2.1 Tempat Penelitian	21
3.2.2 Waktu Penelitian	21
3.3 Populasi dan Sampel	21
3.3.1 Populasi	21
3.3.2 Sampe	22
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel	22
3.3.4 Besar Sampel	22
3.4 Kriteria Sampel	23
3.4.1 Kriteria Inklusi	23
3.4.2 Kriteria Eksklusi	23
3.5 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional	23
3.5.1 Identifikasi Variabel	23
3.5.2 Definisi Operasional	24
3.6 Prosedur Penelitian	24
3.6.1 Alat dan Instrumen	24
3.6.2 Teknik Pengumpulan Data	25
3.6.3 Alur Penelitian	25
3.7 Pengolahan dan Analisis Data	27
3.7.1 Analisis Univariat	27
3.7.2 Analisis Bivariat	27
3.8 Etika Penelitian	28

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian	29
4.1.1 Karakteristik Responden	29
4.1.2 Stigma Keluarga Dan Status Pengobatan Pasien	30
4.1.3 Hubungan Status Pengobatan Pasien Penderita <i>MH</i> dengan Stigma Keluarga	31
4.2 Pembahasan	32
4.3 Keterbatasan Penelitian	39

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	41
5.2 Saran	41

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Kasus MH di Tujuh Negara pada Tahun 2004-2011	8
2. Jumlah Kasus Baru MH di Provinsi Lampung	9
3. Klasifikasi MH Berdasarkan Program Pengobatan	13
4. Dosis Obat Penderita PB.....	13
5. Dosis Obat Penderita MB	14
6. Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional.....	24
7. Karakteristik Usia Responden.....	29
8. Karakteristik Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan Responden.....	29
9. Karakteristik Responden Berdasarkan Stigma Keluarga Pada Pasien Penderita <i>MH</i> di Bandar Lampung.....	30
10. Hasil Uji Hubungan Status Pengobatan Pasien Penderita <i>MH</i> Terhadap Stigma Keluarga Di Bandar Lampung.....	31

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka Teori	19
2. Kerangka Konsep.....	20
3. Alur Penelitian	26

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Persetujuan Etik
- Lampiran 2. Surat Izin Penelitian
- Lampiran 3. Informasi Penelitian
- Lampiran 4. *Informed Consent*
- Lampiran 5. Lembar Kuesioner
- Lampiran 6. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas
- Lampiran 7. Data Hasil Penelitian
- Lampiran 8. Hasil Analisis Data
- Lampiran 9. Dokumentasi Kegiatan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Morbus Hansen (MH) atau biasa disebut sebagai penyakit kusta adalah suatu penyakit menular menahun yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) (Kemenkes RI, 2012). Penyakit ini menyerang sistem saraf tepi, kulit, mukosa mulut, saluran napas bagian atas, sistem retikuloendotelial, mata, otot, tulang, testis, kecuali susunan saraf pusat (Amiruddin, 2003). Jika tidak segera diobati, maka perlahan-lahan bakteri akan menyerang saraf tepi sehingga menimbulkan kerusakan (Kemenkes RI, 2012).

Morbus Hansen paling sering menyerang saraf lengan bawah, tungkai bawah, dan wajah. Jika menyerang tangan akan menyebabkan hilangnya rasa di telapak tangan, kelumpuhan jari-jari, kekakuan pada sendi dan jari menjadi bengkok (*claw hand*). Jika menyerang kaki menyebabkan hilangnya rasa di telapak kaki, bahkan kaki menjadi lunglai (*foot drop*). Jika menyerang wajah maka akan terjadi kelumpuhan otot kelopak mata sehingga sulit menutup mata dengan benar (Perdamenta, 2013).

Penularan *MH* dengan cara kontak yang erat dan lama dengan penderita. Bakteri masuk ke dalam tubuh manusia melalui saluran pernapasan bagian

atas dan melalui kontak kulit. Timbulnya penyakit ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain: faktor sumber penularan yaitu tipe penyakit kusta, faktor kuman kusta, dan faktor daya tahan tubuh atau sistem *imunitas* seseorang (Kemenkes RI, 2012).

Morbus Hansen merupakan salah satu penyakit menular dengan angka kejadian tinggi. Menurut WHO dari tahun 2004-2011 kasus *MH* di Indonesia menempati urutan ketiga tertinggi di dunia setelah India dan Brazil dengan jumlah 143.394 kasus. Penyakit ini menjadi masalah nasional kesehatan masyarakat. Beberapa daerah di Indonesia memiliki angka kejadian masih tinggi, salah satunya Provinsi Lampung. Hingga akhir tahun 2015 tercatat sebanyak 122 penderita dengan angka prevalensi 0,14 per 10.000 penduduk. Selama tahun 2015 tercatat penemuan kasus baru yaitu 122 kasus. Berdasarkan data jumlah kasus baru *MH* di provinsi Lampung, kabupaten/kota yang memiliki angka kejadian tertinggi adalah Kabupaten Lampung Tengah dengan jumlah 24 kasus, Kota Bandar Lampung dan Kabupaten Lampung Timur dengan jumlah 22 kasus, dan Kabupaten Lampung Utara dengan jumlah 19 kasus (Dinkes Lampung, 2014).

Morbus Hansen tidak hanya menimbulkan permasalahan medis, namun juga menimbulkan permasalahan sosial. Permasalahan sosial sering timbul akibat persepsi beragam yang berkembang di masyarakat. Adanya persepsi yang salah mengenai penyakit ini menyebabkan para penderita mengalami berbagai masalah dalam kehidupan sosialnya (Lesmana, 2013).

Gejala berupa bercak dan benjolan-benjolan pada kulit penderita serta kecacatan akibat *MH* dapat memberikan gambaran yang menakutkan bagi masyarakat. Hal tersebut menyebabkan penderita merasa rendah diri, depresi dan menyendiri bahkan sering dikucilkan oleh keluarganya (Kemenkes RI, 2012).

Pengetahuan masyarakat yang kurang dan kepercayaan yang keliru mengenai *MH* dapat menyebabkan penderita dijauhi. Masyarakat masih banyak yang beranggapan bahwa *MH* disebabkan oleh kutukan, guna-guna, dosa, makanan ataupun keturunan. Selain itu, stigma masyarakat timbul karena risiko kecacatan akibat *MH*. Kecacatan, proses penyembuhan dan respons sosial terhadap penyakit ini menimbulkan masalah kesehatan yang sangat besar (Soewono, 2009). Proses inilah yang pada akhirnya membuat para penderita dikucilkan oleh masyarakat, dianggap menjijikkan dan harus dijauhi. Stigma ini timbul akibat persepsi tentang *MH* yang keliru (Soedarjatmi, 2009).

