

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN KUSTA TERHADAP PASIEN KUSTA
DI RS DR RIVAI ABDULLAH
SUNGAI KUNDUR**

SKRIPSI

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh:

M. BAGUS HADI KESUMA

NIM : 70 2012 047



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2015**

HALAMAN PENGESAHAN

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN KUSTA TERHADAP
PASIEN KUSTA DI RS DR RIVAI ABDULLAH
SUNGAI KUNDUR**

Dipersiapkan dan disusun oleh

M.BAGUS HADI KESUMA

NIM : 702012047

Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar

Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Pada Tanggal :26 Agustus 2016

Menyetujui .



DR.dr. Legiran, M.Kes

Pembimbing Pertama



dr.H.Hibshah Ridwan, M.Sc

Pembimbing Kedua

Dekan

Fakultas Kedokteran



dr. HM. Ali Muchtar, M.Sc

NBM/NIDN. 0603 4709 1062484/002 0084707

PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa:

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, 13 Agustus 2016

Yang membuat pernyataan,

M.Bagus Hadi Kesuma

NIM. 70 2012 047

HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO

Rasa syukur dan ucapan terima kasih, saya persembahkan kepada :

ALLAH SWT yang tak pernah berhenti memberikan Rahmat dan RidhoNya serta syafaat dan Barakah kepada setiap umatNya.

Drs.H.Indra Hadi M.Si (Ayah), Hj. Meiyasri, SE. (Ibu), Mutia Anindri (Saudari tersayang) yang selalu rela memberikan apapun yang mereka punya untuk saya

DR.dr.Legiran M,Kes dan dr.H.Hibsah Ridwan, M.Sc. Selaku pembimbing I dan II. Terima kasih dan rasa hormat yang setinggi-tingginya atas ilmu pengetahuan yang telah diajarkan kepada saya dari awal pengerjaan skripsi hingga selesai dalam pengerjaannya bahkan sampai waktu yang tak dapat ditentukan.

Dekan, wakil dekan, serta semua karyawan yang berada di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang

Kepada penyemangat yang selalu tanpa lelah memotivasi tanpa henti
Usmel Ramadhania

Sahabat-sahabat saya Feizal Faturahman,Alqodri Setiawan,M.Iqbal Ali Rabbani,Dimas Ismail,Aditya Prasetyo Leisan,Alpriansyah Hadiwijaya,Izzaty AH dan seluruh personel Duodecim Angkatan 2012 FK UMP, Serta seluruh sejawat di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Motto :

*“Maka sesungguhnya beserta kesulitan itu ada kemudahan,
ketika ada satu pintu tertutup, pastilah ada banyak pintu yang
terbuka yang menanti untuk dilalui dan hanya kepada
tuhanmu hendaklah engkau berharap”*

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-NYA, sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian tentang **“Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kejadian Kusta Di Rs.dr Rivai Abdullah”** sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked). Salawat beriring salam selalu tercurah kepada junjungan kita, nabi besar Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, dan pengikut-pengikutnya sampai akhir zaman.

Peneliti menyadari bahwa penelitian jauh dari sempurna. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna perbaikan di masa mendatang.

Dalam hal penyelesaian penelitian, peneliti banyak mendapat bantuan, bimbingan dan saran. Pada kesempatan ini, peneliti menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada :

1. Allah SWT, yang telah memberi kehidupan dengan sejujnya keimanan.
2. Kedua orang tua yang selalu memberi dukungan materil maupun spiritual.
3. Dekan dan staff Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.
4. DR.dr.Legiran M.Kes. selaku pembimbing I.
5. Dr.H.Hibsah Ridwan M,Sc. selaku pembimbing II.
6. dr. Rilliani Hastuti Sp.KK, M.Kes Selaku Penguji

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang diberikan kepada semua orang yang telah mendukung peneliti dan semoga penelitian ini bermanfaat bagi kita dan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran. Semoga kita selalu dalam lindungan Allah SWT. Amin.

Palembang, 13 Agustus 2016

Peneliti

DAFTAR ISI

halaman

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PENGESAHAN.....	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii

BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2 Manfaat Praktis.....	4
1.4.3 Manfaat Institusi Rumah Sakit.....	4
1.5 Keaslian Penelitian	4

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori	8
2.1.1 Definisi Kusta.....	8
2.1.2 Epidemiologi.....	8
2.1.3 Etiologi.....	9
2.1.4 Faktor-Faktor Kejadian Kusta.....	9

2.1.5 Patogenesis Kusta.....	12
2.1.6 Diagnosis Kusta.....	13
2.1.7 Klasifikasi Kusta.....	14
2.1.8 Pengobatan Kusta.....	16
2.2 Kerangka Teori	19
2.3 Hipotesis.....	20

BAB III. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian	21
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	21
3.3 Populasi dan Subjek/ Sampel penelitian	21
3.3.1 Populasi Target	21
3.3.2 Populasi Terjangkau.....	21
3.3.3 Sampel dan Besar Sampel.....	22
3.3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	22
3.3.5 Cara Pengambilan Sampel.....	23
3.4 Variabel Penelitian	23
3.4.1 Variabel Bebas.....	23
3.4.2 Variabel Terikat.....	23
3.5 Definisi Operasional	24
3.6 Cara Pengumpulan Data	25
3.6.1 Data Primer.....	25
3.6.2 Data Sekunder.....	25
3.7 Pengolahan Data.....	25
3.8 Analisis Data	26
3.9 Alur Penelitian	27

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1. Hasil	28
4.1.1. Analisis Univariat	28
4.1.2. Analisis Bivariat	31
4.2. Pembahasan	35
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Kesimpulan	40
5.2. Saran	41
DAFTAR PUSTAKA	42
LAMPIRAN	43
BIODATA.....	66

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1 Keaslian penelitian.....	4
2.1 Pedoman Klasifikasi Kusta.....	14
2.2 Penentuan klasifikasi menurut WHO.....	14
4.1 Distribusi sampel Kusta dan Bukan Kusta.....	28
4.2 Distribusi kasus berdasarkan faktor ekonomi.....	29
4.3 Distribusi kasus berdasarkan hygiene	29
4.4 Distribusi kasus berdasarkan riwayat kontak	30
4.5 Distribusi kasus berdasarkan gizi	30
4.6 Hubungan faktor ekonomi dengan Kusta	31
4.7 Hubungan faktor Hygiene dengan Kusta	32
4.8 Hubungan faktor gizi dengan Kusta	33
4.9 Hubungan Riwayat Kontak dengan Kusta	34

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Formulir persetujuan wawancara	43
2. Daftar Wawancara.....	44
3. Hasil Pengolahan Data	46
4. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian.....	60
5. Kartu Aktivitas Bimbingan Proposal Penelitian	61
6. Kartu Aktivitas Bimbingan Skripsi.....	62
7. Dokumentasi Penelitian	63

UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG

MEDICAL FACULTY

SKRIPSI, JUNE 2016

MUHAMMAD BAGUS HADI KESUMA

Associated Relationship Factors with The Incidence of Leprosy in dr.Rivai Abdullah Hospital of South Sumatera

xii + 55 pages + 9 table + 4 picture + 5 enclosure

Abstrak

Leprosy is an infectious disease cause by Mycobacterium leprae. In Indonesia leprosy is still a public health problem that need serious attention because it can lead to complex problem. This research aims to explore the factor associated with leppers at RS.Kusta dr.Rivai Abdullah, sungai kundur south sumatera. Determinants of leppers are , economic factor, personal hygiene, physical contact and nutrient factor (IMT). This type of research is observational analytic with case control study approach. Data is collected by consecutive sampling techniques, used form of interviews. The results of research is showed the relationship between economic factor and the incidence of leppers with p value (0.000; $\alpha = < 0.05$) ,showed the relationship between personal hygiene and the incidence of leppers (0.000; $\alpha = < 0.05$) , physical contact have relationship too with the incidence of leppers with p value (0.000; $\alpha = < 0.05$) and showed the relationship too between nutrient factor and the incidence of leppers (0.000; $\alpha = < 0.05$).

UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG

MEDICAL FACULTY

SKRIPSI, JUNE 2016

MUHAMMAD BAGUS HADI KESUMA

Associated Relationship Factors with The Incidence of Leprosy in dr.Rivai Abdullah Hospital of South Sumatera

xii + 55 halaman + 9 tabel + 4 gambar + 5 lampiran

Abstrak

Lepra adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh mycobacterium leprae. Di Indonesia lepra masih jadi masalah kesehatan publik yang membutuhkan perhatian khusus karena akan menimbulkan permasalahan yang kompleks. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian lepra di RS.Kusta dr.Rivai Abdullah provinsi sumatera selatan. Faktor yang berhubungan di penelitian ini antara lain, faktor ekonomi, hygiene perorangan, riwayat kontak fisik terhadap penderita lepra dan gizi yang diukur lewat IMT. Metode yang digunakan adalah analitik observasional dengan desain studi case-control. Data diperoleh melalui metode consecutive sampling yang menggunakan kuisioner dengan wawancara. Hasil yang diperoleh bahwa terdapat hubungan bermakna antara faktor ekonomi dengan kejadian kusta dengan nilai $p (0.000; \alpha = < 0.05)$, terdapat hubungan bermakna antara faktor hygiene perorangan dengan kejadian kusta dengan nilai $p (0.000; \alpha = < 0.05)$, jug terdapat hubungan bermakna antara riwayat kontak dengan penderita kusta dengan kejadian kusta dengan nilai $p (0.000; \alpha = < 0.05)$ dan terakhir terdapat hubungan bermakna antara riwayat gizi dengan kejadian kusta dengan nilai $p (0.000; \alpha = < 0.05)$.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Lepra atau kusta atau Morbus Hansen adalah penyakit infeksi kronik granulomatosa dan *sekuele* yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*, terutama mengenai saraf perifer, namun dapat juga mengenai kulit dan jaringan lain seperti mata, mukosa traktur respiratorius atas, otot, tulang, sendi dan testis. Penyakit ini sudah dikenal 600 SM di India dan meluas ke negeri Mediteranian (Kartowigno, 2011).

Penyakit kusta umumnya terdapat di negara-negara yang sedang berkembang sebagai akibat keterbatasan kemampuan Negara dalam memberikan pelayanan yang memadai di bidang kesehatan, pendidikan, kesejahteraan sosial ekonomi kepada masyarakat (Depkes RI, 2002).

