

ABSTRAK

BERBAGAI FAKTOR RISIKO KECACATAN KUSTA TINGKAT II
(Studi Kasus Di Kabupaten Nagan Raya Provinsi Aceh)

T.M. Rafsanjani¹, Djoko Trihadi Lukmono², Henry Setyawan³,
Anies³, Sakundarno Adi⁴

Program Studi Magister Epidemiologi, Program Pascasarjana, Universitas Diponegoro,
Semarang, Indonesia. Gd A Lt 5. Jalan Imam Bardjo, SH., No.5 – Semarang Telp: 024-
8318856; Fax: 024-8318856; Email: epidemiologiundip@yahoo.com; Laman
: www.pasca.undip.ac.id

Latar belakang: Kecacatan tingkat II merupakan masalah besar bagi penderita, sebab hampir seluruh penderitakusta mengalami keterbatasan pada fungsinya dalam masyarakat dan lingkungan kerja akibat adanya penolakan dan stigma negatif. Kabupaten Nagan Raya terdapat 41% daerah *endemis* dengan angka kecacatan tingkat II sebanyak 5%. Berbagai faktor risiko kecacatan kusta tingkat II sudah diketahui, namun ada beberapa variabel yang belum diketahui yaitu karakteristik individu, dan adanya pengobatan tradisional. Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan beberapa faktor *host* dan *environment* merupakan faktor risiko kecacatan kusta tingkat II.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain kasus kontrol pada variabel *host* (umur saat diagnosis ≥ 15 tahun, minum obat kurang teratur, perawatan diri kurang baik, tipe kusta MB, jumlah lesi ≥ 5) dan *environment* (kurangnya dukungan keluarga, pengobatan tradisional dan mendapat stigma kusta). Jumlah subyek sebanyak 84 responden, terdiri dari 42 kasus (cacat kusta tingkat II) dan 42 kontrol (kusta tanpa cacat), dipilih secara *consecutive sampling* dengan memperhatikan kriteria inklusi dan eksklusi. Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara. Analisis data secara bivariat dengan uji *chi-square* dan multivariat dengan uji *regresi logistik*.

Hasil : Terdapat empat variabel yang berisiko terhadap kecacatan kusta tingkat II, yaitu umur saat diagnosis ≥ 15 tahun (OR=8,4, 95% CI=1,1-63,3, $p=0,039$), diagnosis dini lambat (OR=5,4, 95%, CI=1,5-19,6, $p=0,011$), mendapat stigma kusta (OR=4,9, 95% CI=1,6-15,1, $p=0,006$), dan tipe kusta MB (OR=3,9, 95%, CI=1,3-12,1, $p=0,015$).

Simpulan : Beberapa faktor *host* dan *environment* terbukti berisiko terhadap kecacatan kusta tingkat II adalah umur saat diagnosis ≥ 15 tahun, diagnosis dini lambat, mendapat stigma kusta, dan tipe kusta MB dengan probabilitas sebesar 99,96%. Diharapkan untuk melakukan pengawasan pada populasi dengan usia produktif, penemuan kasus secara dini untuk mencegah kecacatan, dan memberikan pemahaman terhadap penderita dan masyarakat agar tidak self stigma. Dilakukan penelitian lanjutan dengan pemeriksaan bakteriologis dan melihat reaksi pada cacat tingkat II dan tingkat I.

Kata Kunci : Risiko kusta, kecacatan kusta tingkat II, *host*, *environment*, sosial budaya.

1. Mahasiswa Magister Epidemiologi Sekolah Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang
2. Doktor Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung
3. Doktor Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang
4. Guru Besar Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang
5. Doktor Magister Epidemiologi Universitas Diponegoro Semarang

ABSTRACT

Various Risk Factors of Level II Leprosy Disability (A Case Study in Nagan Raya Regency, Aceh Province)

*T.M. Rafsanjani¹, Djoko Trihadi Lukmono², Henry Setyawan³,
Anies⁴, Sakundarno Adi⁵
rafteuku@gmail.com*

Background: Level II disability is big problem for the sufferer, because most of the leper experience limitations on their function in society and the workplace as the effect of their rejection and negative stigma. In Nagan Raya Regency, there are 41% endemic areas with the number of level II disability for 5%. Various risk factors of leprosy-related disability level II is already known, however there are some variables still unknown, and the existence of traditional medicine. This research aims to prove some host and environment factors that become the risk factors of disability for level II leprosy.