Stigma adalah tindakan memberikan label sosial dengan tujuan memisahkan atau mendeskreditkan seseorang atau sekelompok orang dengan cap atau pandangan buruk. Stigma mengakibatkan tindakan diskriminasi, tindakan tidak mengakui atau tidak mengupayakan pemenuhan hak dasar individu atau kelompok sebagaimana selayaknya (Kemenkes RI, 2012). Stigma yang diberikan masyarakat terhadap penyakit *MH* akan terus melekat pada penderita meskipun secara medis telah dinyatakan sembuh dari penyakit yang dideritanya (Lesmana, 2013).

Salah satu misi Departemen Kesehatan dalam pemberantasan *MH* adalah menghilangkan stigma sosial yaitu ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya. Upaya yang dilakukan adalah mengubah persepsi masyarakat terhadap *MH* melalui pembelajaran secara intensif tentang penyakit kusta (Kemenkes RI, 2012). Menurunkan stigma dan mengurangi diskriminasi dapat mendorong perilaku masyarakat dalam menerima penderita *MH*. Hal ini sangat penting untuk meningkatkan percaya diri penderita dan keluarga dalam kehidupan sehari-hari (Soedarjatmi, 2009).

Beberapa penelitian mengenai persepsi atau stigma terhadap penyakit *MH* sudah dilakukan. Soedarjatmi (2009) melaporkan bahwa untuk mengatasi stigma ini, sebagian besar penderita mengatasinya dengan tetap bekerja, tetap mengikuti kegiatan di kampung seolah-olah tidak sedang sakit, namun ada juga yang membatasi diri, menutup diri, dan tidak memperdulikan lingkungannya (Soedarjatmi, 2009).

Penelitian yang menghubungkan status pengobatan pasien penderita *MH* terhadap stigma keluarga belum pernah dilaporkan. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian tersebut sebagai salah satu upaya mendukung program penanggulangan *MH* terutama untuk menghilangkan stigma sosial terhadap *MH*.

1.2 Rumusan Masalah

Morbus Hansen merupakan penyakit menular yang memiliki komplikasi kecacatan yang cukup parah. Kondisi penderita yang dianggap menakutkan menimbulkan stigma yang beragam dari masyarakat dan keluarga. Hal ini

dapat disebabkan oleh pengetahuan dan kepercayaan yang keliru mengenai penyakit *MH*. Penelitian yang menghubungkan status pengobatan pasien penderita *MH* terhadap stigma keluarga belum pernah dilaporkan. Berdasarkan uraian latar belakang tersebut dapat dirumuskan permasalahan penelitian, yaitu apakah terdapat hubungan antara status pengobatan pasien penderita *MH* terhadap stigma keluarga di Bandar Lampung?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan status pengobatan pasien penderita *MH* terhadap stigma keluarga di Bandar Lampung.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik keluarga pada penderita Morbus Hansen;
2. Mengetahui status pengobatan pasien penderita Morbus Hansen;
3. Mengetahui stigma keluarga terhadap penyakit Morbus Hansen;
4. Mengetahui hubungan status pengobatan pasien penderita Morbus Hansen terhadap stigma keluarga di Bandar Lampung.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi peneliti

Penelitian ini dapat memberikan tambahan ilmu, kompetensi, dan pengalaman berharga bagi peneliti dalam melakukan penelitian kesehatan pada umumnya dan terkait tentang penyakit *MH* pada khususnya.

1.4.2 Bagi fakultas

Penelitian ini dapat memberikan tambahan informasi dan bahan pembelajaran baik bagi tenaga pengajar dan mahasiswa mengenai stigma terhadap penyakit *MH*.

1.4.3 Bagi instansi kesehatan

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai pertimbangan bagi Dinas Kesehatan dan Puskesmas dalam pemberian informasi baik dengan sosialisasi atau penyuluhan tentang penyakit *MH*, sehingga dapat menambah pengetahuan masyarakat dan diharapkan dapat merubah persepsi yang keliru serta menghilangkan stigma terhadap penderitanya.

1.4.4 Bagi masyarakat

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan masyarakat tentang penyakit kusta serta dapat meningkatkan kesadaran untuk lebih peduli terhadap penderita *MH*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Morbus Hansen

2.1.1 Pengertian

Morbus Hansen (*MH*) merupakan penyakit infeksi kronik yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), suatu bakteri bersifat obligat intraseluler. Saraf perifer sebagai afinitas pertama, lalu kulit dan mukosa traktus respiratorius bagian atas, kemudian dapat ke organ lain kecuali susunan saraf pusat (Wisnu, 2015).

2.1.2 Epidemiologi

Pada awal tahun 2010 prevalensi *MH* di seluruh dunia sebanyak 211.903 kasus dan mengalami penurunan 0,54% dibandingkan awal tahun 2009 sebanyak 213.036 kasus. Mayoritas penderita *MH* berasal dari negara India sebesar 133.717 kasus, Brazil 37.610 kasus, dan Indonesia sebanyak 17.260 kasus. Pada tahun 2009, di Indonesia dilaporkan terdapat kasus baru tipe *Multi basilar* (*MB*) sebanyak 14.227 kasus dan tipe *Pausi basilar* (*PB*) sebanyak 3.033 dengan *Newly Case Detection Rate* (*NCDR*) sebesar 7,49 per 100.000 penduduk (Kemenkes RI, 2012).

Morbus Hansen merupakan penyakit menular dengan angka kejadian cukup tinggi di Indonesia. Penemuan kasus *MH* di tujuh negara pada tahun 2004-2011 tercantum pada tabel 1 (Lestari, 2015).

Tabel 1. Kasus *MH* di tujuh negara pada tahun 2004-2011.

