

***THE RELATIONSHIP OF COMORBID DISEASES TO THE DEGREE OF
ADMISSION AND FINAL STATUS OF COVID-19 PATIENTS AT
LABUANG BAJI HOSPITAL IN MAKASSAR CITY YEAR 2020-2022***

**HUBUNGAN PENYAKIT KOMORBID TERHADAP DERAJAT ADMISI
DAN STATUS AKHIR PASIEN COVID-19 DI RUMAH SAKIT LABUANG
BAJI KOTA MAKASSAR
TAHUN 2020-2022**



NURUL ATMITHA MOUDYA LATIF

105421109819

SKRIPSI

**Diajukan Kepada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas
Muhammadiyah Makassar untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
guna Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**

FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

2023

**LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

**HUBUNGAN PENYAKIT KOMORBID TERHADAP DERAJAT
ADMISI DAN STATUS AKHIR PASIEN COVID-19 DI RUMAH
SAKIT LABUANG BAJI KOTA MAKASSAR TAHUN 2020-
2022**

SKRIPSI

Disusun dan diajukan oleh :

NURULATMITHA MOUDYA LATIF

105421109819

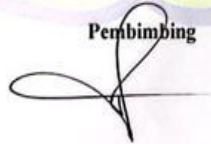
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN

**Telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing Skripsi Fakultas Kedokteran dan
Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassar**

Makassar, 1 MARET 2023

Pembimbing



Dr. dr. Wahyudi, Sp BS (K), FICSd

**PANITIA SIDANG UJIAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

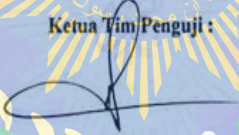
Skripsi dengan judul "HUBUNGAN PENYAKIT KOMORBID TERHADAP DERAJAT ADMISI DAN STATUS AKHIR PASIEN COVID-19 DI RUMAH SAKIT LABUANG BAJI KOTA MAKASSAR TAHUN 2020-2022" telah di periksa, dan disetujui, serta dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassar pada :

Hari/Tanggal : Selasa, 22 Februari 2023

Waktu : 13.00 WITA – selesai

Tempat : Zoom Meeting

Ketua Tim/Penguji :


Dr. dr. Wahvudi, Sp BS (K), FICS

Anggota Tim Penguji :

Anggota 1


dr. Saldy Meirisandy Sp/PD

Anggota 2


Dr.Drs. Darwis Muhdina, M.Ag

PERNYATAAN PENGESAHAN

DATA MAHASISWA :

Nama Lengkap : Nurul Atmitha Moudya Latif

Tempat, Tanggal Lahir : Palopo, 11 Maret 1999

Tahun Masuk : 2019

Nama Pembimbing Akademik : dr. Hairul Anwar, Sp. PK

Nama Pembimbing Skripsi : DR. dr. Wahyudi, Sp.BS (K)

JUDUL PENELITIAN :

**"HUBUNGAN PENYAKIT KOMORBID TERHADAP DERAJAT ADMISI
DAN STATUS AKHIR PASIEN COVID-19 DI RUMAH SAKIT LABUANG
BAJI KOTA MAKASSAR TAHUN 2020-2022"**

Menyatakan bahwa yang bersangkutan telah memenuhi persyaratan akademik dan administrasi untuk mengikuti ujian skripsi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassar.

Makassar, 01 Maret 2023

Mengesahkan,



Juliani Ibrahim, M.Sc., Ph.D

Koordinator Skripsi Unismuh

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap : Nurul Atmitha Moudya Latif

Tanggal Lahir : Palopo, 11 Maret 1999

Tahun Masuk : 2019

Peminatan : Repirasi

Nama Pembimbing Akademik : dr. Hairul Anwar, Sp.PK

Nama Pembimbing Skripsi : DR. dr. Wahyudi, Sp.BS (K)

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

"HUBUNGAN PENYAKIT KOMORBID TERHADAP DERAJAT ADMISI DAN STATUS AKHIR PASIEN COVID-19 DI RUMAH SAKIT LABUANG BAJI KOTA MAKASSAR TAHUN 2020-2022"

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat sebenar-benarnya.

Makassar, 02 Maret 2023



Nurul Atmitha Moudya Latif
105421109819

RIWAYAT HIDUP PENULIS



Nama lengkap : Nurul Atmitha Moudya Latif
Nama Ayah : Latif, S.E. (alm)
Nama Ibu : Hj. Rosma M
Tempat, Tanggal Lahir : Palopo, 11 Maret 1999
Agama : Islam
Alamat : Komp. Pemda Mapala blok E24/10A
Nomor Telepon/HP : 085340549539
Email : atmithamoudya@med.unismuh.ac.id

RIWAYAT PENDIDIKAN

- Tk Kartini PKK Karang- Karangan (2004 – 2005)
- SDN 250 Karang- Karangan (2005 – 2011)
- SMP Negeri 08 Makassar (2011 – 2014)
- SMA Negeri 21 Makassar (2014 – 2017)
- Universitas Muhammadiyah Makassar (2019 – 2023)

FACULTY OF MEDICINE AND HEALTH SCIENCES

MUHAMMADIYAH UNIVERSITY MAKASSAR

Thesis, February 17, 2023

Nurul Atmitha Moudya Latif, Dr. dr. Wahyudi, Sp BS (K), FICS

1Student of Faculty of Medicine, University of Muhammadiyah Makassar Class

of 2019 / email atmithamoudya@med.unismuh.ac.id

THE RELATIONSHIP OF COMORBID DISEASES TO THE DEGREE OF ADMISSION AND FINAL STATUS OF COVID-19 PATIENTS AT LABUANG BAJI HOSPITAL MAKASSAR CITY IN 2020-2022

ABSTRACT

Background: Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) was declared an international public health emergency in February 2020 and first appeared in Wuhan City, Hubei Province, China. The initial appearance of the disease was provisionally named as 2019 novel coronavirus (2019-nCoV). The most important risk factor for COVID-19 is a history of contact with COVID-19 infected patients. All age groups can be infected with COVID-19. However, individuals aged 60 years or above, with comorbidities such as diabetes, chronic respiratory disease, and cardiovascular disease, have a higher risk of infection.