Method: This research used case-control design approach with the host variable (age during diagnosis > 15 years old, taking medication less regular, poor self-treatment, leprosy type MB, The number of lesions > 5, and environment (lack of family support, traditional medicine, and got stigma of leprosy). The number of subjects of this research are 84 respondents with 42 cases of level II leprosy and 42 controls (leprosy without disability), selected with consecutive sampling by considering the criteria of inclusion and exclusion. The data gathering was conducted with interview method. The data were analyzed with bivariate with chi square test and logistic regression test.

Result: Four variables that had the risk towards leprosy level II disability were age at the diagnosis time ≥ 15 years (OR=8,4, 95% CI=1,1-63,3, p=0,039), too late to do early (OR=5,4, 95%, CI=1,5-19,6, p=0,011), getting negative stigma of leprosy (OR=4,9, 95% CI=1,6-15,1, p=0,006), and kind of leprosy MB (OR=3,9, 95%, CI=1,3-12,1, p=0,015).

Conclusion: Some factors of host and environment that were proven to have risk towards leprosy disability of level II are the age at the time of diagnosis > 15 years, slow early diagnosis, getting negative stigma about leprosy, and kind of leprosy MB with the probability of 99.96 %. Expected to conduct supervision in a population of productive age, early case detection to prevent disability, and give an understanding to the patient and the public to not self-stigma. Conducted further research by bacteriological examination and see the reaction on the disability level II and level I.

Keywords: leprosy risk, leprosy, leprosy disability level II, host, environment, socio cultural.

PENDAHULUAN

Kecacatan tingkat II menjadi masalah besar bagi penderita, sebab hampir seluruh penderitakusta mengalami keterbatasan pada fungsinya dalam masyarakat dan lingkungan kerja akibat adanya penolakan dan stigma negatif.⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ Kecacatan pada organ tersebut membuat penderita akan terganggu secara psikologis, sosial dan ekonomi.⁽⁴⁾ Indonesiamasih terdapat 111 kabupaten/kota dan 12 provinsi dengan prevalensi kusta tinggi.⁽⁵⁾ Angka kecacatan tingkat II di ProvinsiAcehpada tahun 2014 sebesar1,4 per 100.000 penduduk.⁽⁶⁾ Pada tahun 2015 Kabupaten Nagan Raya terdapat 41% daerah *endemis* kusta, dengan angka kecacatan kusta tingkat IIsebanyak 64 kasus.⁽⁷⁾

Kecacatan kusta terjadi melalui infiltrasi langsung langsung *Mycobacteriumlepraes* susunan saraf tepi pada organ mata, kaki dan tangan, dengan reaksi kusta akibat respon hebat imun selulardalam bentuk perubahan kulit dan saraf dengan peradangan. Pada kulit umumnya bertambah aktif lesi atau memunculkan lesi baru yang mengakibatkan terjadinya respons inflamasi pada daerah kulit dan saraf yang terkena.

Inflamasi pada jaringan saraf dapat mengakibatkan kerusakan dan kecacatan. Keterlambatan penemuan dini pada penderita dan melakukan pengobatan memperbesar risiko kecacatan kusta.⁽⁸⁾ Kejadian kecacatan kusta juga dipengaruhi oleh tipe kusta (multi basiler) yang disebabkan adanya reaksikusta tipe I.⁽⁹⁾ Status sosial seperti jenis pekerjaan, usia produktif pada laki-laki semakin memperbesar risiko kontak dengan kuman *Mycobacteriumleprae* dimana pada kelompok tersebut merupakan kelompok yang aktif dalam bekerja sehingga tidak memperhatikan kemungkinan adanya penyakit kusta dan pemeriksaan diri.⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Penelitian yang berkaitan dilakukan di Brazil,⁽¹²⁾ diperoleh hasil bahwa penebalan saraf, usia < 15 tahun, tipe kusta MB, dan pendidikan rendah berisiko OR (8,4), (7,0), (5,7), (5,6) terhadapkecacatan kusta. Penelitian pendukung lain tentang kecacatan kusta.⁽¹³⁾ Penelitian terkait juga dilakukan di Indonesia tentang faktor risiko kejadian kecacatan tingkat 2,dengan hasil bahwa tipe kusta (OR=5,9), reaksi kusta (OR=9,4), keteraturan berobat (OR=0,1), umur (OR=6,4) berisiko terhadap kecacatan kusta tingkat 2.⁽¹⁴⁾

Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan beberapa faktor *host* (umur saat diagnosis ≥ 15 tahun, minum obat kurang teratur, perawatan diri kurang baik, tipe kusta MB, jumlah lesi ≥ 5) dan *environment* (kurangnya dukungan keluarga, pengobatan tradisional dan mendapat stigma kusta) penderita kusta merupakan faktor risiko terjadinya kecacatan kusta tingkat II. Berbagai program telah dilakukan untuk pengendalian kusta, seperti *Multidrug Therapy* (MDT) dan pemberian vaksinasi BCG, dalam kenyataannya angka kecacatan masih tinggi, dan ada beberapa variabel yang berisiko belum diteliti di Kabupaten Nagan Raya, seperti karakteristik individu, masih adanya pengobatan tradisional kusta, sehingga peneliti ingin mengetahui berbagai faktor yang berisiko terhadap kecacatan kusta tingkat II di Kabupaten Nagan Raya Provinsi Aceh.

METODE PENELITIAN

Untuk membuktikan berbagai faktor risiko kecacatan kusta tingkat II di Kabupaten Nagan Raya, maka penelitian ini menggunakan studi penelitian *observasional analitik* dengan rancangan kasus kontrol dimana faktor risiko dipelajari secara *retrospektif* pada kelompok kasus

(penderita kusta cacat tingkat II) dan kelompok kontrol (penderita kusta tidak cacat) di Kabupaten Nagan Raya pada bulan Juli-Agustus 2016. Populasi studi yaitu penderita kusta cacat tingkat II dan cacat tingkat 0 (tidak cacat) yang terdata pada dinas kesehatan Kabupaten Nagan Raya sampai bulan Mei 2016 dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *nonprobability sampling* dengan cara *consecutive sampling*, yaitu pengambilan sampel kelompok kasus dan kelompok kontrol berdasarkan urutan data sekunder, diawali dari data terbaru sampai mencukupi jumlah sampel yang diperlukan.

Sampel pada penelitian ini sebesar 42 kasus diperoleh dengan pertimbangan *odds ratio* hasil dari penelitian sebelumnya, besar sampel untuk penelitian *case control* menurut rumus *Lemeshow*, dan kontrol pembandingan sebesar 42 responden. Pengumpulan data dilakukan wawancara pada responden kasus dan kontrol dengan alat ukur kuisioner telah memperoleh *ethical clearance* dengan nomor: 724/EC/FK-RSDK/2016 dan pengisian *informed consent* oleh responden sebelum melakukan wawancara.

Dalam penelitian ini diuraikan berbagai faktor risiko kejadian kecacatan kusta tingkat II dengan beberapa variabel *host* seperti umur saat diagnosis ≥ 15 tahun, minum obat kurang teratur, perawatan diri kurang baik, tipe kusta MB, jumlah lesi ≥ 5 dan *environment* seperti kurangnya dukungan keluarga, pengobatan tradisional dan mendapat stigma kusta. Analisis bivariat dengan menggunakan uji statistik *chi square*, untuk menganalisis semua variabel yang diteliti dan analisis multivariat dengan uji *regresi logistik* dengan menggunakan program komputer.

HASIL

1. Analisis Univariat

Tabel 1. Distribusi karakteristik responden

No	Karakteristik dan Variabel Responden	Cacat Tingkat II		Tidak Cacat	
		n = 42	(%)	n = 42	(%)
1	Golongan Umur				
	- 1-25 tahun	6	14,3	19	45,2
	- 26-45 tahun	23	54,8	16	38,1
	- > 46 tahun	13	31,0	7	16,7
2	Jenis kelamin				
	- Laki-laki	27	64,3	25	59,5
	- Perempuan	15	35,7	17	40,5
3	Tingkat Pendidikan				
	- Belum/Tidak sekolah	7	16,7	5	11,9
	- Tamat SD/ sederajat	10	23,8	4	9,5
	- Tamat SLTP/ sederajat	7	16,7	3	7,1
	- Tamat SLTA/ sederajat	12	28,6	24	57,1
	- Tamat perguruan tinggi	6	14,3	6	14,2
4	Pekerjaan				
	- Tidak bekerja	8	19,0	17	40,5
	- PNS/ TNI	1	2,4	1	2,4
	- Wiraswasta	8	19,0	9	21,4
	- Petani	25	59,5	15	35,7
5	Status Responden				
	- Lajang	19	45,2	16	38,1
	- Menikah	23	54,8	26	61,9