No	Negara	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	India	260.063	169.709	139.252	137.685	134.184	133.717	126.500	105.295
2	Brazil	49.384	38.410	44.436	39.125	38.914	37.610	34.894	33.955
3	Indonesia	16.549	19.695	17.682	17.723	17.441	17.260	17.012	20.032
4	Cango	11.781	10.369	8.257	8.820	6.114	5.062	5.049	3.949
5	Banglades	8.242	7.882	6.280	5.357	5.249	5.239	3.484	3.970
6	Myanmar	3.748	3.571	3.721	3.637	3.365	3.147	2.936	3.082
7	China	1.499	1.659	1.506	1.526	1.614	1.597	1.324	1.144
	Total	351.266	251.295	221.134	213.873	206.881	203.623	191.563	171.427

Sumber : Kemenkes RI, 2015.

Prevalensi *MH* di Indonesia tergolong tinggi. Pada tahun 2004-2014 Indonesia menunjukkan peningkatan penemuan kasus. Indonesia menempati peringkat ke-tiga dalam jumlah kasus *MH* di dunia setelah India dan Brazil. Salah satu provinsi di Indonesia yang masih banyak ditemukan penderita *MH* adalah Provinsi Lampung. Menurut Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, hingga 2014 Provinsi Lampung menempati urutan ke-delapan dalam penemuan kasus baru kusta setelah Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Jambi, Sumatera Selatan, dan Bengkulu (Kemenkes RI, 2015). Data jumlah kasus kusta di Provinsi Lampung tertera pada tabel 2 (Dinkes Lampung, 2014).

Tabel 2. Jumlah Kasus Baru *MH* di Provinsi Lampung.

No	Kabupaten/Kota	Kasus Baru		
		Pausi Basiler (PB)/ Kusta Kering	Multi Basiler (MB)/ Kusta Basah	PB + MB
		L+P	L+P	L+P
1	Lampung Barat	0	0	0
2	Tanggamus	0	7	7
3	Lampung Selatan	0	2	2
4	Lampung Timur	3	19	22
5	Lampung Tengah	4	20	24
6	Lampung Utara	5	14	19
7	Way Kanan	0	11	11
8	Tulang Bawang	2	3	5
9	Pesawaran	0	10	10
10	Pringsewu	0	3	3
11	Mesuji	1	10	11
12	Tulang Bawang Barat	2	3	5
13	Pesisir Barat	0	0	0
14	Bandar Lampung	3	19	22
15	Metro	0	1	1
Jumlah (Kab/Kota)		20	122	142

Sumber : Seksi P2 Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2014

Kasus *MH* di Provinsi Lampung mengalami peningkatan setiap tahunnya. Bandar Lampung menempati urutan ke-dua bersama Kabupaten Lampung Timur dengan jumlah 22 kasus setelah Kabupaten Lampung Tengah dengan jumlah 24 kasus (Dinkes Lampung, 2014).

2.1.3 Etiopatogenesis

Morbus Hansen disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* yang ditemukan oleh G.A. HANSEN pada tahun 1874 di Norwegia. *M. leprae* berbentuk basil dengan ukuran 3-8 Um x 0,5 Um, tahan asam dan alkohol serta bersifat Gram positif (Djuanda, 2010).

M. leprae mempunyai patogenesis dan daya invasi yang rendah, sebab penderita dengan bakteri lebih banyak belum tentu memberikan gejala yang lebih berat, bahkan dapat sebaliknya. Ketidakseimbangan antara derajat infeksi dengan derajat penyakit dapat disebabkan oleh respon imun yang berbeda sehingga timbul reaksi granuloma setempat atau menyeluruh yang dapat sembuh sendiri atau progresif. Oleh karena itu *MH* termasuk dalam penyakit *imunologi*. Gejala klinisnya lebih sebanding dengan tingkat reaksi selularnya daripada intensitas infeksinya (Wisnu, 2015).

Penularan *MH* dengan cara kontak yang erat dan lama dengan penderita. Bakteri yang berasal dari percikan *droplet* masuk ke dalam tubuh manusia melalui saluran pernapasan bagian atas dan melalui kontak kulit. Penyakit ini memiliki masa inkubasi rata-rata 2-5 tahun (Kemenkes RI, 2012).

Di luar hospes, dalam sekret kering dengan temperatur dan kelembaban yang bervariasi, *M. leprae* mampu bertahan hidup 7-9 hari, sedangkan pada temperatur kamar mampu bertahan hidup sampai 46 hari. Untuk kriteria identifikasi, ada lima sifat khas *M. leprae*, yakni:

1. *M. leprae* merupakan parasit intraseluler obligat yang tidak dapat dibiakkan pada media buatan.
2. Sifat tahan asam *M. leprae* dapat diekstraksi oleh piridin.
3. *M. leprae* merupakan satu-satunya mikobakterium yang mengoksidasi *D-Dopa (D-Dihydroxyphenylalanin)*.
4. *M. leprae* adalah satu-satunya spesies mikobakterium yang menginvasi dan bertumbuh dalam saraf perifer.
5. Ekstrak terlarut dan preparat *M. leprae* mengandung komponen antigenik yang stabil dengan aktivitas immunologis yang khas, yaitu uji kulit positif pada penderita tuberkuloid dan negatif pada penderita lepromatus (Harahap, 2013).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis *MH* biasanya menunjukkan gambaran yang jelas pada stadium yang lanjut dan diagnosis cukup ditegakkan dengan pemeriksaan fisik saja. Penderita *MH* adalah seseorang yang menunjukkan gejala klinis kusta dengan atau tanpa pemeriksaan bakteriologik dan memerlukan pengobatan. Gejala dan keluhan penyakit bergantung pada: (a) multiplikasi dan diseminasi kuman *M. leprae*; (b) respon imun penderita terhadap kuman *M. leprae*; (c) komplikasi yang diakibatkan oleh kerusakan saraf perifer (Harahap, 2013).

Untuk menetapkan diagnosis kusta perlu dicari tanda-tanda utama penyakit kusta atau *cardinal sign* yaitu :

1. Lesi/kelainan kulit yang mati rasa

Kelainan kulit/lesi dapat berbentuk bercak keputihan atau kemerahan yang mati rasa atau kurang rasa.

2. Penebalan saraf tepi yang disertai gangguan fungsi saraf

Gangguan fungsi saraf ini merupakan akibat peradangan kronis saraf tepi.