Objective of the study: to see if there is a relationship between comorbid diseases and the severity of admission and final status of Covid-19 patients at Labuang Baji Hospital Makassar 2020-2022.

Research Methods: This study is an analytic descriptive study with a cross sectional method. The population in the study used was patients who had been diagnosed with positive COVID-19 who were recorded in the medical records section at Labuang Baji Hospital Makassar in 02 2020-2022. with the number of samples obtained as many as 421 samples. Where all data is obtained from secondary data in the form of medical records of COVID-19 patients.

Results: The results showed a relationship between comorbid diseases and the severity of admission ($p = 0.000$), Final Status ($p = 0.019$).

Conclusion: There is a relationship between comorbid diseases and the severity of admissions and the final status of COVID-19 patients. Comorbid diseases in COVID-19 patients are hypertension, DM, COPD, CAD, TB, bronchial asthma, cardiomegaly, bilateral pneumonia, CHD, HIV.

Keywords: COVID-19, Comorbidities, Age, Gender, Admissions, Final Status.

FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

Skripsi, 17 Februari 2023

Nurul Atmitha Moudya Latif, Dr. dr. Wahyudi, Sp BS (K), FICS

¹Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar Angkatan 2019/ email atmithamoudya@med.unismuh.ac.id

²Pembimbing

HUBUNGAN PENYAKIT KOMORBID TERHADAP DERAJAT ADMISI DAN STATUS AKHIR PASIEN COVID-19 DI RUMAH SAKIT LABUANG BAJI KOTA MAKASSAR TAHUN 2020-2022

ABSTRAK

Latar Belakang: *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) dinyatakan sebagai darurat kesehatan masyarakat internasional pada Februari 2020 dan pertama kali muncul di Kota Wuhan, Provinsi Hubei, Cina. Awal kemunculan penyakit ini dinamakan sementara sebagai *2019 novel coronavirus (2019-nCoV)*. Faktor risiko COVID-19 paling utama adalah riwayat kontak dengan pasien terinfeksi COVID-19. Semua kelompok umur dapat terinfeksi COVID-19. Akan tetapi, individu berusia lanjut atau di atas 60 tahun, dengan disertai penyakit penyerta seperti diabetes, penyakit pernapasan kronis, dan penyakit kardiovaskular, yang memiliki risiko lebih tinggi terkena infeksi.

Tujuan penelitian: untuk melihat apakah ada hubungan penyakit komorbid terhadap derajat keparahan admisi dan status akhir pasien Covid-19 di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar 2020-2022.

Metode Penelitian: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan metode cross sectional. Populasi pada penelitian yang digunakan adalah pasien yang telah terdiagnosa positif COVID-19 yang tercatat di bagian rekam medik di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar tahun 02 2020- 2022. dengan jumlah sampel yang di dapatkan sebanyak 421 sampel. Dimana semua data diperoleh dari data sekunder yang berupa rekam medis pasien COVID-19.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan penyakit komorbid dengan derajat keparahan admisi ($p=0,000$), Status Akhir ($p=0,019$)

Kesimpulan: Terdapat hubungan antara penyakit komorbid terhadap derajat keparahan admisi dan status akhir pasien COVID-19. Penyakit komorbid pada pasien COVID-19 yaitu Hipertensi, DM, PPOK, CAD, TB, Asma bronchiale, Cardiomegali, Pneumonia bilateral, PJK, HIV.

Kata Kunci: COVID-19, Komorbid, Umur, Jenis Kelamin, Admisi, Status Akhir.

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* yang senantiasa mencurahkan rahmat serta nikmatnya kepada hamba-hambanya. Sholawat serta salam senantiasa tercurah kehadiran Rasulullah *Shallallahu 'alaihi wa sallam* dimana Beliau-lah yang senantiasa berjuang demi menyebarkan agama Allah, agama yang *ramatan lil 'alamin*. Alhamdulillah berkat nikmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi yang berjudul “Hubungan Penyakit Komorbid terhadap Derajat Keparahan Admisi dan Status Akhir Pasien COVID-19 di Rumah Sakit Labuang Baji Kota Makassar tahun 2020-2022” dimana penulisan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan studi dan memperoleh gelar Sarjana Kedokteran dari Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassar.

Suatu kebanggaan dan kesyukuran bagi penulis yang saat ini yang akan melangkah ke tahap pendidikan selanjutnya yakni kepaniteraan klinik untuk meraih gelar dan amanah menjadi seorang dokter. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih yang tak terhingga kepada:

1. Kedua orang tua penulis yang sangat kami cintai, yaitu Bapak Alm. Latif Kiri, S.E. dan Ibu Hj. Rosma M. Nur
2. Saudara kandung penulis drg. Facharul Latif, Fachari Latif, M.K.M. Rathy Widya Ningsih Latif, M.H. selaku kakak yang selalu membimbing , memberikan bantuan, dukungan dan doa yang terbaik bagi penulis selama ini hingga berada di titik kehidupan saat ini.