Prevalensi kusta secara global telah mengalami penurunan dari angka lebih dari 5 juta pada tahun 1980 sampai sekarang hanya kurang dari 200.000 pada 2015, hal ini tidak terlepas dari sejak dicanangkan program pengobatan yang menggunakan metode *multi-drug therapy* (WHO, 2015).

Berdasarkan data secara global pada 2014 terdapat 213.899 kasus baru yang ditemukan, dimana regional Asia-Tenggara menyumbang kasus baru terbanyak yaitu 154.834 kemudian di ikuti secara berturut-turut yaitu regional Amerika dan Afrika masing-masing menyumbang kasus baru sebesar 33.789 dan 18.597. Sedangkan untuk angka prevalensi kasus sampai bulan April 2015 didapati angka sebesar 175.554, dan Regional Asia-Tenggara menempati regional dengan angka prevalensi tertinggi yaitu 119.478 kemudian berturut-turut yaitu Amerika dengan angka prevalensi 29.967 dan Afrika 19.968 (WHO, 2015).

Untuk negara penyumbang kasus baru terbanyak pada tahun 2014 Indonesia menempati peringkat ke tiga di dunia dengan angka kasus baru sebesar 17.025, sedangkan untuk negara penyumbang kasus baru terbanyak

ditempati oleh India dengan kejadian kasus baru sebesar 125.785, kemudian Brazil sebesar 31.064 (WHO, 2015).

Di Indonesia sendiri pada 2013 terjadi peningkatan angka kasus baru dari tahun 2012 dimana jika 2012 ditemukan 16.123 kasus baru, pada 2013 ditemukan 16.856 kasus baru dengan wilayah Indonesia Bagian Timur menyumbang kasus baru terbanyak. Sumsel sendiri berada di urutan 17 nasional penyumbang kasus baru kusta pada 2013 yaitu sebesar 196 kasus. Angka ini meningkat dari tahun sebelumnya, pada 2012 kasus baru di Sumsel hanya sebesar 67 kasus dan untuk di wilayah Sumatera, Sumsel berada di peringkat ke 2 setelah Aceh menjadi penyumbang angka kasus baru terbesar, yaitu sebesar 575 kasus baru (Depkes, 2015).

Penyakit kusta dapat menyerang semua orang baik laki-laki maupun perempuan. Kusta dapat terjadi pada semua umur, berkisar antara bayi sampai umur tua (3 minggu sampai lebih dari 70 tahun), namun yang terbanyak adalah pada umur muda dan produktif. Sebagian besar negara di dunia menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak menderita kusta dibandingkan perempuan. Faktor geografi, etnik atau suku dan sosial ekonomi dapat mempengaruhi distribusi penyakit kusta (Norlatifah, 2010). Ada beberapa faktor penting yang berhubungan dengan kejadian kusta antara lain faktor ekonomi, kebersihan perorangan (*hygiene*) dan riwayat kontak dengan penderita kusta baik itu kontak serumah maupun orang sekitar atau tetangga.

Faktor ekonomi menjadi salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian kusta, dimana jika seseorang yang termasuk kondisi ekonomi keluarga rendah mempunyai risiko 6 kali lebih besar menderita kusta dibandingkan dengan seseorang yang kondisi ekonomi keluarganya baik (Muharry, 2014).

Selain faktor ekonomi, kebersihan (*hygiene*) juga memiliki peran penting terhadap kejadian kusta dimana jika orang tersebut kebersihan dirinya buruk maka orang tersebut berisiko 15 kali lebih besar untuk terkena kusta (Muharry, 2014).

Faktor lain yang berperan terhadap kejadian kusta adalah riwayat kontak dengan penderita kusta (Muharry, 2014) dan faktor genetik atau riwayat keluarga berperan serta dalam kejadian kusta (Kartowigno, 2011). Cara penularan kusta sepenuhnya belum dipahami dengan baik, kemungkinan melalui droplet hidung dari orang ke orang (Rodrigues, 2011).

Suatu kenyataan bahwa sebagian besar penderita kusta adalah dari golongan ekonomi lemah. Perkembangan penyakit pada diri penderita bila tidak ditangani secara cermat dapat menimbulkan cacat dan keadaan ini menjadi halangan bagi penderita kusta dalam kehidupan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan sosial-ekonomi mereka, juga tidak dapat berperan dalam pembangunan bangsa dan negara. Penderita kusta 90% tinggal diantara keluarga mereka hanya beberapa pasien saja yang tinggal di Rumah Sakit kusta, koloni penampungan atau perkampungan kusta (Manyullei, 2012).

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana hubungan faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit kusta dengan kejadian Kusta pada pasien kusta di Rumah Sakit kusta Dr.Rivai Abdullah Sungai Kundur ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui bagaimana hubungan faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit kusta dengan kejadian kusta di Rumah Sakit kusta Dr.Rivai Abdullah di desa Sungai Kundur

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui bagaimana hubungan faktor ekonomi dengan kejadian kusta di Rumah Sakit kusta Dr.Rivai Abdullah Sungai Kundur
2. Untuk mengetahui bagaimana hubungan hygiene dengan kejadian kusta di Rumah Sakit kusta Dr.Rivai Abdullah Sungai Kundur

3. Untuk mengetahui bagaimana hubungan riwayat gizi dengan kejadian kusta di Rumah Sakit kusta Dr. Rivai Abdullah
4. Untuk mengetahui bagaimana hubungan riwayat kontak dengan penderita kusta dengan kejadian kusta di Rumah Sakit kusta Dr.Rivai Abdullah Sungai Kundur

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

1. Untuk menambah wawasan dan pengetahuan dalam ilmu kedokteran di bidang penyakit kulit dan kelamin khususnya tentang kusta .
2. Diharapkan hasil penelitian ini akan menjadi referensi bagi penelitian- penelitian selanjutnya.

1.4.2. Manfaat Praktisi

Dengan dilakukan penelitian ini diharapkan masyarakat dapat melakukan pencegahan terhadap penyakit kusta.

1.4.3. Manfaat Institusi Rumah Sakit

Sebagai bahan informasi berkaitan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian kusta

1.5. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Nama	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil

Manyullei, et al, 2012	Gambaran faktor yang berhubungan dengan penderita kusta di Kecamatan Tamalate Makassar	<i>Observation al</i>	Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian kusta
Norlatifah, 2010	Hubungan kondisi fisik rumah, sarana air bersih, dan karakteristik masyarakat dengan kejadian kusta di Kabupaten Tapin Kalimantan Selatan	<i>Case Control</i>	Ada hubungan yang bermakna antara kondisi fisik rumah dengan kejadian kusta di Kabupaten Tapin Kalimantan Selatan. Tidak ada hubungan yang bermakna antara sarana air bersih dengan kejadian kusta di Kabupaten Tapin Kalimantan Selatan. Tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kejadian kusta di Kabupaten Tapin Kalimantan Selatan. Ada hubungan yang bermakna antara

riwayat kontak dengan kejadian kusta di Kabupaten Tapin Kalimantan Selatan. Ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kejadian kusta di Kabupaten Tapin Kalimantan Selatan. Tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kejadian kusta di Kabupaten Tapin Kalimantan Selatan. Faktor yang paling dominan dalam penularan kejadian kusta di Kabupaten Tapin adalah riwayat kontak diikuti tingkat pendidikan dan kondisi fisik

					rumah.
Muharry, 2014	Faktor kusta	risiko	kejadian	<i>Case Control</i>	Faktor yang berpengaruh terhadap kejadian kusta yaitu kondisi ekonomi keluarga rendah ($p=0,001$ dan $OR=6,356$; $95\% CI=2,212-$ $18,267$) dan kebersihan perorangan buruk ($p=0,000$ dan $OR=15,746$; $95\% CI=4,15959,612$).si mpulan penelitian, kondisi ekonomi keluarga rendah dan kebersihan perorangan buruk mempengaruhi kejadian kusta.
Sales, 2011	Leprosy among Contacts : A Study of Risk Factors	among	Patient	<i>Case Control study</i>	Faktor biologis dan sosial tampaknya terkait dengan kusta

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1. Definisi Kusta

Penyakit kusta adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) yang pertama menyerang saraf tepi, selanjutnya menyerang kulit, mukosa mulut, saluran napas bagian atas, sistem retikuloendotelial, mata, otot, tulang dan testis, kecuali susunan saraf pusat.

Istilah kusta berasal dari bahasa India yakni kushadikenal sejak 1400 tahun sebelum Masehi. Penyakit kusta disebut juga lepra dan *Morbus Hansen*.

Morbus Hansen sesuai dengan nama yang menemukan kuman yaitu Dr. Gerhard Armauer Hansen pada tahun 1874 di Norwegia sehingga penyakit ini disebut *Morbus Hansen* (Kosasih, 2011).

Lepra (kusta) merupakan penyakit infeksi yang dapat menimbulkan kecacatan fisik, stigma sosial dan kesulitan besar (Sales *et al*, 2011).

2.1.2. Epidemiologi

Penyebaran penyakit kusta dari suatu tempat ke tempat yang lain sampai tersebar seluruh dunia, tampaknya disebabkan oleh perpindahan penduduk yang terinfeksi penyakit tersebut. Masuknya kusta ke pulau-pulau Melanesia termasuk Indonesia, diperkirakan terbawa oleh orang-orang Cina. Distribusi penyakit ini tiap-tiap negara maupun dalam negara sendiri ternyata berbeda-beda (Kosasih, 2011).

Menurut WHO (2002), diantara 122 negara yang endemik pada tahun 1985 dijumpai 107 negara telah mencapai target eliminasi kusta dibawah 1 per 10.000 penduduk pada tahun 2000. Pada tahun 2006 WHO mencatat masih ada 15 negara yang melaporkan 1000 atau lebih penderita baru selama tahun 2006.

Lima belas negara ini mempunyai kontribusi 94% dari seluruh penderita baru didunia. Indonesia menempati urutan prevalensi ketiga setelah India, dan Brazil.

2.1.3. Etiologi

Kuman penyebab adalah *Mycobacterium leprae* yang ditemukan oleh G.A.Hansen pada tahun 1874 di norwegia,yang sampai sekarang belum juga dapat dibiakkan dalam media artifisial. *M.Leprae*, berbentuk kuman dengan ukuran 3-8 μm x 0,5 μm ,tahan asam dan alkohol serta positif – gram (Kosasih, 2011).