3. Adanya bakteri tahan asam (BTA) didalam kerokan jaringan kulit (BTA Positif).

Tanpa adanya salah satu dari ketiga tanda diatas, diagnosis kusta tidak dapat ditegakkan. Tetapi bila pada kulit atau syaraf seseorang ditemukan kelainan yang tidak khas untuk penyakit kulit lain dan menurut pengalaman kemungkinan besar mengarah ke kusta, maka kita dapat menetapkan orang tersebut sebagai suspek kusta . Penderita perlu diamati dan diperiksa ulang setelah 3-6 bulan sampai diagnosis kusta dapat ditegakkan atau disingkirkan (Kemenkes RI, 2012).

2.1.5 Klasifikasi

Menurut WHO penyakit *MH* dibagi dalam 2 tipe, yaitu tipe *Paucibacillar* (PB) dan tipe *Multibacillary* (MB). Klasifikasi ini berdasarkan gambaran klinis dan hasil pemeriksaan Basil Tahan Asam (BTA) melalui *skin smear*. Untuk menentukan tipe *MH* dapat dilihat pada tabel 3 (Kemenkes RI, 2012).

Tabel 3. Klasifikasi MH Berdasarkan Program Pengobatan.

Tanda Utama	PB	MB
Berat kusta berdasarkan jumlah lesi	Jumlah 1-5	Jumlah > 5
Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi (mati rasa/kelemahan otot yang dipersarafi oleh saraf yang bersangkutan)	Hanya satu saraf	Lebih dari satu saraf
Sediaan apusan	BTA Negatif	BTA Positif

Sumber: Kemenkes RI, 2012

2.1.6 Pengobatan

Pengobatan pada penderita *MH* yang saat ini diterapkan di Indonesia adalah dengan menggunakan *Multi Drug Therapy* (MDT) dengan regimen pengobatan sesuai dengan rekomendasi WHO. *Multi Drug Therapy* (MDT) merupakan kombinasi dua atau tiga obat yang terdiri dari rifampisin, lampren (*clofazimin*), dan dapson (DDS). Rifampisin bekerja sinergis mematikan bakteri *M. leprae*, sedangkan lampren dan DDS bekerja melemahkan dan menghancurkan sisa bakteri. Dosis pemberian obat dapat dilihat pada tabel 4 dan 5 (Kemenkes RI, 2012).

Tabel 4. Dosis Obat Penderita PB.

Obat	Umur 10-14 Tahun	Umur 15 Tahun	Keterangan
Rifampisin	450mg/bulan	600mg/bulan	Minum hari ke-1 di depan petugas
DDS	50mg/bulan	100mg/bulan	Minum hari ke-1 di depan petugas
	50mg/bulan	100mg/bulan	Minum hari ke-2-28 di rumah

Sumber: Kemenkes RI, 2012

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

Tabel 5. Dosis Obat Penderita MB.

Obat	Umur 10-14 Tahun	Umur 15 Tahun	Keterangan
Rifampisin	450mg/bulan	600mg/bulan	Minum hari ke-1 di depan petugas
DDS	50mg/bulan	100mg/bulan	Minum hari ke-1 di depan petugas
	50mg/bulan	100mg/bulan	Minum hari ke-2-28 di rumah
Lampren	150mg/bulan	300mg/bulan	Minum hari ke-1 di depan petugas
	50mg/2 hari	50mg/hari	Minum hari ke-2-28 di rumah

Sumber: Kemenkes RI, 2012

Pengobatan MDT untuk Kusta tipe MB dilakukan dalam 24 dosis yang diselesaikan dalam waktu maksimal 36 bulan. Setelah selesai minum 24 dosis maka dinyatakan RFT meskipun secara klinis lesinya masih aktif dan pemeriksaan bakteri BTA positif. Menurut WHO (1998) pengobatan MB diberikan untuk 12 dosis yang diselesaikan dalam 12-18 bulan dan pasien langsung dinyatakan RFT (Djuanda, 2010).

2.2 Masalah Yang Ditimbulkan Akibat Morbus Hansen

Seseorang yang mengetahui dirinya menderita kusta akan mengalami trauma psikis. Sebagai akibatnya penderita tidak dengan segera mencari pertolongan pengobatan, mengulur-ulur waktu karena ketidaktahuan atau merasa malu bahwa ia atau keluarganya menderita kusta, dan menyembunyikan atau mengasingkan diri dari masyarakat sekelilingnya termasuk keluarganya, akhirnya penderita bersifat masa bodoh terhadap penyakitnya. Sebagai akibat dari hal-hal tersebut, timbullah berbagai masalah antara lain:

a. Masalah terhadap diri penderita kusta

Pada umumnya penderita kusta merasa rendah diri, malu, merasa tertekan batin, takut terhadap penyakitnya dan terjadinya kecacatan, takut menghadapi keluarga dan masyarakat karena sikap penerimaan mereka yang kurang wajar. Segan berobat disebabkan malu, apatis, karena cacatnya tidak dapat mandiri sehingga beban bagi orang lain.

b. Masalah Terhadap Keluarga

Keluarga menjadi panik, berupaya mencari pertolongan termasuk dukun dan pengobatan tradisional disebabkan karena mereka merasa takut diasingkan oleh masyarakat disekitarnya, berusaha menyembunyikan penderita agar tidak diketahui masyarakat disekitarnya, dan mengasingkan penderita dari keluarga karena takut ketularan.

c. Masalah Terhadap Masyarakat

Pada umumnya masyarakat mengenal penyakit kusta dari tradisi kebudayaan dan agama, sehingga masyarakat berpendapat bahwa kusta merupakan penyakit yang sangat menular, tidak dapat diobati, penyakit keturunan, kutukan Tuhan, najis dan menyebabkan kecacatan. Sebagai akibat kurangnya pengetahuan atau informasi tentang penyakit kusta, maka penderita sulit untuk diterima di tengah-tengah masyarakat, masyarakat menjauhi keluarga penderita karena merasa takut dan menyingkirkannya dan akhirnya masyarakat mendorong agar penderita dan keluarganya diasingkan (Zulkifli, 2003).

2.3 Stigma

2.3.1 Pengertian Stigma

Stigma adalah suatu cacat atau cela pada karakter seseorang, stigma merupakan suatu ciri negatif yang menempel pada diri pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya (Chaplin, 2004). Stigma adalah tindakan memberikan label sosial dengan tujuan memisahkan atau mendeskreditkan seseorang atau sekelompok orang dengan cap atau pandangan buruk. Stigma mengakibatkan tindakan diskriminasi, tindakan tidak mengakui atau tidak mengupayakan pemenuhan hak dasar individu atau kelompok sebagaimana selayaknya (Kemenkes RI, 2012).