Sumber: Data primer

Tabel 1 Menunjukkan gambaran variabel determinan penelitian bahwa pada kategori cacat tingkat II sebanyak 54,8 % berusia 25-46 tahun, 64,3 % dengan jenis kelamin laki-laki, 28,6 % dengan tingkat pendidikan SLTA, 59,5 % berprofesi sebagai petani dan 54,8 % status menikah.

Analisis bivariat dimaksudkan untuk membuktikan besar risiko *odds ratio* (OR) faktor yang berisiko (variabel independen) terhadap kecacatan kusta tingkat II (variabel dependen), dengan tingkat kemaknaan 95%. Secara lengkap distribusi faktor yang berisiko terhadap kecacatan kusta tingkat II dapat dilihat pada tabel berikut :

2. Analisis Bivariat

Tabel 2. Odds rasio kasus dan kontrol kecacatan kusta tingkat II

No	Variabel	OR	95% CI	p
Host				
1	Umur saat diagnosis \geq 5 tahun	5,4	1,1-27,0	0,024
2	Minum obat tidak teratur	2,0	0,8-5,4	0,147
3	Perawatan diri kurang baik	2,9	1,2-7,2	0,016
4	Tipe kusta MB	3,6	1,5-7,1	0,009
5	Jumlah lesi \geq 5	2,9	1,2-7,1	0,016
Environment				
6	Dukungan keluarga kurang	2,0	0,7-5,8	0,192
7	Pengobatan tradisional	3,1	1,240-7,7	0,014
8	Mendapat stigma	3,6	1,489-8,9	0,004

Ket. MB (Multi Basiler)

Tabel 2 menunjukkan bahwa variabel yang secara statistik berhubungan dengan kecacatan kusta tingkat II adalah umur saat diagnosis, perawatan diri kurang baik, tipe kusta MB, jumlah lesi \geq 5 pada kategori *host*, pengobatan tradisional dan mendapat stigma kusta pada kategori *environment*.

Variabel yang menjadi kandidat dalam uji regresi logistik adalah variabel yang dalam analisis bivariat mempunyai nilai $p < 0,25$, yaitu umur

saat diagnosis, minum obat tidak teratur, perawatan diri kurang baik, tipe kusta MB, jumlah lesi \geq 5, dukungan keluarga, pengobatan tradisional dan stigma kusta. Hasil analisis multivariat menunjukkan ada empat variabel independen yang terbukti berisiko secara statistik yaitu umur saat diagnosis \geq 15 tahun, diagnosis dini lambat, mendapat stigma kusta dan tipe kusta MB. Untuk hasil analisis multivariat selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3. Hasil analisis multivariat

No	Variabel	Nilai B	OR	95% CI	P
1	Umur saat diagnosis ≥ 15 tahun	2,126	8,4	1,1-63,3	0,039
2	Diagnosis dini lambat	1,679	5,4	1,5-19,6	0,011
3	Mendapat Stigma kusta	1,584	4,9	1,6-15,1	0,006
4	Tipe kusta MB	1,380	3,9	1,3-12,1	0,015
	Konstanta	-5,075			

PEMBAHASAN

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa dari delapan variabel yang dianalisis secara bersama-sama, maka terdapat empat variabel yang terbukti berisiko terhadap kecacatan kusta tingkat II. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa umur saat diagnosis ≥ 15 tahun terbukti 8,4 kali berisiko terhadap kecacatan kusta tingkat II dibandingkan dengan umur saat diagnosis < 15 tahun (8,4 95% CI = 1,1-63,3).