3. Ayahanda guru kami yang menjadi pembimbing dalam proses penelitian, yaitu Dr. dr. Wahyudi, Sp BS (K), FICS. yang selalu meluangkan waktu untuk membimbing, memberi masukan, dukungan dan doa selama proses penyelesaian studi berlangsung.
4. Dosen Penguji Skripsi, dr. Saldy Meirisandy Sp. PD selaku dosen penguji yang telah memberikan kritik, saran dan arahan dalam menyusun skripsi ini.
5. dr.Hairul Anwar,M.Kes.,Sp.PK selaku pembimbing akademik penulis yang telah banyak memberikan arahan, dukungan dan doa selama proses perkuliahan.
6. Ibu Juliani Ibrahim, M.Sc.Ph.D selaku pembina organisasi Medical Ar-Razi Research Community Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar sekaligus koordinator blok penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassar yang telah memberi pengetahuan tentang penelitian dan senantiasa memberi masukan kepada penulis.
7. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar, Ibunda Prof. Dr. dr. Suryani As'ad, M.Sc, Sp.GK(K) yang telah memberikan sarana dan prasarana sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan inidengan baik.
8. Rektor Universitas Muhammadiyah Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk memperoleh ilmu pengetahuan di Universitas Muhammadiyah Makassar.

9. Segenap jajaran dosen dan seluruh staf di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassa.
10. Sahabat-sahabat penulis sejak SMA Syarifah Wardani, Yustisia Ilma, Shinta Nur Amalia, Andi Nurul Azizah Jasruddin, Eka Sulistiana yang selalu memberikan saran kepada penulis selama proses penulisan proposal skripsi ini.
11. Sahabat-sahabat penulis Ayu pratiwi, Delfionita, Nurfadillah Syam, Nurul Izzah dan Fikiria Arika yang selalu menemani, memberikan saran, dan mendengar keluh kesah selama proses penulisan proposal ini.
12. Saudara -saudari bimbingan skripsi Baso Farihal Farhan, Nurul Izzah dan Melani Ayudi Wirahayu yang senantiasa memberikan saran dan semangat.
13. Teman-teman angkatan 2019 Sigmoides yang senantiasa selalu mewarnai hari-hari sepanjang proses perkuliahan di Prodi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassar.

Penulis menyadari bahwa proposal skripsi ini masih memiliki banyak keterbatasan dan kekurangan, oleh karena itu penulis dengan senang hati akan menerima kritik yang bersifat membangun. Penulis juga berharap penelitian ini dapat membantu sebagai tambahan referensi pada penelitian yang dilakukan dikemudian hari. Akhir kata, penulis berharap semoga Allah membalas segala kebaikan pihak-pihak yang telah membantu menyelesaikan penelitian ini.

Makassar, 17 Februari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PENGUJI	iii
PENYATAAN PENGESAHAN	iv
PENYATAAN TIDAK PLAGIAT	v
RIWAYAT HIDUP PENULIS.....	i
ABSTRACT.....	vii
ABSTRAK.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR TABLE.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. COVID-19.....	6
1. Pengertian COVID-19.....	6
2. Epidemiologi.....	6
3. Etiologi dan Patogenesis	7
4. Faktor Resiko	9
5. Manifestasi Klinis	9
6. Tatalaksana	11
B. PENYAKIT KOMORBID	18

C. TINJAUAN KEISLAMAMAN	19
D. KERANGKA TEORI	22
BAB III KERANGKA KONSEP	23
A. Konsep Pemikiran.....	23
B. Definisi Operasional	23
1. Coronavirus Disease (COVID-19).....	23
2. Umur	24
3. Jenis kelamin.....	24
4. Penyakit Komorbid	25
5. Admisi pasien COVID-19.....	25
6. Status akhir pasien COVID-19.....	26
C. Hipotesis	26
BAB IV METODE PENELITIAN	27
A. Jenis Penelitian.....	27
B. Tempat dan Waktu Penelitian	27
4. Tempat Penelitian	27
5. Waktu Penelitian.....	27
C. Populasi dan Sampel	27
A. Populasi.....	27
B. Sampel.....	27
f) Besar Sampel	28
D. Teknik Pengambilan Sampel.....	29
E. Metode Pengumpulan Data	29
F. Teknik Analisis Data	29
1. Analisis Univariat	29
C. Analisis Bivariat.....	29
G. Instrumen Penelitian	30
H. Etika Penelitian	30
I. Alur Penelitian.....	31
BAB V HASIL PENELITIAN	32
A. Gambaran Umum Populasi/ Sampel	32

B. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	32
C. Analisis.....	32
D. Hasil Analisis Data Kuantitatif	33
1. Analisis Univariat.....	33
A. Usia dan Jenis Kelamin	33
B. Komorbid.....	37
C. Admisi	38
D. Status Akhir	38
C. Analisis Bivariat.....	39
BAB VI PEMBAHASAN.....	42
a) Jenis Kelamin dan Usia.....	42
b) Komorbid.....	45
c) Admisi.....	45
d) Status Akhir.....	46
e) Hubungan Penyakit Komorbid terhadap Derajat Keparahan Admisi dan Status Akhir Pasien Covid-19	47
BAB VII PENUTUP.....	49
A. Kesimpulan	49
B. Saran.....	49
DAFTAR PUSTAKA.....	50