2.3.2 Stigmatisasi

Proses stigmatisasi terkait dengan kondisi pelabelan karena kurang dipercaya atau menyimpang pada seseorang yang dianggap aneh oleh

orang lain. Stigma menempatkan beberapa sifat atau ciri khas yang menyampaikan identitas sosial yang bertujuan merendahkan diri seseorang dalam konteks sosial tertentu (Heatherton, 2003).

Proses pemberian stigma terjadi melalui tiga tahap, yaitu;

1. Proses interpretasi, pelanggaran norma yang terjadi dalam masyarakat tidak semuanya mendapatkan stigma dari masyarakat, tetapi hanya pelanggaran norma yang diinterpretasikan oleh masyarakat sebagai penyimpangan perilaku yang dapat menimbulkan stigma.
2. Proses pendefinisian orang yang dianggap berperilaku menyimpang, setelah pada tahap pertama dilakukan dimana terjadinya interpretasi terhadap perilaku yang menyimpang, maka tahap selanjutnya adalah pendefinisian orang yang dianggap berperilaku menyimpang oleh masyarakat.
3. Perilaku diskriminasi, tahap selanjutnya setelah proses kedua dilakukan, maka masyarakat memberikan perlakuan yang bersifat membedakan/diskriminasi (Simanjuntak, 2005).

2.3.3 Stigma Terhadap *MH*

Stigma terhadap penyakit *MH* menyebabkan penderita kehilangan identitas diri dan tidak dihargai dilingkungan akibat adanya konsekuensi negatif dari lingkungan sosial baik terhadap diri sendiri maupun keluarga. Stigma terhadap *MH* akan mendominasi persepsi masyarakat mengenai bagaimana memperlakukan penderita *MH* (Heijinders, 2004).

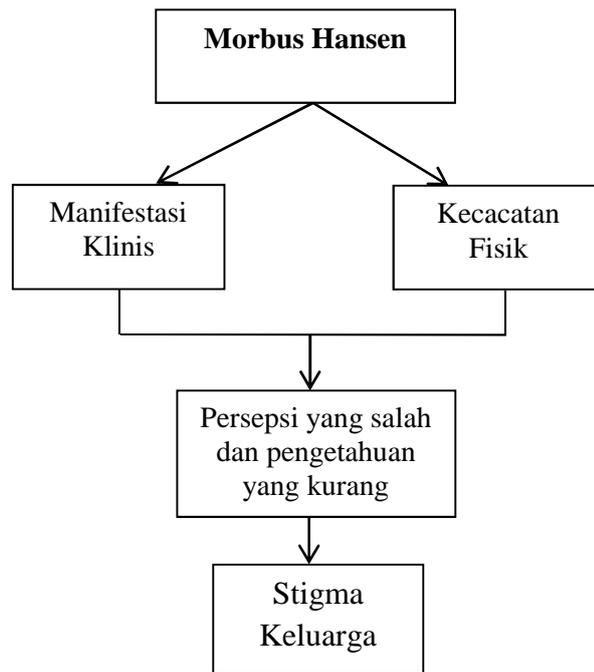
Stigma yang didapat dari luar diri penderita berupa diskriminasi, penolakan, penghilangan pekerjaan, pelecehan fisik, hingga perceraian paksa. Sehingga menyebabkan ketakutan dan kekhawatiran yang besar bagi penderita (Rahayuningsih, 2012).

Menurut penelitian Ertiandani (2013) penerimaan keluarga terhadap penderita sangat berperan dalam proses penyembuhan *MH*. Keluarga merupakan komunitas terdekat bagi penderita sehingga dapat mempengaruhi penerimaan diri pada penderita. Penerimaan dari orang sekitar membantu penderita untuk tetap bertahan dan meyakinkan diri bahwa penyakitnya dapat disembuhkan (Ertiandani, 2013).

2.4 Kerangka Teori

Menurut Remme (2006) kusta menyebabkan penderitanya mengalami beban fungsional dan ketidakmampuan secara psikososial. Konsekuensi ini tidak hanya dihadapi penderita melainkan juga berpengaruh pada keluarganya. Seorang penderita kusta, meskipun telah dinyatakan sembuh pun masih menanggung stigma dari masyarakat (Remme *et al*, 2006).

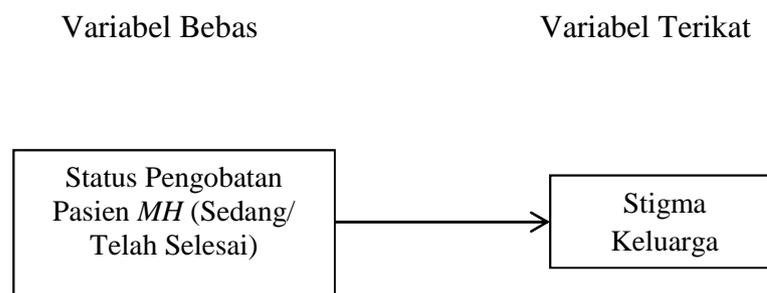
Stigma ini semakin kuat dan memberikan dampak psikososial pada penderita kusta. Mereka tidak mau berobat karena malu, hal ini menyebabkan penyakit akan semakin parah. Penyakit ini cenderung akan menyebabkan kecacatan dan akibatnya penderita kusta mengalami kehilangan kemampuan fisik, kepercayaan diri dan kualitas hidup yang rendah, serta ikatan sosial yang menurun (Fajar, 2010).



Gambar 1. Kerangka Teori

2.5 Kerangka Konsep

Peneliti akan mengkaji hubungan variabel bebas yaitu status pengobatan pasien dengan variabel terikat yaitu stigma keluarga.



Gambar 2. Kerangka Konsep

2.6 Hipotesis

Berdasarkan uraian teoritis diatas, maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini yakni:

H0: Tidak terdapat hubungan antara status pengobatan pasien penderita *MH* terhadap stigma keluarga.

H1: Terdapat hubungan antara status pengobatan pasien penderita *MH* terhadap stigma keluarga.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik komparatif dengan desain *cross sectional* (belah lintang), yaitu penelitian dengan cara pengumpulan data variabel bebas dan terikat sekaligus pada waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2010).