Kecacatan penderita kusta lebih sering terjadi pada penderita usia tua dibandingkan dengan penderita anak-anak atau dewasa muda. Kecacatan pada usia tua cenderung *irreversible*. Kondisi fisik dan penurunan fungsi organ tubuh pada orang tua menjadi faktor risiko terjadinya cacat yang progresif dan *irreversible*.⁽¹¹⁾ Proses ini

terjadi karena kusta merupakan penyakit dengan perjalanan kronik, maka semakin lama *Mycobacterium leprae* berada didalam tubuh semakin buruk pula cacat yang akan ditimbulkan.

Proporsi penderita kusta pada kategori umur produktif yang banyak ditemukan dalam berbagai penelitian dapat disebabkan insiden penyakit kusta sulit diketahui, dan timbulnya kecacatan meningkat sesuai peningkatan umur karena bertambahnya usia akan meningkatkan risiko paparan dan aktivitas pada penderita kusta yang dapat mengakibatkan kecacatan. Masa inkubasi penyakit kusta yang sangat lama juga menyebabkan kebanyakan penderita kusta baru ditemukan pada umur 15-60 tahun.⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾ Penelitian serupa dilakukan pada pasien kusta di

Vietnam, tentang faktor risiko usia dengan kecacatan kusta, menyimpulkan bahwa umur saat didiagnosis kusta ≥ 15 tahun merupakan faktor risiko terjadinya reaksi kusta (OR = 2,3; 95% CI = 1,4 – 3,6).⁽¹⁶⁾

Kondisi kecacatan pada awal penderita didiagnosis berpengaruh terhadap keadaan kecacatan pada saat dan setelah pengobatan. Pada tahun 2010, secara global 5,81% penderita kusta ditemukan dalam kondisi cacat tingkat II. Di Indonesia, persentasi penderita baru dengan cacat tingkat II sebesar 10,71%. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa diagnosis dini lambat berisiko sebesar 5,4 kali terjadinya kecacatan tingkat II dibandingkan dengan diagnosis dini cepat (OR = 5,495% CI = 1,5-19,6).

Faktor yang menyebabkan penderita terlambat datang berobat ke sarana pelayanan kesehatan adalah tidak mengerti tanda dan gejala kusta, malu ke puskesmas, adanya puskesmas yang belum siap, tidak tahu MDT diberikan cuma-cuma dan jarak penderita ke puskesmas atau sarana kesehatan lainnya terlalu jauh.⁽¹⁷⁾ Hal lain menyebabkan terlambatnya penemuan penderita oleh karena penderita malu memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan, banyak diantara mereka lari

kedukun dan akhirnya timbul cacat oleh karena keterlambatan pengobatan.⁽¹⁸⁾

Penderita kusta yang mengalami kecacatan pada saat terdiagnosis biasanya terlambat dalam mencari pengobatan karena penderita kurang waspada terhadap kesehatan dirinya, kurang memperhatikan kelainan kulit yang dideritanya seperti bercak putih atau merah disertai mati rasa yang berkembang perlahan, sehingga tidak dihiraukan oleh penderita. Penderita biasanya baru berobat apabila kelainan itu sudah mengganggu aktivitasnya, misalnya bila terjadi ulkus pada kaki dan kekakuan pada jari-jaritan.⁽¹⁹⁾ Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Makasar tentang risiko kecacatan kusta, dengan hasil bahwa keterlambatan diagnosis berisiko terhadap kejadian kecacatan kusta sebesar 14.750 (95% C.I. 6.689-32.525).

Stigma menunjukkan “tanda” yaitu tanda yang diberikan dalam bentuk cap oleh masyarakat terhadap seseorang, orang yang terstigmatisasi menjadi berperilaku seolah-olah mereka dalam kenyataan yang memalukan atau namanya tercemar.⁽²⁰⁾ Stigmatisasi diri sendiri penderita kusta sangat nyata, orang dengan kusta dapat menjadimalu

mungkin karena sikapnya juga kecacatannya, sikap ini dapat mengisolasi mereka dari masyarakat, dengan demikian pendapat bahwa kusta itu menjijikkan, memalukan harus ditutupi akan menjadi stigma yang nyata pada penderita, penderita akan mengalami kesulitan untuk berinteraksi, akan mengucilkan diri dan sikap ini akan menjadi permanen.⁽²¹⁾