DAFTAR SINGKATAN

WHO : World Health Organization

SARS- CoV2 : Severe Acute Respiratory Syndrome-Related Corona Virus 2

COVID-19 : Corona Virus Disease

ARDS : Acute Respiratory Distress Syndrome

PCR : Polymerase Chain Reaction

PPOK : Penyakit Obstruksi Kronik

CAD : Coronary Artery Disease

PJK : Penyakit Jantung Koroner

HIV : Human Immunodeficient Virus

ICU : Intensive Care Unit

DAFTAR GAMBAR

GAMBAR 2. 1 PATOGENESIS COVID-19	8
GAMBAR 2. 2 KERANGKA TEORI.....	22
GAMBAR 3. 1 KERANGKA KONSEP.....	23
GAMBAR 4. 1 ALUR PENELITIAN.....	31



DAFTAR TABLE

TABLE 5. 1.DISTRIBUSI JENIS KELAMIN DAN UMUR BERDASARKAN DERAJAT KEPARAHAN ADMISI.....	33
TABLE 5. 2 DISTRIBUSI JENIS KELAMIN DAN UMUR BERDASARKAN STATUS AKHIR	35
TABLE 5. 3 DISTRIBUSI FREKUENSI KOMORBID	37
TABLE 5. 4 DISTRIBUSI FREKUENSI ADMISI.....	38
TABLE 5. 5 DISTRIBUSI FREKUENSI STATUS AKHIR.....	39
TABLE 5. 6 HUBUNGAN KOMORBITAS TERHADAP DERAJAT KEPARAHAN ADMISI	39
TABLE 5. 7 HUBUNGAN KOMORBITAS TERHADAP STATUS AKHIR.....	40

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) dimulai di Kota Wuhan, Provinsi Hubei, Cina, sebagai kasus pneumonia tanpa faktor risiko yang jelas, dan dinyatakan sebagai darurat kesehatan masyarakat global pada Februari 2020. Nama asli penyakit ini adalah novel coronavirus of 2019. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) kemudian mengganti nama virus penyebab SARS pada 11 Februari 2020, mereka menyebutnya Sindrom Pernafasan Akut Parah Virus Corona-2 (SARS-CoV-2).⁽¹⁾

Para ahli percaya bahwa usia lanjut adalah salah satu faktor risiko yang berkontribusi pada efek infeksi SARS-CoV-2 yang lebih parah. Selain itu, ada elemen tambahan, terutama penyakit penyerta. Kontak dengan pasien yang terinfeksi COVID-19 adalah satu-satunya faktor risiko terpenting untuk tertular virus. COVID-19 adalah virus yang dapat menginfeksi orang dari segala usia. Namun, mereka yang berusia di atas 60 tahun yang juga menderita diabetes, penyakit pernapasan kronis, atau penyakit kardiovaskular berisiko lebih besar tertular infeksi. Agen penular COVID-19 dapat menyebabkan penyakit ringan atau bahkan kematian. Secara umum, infeksi COVID-19 hanya menyebabkan gejala ringan, tetapi sekitar 14% orang yang terinfeksi mengalami penyakit parah yang memerlukan rawat inap dan oksigenasi, dan 5% dirawat di unit perawatan intensif. Kegagalan banyak organ, seperti ARDS, sepsis, syok septik, dan gagal

ginjal atau jantung akut, dapat memperburuk COVID-19 pada kasus yang parah.⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

Pada 2 Maret 2020, dua kasus pertama COVID-19 dilaporkan di Indonesia. Kematian akibat COVID-19 tertinggi di Asia Tenggara di Indonesia, sebesar 8,9 persen. Secara kumulatif, wilayah dengan kasus terkonfirmasi terbanyak adalah DKI Jakarta, Jawa Timur, Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Sulawesi Selatan.⁽⁵⁾ Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengumumkan pada 12 Maret 2020 bahwa situasinya telah mencapai tingkat pandemi. Setiap hari membawa lebih banyak laporan orang yang terinfeksi COVID-19, baik di seluruh dunia maupun di Indonesia.⁽⁶⁾ Hingga saat ini, pandemi global COVID-19 telah mengakibatkan lebih dari 6 juta kematian dan lebih dari 557 juta kasus terkonfirmasi per 16 Juli 2022.⁽⁵⁾

Kota Makassar, Indonesia, RS Laburan Baji merupakan salah satu RS rujukan kasus COVID-19, namun belum ada peneliti sebelumnya yang meneliti hal tersebut. Mengingat tingginya morbiditas dan mortalitas yang terkait dengan penyebaran cepat COVID-19. Oleh karena itu, peneliti di RS Laburan Baji Kota Makassar melakukan analisis “Hubungan Penyakit Komorbiditas dengan Tingkat Keparahan Masuk dan Status Akhir Pasien Covid-19”.