2.1.4. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta

A. Faktor ekonomi keluarga

Hasil analisis bivariat variabel kondisi ekonomi Keluarga dengan uji *chi square* diperoleh nilai p sebesar 0,002 yang artinya ada hubungan yang bermakna antara kondisi ekonomi keluarga dengan kejadian kusta. Nilai *Odds Ratio* didapatkan OR = 3,817 (95% CI=1,693-8,603) berarti seseorang yang termasuk kondisi ekonomi keluarga rendah mempunyai risiko 3,817 kali lebih besar menderita kusta dibandingkan dengan seseorang yang berkondisi ekonomi keluarga tinggi. Setelah variabel lain dikontrol dalam analisis multivariat OR meningkat menjadi OR=6,356 (95% CI=2,212- 18,267). Sehingga kesimpulannya jika seseorang yang termasuk kondisi ekonomi keluarga rendah mempunyai risiko 6,356 kali lebih besar menderita kusta dibandingkan dengan seseorang yang kondisi ekonomi keluarganya baik. Pendapatan merupakan salah satu faktor yang mempunyai peran dalam mewujudkan kondisi kesehatan seseorang. Pendapatan yang diterima seseorang akan mempengaruhi daya beli terhadap barang-barang kebutuhan pokok dan barang-barang kebutuhan lainnya seperti sandang dan papan (Muharry,2014) selain itu, Departemen Kesehatan (2000) menyebutkan bahwa masalah gizi di

Indonesia masih didominasi oleh kekurangan zat gizi yang disebabkan banyak faktor, di antaranya adalah tingkat sosial ekonomi keluarga. Krisis ekonomi yang dimulai tahun 1997 lalu memberi dampak berupa penurunan kualitas hidup keluarga yang menyebabkan rendahnya daya beli sehingga jumlah keluarga miskin dan anak-anak kekurangan gizi bertambah.

B. Faktor kebersihan (hygiene)

Hasil analisis bivariat variabel kondisi kebersihan perorangan dengan uji *chi square* diperoleh nilai p sebesar 0,000 yang artinya ada hubungan yang bermakna antara kebersihan perorangan dengan kejadian kusta. Nilai *Odds Ratio* didapatkan OR =12,103 (95% CI=3,855- 38,000) berarti seseorang yang memiliki kondisi kebersihan perorangan buruk mempunyai risiko 12,103 kali lebih besar menderita kusta dibandingkan dengan seseorang yang memiliki kondisi kebersihan perorangan baik. Setelah variabel lain dikontrol dalam analisis multivariat *Odds Ratio* meningkat menjadi OR=15,746 (95% CI = 4,159 - 59,612). Sehingga kesimpulannya seseorang yang memiliki kebersihan perorangan buruk mempunyai risiko 15,746 kali lebih besar dibandingkan dengan seseorang yang memiliki kebersihan perorangan baik (Muharry, 2014).

C. Gizi

Kusta merupakan penyakit yang melibatkan sistem imun, dimana kerja sistem imun dipengaruhi oleh asupan gizi dan nutrisi, hal ini sejalan dengan yang dikemukakan menurut *Departemen Kesehatan RI* (2006) bahwa pada prinsipnya ada hubungan yang sinergis antara status gizi dengan kejadian infeksi suatu penyakit. Infeksi dapat menyebabkan status gizi seseorang menjadi buruk, sedang nutrisi yang buruk dapat memperberat kejadian suatu penyakit. Salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi adalah asupan makanan, pada orang yang terinfeksi tubuhnya akan mengalami defisiensi gizi hal ini diakibatkan oleh asupan gizi yang tidak mencukupi sehingga tubuh akan

melakukan katabolisme besar-besaran sehingga memperburuk kerja dari tubuh untuk mengatasi infeksi. Pada penularan infeksi penyakit kusta diketahui faktor nutrisi memiliki peran yang sangat penting. Secara umum diterima bahwa gizi merupakan salah satu determinan penting respons imunitas. Penelitian epidemiologis dan klinis menunjukkan bahwa kekurangan gizi menghambat respons imunitas dan meningkatkan risiko penyakit infeksi. Sanitasi dan higiene perorangan yang buruk, kepadatan penduduk yang tinggi, kontaminasi pangan dan air, dan pengetahuan gizi yang tidak memadai berkontribusi terhadap kerentanan terhadap penyakit infeksi. Berbagai penelitian yang dilakukan selama kurun waktu 35 tahun yang lalu membuktikan bahwa gangguan imunitas adalah suatu faktor antara (*intermediate factor*) kaitan gizi dengan penyakit infeksi sebagai contoh, kekurangan energi protein (KEP) berkaitan dengan gangguan imunitas berperantara sel (*cell-mediated immunity*), fungsi fagosit, sistem komplemen, sekresi antibodi imunoglobulin A, dan produksi sitokin (*cytokines*). Kekurangan zat gizi tunggal, seperti seng, selenium, besi, tembaga, vitamin A, vitamin C, vitamin E, vitamin B6, dan asam folat juga dapat memperburuk respons imunitas. Selain itu, kelebihan zat gizi atau obesitas juga menurunkan imunitas (Chandra, 1997) pada umumnya dampak kekurangan gizi pada penyakit infeksi dikaitkan dengan menurunnya fungsi imunitas tubuh. Kekurangan energi-protein, misalnya, antara lain, menyebabkan penurunan pada proliferasi limfosit, produksi sitokin, dan respons antibodi terhadap vaksin (Lesourd, 1997).

D. Riwayat Kontak Sesama Penderita Kusta

Berdasarkan penelitian dengan riwayat kontak serumah penderita kusta, didapatkan hasil analisis bivariat variabel kontak serumah dengan uji *chi square* diperoleh nilai p sebesar 0,000 yang artinya ada hubungan yang bermakna antara kontak serumah dengan kejadian

kusta. Nilai *Odds Ratio* didapatkan $OR=2,333$ ($95\%CI = 1,856-2,93$) berarti seseorang yang pernah kontak serumah dengan penderita kusta mempunyai risiko 2,333 kali lebih besar menderita kusta dibandingkan dengan seseorang yang tidak kontak serumah dengan penderita kusta (Muharry, 2014).

2.1.5. Patogenesis

M.leprae penyebab lepra tidak dapat dibiakan pada media artifisial, gram positif, obligat intraseluler dan merupakan basil tahan asam. Genom *M.leprae* (327 megabases) lebih pendek dari *M.Tuberculosis* (441 megabases). Genom *M.leprae* hanya mengkode 1600 gen, sedangkan *M.Tuberculosis* mengkode 4000 gen. Pasien disebut pausibasiler jika tidak ditemukan basil tahan asam pada jaringan atau pulasan dan multibasiler jika ditemukan 1 atau lebih basil tahan asam pada jaringan atau pulasan.

Basil ini bersifat obligat intraseluler (hidup dalam sel) terutama sel makrofag dan sel Schwann. Organ yang diserang terutama saraf dan kulit. Untuk pertumbuhan basil memerlukan tempat dingin di tubuh seperti hidung, testis, cuping telinga (*ear lobe*) dan saraf perifer yang dekat kulit. Sebagian besar individu yang terpajan basil lepra tidak tampak penyakit tersebut secara klinis dan terdapat variasi kerentanan atau resistensi terhadap basil tersebut tergantung faktor genetik dan lingkungan.

Kerentanan dan tipe respon yang terjadi berhubungan dengan tipe HLA spesifik, misalnya individu dengan tipe HLA-DR2 dan HLA-DR3 lebih banyak menderita lepra tipe tuberkuloid sedangkan individu dengan tipe HLA-DQ1 menderita lepra tipe lepromatosa. Tergantung pada tingkat imunitas seluler, penyakit dapat berkembang tanpa terkendali, terbatas pada tipenya atau sembuh spontan. Makrofag memegang peranan penting dalam usaha tubuh untuk mengeliminasi basil lepra dan jika sel ini bertemu dengan *M.leprae* akan menghasilkan sitokin seperti IL-1, TNF- α dan IL-12.

Sitokin ini akan menstimulasi jumlah dan aktivitas makrofag lain. Penelitian pada manusia menunjukkan respon terutama Th 1 CD4+ sel T pada

lepra tipe tuberkuloid. Respon ini menghasilkan sitokin (IL-2, IFN- γ dan TNF- β) yang mempertahankan inflamasi. Pada pasien lepra tipe lepramatososa, respon IL-4, IL-5, IL-10 dan IL-13 yang menekan aktivitas makrofag. Dinding sel *M.leprae* mengandung kompleks lipid termasuk *phenolic glycolipid-1* (PGL-1) yang mempunyai peran untuk menekan respon sel T dan produksi IFN- α (seperti juga invasi organisme pada sel Schwann).

Manifestasi klinik kusta dihasilkan oleh respon pejamu terhadap *M.leprae* atau alternatif lain akibat akumulasi sejumlah besar bakteri, berupa gejala infiltrasi difus. Lipoprotein pada dinding *M.leprae* mungkin yang pertama kali memulai respon pejamu terhadap invasi *M.leprae*. Respon ini mungkin penting pada penentuan hasil akhir dari interaksi antara pejamu-agen penyebab. *Phenolic glycolipid 1* merupakan species-specific utama dan unsur imunogenik dari lapisan luar basil. Basil masuk ke dalam saraf dimediasi oleh ikatan trisakarida yang species-specific dalam *phenolic glycolipid 1* dengan *laminin-2* pada basal lamina dari unit Schwann *cell-axon*, mungkin ini yang merupakan alasan mengapa hanya *M.leprae* yang hanya menginvasi perifer (Kartowiguno, 2011).

2.1.6. Diagnosis Kusta

Untuk menetapkan diagnosis penyakit kusta perlu dicari tanda-tanda utama atau tanda kardinal, yaitu:

A. Lesi (kelainan) kulit yang mati rasa.

Kelainan kulit/lesi yang dapat berbentuk bercak keputihan (*hypopigmentasi*) atau kemerahan (*erithematous*) yang mati rasa (*anaesthesia*) (Kosasih, 2011).

B. Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf.

Gangguan fungsi saraf tepi ini biasanya akibat dari peradangan kronis pada saraf tepi (neuritis perifer). Adapun gangguan-gangguan fungsi saraf tepi berupa:

1. Gangguan fungsi sensoris: mati rasa.
2. Gangguan fungsi motoris: kelemahan otot (*parese*) atau kelumpuhan (*paralise*).
3. Gangguan fungsi otonom: kulit kering (Kosasih, 2011).