Berdasarkan hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa mendapat stigma kusta berisiko 4,9 kali terhadap kecacatan kusta tingkat II dibandingkan dengan tidak mendapatkan stigma (OR = 4,995% CI = 1,6-15,1). Untuk menghindari efek stigmatisasi penderita kusta menggunakan beragam cara agar orang lain tidak mempelajari atau mengetahui tentang penyakitnya diantaranya menyembunyikan secara efektif tentang penyakitnya, mencegah pengungkapan diri terhadap masyarakat, keluarga dan teman-temannya.⁽¹³⁾

Penelitian ini sejalan dengan penelitian kualitatif tentang faktor-faktor yang melatarbelakangi persepsi penderita terhadap stigma penyakit kusta, penderita kusta berpersepsi, masyarakat disekitar tempat tinggal dan teman-temannya tidak mengetahui

bahwa penderita sedang mengalami sakit kusta, penderita beranggapan bahwa, tetangga dan teman-temannya menyangka penderita berpenyakit lain seperti penyakit diabetes, penyakit syaraf atau penyakit alergi karena salah minum obat, penderita kusta berpersepsi, sikap membatasi diri dalam pergaulan, menutupi kekurangannya/kecacatannya merupakan tindakan untuk mengurangi/mengatasi cap buruk/stigma.⁽²⁰⁾

Keberadaan kuman merupakan salah satu pemicu terjadinya reaksi yang berhubungan dengan kecacatan dimana kuman dapat merupakan antigen respon imun hormonal menyebabkan terbentuknya antibodi terhadap protein tertentu pada *Mycobacterium leprae*. Secara teoritis tipe MB merupakan tipe kusta yang banyak mengandung basil *leprae* dan daya tahan tubuh penderita terhadap penyakit sangat buruk dimana kekebalan seluler pada penderita tipe MB rendah bahkan tidak ada.

Hasil analisis statistik multivariat menunjukkan bahwa tipe kusta MB berisiko 3,9 kali terjadinya kecacatan kusta tingkat II di bandingkan dengan tipe kusta PB (OR = 3,995% CI = 1,3-12,1), hal tersebut membuktikan bahwa tipe kusta *multi basiler* sangat berisiko

terhadap terjadinya cacat pada penderita kusta dibandingkan dengan kusta tipe *pausi basiler* yang dalam pemeriksaan BTA umumnya negatif. Tipe kusta MB yang lebih sering menimbulkan kecacatan derajat 2 ini perlu diberikan perhatian lebih karena hingga tahun 2012 di Kalimantan Barat telah terdaftar sebanyak 74 penderita kusta dengan tipe MB dari total 82 penderita kusta yang terdaftar, selain itu dari total 54 penderita kasus kusta baru pada tahun 2012 sekitar 48 penderita merupakan tipe MB.

Penelitian di Iran tentang kecacatan kusta dilakukan pada 180 penderita kusta, yang terdiri dari 116 laki – laki (64,4%), 64 perempuan (35,6%), dan 126 (70%) penderita kusta merupakan tipe MB, 54 (30%) penderita kusta tipe PB. Diantara 180 penderita kusta 152 (84,4%) adalah penderita cacat.⁽²¹⁾ Penelitian serupa tentang faktor risiko kejadian kecacatan tingkat II pada penderita Kusta di Rs dr. Tadjuddin Chalid Makassar, diperoleh hasil *bivariat* menunjukkan bahwa tipe kusta berisiko terhadap kejadian kecacatan tingkat 2 ($p = 0,006$, $OR=5,905$).⁽¹⁴⁾

Keterbatasan pada penelitian ini adalah : ada beberapa faktor lain yang belum masuk kedalam kerangka

konsep, tetapi secara teoritis dapat mempengaruhi terjadinya kecacatan kusta, misalnya reaksi kusta atau pemeriksaan bakteriologis pada penderita tidak cacat dan tidak dilakukan pemantauan dan pengamatan terhadap faktor risiko pada penderita dengan cacat tingkat I terhadap kecacatan kusta tingkat II.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terdapat empat variabel yang terbukti berisiko terhadap kecacatan kusta tingkat II, yaitu umur saat diagnosis ≥ 15 tahun ($OR=8,4$, $95\% CI=1,1-63,3$), diagnosis dini lambat ($OR=5,4$, $95\% CI=1,5-19,6$), mendapat stigma kusta ($OR=4,9$, $95\% CI=1,6-15,1$), dan tipe kusta MB ($OR=3,9$, $95\% CI=1,3-12,1$). Perhitungan probabilitas menunjukkan bahwa lima variabel yang terbukti berisiko berpeluang sebesar 99,96% terhadap kecacatan kusta tingkat II.