Wabah penyakit menular telah menjadi topik pembicaraan selama berabad-abad, setidaknya sejak masa Nabi Muhammad SAW. Salah satu sahabat Nabi termasuk di antara mereka yang meninggal karena penyakit itu. Dan rasul mengakhirinya dengan mengatakan:

إِذَا سَمِعْتُمْ بِالطَّاغُوتِ بِأَرْضٍ فَلَا تَدْخُلُوهَا وَإِذَا وَقَعَ بِأَرْضٍ وَأَنْتُمْ بِهَا فَلَا تَخْرِجُوا مِنْهَا

Artinya : Apabila kalian mendengar mengenai wabah-wabah di sebuah negri, maka janganlah kalian memasukinya. Tetapi apabila terjadi wabah di suatu tempat kalian berada, maka janganlah kalian meninggalkan tempat itu.(HR. BUKHARI)

Mengenai judul penulis tentang COVID-19 Penting bagi orang Kristen untuk mengisolasi diri dari masyarakat. Jika Anda seorang Muslim, Anda dapat yakin bahwa wabah ini adalah hadiah dari Tuhan dan peringatan bagi mereka yang berpikir mereka dapat diperdagangkan seperti komoditas atau dieksploitasi untuk meningkatkan ketakwaan seseorang kepada Allah (SWT) untuk mencapai tingkat kesalehan yang lebih tinggi, dan doa memohon perlindungan kepada Allah SWT yang harus selalu kita dekati, dengan harapan suatu saat akan ditemukan sumber wabah ini, karena sesungguhnya Dialah Allah Yang Maha Mengetahui lagi Maha Pencipta.^{(7) (8)}

Berdasarkan uraian di atas, dan penelitian serupa belum pernah dilakukan di Rumah Sakit Labuang Baji, maka penulis tertarik melakukan penelitian untuk mengetahui Hubungan Penyakit Komorbid terhadap Derajat Admisi dan Status Akhir Pasien Covid-19 di Rumah Sakit Labuang Baji Kota Makassar tahun 2020-2022.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, dan penelitian serupa belum pernah dilakukan di Rumah Sakit Labuang Baji, maka penulis tertarik melakukan penelitian untuk mengetahui Hubungan Penyakit Komorbid terhadap Derajat Admisi dan Status Akhir Pasien Covid-19 di Rumah Sakit Labuang Baji Kota Makassar tahun 2020-2022

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis merumuskan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana karakteristik pasien Covid-19 di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar tahun 2020-2022 ?
2. Apakah jenis penyakit komorbid pada pasien Covid-19 di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar 2020-2022 ?
3. Apakah terdapat hubungan antara penyakit komorbid terhadap derajat keparahan admisi dan status akhir pasien Covid-19 di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar 2020-2022?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah pasien Covid-19 yang dirawat di RS Laburan Baji Makassar antara tahun 2020 dan 2022 memiliki korelasi antara tingkat keparahan rawat inap dengan status akhir dan jumlah penyakit yang menyertainya. .

2. Tujuan khusus

- a) Untuk mengetahui karakteristik pasien Covid-19 di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar tahun 2020-2022
- b) Untuk mengetahui apa saja penyakit komorbid pada pasien Covid-19 di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar 2020-2022
- c) Untuk mengetahui hubungan antara penyakit komorbid terhadap derajat keparahan admisi dan status akhir pasien Covid-19 di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar 2020-2022

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Pasien yang dirawat di Rumah Sakit Laburan Baji, Makassar, Indonesia, terkait Covid-19 juga memiliki pemahaman yang lebih baik tentang korelasi antara penyakit penyerta dan tingkat keparahan kondisinya.

2. Bagi institusi

Sebagai bahan bacaan tambahan dan referensi untuk perpustakaan akademik dengan topik hubungan antara penyakit penyerta, keparahan rumah sakit, dan hasil jangka panjang pasien Covid-19.

3. Bagi praktis

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan data kepada peneliti dan dokter mengenai dampak komorbiditas pasien pada tingkat keparahan rawat inap dan hasil pemulangan mereka dalam studi Covid-19.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. COVID-19

1. Pengertian COVID-19

COVID-19 adalah infeksi saluran pernapasan yang disebabkan oleh coronavirus. Beberapa jenis coronavirus menyebabkan infeksi saluran pernapasan yang lebih serius seperti Middle East Respiratory Syndrome (MERS-CoV) dan Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV). Coronavirus ini disebut 2019 novel coronavirus atau 2019-nCoV karena merupakan virus baru yang belum pernah teridentifikasi pada manusia sebelumnya. Virus ini dapat ditularkan melalui droplet, yaitu partikel air yang sangat kecil yang biasanya dikeluarkan saat anda batuk ataupun bersin. Coronavirus rentan terhadap mutasi sebagai bentuk kelangsungan hidup.⁽⁹⁾

2. Epidemiologi

Pada desember 2019, kasus baru penyakit pernapasan dilaporkan di wuhan , Provinsi Hubei, China. Pada januari 2020, dipastikan infeksi tersebut disebabkan oleh virus corona baru yang kemudian diberi nama SARS-CoV-2, namun penyakit yang ditimbulkannya adalah COVID-19. Coronavirus baru ini terkait erat dengan SARS-CoV yang disebutkan di atas yang diidentifikasi dalam wabah 2002-2003.⁽¹⁰⁾

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan wabah SARS-CoV-2 yang berlangsung sebagai pandemi.⁽⁶⁾ Jumlah kasus Covid-19 dunia melonjak menjadi 7.818 kasus pada 30 Januari 2020, dengan 82 kasus Covid-19 di laporkan di 18 negara di luar China.⁽⁶⁾ Kasus pertama Covid-19 menyebar di Indonesia pada 2 Maret 2020 dengan kasus yang terkonfirmasi sebanyak 2 kasus. Hingga 15 Juni 2020, ada 38.277 kasus positif covid-19 dan 2.134 kematian terkonfirmasi.⁽⁹⁾