C. Ditemukannya *M. leprae* pada pemeriksaan bakteriologis (Kosasih, 2011).

2.1.7. Klasifikasi

Terdapat banyak jenis klasifikasi penyakit kusta diantaranya adalah klasifikasi Madrid, klasifikasi Ridley-Jopling, klasifikasi India dan klasifikasi menurut WHO.

A. Klasifikasi Internasional: Klasifikasi Madrid (1953)

Pada klasifikasi ini penyakit kusta dibagi atas *Indeterminate (I)*, *Tuberculoid (T)*, *Borderline-Dimorphous (B)*, *Lepromatous (L)*. Klasifikasi ini merupakan klasifikasi paling sederhana berdasarkan manifestasi klinis, pemeriksaan bakteriologis, dan pemeriksaan histopatologi, sesuai rekomendasi dari *International Leprosy Association* di Madrid tahun 1953 (White *et al*, 2015).

B. Klasifikasi Ridley-Jopling (1966)

Pada klasifikasi ini penyakit kusta adalah suatu spektrum klinis mulai dari daya kekebalan tubuhnya rendah pada suatu sisi sampai mereka yang memiliki kekebalan yang tinggi terhadap *M.leprae* di sisi yang lainnya. Kekebalan seluler (*cell mediated imunity = CMI*) seseorang yang akan menentukan apakah dia akan menderita kusta apabila individu tersebut mendapat infeksi *M.leprae* dan tipe kusta yang akan dideritanya pada spektrum penyakit kusta. Sistem klasifikasi ini banyak digunakan pada penelitian penyakit kusta, karena bisa menjelaskan hubungan antara interaksi kuman dengan respon imunologi seseorang, terutama respon imun seluler spesifik. Kelima tipe kusta menurut Ridley-Jopling adalah tipe *Lepromatous (LL)*, tipe *Borderline Lepromatous (BL)*, tipe *Mid-Borderline (BB)*, tipe *Borderline Tuberculoid (BT)*, dan tipe *Tuberculoid (T)* (White *et al*, 2015).

C. Klasifikasi menurut WHO

Pada tahun 1982, WHO mengembangkan klasifikasi untuk memudahkan pengobatan di lapangan. Dalam klasifikasi ini seluruh penderita kusta hanya dibagi menjadi 2 tipe yaitu tipe Pausibasiler (PB) dan tipe Multibasiler (MB). Sampai saat ini Departemen Kesehatan Indonesia menerapkan klasifikasi menurut WHO sebagai pedoman pengobatan penderita kusta. Dasar dari

klasifikasi ini berdasarkan manifestasi klinis dan hasil pemeriksaan bakteriologi.

Tabel 2.1 Pedoman Utama dalam Menentukan Klasifikasi / Tipe Penyakit Kusta Menurut WHO (1982)

Tanda Utama	Pausibasiler	Multibasiler
Bercak kusta	Jumlah 1-5	Jumlah lebih dari 5
Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi	Hanya 1 saraf	Lebih dari 1 saraf
Pemeriksaan bakteriologi	Tidak dijumpai BTA	Dijumpai BTA

Tabel 2.2 Tabel Lain yang Dapat Dipertimbangkan dalam Penentuan Klasifikasi Menurut WHO (1982)

Kelainan kulit dan hasil pemeriksaan	Pausibasiler (PB)	Multibasiler (MB)
Bercak (makula) mati rasa		
a. Ukuran	Kecil dan besar	Kecil-kecil
b. Distribusi	Unilateral atau bilateral	Bilateral simetris Asimetris
c. Konsistensi	Kering dan kasar	Halus berkilat
d. Batas	Tegas	Kurang tegas
e. Mati rasa pada	Selalu ada dan tegas	Biasanya tidak tegas

bercak		jika ada, terjadi pada yang sudah lanjut
f. Kehilangan kemampuan berkeringat, rambut rontok pada bercak	Selalu ada dan jelas	Biasanya tidak jelas, terjadi pada yang sudah lanjut
Infiltrat		
a. Kulit	Tidak ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
b. Membran mukosa	Tidak pernah ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
c. Ciri-ciri	<i>Central healing</i>	<i>Punch out lesion</i> , Gineko-mastia, madarosis, Hidung pelana dan suara sengau.
d. Nodulus	Tidak ada	Kadang-kadang ada
e. Deformitas	Terjadi dini	Biasanya asimetris

2.1.8. Pengobatan Kusta

Pengobatan Kusta (*Multi Drug Therapy / MDT*)

Obat yang dipakai dalam pengobatan penyakit kusta adalah :

a. DDS (*Diamino Diphenil Sulfon / Dapsone*)

Dapsone bersifat bakteriostatik atau menghambat pertumbuhan kuman kusta.

Dapsone mempunyai efek samping berupa alergi (manifestasi kulit), anemia

hemolitik, gangguansaluran pencernaan (mual, muntah, tidak nafsu makan), gangguan persarafan (neuropati perifer, vertigo, sakit kepala, mata kabur).

b. Clofazimin

Clofazimin bersifat bakteriostatik dengan efek samping yaitu perubahan warna kulit menjadi ungu sampai kehitaman, gangguan pencernaan berupa mual, muntah, diare dan nyeri lambung.

c. Rifampisin

Rifampisin bersifat bakterisid atau membunuh kuman kusta, 99 % kuman kusta mati dalam satu kali pemberian. Efek samping yang mungkin terjadi setelah pemberian rifampisin yaitu kerusakan hati, gangguan fungsi hati, air seni warna merah dan munculnya gejala influenza.

d. Vitamin

Sulfas ferros, untuk penderita yang anemia berat

Vitamin A, untuk penderita dengan kulit bersisik (*iktiosis*) (Kosasih, 2011).

Pengobatan kusta bisa dengan cara MDT (*multi drug therapy*), adapun cara pemberian adalah:

1. MDT untuk multibasiler (BB, BL, LL atau semua tipe dengan BTA positif) adalah :

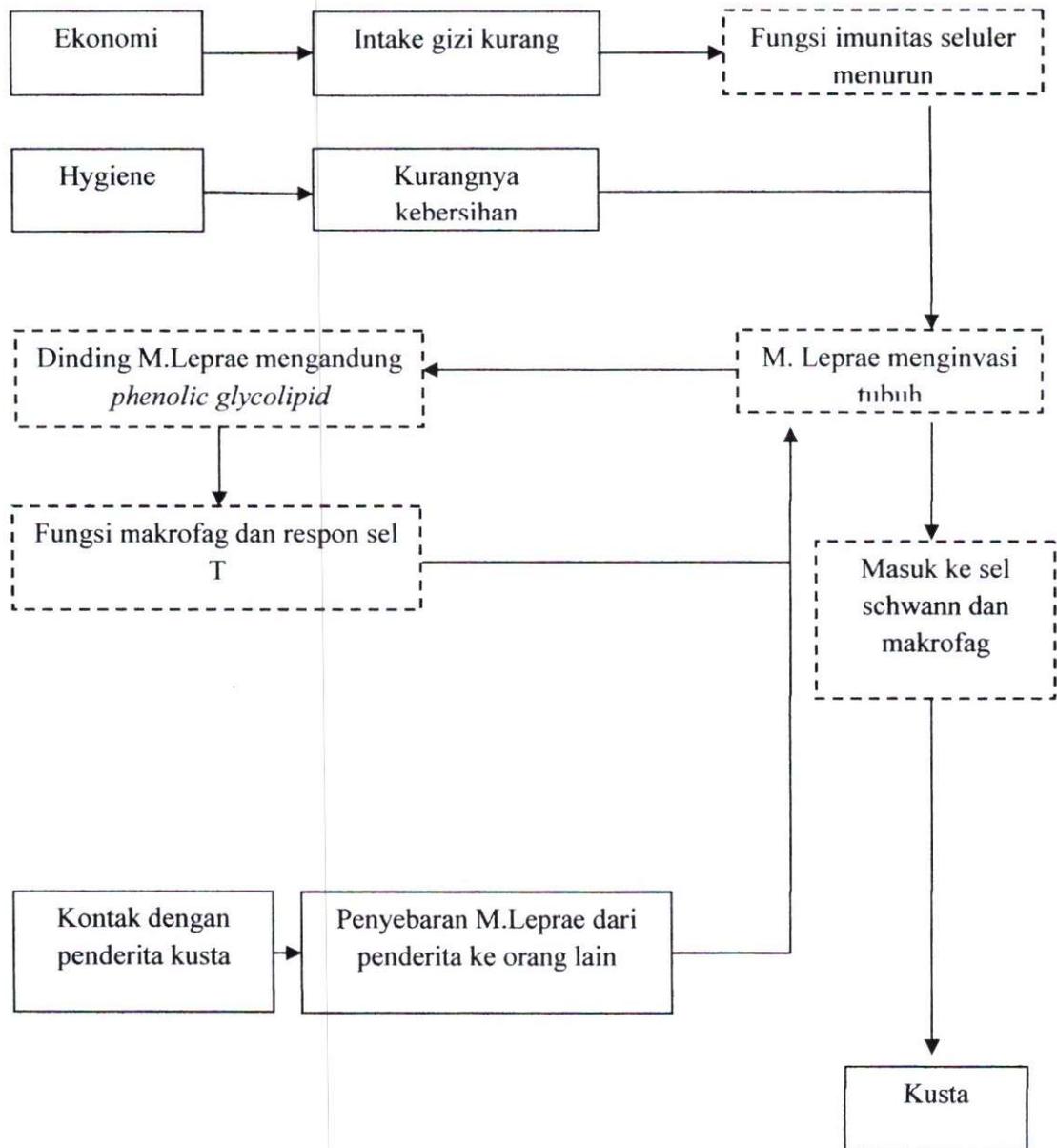
- Rifampisin 600 mg setiap bulan, dalam pengawasan
- DDS 100 mg setiap hari
- Klofazimin: 300 mg setiap bulan, dalam pengawasan, diteruskan 50 mg sehari atau 100 mg selama sehari atau 3 kali 100 mg setiap minggu. Mula-mula kombinasi obat ini diberikan 24 dosis dalam 24-36 bulan dengan syarat bakterioskopis negatif. Apabila, bakterioskopis masih positif, pengobatan harus dilanjutkan sampai bakterioskopis negatif. Selama pengobatan dilakukan pemeriksaan secara klinis setiap bulan dan secara bakterioskopis minimal setiap 3 bulan. Jadi besar kemungkinan pengobatan kusta multibasiler ini hanya selama 2-3 tahun. Kemudian obat dihentikan, dimana pemberhentian pemberian obat lazim disebut RFT (*release from treatment*). Setelah RFT dilakukan tindak lanjut

(tanpa pengobatan) secara klinis dan bakterioskopis minimal setiap 5 tahun. Kalau bakterioskopis tetap negatif dan klinis tidak ada keaktifan baru, maka dinyatakan bebas dari pengamatan atau disebut (*release from control*)

2. MDT untuk pausibasilar (I, TT, BT, dengan BTA negatif) adalah:
 - Rifampisin 600 mg setiap bulan dengan pengawasan
 - DDS 100 mg setiap hari

Keduanya diberikan dalam 6 dosis selama 6 bulan sampai 9 bulan, berarti RFT setelah 6 sampai 9 bulan. Selama pengobatan, pemeriksaan secara klinis setiap bulan dan bakterioskopis setelah 6 bulan pada akhir pengobatan. Pemeriksaan dilakukan minimal setiap tahun selama 2 tahun secara klinis dan bakterioskopis. Kalau tidak ada keaktifan baru secara klinis dan bakterioskopis tetap negatif, maka dinyatakan RFC (Kosasih,2011).