Diharapkan untuk melakukan pengawasan pada populasi dengan usia produktif, penemuan kasus secara dini untuk mencegah kecacatan, dan memberikan pemahaman terhadap penderita dan masyarakat agar tidak self stigma. Dilakukan penelitian lanjutan dengan pemeriksaan

bakteriologis dan melihat reaksi pada

cacat tingkat II dan tingkat I.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Kayong Utara. Profil Program Pemberantasan Penyakit Kusta Kabupaten Kayong Utara tahun 2009- 2011. In Kayong Utara; 2012. p. 1–20.
2. Samrat Kar, G.C.Kar, T.Pati, N.M. Rath SPS. Study of Social Functioning in Leprosy Patients. 1995;
3. Soomro FR, Pathan GM, Abbasi P, Bhatti NS, Hussain J. Deformity and Disability Index in Patients of Leprosy in Larkana Region. *J Pakistan Assoc Dermatologists*. 2008;18(1):29–32.
4. Baison. Dimension and Process of Stigmatization in Leprosy. *Lepr Rev*. 1998;
5. Depkes RI. Buku Pedoman Penyakit Kusta dengan Penanggulangannya. 2001;
6. Depkes RI. Profil Kesehatan Indonesia 2014. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. 40 p.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya. Profil Kesehatan Kabupaten Nagan Raya. 2015;
8. Kemenkes RI. Pedoman Nasional Program Pengendalian Kusta. Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan; 2012. p. 139.
9. Djunaedi H, Pondang. E.F, Harijanto, Soewono H, Tumada, Setiyawan M D. Pedoman Standar Pengobatan dan Pengelolaan Kusta Di Rumah Sakit. Tangerang: RSK Sitanala; 2004. 426 p.
10. Noor N. Analisa Sero Epidemiologis terhadap Kontak Serumah Penderita Kusta di Sulawesi Selatan. In: Disertasi. Makasar: Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin; 1993.
11. Hasnani. Kejadian Cacat Tingkat 2 Pada Penderita Kusta dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi di Provinsi Nangroe Aceh Darussalam Tahun 2002. 2003.
12. Moschioni C, Antunes CMDF, Grossi MAF, Lambertucci JR. Risk Factors for Physical Disability at Diagnosis of 19,283 New Cases of Leprosy. 2010;43(1):19–22.
13. Brakel VWH, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, et al. Disability in People Affected by Leprosy: The Role of Impairment, Activity, Social Participation, Stigma and Discrimination. *Global Health Action*. 2012;5:1–11.
14. Sulastrri A. Faktor Risiko Kejadian Kecacatan Tingkat II Pada Penderita Kusta di RS DR. Tadjajuddin Chalid Makassar. 2013;2 Nomor 4:86–91.
15. Putra IG, Fauzi NAI. Kecacatan pada Penderita Kusta Baru di Divisi Kusta Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2004-2006. 2009;21:9–17.
16. Ranque B, Nguyen VT, Vu HT, Nguyen TH, Nguyen NB, Pham XK, et al. Age is an Important Risk Factor for Onset and Sequelae of Reversal Reactions in Vietnamese Patients with Leprosy. *Clin Infect Dis [Internet]*. 2007;44(1):33–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17143812>
17. Hiswani. Kusta Salah Satu Penyakit Menular yang Masih Dijumpai di Indonesia. *LibraryUSU*. 2001;
18. Pusat Latihan Kusta Nasional. Modul Reaksi dan Pencegahan Cacat. 2012;1–18.
19. Tamba RS. Karakteristik Penderita Penyakit Kusta yang Dirawat Inap di Rumah Sakit Kusta Pulau Sicanang Medan Belawan. In: Skripsi. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara; 2010. p. 1–52.
20. Istiarti T, Widagdo L. Faktor-faktor Yang Melatarbelakangi Persepsi Penderita Terhadap Stigma Penyakit Kusta. Promosi Kesehatan Indonesia. 2009;Vol. 4 No.:19–22.