3. Etiologi dan Patogenesis

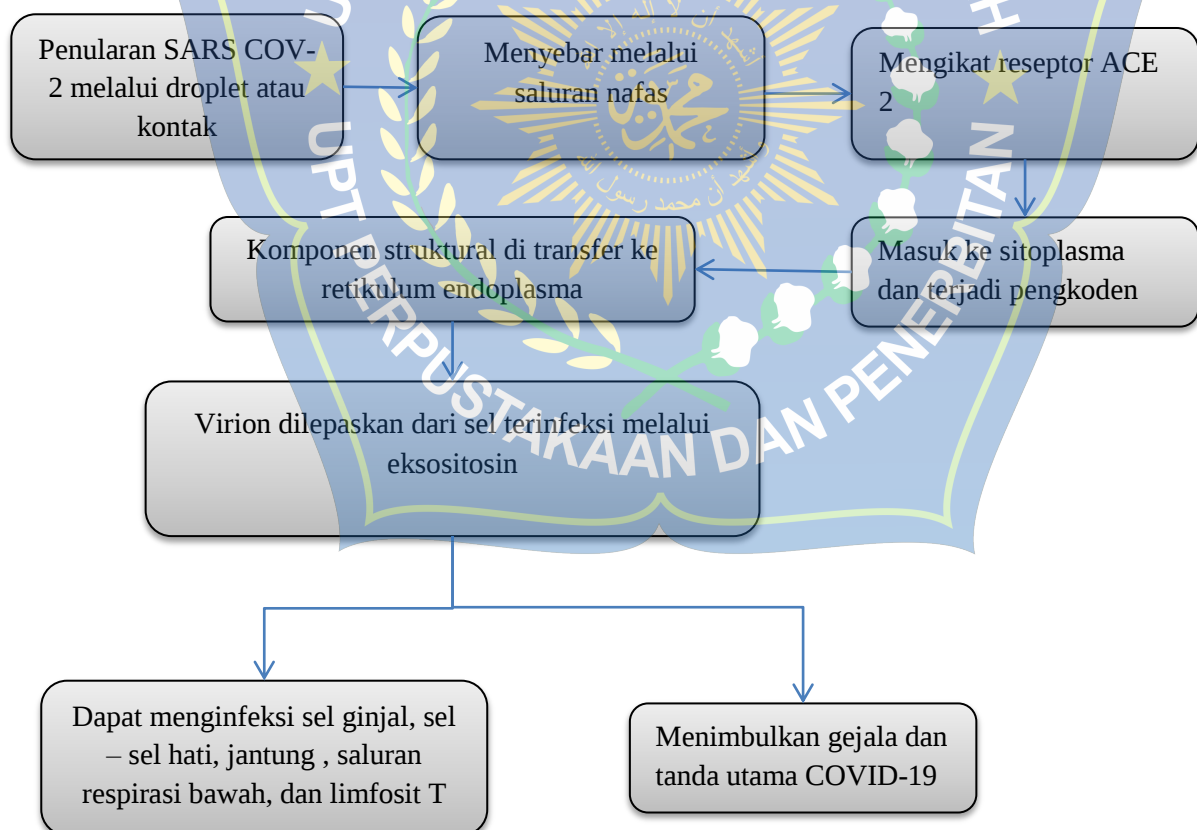
Covid-19 disebabkan oleh Coronavirus yang bernama SARS-CoV-2.⁽¹¹⁾ Coronavirus merupakan suatu virus RNA positif yang diselimuti dengan diameter 60- 140nm, dan terdapat tonjolan di permukaannya, yang memberikan tampilan seperti mahkota di bawah mikroskop elektron.⁽¹²⁾

Patogenesis SARS-CoV-2 masih belum diketahui secara pasti. Akan tetapi, tidak jauh berbeda dari SARS-CoV-2. SARS-CoV-2 ditularkan terutama melalui droplet pernapasan, kontak, dan potensial secara fecal-oral. Replikasi virus primer diduga terjadi pada epitel mukosa saluran pernapasan bagian atas (rongga hidung dan faring).⁽¹³⁾

SARS-CoV-2 menargetkan saluran pernapasan, penularannya melalui tetesan dari individu yang terinfeksi dan kontak dengan patogen, dan dapat bersifat simtomatik atau asimtomatik. Selama masa inkubasi, virus menyebabkan reaksi lambat di paru-paru. Glikoprotein S pada permukaan SARS-CoV-2 yang melekat pada sel mengikat ACE2. Lalu masuk melalui endositosis ke dalam sitoplasma, setelah terjadi

pengkodean, piliprotein dipecah menjadi protease dan chymotrypsin diaktifkan. Lalu, komponen struktural yang dihasilkan mendorong produksi RNA melalui replikasi dan transkripsi di transfer ke lumen retikulum endoplasma. Virion dilepaskan dari sel terinfeksi melalui eksositosin. Virus yang di lepaskan dapat menimbulkan gejala dan tanda utama COVID-19. Selain itu, virus yang dilepaskan dapat menginfeksi sel – sel ginjal, sel-sel hati, jantung, limfosit T , serta saluran respirasi bawah.