2.2. Kerangka Teori



□ : variable yang diteliti

□ : variable yang tidak diteliti

Bagan 2.1 : Kerangka Teori

2.3 Hipotesis

2.3.1. Hipotesis Null (H₀)

1. Bahwa tidak ada hubungan antara faktor ekonomi dengan kejadian Kusta di RS.Dr.Rivai Abdullah Sungai Kundur
2. Bahwa tidak ada hubungan antara hygiene dengan kejadian Kusta di RS.Dr.Rivai Abdullah Sungai Kundur
3. Bahwa tidak ada hubungan antara frekuensi kontak dengan penderita Kusta dengan kejadian Kusta di RS.Dr.Rivai Abdullah Sungai Kundur

2.3.2. Hipotesis Alternatif (H₁)

1. Bahwa ada hubungan antara faktor ekonomi dengan kejadian Kusta di RS.Dr.Rivai Abdullah Sungai Kundur
2. Bahwa ada hubungan antara hygiene dengan Kusta di RS.Dr.Rivai Abdullah Sungai Kundur
3. Bahwa ada hubungan antara frekuensi kontak dengan penderita Kusta dengan kejadian Kusta di RS.Dr.Rivai Abdullah Sungai Kundur

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan desain *case control*.

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan dari Agustus 2015 sampai Januari 2016 di RS.Kusta DR. Rivai Abdullah, desa Sungai Kundur kecamatan Banyuasin I

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1. Populasi Target

A. Populasi Kasus

Populasi kasus pada penelitian ini adalah seluruh pasien yang didiagnosis menderita kusta

B. Populasi Kontrol

Populasi kontrol pada penelitian ini adalah orang yang bukan merupakan penderita kusta

3.3.2. Populasi Terjangkau

A. Populasi Kasus

Populasi kasus pada penelitian ini adalah semua Pasien Kusta yang didiagnosis menderita Kusta yang berobat di RS. Kusta Dr.Rivai Abdullah desa Sungai Kundur

B. Populasi Kontrol

Populasi kontrol pada penelitian ini adalah semua Pasien yang dinyatakan bukan menderita Kusta di wilayah kerja RS.Kusta Dr.Rivai Abdullah desa Sungai Kundur

3.3.3. Sampel dan Besar Sampel

Sampel penelitian akan dipilih dengan cara jenis *Simple random sampling*, dengan besar sampel dihitung berdasarkan nilai OR dan dihitung dengan rumus sebagai berikut:

$$n_1 = n_2 \frac{[Z\alpha \sqrt{PQ} + Z\beta \sqrt{P_1Q_2 + P_1Q_2}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

(Schellesman)

Keterangan :

n_1 = besar sampel kasus

n_2 = besar sampel kontrol

$Z\alpha = 1,96$ (nilai z pada 95% confidence interval, $\alpha = 0,05$)

$Z\beta = 0,842$ (nilai $z\beta$ pada power 80%)

P_1 = Proporsi paparan pada kasus

P_2 = Proporsi paparan pada kontrol

OR = Odds Ratio

Q = 1-P

3.3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

A. Sampel Kasus

1. Kriteria Inklusi

- a. Penderita Kusta yang menjalani pengobatan di RS.Kusta Dr.Rivai Abdullah desa Sungai Kundur Banyuasin
- b. Bersedia menjadi responden

2. Kriteria Eksklusi

- A. Tidak bersedia menjadi responden

B. Sampel Kontrol

1. Kriteria Inklusi

- a. Bukan merupakan penderita Kusta yang berada di wilayah kerja RS.Kusta Dr.Rivai Abdullah desa Sungai Kundur Banyuasin
- b. Bersedia menjadi responden

2. Kriteria Eksklusi

- a. Tidak bersedia menjadi responden

3.3.5. Cara Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah dengan metode *Simple Random Sampling* (SRS). Dari data sekunder di Rumah Sakit Kusta Dr.Rivai Abdullah Sungai Kundur akan diketahui berapa jumlah pasien Kusta yang menjalani pengobatan.

Selanjutnya pengambilan data primer yang akan diobservasi dan diwawancara secara langsung dengan bantuan instrument wawancara.

3.4. Variabel Penelitian

3.4.1. Variabel Bebas

Variabel Bebas : Faktor berhubungan

1. Ekonomi
2. Kebersihan (*Hygiene*)
3. Kontak dengan penderita Kusta
4. Gizi

3.4.2. Variabel Terikat

Variabel Terikat : Kusta (*Morbus Hanssen*)

3.5 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil	Skala
Variable Bebas					
Faktor Ekonomi	Pendapatan yang dihasilkan oleh seseorang	Wawancara	Kuesioner	1. > 2.206.000 2. < 2.206.000	Ordinal
Hygiene	Upaya kesehatan dengan cara memelihara dan menjaga kebersihan	Wawancara	Kuesioner	1. Baik 2. Buruk	Nominal
Riwayat Kontak	Riwayat kebersihan	Wawancara	Kuesioner	1. Pernah 2. Tidak pernah	Nominal
Gizi	Keseimbangan asupan nutrisi seseorang, yang diukur dari indeks massa tubuh (IMT)	Mengukur tinggi badan dan berat badan sampel kasus dan kontrol	IMT	20,1-25,0 (Lk) < 20,1 (kurus) > 25,0 (gemuk) 18,7-23,8(Pr) < 18,7 (kurus) 23,8 (gemuk)	Ordinal

Variable terikat

Kusta	Infeksi kronis yang disebabkan M. Leprae	Diagnosis klinis Pemeriksaan penunjang	Rekam medik	1. Kusta 2. Tidak kusta	Nominal
-------	--	--	-------------	----------------------------	---------

3.6 Cara Pengumpulan Data

3.6.1. Data Primer

Pengumpulan data untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kusta dilakukan secara langsung dengan melakukan pengisian kuesioner oleh pasien.

3.6.2. Data Sekunder

Data sekunder diambil berdasarkan informasi dari dokumen hasil rekam medik untuk mengetahui data-data yang ingin diperoleh.

3.7 Pengolahan Data

Langkah-langkah dalam pengolahan data sebagai berikut:

1. *Editing* adalah setiap lembar *checklist* diperiksa untuk memastikan bahwa setiap pertanyaan yang terdapat dalam *checklist* telah terisi semua.
2. *Coding* adalah pemberian kode pada setiap jawaban yang terkumpul dalam *checklist* untuk memudahkan proses pengolahan data.
3. *Processing* adalah melakukan pemindahan atau memasukan data dari *checklist* kedalam komputer untuk diproses secara komputerisasi.
4. *Cleaning* adalah proses yang dilakukan setelah data masuk ke komputer, data akan diperiksa apakah ada kesalahan atau tidak.

5. *Tabulating* pada tahap ini jawaban-jawaban responden yang sama dikelompokkan dengan teliti dan teratur lalu dihitung dan dijumlahkan, kemudian dituliskan dalam bentuk tabel-tabel.

3.8 Analisis Data

Analisis data yang dilakukan adalah :

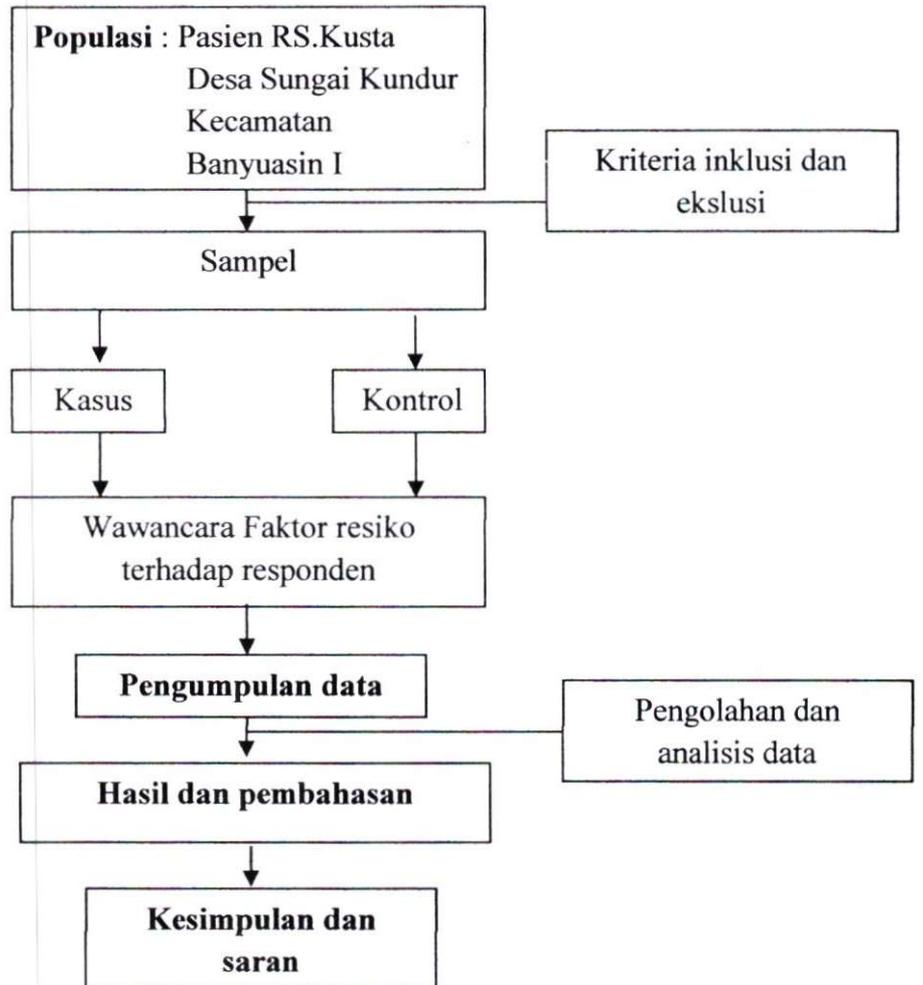
1. Analisis *univariat*.