3.2 Tempat dan Waktu

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Wilayah Puskesmas Bandar Lampung.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Agustus- September 2017.

3.3 Populasi, Sampel, dan Teknik *Sampling*

3.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian (Arikunto, 2006).

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga dari seluruh penderita *MH* di Bandar Lampung periode Juli - September 2017. Dimana jumlah keseluruhan penderita *MH* adalah sebanyak 47 penderita yang terdiri dari 24 penderita yang sedang dalam pengobatan dan 23 penderita yang

telah selesai pengobatan, sehingga total populasi adalah sebanyak 47 orang.

3.3.2 Sampel

Sampel menggunakan data sekunder yang diambil berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. Sampel yang digunakan adalah anggota keluarga penderita *MH* yang terdaftar di wilayah kerja Puskesmas Bandar Lampung baik penderita yang sedang maupun yang telah selesai pengobatan yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia ikut serta dalam penelitian yang dinyatakan secara tertulis dalam *informed consent*.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Dalam pengambilan sampel peneliti menggunakan metode *Total Sampling*. *Total Sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007). Alasan menggunakan total sampling menurut Sugiyono (2007) karena jumlah populasi yang kurang dari 100, maka seluruh populasi dijadikan sampel penelitian (Sugiyono, 2007). Dalam penelitian ini total sampel adalah sebanyak 47 orang, sehingga diambil keseluruhan sebagai sampel penelitian.

3.4 Kriteria Sampel

Kriteria sampel dalam penelitian ini terbagi dalam kriteria inklusi dan kriteria eksklusi sebagai berikut:

3.4.1 Kriteria inklusi

1. Informan memiliki keluarga penderita *MH* yang sedang dalam pengobatan, atau
2. Informan memiliki keluarga penderita *MH* yang telah selesai pengobatan, dan
3. Informan yang bersedia ikut serta dalam penelitian.

3.4.2 Kriteria eksklusi

Sebagian informan yang memenuhi kriteria inklusi harus dikeluarkan dari penelitian apabila usia informan 18 tahun.

3.5 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional

3.5.1 Identifikasi variabel

1. Variabel independen

Variabel independen yaitu status pengobatan pasien, terdiri dari penderita yang sedang dalam pengobatan dan penderita yang telah selesai pengobatan.

2. Variabel dependen

Variabel dependen yaitu stigma keluarga terhadap *MH*.

3.5.2 Definisi operasional

Adapun definisi operasional yang digunakan untuk memudahkan pelaksanaan penelitian dan agar tidak menjadi terlalu luas yaitu sebagai berikut:

Tabel 6. Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional.

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Status pengobatan pasien	Status pengobatan pasien penderuta <i>MH</i>	Data sekunder	1. Sedang dalam pengobatan 2. Telah selesai pengobatan	Nominal
Stigma keluarga	Suatu padangan negatif keluarga terhadap <i>MH</i>	Kuesioner	1. Baik(skor>4) 2. Tidak baik(skor≤4)	Ordinal

3.6 Prosedur Penelitian

3.6.1 Alat dan Instrumen Penelitian

1. Lembar *informed consent*

Adalah lembar persetujuan bersedia menjadi responden.

2. Angket atau Kuesioner

Adalah teknik pengumpulan data melalui formulir-formulir yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang diajukan secara tertulis pada seseorang atau sekumpulan orang untuk mendapatkan jawaban atau tanggapan dan informasi yang diperlukan oleh peneliti (Mardalis, 2008). Pertanyaan yang digunakan merupakan adaptasi dari tesis Nurmala Siregar (2012) dengan modifikasi dan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas kembali pada 35 orang responden. Nilai reliabilitas yang didapatkan yaitu 0,806. Nilai r untuk setiap *item* pertanyaan yaitu $r > 0,333$ signifikansi 5%, sehingga kuesioner stigma keluarga ini valid dan reliabel untuk digunakan sebagai instrumen penelitian.

3.6.2 Teknik Pengumpulan Data

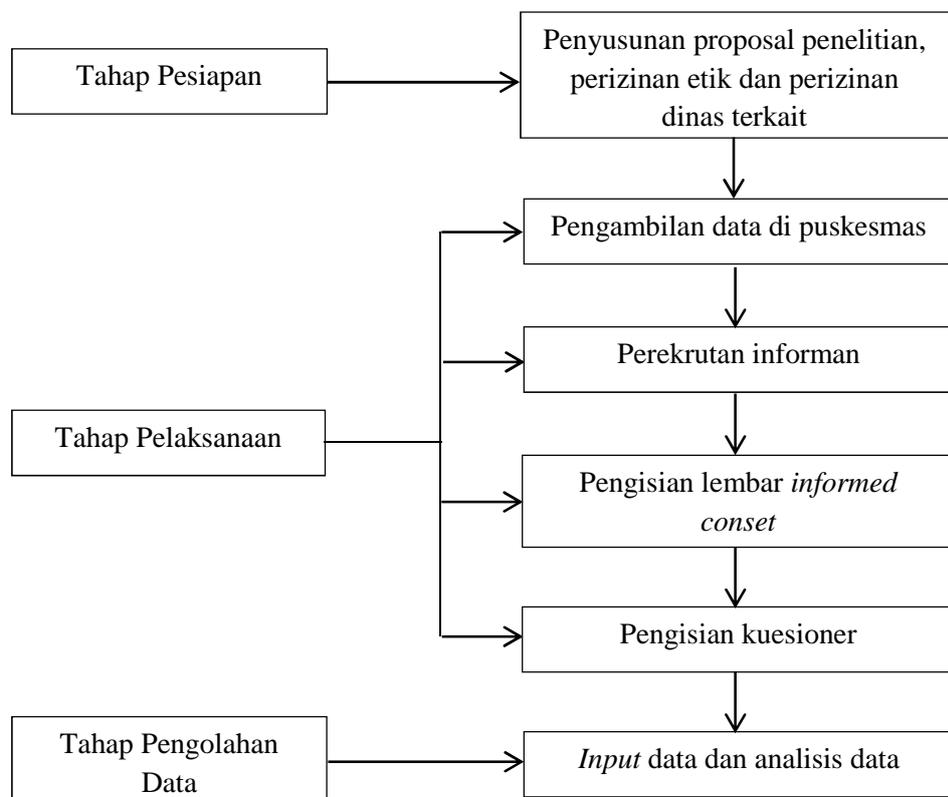
Penelitian ini menggunakan angket atau kuesioner, daftar pertanyaan dibuat secara berstruktur dengan bentuk pertanyaan pilihan ganda (*multiple choice*) dan pertanyaan tertutup (*closed question*). Skala pengukuran variabel dalam penelitian ini mengacu pada Skala Guttman (*Guttman Scale*). Pada skala Guttman dengan jenis pernyataan positif memiliki nilai 1 jika pernyataan benar dan 0 jika salah. Sedangkan pada pernyataan negatif berlaku sebaliknya. Angket atau kuesioner yang digunakan berisi 10 pertanyaan yang merupakan gambaran tentang stigma terhadap penyakit Morbus Hansen, terdiri dari 4 pertanyaan positif dan 6 pertanyaan negatif. Pertanyaan positif terdapat pada pertanyaan nomor 1, 2, 3, 4. Pada pertanyaan positif apabila jawaban setuju maka diberi nilai 1, bila jawaban tidak setuju maka diberi nilai 0. Pertanyaan negatif terdapat pada pertanyaan nomor 5, 6, 7, 8, 9, 10. Pada pertanyaan negatif apabila jawaban setuju maka diberi nilai 0, bila jawaban tidak setuju maka diberi nilai 1. Kategori stigma baik apabila jumlah skor > 4 dan kategori stigma tidak baik apabila jumlah skor ≤ 4 .