(14)



Gambar 2. 1 Patogenesis COVID-19

4. Faktor Resiko

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), menyebutkan bahwa Orang yang berusia di atas 60 tahun, dan orang yang memiliki kondisi medis mendasar seperti diabetes, penyakit jantung, penyakit pernapasan, atau hipertensi termasuk di antara mereka yang berisiko lebih besar terkena penyakit parah atau kritis jika terinfeksi virus.⁽¹⁵⁾ Faktor risiko terpenting untuk COVID-19, yaitu usia, jenis kelamin, diabetes, hipertensi, penyakit jantung, kanker, PPOK dan terdapat faktor lain yang dapat meningkatkan risiko COVID-19, yaitu melemahnya sistem kekebalan tubuh, malnutrisi, imunodefisiensi. Riwayat kontak merupakan faktor risiko utama dalam penularan COVID-19. Penularan yang mungkin terjadi akibat kontak langsung dengan orang yang mungkin terinfeksi. SARS-CoV-2 dapat menginfeksi semua usia tetapi jauh lebih jarang terjadi pada orang di bawah 14 tahun dan sering tanpa gejala pada orang muda. orang tua biasanya terinfeksi batuk dan bersin dari anggota keluarga lain yang terinfeksi dan kenalan atau rawat inap. Tingkat kematian lebih tinggi pada orang tua.^{(4) (16) (17)}

5. Manifestasi Klinis

Masa inkubasi COVID-19 adalah 1- 14 hari, biasanya 3-7 hari. Demam, kelelahan, dan batuk kering dianggap sebagai gejala klinis utama, tetapi gejala seperti hidung tersumbat, pilek, sakit tenggorokan, mialgia, dan diare relatif jarang terjadi. Prognosis untuk orang tua dan orang

dengan penyakit kronis umumnya buruk . Akan tetapi , prognosisnya relative ringan pada anak- anak.⁽¹⁸⁾

Berdasarkan tingkat keparahan, kasus Covid-19 dikategorikan sebagai asimpomatik, ringan , sedang , berat , dan kritis.

- Asimtomatik : keadaan tenang. Pasien tidak menunjukkan gejala
- Ringan : pasien yang memiliki gejala tanpa bukti pneumonia dan hipoksia. Gejalanya meliputi demam, batuk, kelelahan, anoreksia, sesak napas, nyeri otot, gejala nonspesifik seperti sakit tenggorokan, hidung tersumbat, sakit kepala, diare, mual dan muntah, kehilangan penciuman (anosmia) atau kehilangan rasa (ageusia). Pasien lanjut usia dan immunocompromised memiliki gejala yang tidak biasa seperti kelelahan, kehilangan kesadaran, penurunan kapasitas latihan, diare, anoreksia ,delirium dan demam
- Sedang : pasien remaja atau dewasa dengan gejala klinis pneumonia (demam, batuk, dyspnea, takipnea). Namun , tidak ada bukti pneumonia berat. $SpO_2 : \geq 93\%$
- Berat /Pneumonia berat : pada pasien remaja atau dewasa yaitu pasien dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, dyspnea, takipnea) ditambah satu dari: frekuensi pernapasan > 30 x/menit, distress pernapasan berat, atau $SpO_2 : < 93\%$
- Kritis : pasien dengan ARDS,sepsis dan syok sepsis ⁽¹⁸⁾

Perjalanan penyakit dimulai dengan masa inkubasi yang panjang. Sekitar 3-14 hari. Saat ini sel darah putih dan limfosit masih normal

atau rendah, dan penderita tidak menunjukkan gejala. Pada tahap selanjutnya (gejala awal), virus dapat menyebar dalam darah, terutama di jaringan pengekspres ACE2 paru-paru, saluran pencernaan, jantung. Gejala pada tahap ini biasanya ringan. Serangan kedua terjadi 4-7 hari setelah timbulnya gejala. Saat ini, gejala demam masih ada, sesak napas mulai muncul, lesi paru-paru semakin parah, dan limfosit menurun. Penanda inflamasi meningkat dan hiperkoagulabilitas dimulai. Jika dibiarkan, peradangan menjadi tidak terkendali pada fase berikutnya, dan badai sitokin menyebabkan ARDS, sepsis, dan komplikasi.⁽¹⁹⁾

6. Tatalaksana

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), beberapa pengobatan alternative tersedia untuk pasien dengan COVID-19 yang tidak parah dan pasien dengan COVID-19 yang parah atau kritis. Obat yang diberikan bersamaan, durasi pengobatan, dan waktu dari timbulnya gejala hingga mulainya pengobatan. Beberapa dapat digunakan dalam kombinasi (misalnya untuk COVID-19 yang parah atau kritis dan beberapa sebagai alternative).⁽²⁰⁾

Perawatan tergantung pada tingkat keparahan kasus inilah yang dapat anda lakukan :

a. Tanpa gejala

- Karantina dan pemantauan : pemisahan mandiri di rumah atau fasilitas disediakan oleh pemerintah, selama 10 hari sejak

pengambilan specimen diagnosis terkonfirmasi (isolasi terpusat). Tenaga kesehatan melakukan pemantauan dari FKTP terdekat setelah 10 hari karantina dan pemantauan klinis

- Non- farmakologi: selalu gunakan masker, cuci tangan dengan pembersih tangan dan air mengalir, jaga jarak, terapkan etika batuk, berjemur (baiknya sebelum jam 9 pagi dan setelah jam 3 sore) setidaknya 10-15 menit.
- Farmakologi : Melanjutkan pengobatan yang rutin dikonsumsi pada pasien yang terdapat penyakit penyerta/ komorbid. Pemberian tablet vitamin C non-asam 500 mg/6-8 jam secara oral (selama 14 hari), obat vitamin D 1000-5000 IU/hari (tersedia di bentuk tablet 1000IU dan tablet kunyah 5000IU). Serta, pemberian obat-obatan suprtif baik traisional (fitofarmaka) maupun obat modern asli Indonesia (OMAI) yang teregistrasi di BPOM dapat dipertimbangkan untuk diberikan (tetap memperhatikan perkembangan kondisi pasien) dan pemberian obat yang memiliki sifat antioksidan dapat diberikan.

b. Ringan

- Karantina dan Pengendalian : Isolasi mandiri di rumah/ sarana isolasi terpantau sepanjang optimal 10 hari semenjak timbul gejala ditambah 3 hari leluasa indikasi demam serta gangguan

respirasi. Bila indikasi lebih dari 10 hari, maka isolasi dilanjutkan sampai indikasi lenyap ditambah dengan 3 hari leluasa indikasi. Isolasi bisa dilakukan mandiri di rumah ataupun di sarana publik yang dipersiapkan pemerintah. Petugas FKTP diharapkan proaktif melakukan pemantauan keadaan penderita. Sehabis melewati masa isolasi penderita hendak kontrol ke FKTP terdekat.