Mengetahui pengaruh faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kusta, dengan menyajikan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti, disajikan dalam bentuk tabel dan distribusi frekuensi untuk mengetahui proporsi masing-masing variabel.

2. Analisis *bivariat*.

Dilakukan dengan menggunakan uji *odds ratio* untuk mengetahui hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat.

3.9 Alur Penelitian



Bagan 3.1 : Alur penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

Berdasarkan hasil penelitian yang diambil dari pertanyaan yang dibuat dalam bentuk kuisioner di Rumah Sakit Kusta dr.Rivai Abdullah Palembang periode Agustus 2015 – januari 2016 didapatkan sebanyak 66 pasien yang menjadi sampel yang masing – masing terdiri dari 22 kasus dan 44 kontrol. Sampel ini diambil dari pasien penderita Kusta dan Penyakit kulit lainnya yang berobat ke Rumah Sakit Kusta dr.Rivai Abdullah Palembang. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *Consecutive sampling*.

4.1.1 Analisis Univariat

A. Riwayat penyakit kusta

Pada penelitian ini, sampel dikelompokkan dalam kriteria pasien yang terkena Kusta dan yang terkena penyakit kulit selain kusta.

Hasil penelitian ini didapatkan distribusi pasien menderita kusta yang dijadikan kelompok kasus dan pasien menderita penyakit kulit lainnya yang dijadikan kontrol dapat dilihat di tabel 4.1. Hasil penelitian didapatkan 33,3% pasien menderita kusta dan 66,7% pasien menderita penyakit kulit lainnya.

Tabel 4.1 Distribusi Sampel Kasus Kusta dan Bukan Kusta (n=66)

Penyakit	Frekuensi	Persentase (%)
Kusta	22	33.3
Bukan Kusta	44	66.7
Total	66	100

B. Faktor ekonomi

Faktor ekonomi dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu penghasilan diatas UMP > 2.206.000 dan dibawah UMP < 2.206.000. Distribusi sampel kasus berdasarkan riwayat merokok dapat dilihat pada tabel 4.2. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 66 total sampel, 63,6% (42 orang) berpenghasilan diatas rata-rata UMP, sedangkan 36,4% (24 orang) berpenghasilan dibawah rata-rata.

Tabel 4.2 Distribusi Sampel Kasus Berdasarkan Faktor Ekonomi (n=66)

Faktor Ekonomi	Frekuensi	Persentase (%)
Diatas UMP	42	63.6
Dibawah UMP	24	36.4
Total	66	100

C. Kebersihan Diri (*Personal Hygiene*)

Personal hygiene dalam penelitian ini sudah dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu kategori baik dan buruk. Distribusi sampel kasus berdasarkan riwayat hygiene dapat dilihat pada tabel 4.3. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 66 sampel didapatkan hasil 60.6% pasien memiliki *personality hygiene* yang baik dan 39.4% memiliki *personal hygiene* yang buruk

Tabel 4.3 Distribusi Sampel Kasus Berdasarkan Riwayat *Personal Hygiene* (n=66)

<i>Personal Hygiene</i>	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	40	60.6
Buruk	26	39.4
Total	66	100

D. Riwayat Kontak

Untuk riwayat kontak dalam penelitian ini sudah dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu kategori pernah dan tidak pernah . Distribusi sampel kasus berdasarkan riwayat hygiene dapat dilihat pada tabel 4.4. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 66 sampel didapatkan hasil 31.8% (21 orang) pasien memiliki atau pernah kontak dengan penderita kusta lainnya dan 68.2% (45 orang) tidak pernah kontak dengan pasien yang memiliki riwayat penyakit kusta

Tabel 4.4 Distribusi Sampel Kasus Berdasarkan Riwayat Kontak (n=66)

Riwayat kontak	Frekuensi	Persentase (%)
Pernah	21	31.8
Tidak Pernah	45	68.2
Total	66	100

E. Gizi

Untuk riwayat gizi dalam penelitian ini sudah dikelompokkan berdasar kelas IMT yaitu kategori baik dan buruk . Distribusi sampel kasus berdasarkan riwayat hygiene dapat dilihat pada tabel 4.5. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 66 sampel didapatkan hasil 71.2% (47 orang) pasien

memiliki status gizi yang baik dan 28.8% (19 orang) memiliki status gizi yang buruk

Tabel 4.5 Distribusi Sampel Kasus Berdasarkan Riwayat Gizi (n=66)

Gizi	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	47	71.2
Buruk	19	28.8
Total	66	100

4.1.2. Analisis Bivariat

A. Hubungan Faktor Ekonomi dengan Kejadian Kusta

Tabel 4.6 Hubungan Ekonomi dengan Kejadian Kusta (n=66)

		Kusta		Total	P
		Kasus	Kontrol		
Ekonomi	Buruk	14	10	24	0.000
		21,2%	15,2%	36,4%	
	Baik	8	34	42	
		12,1%	51,5%	63,6%	
Total		22	44	66	
		33.3%	66.7%	100.0%	

OR = 5,950 (CI 95% = 1,944 – 18,214)

Hubungan faktor ekonomi dengan kejadian kusta dapat dilihat pada tabel 4.6 Hasil penelitian menunjukkan persentase pasien yang ekonominya buruk menderita kusta yaitu 14 orang (21,2%) lebih banyak daripada pasien yang ekonominya baik menderita kusta yakni 8 orang (12,1%). Sedangkan pasien yang

ekonomi nya buruk yang menderita penyakit selain kusta (kontrol) (15,2%) lebih sedikit dari pasien yang ekonomi nya baik menderita peyakit selain kusta (51,5%).

Hasil uji *chi-square* menunjukkan tingkat signifikansi (p) sebesar 0,000 dimana signifikansi $\alpha < 0,05$. Hal ini menunjukkan ada hubungan bermakna antara ekonomi buruk dengan kejadian kusta. Nilai *OR* yang didapat adalah 5,950 dengan *CI* 95% antara (1,944-18,214) , artinya bahwa ekonomi buruk juga merupakan faktor resiko terhadap terjadinya Kusta.

B. Hubungan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Kusta

Tabel 4.7 Hubungan *Hygiene personal* dengan Kejadian Kusta (n=66)

		Kusta		Total	<i>p</i>
		Kasus	Kontrol		
Hygiene	Buruk	14	12	40	0.004
		21,2%	18,2%	39,4%	
	Baik	8	32	26	
		12,1%	48,5%	60,6%	
Total		22	44	66	
		33.3%	66.7%	100.0%	

***OR* = 4,667 (*CI* 95% = 1,564 – 13,922)**

Hubungan *hygiene personal* dengan kejadian kusta dapat dilihat pada tabel 4.7 Hasil penelitian menunjukkan persentase pasien yang *hygiene* nya buruk menderita kusta yaitu 14 orang (21,2%) lebih banyak daripada pasien yang *hygiene* nya baik menderita kusta yakni 8 orang (12,1%). Sedangkan pasien yang *hygiene* nya buruk yang menderita penyakit selain kusta (kontrol) 12 orang (39,4%) lebih sedikit dari pasien yang *hygiene* nya baik menderita peyakit selain kusta 32 orang (48,5%).

Hasil uji *chi-square* menunjukkan tingkat signifikansi (p) sebesar 0,004 dimana signifikansi $\alpha < 0,05$. Hal ini menunjukkan ada hubungan bermakna antara hygiene personal buruk dengan kejadian kusta. Nilai *OR* yang didapat adalah 4,667 dengan *CI* 95% antara (1,564-13,922), artinya bahwa *personal hygiene* yang buruk merupakan faktor resiko terjadinya Kusta.

C. Hubungan Gizi dengan Kejadian Kusta

Tabel 4.8 Hubungan Gizi dengan Kejadian Kusta (n=66)

	Kusta		Total	<i>P</i>	
	Kasus	Kontrol			
Gizi	Buruk	14	5	19	0.000
		21,2%	7,6%	28,8%	
	Baik	8	39	47	
		12,1%	59,1%	71,2%	
Total		22	44	66	
		33.3%	66.7%	100.0%	

***OR* = 13,650 (*CI* 95% = 3,262 – 37,657)**

Hubungan gizi dengan kejadian kusta dapat dilihat pada tabel 4.8 Hasil penelitian menunjukkan persentase pasien yang gizinya buruk menderita kusta yaitu 14 orang (21,2%) lebih banyak daripada pasien yang gizinya baik menderita kusta yakni 8 orang (12,1%). Sedangkan pasien yang gizinya buruk yang menderita penyakit selain kusta (kontrol) 5 orang (7,6%) lebih sedikit dari pasien yang hygiene nya baik menderita penyakit selain kusta 39 orang (59,1%).

Hasil uji *chi-square* menunjukkan tingkat signifikansi (p) sebesar 0,000 dimana signifikansi $\alpha < 0,05$. Hal ini menunjukkan ada hubungan bermakna antara

riwayat gizi dengan kejadian kusta. Nilai *OR* yang didapat adalah 13,650 dengan *CI* 95% antara (3,262-37,657) , artinya bahwa gizi yang buruk merupakan faktor resiko terhadap kejadian Kusta.