3.6.3 Alur penelitian

1. Pada tahap awal, peneliti melakukan persiapan dengan menyusun proposal penelitian, setelah disetujui peneliti mengajukan perizinan etik pada instansi pendidikan, dinas terkait serta lokasi penelitian. Setelah mendapatkan surat izin, peneliti melakukan koordinasi

untuk mengajukan surat izin ke Puskesmas untuk mendapatkan data penelitian.

2. Setelah mendapatkan data penelitian, selanjutnya peneliti melakukan perekrutan informan sesuai dengan kriteria sampel dan menjelaskan tujuan dan prosedur penelitian kepada informan.
3. Sebelum dilakukan pengisian kuesioner, informan diminta untuk membaca dan menandatangani lembar *informed consent*.
4. Peneliti mengambil data identitas informan lalu informan mulai melakukan pengisian kuesioner.
5. Setelah data hasil pengukuran diperoleh, peneliti melakukan *input* data dan analisis data dengan program statistik.



Gambar 3. Alur Penelitian

3.7 Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1 Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menentukan distribusi frekuensi variabel bebas dan terikat. Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan perhitungan statistik sederhana yaitu statistik analitis.

3.7.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas yaitu status pengobatan pasien penderita *MH* dengan variabel terikat yaitu stigma yang ada dalam keluarga. Analisis data dapat dilakukan dengan menggunakan *software* komputer. Pengujian hipotesis menggunakan uji komparasi tidak berpasangan dengan uji *Chi-square* bila memenuhi syarat, adapun syarat uji *Chi-square* adalah sebagai berikut:

1. Tidak ada sel dengan nilai frekuensi kenyataan atau *actual count* (F_0) sebesar 0 (Nol).
2. Apabila bentuk tabel kontingensi 2x2, maka tidak boleh ada 1 sel saja yang memiliki frekuensi harapan atau *expected count* (F_h) kurang dari 5.
3. Apabila bentuk tabel lebih dari 2x2, misal 2x3, maka jumlah sel dengan *expected count* yang kurang dari 5 tidak boleh lebih dari 20%.

4. Jika syarat *Chi-square* tidak terpenuhi, maka digunakan uji alternatif. Untuk tabel 2x2 alternatif uji *Chi-square* adalah uji *Fhiser's exact* (Dahlan, 2014).

3.8 Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapat persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan nomor surat: 3460/UN12.8/DL/2017. Seluruh sampel penelitian diminta persetujuan dengan *informed consent*.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan hubungan antara status pengobatan pasien penderita *MH* terhadap stigma keluarga di Bandar Lampung dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Responden yang memiliki keluarga penyakit Morbus Hansen dengan stigma keluarga baik sebesar 93,6% dan tidak baik 6,4%.
2. Responden yang memiliki keluarga penyakit Morbus Hansen yang telah selesai pengobatan sebesar 48,9% dan yang sedang dalam pengobatan 51,1%.
3. Tidak ada hubungan antara status pengobatan pasien penderita *MH* terhadap stigma keluarga di Bandar Lampung tahun 2017 ($p = 0,234$).

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan, maka peneliti memberikan saran-saran sebagai berikut.

1. Bagi keluarga pasien dapat memahami bahwa penderita kusta bukan hal yang harus dihindari dan dapat meningkatkan dukungannya terhadap anggota keluarga yang menderita kusta sehingga dapat membantu

kepatuhan dalam pengobatan dan meningkatkan kepercayaan diri penderita.

2. Bagi penderita kusta dapat meningkatkan kepatuhan dalam pengobatan dan meningkatkan kepercayaan diri dikarenakan penyakit kusta dapat disembuhkan.
3. Bagi masyarakat diharapkan tidak mengasingkan pasien penyakit kusta sehingga penderita tidak merasa malu dan rendah diri terhadap penyakit yang dideritanya.
4. Bagi pemerintah diharapkan dapat meningkatkan penyebaran informasi tentang penyakit kusta dengan berbagai macam media terutama di daerah yang beresiko atau memiliki kasus tinggi kusta. Pemerintah diharapkan mampu meningkatkan pemberdayaan mantan penderita kusta melalui program-program pendidikan dan pelatihan.
5. Bagi peneliti lain diharapkan dapat melakukan penelitian terkait faktor-faktor yang dapat mengurangi stigma buruk pada keluarga terhadap penyakit kusta. Bagi penelitian lain diharapkan dapat melakukan penelitian terkait stigma terhadap penyakit kusta yang terdapat pada masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin M, Hakim Z, Darwis E. 2003. Kusta; Diagnosis Penyakit Kusta. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Ardani I, Handayani S. 2017. Stigma terhadap Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) sebagai Hambatan Pencarian Pengobatan: Studi Kasus pada Pecandu Narkoba Suntik di Jakarta. Buletin Penelitian Kesehatan. 45(2):81-88.
- Arikunto, S. 2006. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta : Rineka Cipta.
- Chaplin JP. 2004. Kamus Lengkap Psikologi. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Dahlan MS. 2012. Besar Sampel Dan Cara Pengambilan Sampel Dalam Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan. Edisi 3. Jakarta : Salemba Medika.
- Dahlan MS. 2014. Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: deskriptif, bivariat, dan multivariat, dilengkapi aplikasi dengan menggunakan SPSS. Edisi 6. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. 2014. Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2014. Bandar Lampung: Dinas Kesehatan Provinsi Lampung.
- Djuanda A. 1997. Diagnosis dan Penatalaksanaan Kusta. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Djuanda A, Hamzah M, Aisah S. 2010. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