21. Rad F, Ghaderi E, Moradi G, Salimzadeh H. The Study of Disability Status of Live Leprosy Patients in Kurdistan Province of Iran. *Pakistan J Med Sci*. 2007;23(6):857–61.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Kayong Utara. Profil Program Pemberantasan Penyakit Kusta Kabupaten Kayong Utara tahun 2009- 2011. In Kayong Utara; 2012. p. 1–20.
2. Samrat Kar, G.C.Kar, T.Pati, N.M. Rath SPS. Study of Social Functioning in Leprosy Patients. 1995;
3. Soomro FR, Pathan GM, Abbasi P, Bhatti NS, Hussain J. Deformity and Disability Index in Patients of Leprosy in Larkana Region. *J Pakistan Assoc Dermatologists*. 2008;18(1):29–32.
4. Baison. Dimension and Process of Stigmatization in Leprosy. *Lepr Rev*. 1998;
5. Depkes RI. Buku Pedoman Penyakit Kusta dengan Penanggulangannya. 2001;
6. Depkes RI. Profil Kesehatan Indonesia 2014. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. 40 p.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya. Profil Kesehatan Kabupaten Nagan Raya. 2015;
8. Kemenkes RI. Pedoman Nasional Program Pengendalian Kusta. Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan; 2012. p. 139.
9. Djunaedi H, Pondang. E.F, Harijanto, Soewono H, Tumada, Setiyawan M D. Pedoman Standar Pengobatan dan Pengelolaan Kusta Di Rumah Sakit. Tangerang: RSK Sitanala; 2004. 426 p.
10. Noor N. Analisa Sero Epidemiologis terhadap Kontak Serumah Penderita Kusta di Sulawesi Selatan. In: Disertasi. Makasar: Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin; 1993.
11. Hasnani. Kejadian Cacat Tingkat 2 Pada Penderita Kusta dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi di Provinsi Nangroe Aceh Darussalam Tahun 2002. 2003.
12. Moschioni C, Antunes CMDF, Grossi MAF, Lambertucci JR. Risk Factors for Physical Disability at Diagnosis of 19,283 New Cases of Leprosy. 2010;43(1):19–22.
13. Brakel VWH, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, et al. Disability in People Affected by Leprosy: The Role of Impairment, Activity, Social Participation, Stigma and Discrimination. *Global Health Action*. 2012;5:1–11.
14. Sulastri A. Faktor Risiko Kejadian Kecacatan Tingkat II Pada Penderita Kusta di RS DR. Tadjajuddin Chalid Makassar. 2013;2 Nomor 4:86–91.
15. Putra IG, Fauzi NAI. Kecacatan pada Penderita Kusta Baru di Divisi Kusta Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2004-2006. 2009;21:9–17.
16. Ranque B, Nguyen VT, Vu HT, Nguyen TH, Nguyen NB, Pham XK, et al. Age is an Important Risk Factor for Onset and Sequelae of Reversal Reactions in Vietnamese Patients with Leprosy. *Clin Infect Dis [Internet]*. 2007;44(1):33–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17143812>
17. Hiswani. Kusta Salah Satu Penyakit Menular yang Masih Dijumpai di Indonesia. *Library USU*. 2001;
18. Pusat Latihan Kusta Nasional. Modul Reaksi dan Pencegahan Cacat. 2012;1–18.
19. Tamba RS. Karakteristik Penderita Penyakit Kusta yang Dirawat Inap di Rumah Sakit Kusta Pulau Sicanang Medan Belawan. In: Skripsi. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara; 2010. p. 1–52.
20. Istiarti T, Widagdo L. Faktor-faktor Yang Melatarbelakangi Persepsi Penderita Terhadap Stigma Penyakit Kusta. *Promosi Kesehatan Indonesia*. 2009;Vol. 4 No.:19–22.
21. Rad F, Ghaderi E, Moradi G, Salimzadeh H. The Study of Disability Status of Live Leprosy Patients in Kurdistan Province of Iran. *Pakistan J Med Sci*. 2007;23(6):857–61.