D. Hubungan Kontak dengan Kejadian Kusta

Tabel 4.9 Hubungan riwayat kontak dengan Kejadian Kusta (n=66)

		Kusta		Total	<i>P</i>
		Kasus	Kontrol		
Kontak	Pernah	20	1	21	0.000
		30,3%	1,5%	31,8%	
Kontak	Tidak	2	43	45	
		3,0%	65,2%	68,2%	
Total		22	44	66	
		33.3%	66.7%	100.0%	

***OR* = 430,000 (*CI* 95% = 36,797 – 5024,886)**

Hubungan riwayat kontak dengan kejadian kusta dapat dilihat pada tabel 4.9 Hasil penelitian menunjukkan persentase pasien yang pernah kontak dengan penderita kusta lainnya yang kemudian menderita kusta yaitu 20 orang (30,3%) lebih banyak daripada pasien yang tidak memiliki riwayat kontak kemudian menderita kusta yakni 2 orang (3,0%). Sedangkan pasien yang punya riwayat kontak yang menderita penyakit selain kusta (kontrol) 1 orang (31,8%) lebih sedikit dari pasien yang tidak memiliki riwayat kontak menderita penyakit selain kusta 45 orang (68,2%).

Hasil uji *chi-square* menunjukkan tingkat signifikansi (p) sebesar 0,000 dimana signifikansi $\alpha < 0,05$. Hal ini menunjukkan ada hubungan bermakna antara hygiene personal buruk dengan kejadian kusta. Nilai *OR* yang didapat adalah 430,000 dengan *CI* 95% antara (36,797-5024,886), artinya bahwa riwayat kontak merupakan faktor resiko terjadinya kusta.

4.2 Pembahasan

A. Faktor ekonomi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 66 total sampel, 63,6% (42 orang) berpenghasilan diatas rata-rata UMP, sedangkan 36,4% (24 orang) berpenghasilan dibawah rata-rata. Dari jumlah tersebut terbagi atas pasien yang ekonominya buruk menderita kusta yaitu 14 orang (21,2%) lebih banyak daripada pasien yang ekonominya baik menderita kusta yakni 8 orang (12,1%). Sedangkan pasien yang ekonominya buruk yang menderita penyakit selain kusta (kontrol) (15,2%) lebih sedikit dari pasien yang ekonominya baik menderita penyakit selain kusta (51,5%).

Hasil uji *chi-square* menunjukkan tingkat signifikansi (p) sebesar 0,000 dimana signifikansi $\alpha < 0,05$. Hal ini menunjukkan ada hubungan bermakna antara ekonomi buruk dengan kejadian kusta. Nilai *OR* yang didapat adalah 5,950 dengan *CI* 95% antara (1,944-18,214), artinya bahwa ekonomi buruk juga merupakan faktor resiko terhadap terjadinya Kusta. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Muharry (2014) bahwa keluarga dengan penghasilan ekonomi yang rendah, berisiko untuk terkena penyakit kusta, yang berhubungan dengan pernyataan bahwa pemenuhan kebutuhan hidup terutama kecukupan gizi dan sanitasi dipengaruhi oleh baik buruknya ekonomi keluarga yang di representasikan dengan jumlah penghasilan, juga sejalan dengan penelitian Eliningsih (2010) bahwa status ekonomi memiliki hubungan bermakna terhadap kejadian kusta, juga sejalan dengan penelitian Christiana (2009) di jepara bahwa secara statistik terdapat hubungan bermakna antara keadaan ekonomi dengan kejadian kusta, yakni (p) sebesar 0,000.

Berdasarkan penelitian who (2010) bahwa kebanyakan penderita kusta baik kasus baru maupun kasus lama merupakan keluarga yang memiliki status ekonomi yang rendah, dimana status ekonomi yang rendah dapat menjadi faktor yang meningkatkan terjadinya perkembangan kusta yang akan berkorelasi dengan intake nutrisi ketubuh kemudian berhubungan dengan kemampuan kerja dan ketahanan sistem imun tubuh.

B. Personal Hygiene

. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 66 sampel didapatkan hasil 60.6% pasien memiliki personality hygiene yang baik dan 39.4% memiliki personalty hygiene yang buruk. Dari hasil tersebut kemudian dibagi lagi, pasien yang hygiene nya buruk menderita kusta yaitu 14 orang (21,2%) lebih banyak daripada pasien yang hygiene nya baik menderita kusta yakni 8 orang (12,1%). Sedangkan pasien yang hygiene nya buruk yang menderita penyakit selain kusta (kontrol) 12 orang (39,4%) lebih sedikit dari pasien yang hygiene nya baik menderita peyakit selain kusta 32 orang (48,5%).

Hasil uji *chi-square* menunjukkan tingkat signifikansi (p) sebesar 0,004 dimana signifikansi $\alpha < 0,05$. Hal ini menunjukkan ada hubungan bermakna antara hygiene personal buruk dengan kejadian kusta. Nilai *OR* yang didapat adalah 4,667 dengan *CI* 95% antara (1,564-13,922) , artinya bahwa *personal hygiene* yang buruk merupakan faktor resiko terjadinya Kusta.Hal ini sejalan dengan penelitian Muharry (2014) bahwa riwayat hygiene memiliki hubungan dengan kejadian kusta. Selain penelitian diatas juga ada penelitian yang dilakukan Simunati (2012) yang menyatakan hubungan bermakna antara personal hygiene dengan kejadian kusta,yakni dengan didapatkan hasil (p) = 0,000. Sejalan dengan penelitian diatas bahwa personal hygiene yang buruk dapat menjadi tempat perkembang-biakan bakteri sehingga meningkatkan resiko terjadinya penyakit-penyakit infeksi.(Depkes 2007)

Secara teori juga dijelaskan, kebersihan diri (*personal hygiene*) menjadi kebutuhan dasar hidup manusia, sehingga *personal hygiene* atau kebersihan diri perorangan menjadi faktor pencegahan primer yang spesifik. Kebersihan diri juga sangat penting karena hygiene yang baik akan meminimalkan (*port d'entre*) *microorganisme* yang masuk ke tubuh (sari,2007)

C. Gizi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 66 sampel didapatkan hasil 71.2% (47 orang) pasien memiliki status gizi yang baik dan 28.8% (19 orang) memiliki status gizi yang buruk. Dari hasil tersebut didapati persentase pasien yang gizi buruk menderita kusta yaitu 14 orang (21,2%) lebih banyak daripada pasien yang gizi nya baik menderita kusta yakni 8 orang (12,1%). Sedangkan pasien yang gizi nya buruk yang menderita penyakit selain kusta (kontrol) 5 orang (7,6%) lebih sedikit dari pasien yang hygiene nya baik menderita peyakit selain kusta 39 orang (59,1%).

Hasil uji *chi-square* menunjukkan tingkat signifikansi (p) sebesar 0,000 dimana signifikansi $\alpha < 0,05$. Hal ini menunjukkan ada hubungan bermakna antara riwayat gizi dengan kejadian kusta. Nilai *OR* yang didapat adalah 13,650 dengan *CI* 95% antara (3,262-37,657) , artinya bahwa gizi yang buruk merupakan faktor resiko terhadap kejadian Kusta. Hasil ini sejalan dengan penelitian (Suminati,2012) bahwa gizi memiliki hubungan bermakna terhadap kejadian kusta dengan nilai (p)=0,000.

Secara teori hal ini sesuai,bahwa menurut (Depkes,2007) Kusta merupakan penyakit yang melibatkan sistem imun, dimana kerja sistem imun dipengaruhi oleh asupan gizi dan nutrisi.

(Chandra,2011) Bahwa pada prinsipnya ada hubungan yang sinergis antara status gizi dengan kejadian infeksi suatu penyakit. Infeksi dapat menyebabkan status gizi seseorang menjadi buruk, sedang nutrisi yang buruk dapat

memperberat kejadian suatu penyakit. Salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi adalah asupan makanan, pada orang yang terinfeksi tubuhnya akan mengalami defisiensi gizi hal ini diakibatkan oleh asupan gizi yang tidak mencukupi sehingga tubuh akan melakukan katabolisme besar-besaran sehingga memperburuk kerja dari tubuh untuk mengatasi infeksi.

Pada penularan infeksi penyakit kusta diketahui faktor nutrisi memiliki peran yang sangat penting. Secara umum diterima bahwa gizi merupakan salah satu determinan penting respons imunitas. Penelitian epidemiologis dan klinis menunjukkan bahwa kekurangan gizi menghambat respons imunitas dan meningkatkan risiko penyakit infeksi. Sanitasi dan higiene perorangan yang buruk, kepadatan penduduk yang tinggi, kontaminasi pangan dan air, dan pengetahuan gizi yang tidak memadai berkontribusi terhadap kerentanan terhadap penyakit infeksi.

Berbagai penelitian yang dilakukan selama kurun waktu 35 tahun yang lalu membuktikan bahwa gangguan imunitas adalah suatu faktor antara (*intermediate factor*) kaitan gizi dengan penyakit infeksi sebagai contoh, kekurangan energi protein (KEP) berkaitan dengan gangguan imunitas berperantara sel (*cell-mediated immunity*), fungsi fagosit, sistem komplemen, sekresi antibodi imunoglobulin A, dan produksi sitokin (*cytokines*). Kekurangan zat gizi tunggal, seperti seng, selenium, besi, tembaga, vitamin A, vitamin C, vitamin E, vitamin B6, dan asam folat juga dapat memperburuk respons imunitas. Selain itu, kelebihan zat gizi atau obesitas juga menurunkan imunitas.

Selain itu juga secara metabolisme, orang yang memiliki status tubuh yang buruk biasanya tubuh mengkompensasi dengan meningkatkan katabolisme terhadap protein sehingga terjadi penurunan sistem daya tahan tubuh (suminati,2012).

D. Riwayat Kontak

Hasil penelitian menunjukkan persentase pasien yang pernah kontak dengan penderita kusta lainnya yang kemudian menderita kusta yaitu 20 orang (30,3%) lebih banyak daripada pasien yang tidak memiliki riwayat kontak kemudian menderita kusta yakni 2 orang (3,0%). Sedangkan pasien yang punya riwayat kontak yang menderita penyakit selain kusta (kontrol) 1 orang (31,8%) lebih sedikit dari pasien yang tidak memiliki riwayat kontak menderita penyakit selain kusta 45 orang (68,2%).

Hasil uji *chi-square* menunjukkan tingkat signifikansi (p) sebesar 0,000 dimana signifikansi $\alpha < 0,05$. Hal ini menunjukkan ada hubungan bermakna antara hygiene personal buruk dengan kejadian kusta. Nilai *OR* yang didapat adalah 430,000 dengan *CI* 95% antara (36,797-5024,886). Hal ini sejalan dengan penelitian (Muharry,2014) bahwa riwayat kontak dengan sesama penderita kusta memiliki hubungan bermakna dengan terjadinya kejadian kusta.