- Ertiandani P. 2013. Penerimaan Diri Penderita dan Anggota Keluarga Penderita Kusta di Kecamatan Sumber Kabupaten Rembang Provinsi Jawa Tengah [disertasi]. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Fadilah SZ. 2013. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi Penderita Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta di Kabupaten Jember [disertasi]. Jember: Universitas Jember.
- Fajar NA. 2010. Dampak Psikososial Penderita Kusta dalam Proses Penyembuhan. Universitas Sriwijaya. 10(1):50-58.
- Green LW, Kreuter MW. 2005. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. 4th Edition. New York: Mc Graw Hill.
- Harahap M. 2013. Ilmu Penyakit Kulit. Jakarta: Hipokrates.
- Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG. 2003. The Social Psychology Of Stigma. New York : The Guilford Press.
- Heijnders M. 2004. The Dynamics of Stigma in Leprosy. International Journal of Leprosy and Other Mycobacterium Diseases. 72(4):437-47.
- Ihsan F. 2010. Dasar-dasar Kependidikan Komponen MKDK. Jakarta : Rineka cipta.
- Kementrian Kesehatan RI, 2012. Buku Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementrian Kesehatan RI. 2015. Buku Pedoman Penghapusan Stigma & Diskriminasi. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kerlinger FN. 1987. Asas-asas Penelitian Behavioral. Yogyakarta: UGM.
- Lesmana AC. 2013. Hubungan Derajat Pengetahuan Masyarakat tentang Penyakit Kusta Terhadap Penerimaan Sosial pada Mantan Penderita Penyakit Kusta

(Studi Eksplanatif tentang Stigmatisasi dan Penerimaan Sosial Pada Mantan Penderita Penyakit Kusta di Desa Sidomukti Kecamatan Brondong Kabupaten Lamongan) [disertasi]. Surabaya: Universitas Airlangga.

Lestari W. 2015. Kondisi Psikososial dan Ekonomi Penderita Kusta [Skripsi]. Bandar Lampung: Universitas Lampung.

Luka EE. 2010. Understanding the Stigma of Leprosy. Southern Sudan Medical Journal. 3(3)9-12.

Mardalis. 2008. Metode Penelitian Suatu Pendekatan Proposal. Jakarta : Bumi Aksara.

Nisfianoor M. 2009. Pendekatan Statistik Modern Untuk Ilmu Sosial. Jakarta : Salemba Humanika.

Notoatmodjo S. 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.

Notoatmodjo S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.

Notoatmodjo S. 2012. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.

Perdamenta N. 2013. Masalah Kusta dan Diskriminasi serta Stigmatisasinya di Masyarakat. Humaniora Universitas Bina Nusantara. 4(1)432-44.

Phillips LA. 2011. Stigma and Substance Use Disorders: Research, Implications, and PotentialL Solutions. Journal of Drug Addiction, Education, and Eradication. 7(2):91.

Rafferty J. 2005. Curing the stigma of leprosy. Leprosy Review. 76(2):119-126.

Rahayu DA. 2012. Dukungan Psikososial Keluarga Penderita Kusta di Kabupaten Pekalongan [disertasi]. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang.

- Rahayuningsih E. 2012. Analisis Kualitas Hidup Penderita Kusta di Puskesmas Kedaung Wetan Kota Tangerang [Tesis]. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Remme JHF, Feenstra P, Lever PR, Medici AC, Morel CM, Noma M, et al. 2006. Tropical Disease Targeted for Elimination: Chagas Disease, Lymphatic Filariasis, Onchocerciasis, and Leprosy. [Online Journal] [diunduh 21 Agustus 2017]. Tersedia dari: <http://www.ncbi.nlm.gov/>.
- Setiaji P. 2015. Hubungan Pengetahuan dengan Dukungan Masyarakat terhadap Penderita Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Bringin Kabupaten Semarang [Skripsi]. Semarang: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudi Waluyo Ungaran.
- Simbolon J. 2014. Hubungan Ketidapatuhan Pengobatan dan Stigma pada Keluarga dengan Perawatan Kembali Pasien Skizofrenia di RSJ Daerah Provinsi Sumatera Utara. Wahana Inovasi. 3(2):451-461.
- Siregar N. 2012. Pengaruh Stigma Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Terhadap Penerimaan Masyarakat Desa Buntu Bedimban Di Kecamatan Tanjung Morawa Kabupaten Deli Serdang [Tesis]. Medan : Universitas Sumatera Utara.
- Soedarjatmi, Istiarti T, Widagdo L. 2009. Faktor-faktor yang Melatarbelakangi Persepsi Penderita terhadap Stigma Penyakit Kusta. Universitas Diponegoro Semarang. 4(1)18-31.
- Soenoe GEPW, Kristiana IF. 2017. Beri Aku Kesempatan: Studi Fenomenologis Pengalaman Penyesuaian Diri pada Penderita Kusta Setelah Kembali ke Lingkungan Masyarakat. Jurnal Empati. 6(1):181-185.
- Soewono H. 2009. Pedoman Pengobatan dan Pengelolaan Kusta di Rumah Sakit. Jakarta: EGC.
- Stuart GW, Laraia MT. 2012. Principles and Practice of Psychiatric Nursing 10th Ed. St. Louis : Mosby Year Book.
- Stuart GW, Sudeen S. 2007. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 5. Jakarta: EGC.

Sugiyono. 2007. Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&B. Bandung : ALFABETA.

Wisnu IM, Sjamsoe-Daili ES, Menaldi SL. 2015. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Zulkifli. 2003. Penyakit Kusta dan Masalah yang Ditimbulkannya [disertasi]. Medan: Universitas Sumatera Utara.