Menurut (Kosasih,2011) bahwa kusta dapat ditularkan melalui droplet saluran nafas ataupun kontak yang dilakukan terhadap penderita kusta. Hal ini juga sejalan dengan (Mansjoer,2012) bahwa riwayat kontak merupakan riwayat seseorang yang berhubungan dengan penderita kusta baik serumah ataupun tidak. Sumber penularan kusta adalah kusta utuh atau solid yang berasal dari penderita kusta, jadi penularan kusta lebih mudah terjadi jika ada kontak dengan penderita kusta.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Kusta Dr.Rivai Abdullah terhadap 66 responden disimpulkan sebagai berikut :

1. Distribusi kasus kusta berdasar riwayat ekonomi sebesar 14 orang yang berpenghasilan rendah dan 8 orang yang berpenghasilan baik
2. Distribusi kasus kusta berdasarkan riwayat kebersihan diri sebesar 14 orang yang memiliki riwayat kebersihan diri yang buruk dan 8 orang yang memiliki riwayat kebersihan diri yang baik.
3. Distribusi kasus kusta berdasar riwayat gizi sebesar 14 orang memiliki gizi yang kurang baik dan 8 orang memiliki gizi yang baik, yang direpresentasikan melalui pengukuran IMT
4. Distribusi kasus kusta berdasar riwayat kontak terhadap pasien kusta sebesar 20 orang pernah berkontak dengan pasien kusta sebelumnya dan 2 orang tidak pernah.
5. Ditemukan bahwa semua faktor terdapat hubungan bermakna dengan kejadian Kusta di RS Kusta Dr.Rivai Abdullah
6. Ditemukan bahwa semua faktor merupakan faktor resiko terjadinya Kusta di RS Kusta Dr.Rivai Abdullah

5.2. Saran

Saran-saran yang dapat diberikan penulis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi Rumah Sakit Kusta Dr.Rivai Abdullah
Dapat memberikan edukasi sedini mungkin agar dapat menekan angka kejadian dan penyebaran Kusta.
2. Bagi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
Sebagai salah satu sumber bahan seminar atau edukasi dari Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang untuk kelompok masyarakat yang memiliki faktor risiko besar terhadap penyakit kusta
3. Bagi Peneliti Lain
Peneliti berharap terhadap peneliti lain dapat meneruskan penelitian ini agar lebih sempurna, seperti meneliti faktor – faktor resiko lain yang menyebabkan terjadinya penyakit kusta dan ditingkatkan jumlah sampel yang akan diteliti

Lampiran 1



FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

(INFORMED CONSENT)

SURAT PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Kelas :

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dari penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
KUSTA PADA PASIEN KUSTA DI RS dr.RIVAI ABDULLAH**

Dengan sukarela menyetujui diikutsertakan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini serta berhak untuk mengundurkan diri.

Yang menyetujui

Peneliti

Peserta

(M.Bagus Hadi K)

()

LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner pasien

I. Identitas Responden

1. Kelompok : a. Kasus b. Kontrol
2. Nama :
3. Umur :
4. Alamat :
5. Jenis Kelamin :
6. BB :
7. TB :

II. Status Ekonomi

8. Pekerjaan :
 1. PNS
 2. TNI/POLRI
 3. Wiraswasta/Karyawan/Honorer
 4. Tani/Nelayan
 5. Lain-lain....
9. Penghasilan :
 - a. < 1.000.000
 - b. 1.000.000-1.999.000
 - c. 2.000.000-2.999.000
 - d. 3.000.000-3.999.000
 - e. > 4.000.000

III. Riwayat Kontak dengan Penderita Kusta

10. Sebelum menderita penyakit apakah Anda pernah melakukan kontak langsung dengan orang menderita penyakit Kusta sebelumnya ?
 - a. Iya
 - b. Tidak
11. Jika kusta, apakah hubungan anda dengan penderita ?
 - a. Keluarga inti (Ayah, Ibu, Anak, Saudara kandung, Suami/Istri)
 - b. Bukan keluarga inti (tetangga, rekan kerja)
12. Apakah penderita kusta tinggal serumah dengan anda ?
 - a. Iya

b. Tidak

13. Seberapa sering anda melakukan kontak dengan penderita kusta ?

- a. Sering
- b. Kadang-kadang
- c. Jarang

IV. Personal Hygiene

14. Apakah anda sering bertukar pakaian dengan saudara atau teman ?

- a. Ya
- b. Tidak

15. Apakah anda suka bergantian handuk dengan orang lain ?

- a. Ya
- b. Tidak

16. Berapa kali anda memotong kuku dalam seminggu ?

- a. < 4 kali
- b. ≥ 4 kali

17. Sebelum menderita kusta, apakah anda menggunakan sikat gigi bersama orang lain ?

- a. Ya
- b. Tidak

18. Sebelum menderita kusta, apakah anda menggunakan peralatan makan bersama dengan saudara atau orang lain yang menderita penyakit menular ?

- a. Ya
- b. Tidak

19. Jika bagian tubuh anda bersentuhan dengan lendir atau cairan lain dari tubuh orang yang menderita penyakit menular, apakah anda segera mencuci bagian tubuh tersebut dengan sabun ?

- a. Ya
- b. Tidak

Lampiran 2
Distribusi Data Penelitian di SPSS

Crosstabs

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.607 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	8.913	1	.003		
Likelihood Ratio	10.518	1	.001		
Fisher's Exact Test				.002	.001
Linear-by-Linear Association	10.446	1	.001		
N of Valid Cases ^b	66				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for faktor ekonomi (< 2.206.000 / > 2.206.000)	5.950	1.944	18.214
For cohort riwayat kusta = kusta	3.062	1.507	6.224
For cohort riwayat kusta = tidak kusta	.515	.314	.845
N of Valid Cases	66		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.123 ^a	1	.004		
Continuity Correction ^b	6.671	1	.010		
Likelihood Ratio	8.098	1	.004		
Fisher's Exact Test				.007	.005
Near-by-Linear Association	8.000	1	.005		
Total of Valid Cases ^b	66				

0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,67.

Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Hygiene (buruk / baik)	4.667	1.564	13.922
Odds Ratio for cohort riwayat kusta = baik	2.692	1.317	5.502
Odds Ratio for cohort riwayat kusta = buruk	.577	.370	.899
Total of Valid Cases	66		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	19.549 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	17.082	1	.000		
Likelihood Ratio	19.234	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	19.253	1	.000		
Total of Valid Cases ^b	66				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for IMT (Buruk / Baik)	13.650	3.821	48.768
for cohort riwayat kusta = tua	4.329	2.180	8.597
for cohort riwayat kusta = tidak kusta	.317	.148	.680
Total of Valid Cases	66		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	53.114 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	49.107	1	.000		
Likelihood Ratio	59.615	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	52.310	1	.000		
N of Valid Cases ^b	66				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for riwayat kontak (pernah / tidak pernah)	430.000	36.797	5024.886
For cohort riwayat kusta = kusta	21.429	5.510	83.334
For cohort riwayat kusta = tidak kusta	.050	.007	.338
N of Valid Cases	66		

Lampiran 3
Dokumentasi Penelitian

Gambar 1. Mewawancara pasien kontrol.



Gambar 2. Mewawancara pasien kasus.





KEMENTERIAN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RUMAH SAKIT KUSTA Dr. RIVAI ABDULLAH PALEMBANG

Jalan Sungai Kundur Kelurahan Mariana Kecamatan Banyuasin I Kabupaten Banyuasin
Propinsi Sumatera Selatan 30763 Telp. (0711) 7537201 Fax. (0711) 7537204
website : www.rskusta-palembang.com / email : rsdr_rivaiabdullah@yahoo.co.id



Palembang, 2 Juni 2016

Nomor : DM.03.01/1.14/ 2840/ 2016
Perihal : Selesai Penelitian

Yang Terhormat,
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah
di -
P a l e m b a n g

Dengan hormat,

Dengan ini kami sampaikan bahwa, mahasiswa Program Studi Ilmu Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang :

N a m a : M. Bagus Hadi Kesuma
NIM : 702012047
Judul : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta di
Rumah Sakit Kusta dr. Rivai Abdullah Palembang

Memang benar telah selesai melaksanakan Penelitian di RS Kusta dr. Rivai Abdullah Palembang dari tanggal 29 – 31 Desember 2015 dan tanggal 4 – 5 Januari 2016 untuk digunakan sebagai bahan penyusunan skripsi Mahasiswa Program Studi Ilmu Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.

Demikianlah atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur Utama,

dr. Ahmad Budi Arto, MM
NIP.195711061986031002



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN PROPOSAL PENELITIAN

NAMA MAHASISWA : M. Bawa binti Peruma.
 NIM : 90 2012 017.

PEMBIMBING I : Dr. dr. Leguan M.Kes.
 PEMBIMBING II : dr. Hibah Retwan M.Sc.

JUDUL PROPOSAL : Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kusta di rumah sakit kusta dr. Pivai Abdolah Sungai konder.

NO	TGL/BLN/THN KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1	8 Agustus 2015	Persiapan judul			
2	4 September '15	Konsep Bab I, II dan III			
3	8 September '15	Konsultasi Review			
4	1 September '15	Wawancara Bab 1, 2 dan 3			
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang
 Pada Tanggal : 11 10/9 / 2015

a.n. Dekan
 Ketua UPK,

dr. Yesi Assri M.Kes



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : M. Bagis Hadi Kesuma
NIM : 702012 047

PEMBIMBING I : DR. dr. Legiran M. Kes
PEMBIMBING II : dr. Mubashir Ridwan M. Sc.

JUDUL SKRIPSI : Faktor - Faktor yang berhubungan dengan kejadian kusta di rs. KUSTA dr. Rivai Abdullah Sungai Kundur.

NO	TGL/BLN/THN KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1	3 / Agustus / 2016	Konsep Habi dan Pembahasan			
2					
3	5 / Agustus / 2016	Konsep Revisi Habi dan Pembahasan			
4		Pembahasan			
5	5 / Agustus / 2016	gdc Abstrak			
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang

Pada Tanggal : / /

a.n. Dekan
Ketua UPK,