- Nonfarmakologi : Memberikan edukasi mengenai tindakan yang harus dilakukan

- Farmakologi:

- Vit C dengan opsi:

- Tablet Vit C non acidic 500 mg/ 6- 8 jam oral (buat 14 hari)

- Tablet isap vit C 500 mg/ 12 jam oral(selama 30 hari)

- Multivitamin yang mempunyai kandungan vit c 1- 2 tablet/ 24 jam(sepanjang 30 hari),

- Vitamin D

Dosis 1000-5000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet, kapsul, tablet effervescent, tablet kunyah, tablet hisap, kapsul lunak, serbuk, sirup) selama 14 hari.

- Antivirus

- Favipiravir (sediaan 200 mg) loading dose 1600 mg/12 jam/oral hari ke-1 dan selanjutnya 2 x 600 mg (hari ke 2-5), ATAU

- Molnupiravir (sediaan 200 mg, oral), 800 mg per 12 jam, selama 5 hari, ATAU

- Nirmatrelvir/Ritonavir (sediaan 150 mg/100 mg dalam bentuk kombinasi), Nirmatrelvir 2 tablet per 12 jam, Ritonavir 1 tablet per 12 jam, diberikan selama 5 hari

- Sesuai dengan ketersediaan obat di fasyankes masing-masing

- Pemberian pengobatan simptomatis seperti parasetamol bila demam.

- Obat-obatan suportif baik tradisional (Fitofarmaka) maupun Obat Modern Asli Indonesia (OMAI) yang teregistrasi di BPOM dapat dipertimbangkan untuk diberikan namun dengan tetap memperhatikan

perkembangan kondisi klinis pasien.

- Pengobatan komorbid dan komplikasi yang ada

c. Sedang

- Karantina dan pemantauan : karantina di rumah sakit Ruang perawatan COVID-19.

- Non farmakologi : istirahat total, Manajemen elektrolit, status hidrasi/ terapi cairan, oksigen, pemantauan laboratorium darah tepi lengkap.

- Farmakologi:

- Vitamin C 200-400 mg/8 jam dalam 100 cc NaCl 0,9% dalam 1 jam secara intravena selama perawatan (di habiskan).

- Antivirus

Remdesivir 200 mg IV drip (hari ke-1) dilanjutkan 1x100 mg IV drip (hari ke 2-5 atau hari ke 2-10).

Apabila Remdesivir tidak tersedia maka pemberian antivirus disesuaikan dengan ketersediaan obat di fasyankes masing-masing, dengan pilihan sebagai berikut:

- Favipiravir (sediaan 200 mg) loading dose 1600 mg/12 jam/oral hari ke-1 dan selanjutnya 2 x 600 mg (hari ke 2-5), ATAU
- Molnupiravir (sediaan 200 mg, oral), 800 mg per 12 jam, selama 5 hari, ATAU
- Nirmatrelvir/Ritonavir (sediaan 150 mg/100 mg dalam bentuk kombo), Nirmatrelvir 2 tablet per 12 jam, Ritonavir 1 tablet per 12 jam, diberikan selama 5 hari

- Antikoagulan LMWH/UFH berdasarkan evaluasi DPJP (Lihat penjelasan pada derajat berat/kritis).
- Pengobatan simptomatis (Parasetamol dan lain-lain).
- Pengobatan komorbid dan komplikasi yang ada

d. Berat atau kritis

- Karantina dan Pemantauan : Isolasi di ruang isolasi Intensive Care Unit (ICU) atau High Care Unit (HCU) Rumah Sakit Rujukan
- Non farmakologi : istirahat total, Pemantauan laboratorium darah Periferal lengkap, pemeriksaan foto toraks, pantau kondisi kritis (kegagalan pernapasan yang membutuhkan ventilasi mekanis, syok atau kegagalan multiorgan yang membutuhkan perawatan di unit perawatan intensif (ICU), mulai perawatan Oksigen hidung aliran tinggi Kanula (HFNC).
- Farmakologi
 - Vitamin C 200 – 400 mg/8 jam dalam 100 cc NaCl 0,9% habis dalam 1 jam diberikan secara drip Intravena (IV) selama perawatan
 - Vitamin B1 1 ampul/24 jam/intravena
 - Vitamin D
 - Dosis 1000-5000 IU/hari (tersedia dalam bentuk tablet 1000 IU dan tablet kunyah 5000 IU)

- Bila terdapat kondisi sepsis yang diduga kuat oleh karena ko-infeksi bakteri, pemilihan antibiotic disesuaikan dengan kondisi klinis, fokus infeksi dan faktor risiko yang ada pada pasien. Pemeriksaan kultur darah harus dikerjakan dan pemeriksaan kultur sputum (dengan kehati-hatian khusus) patut dipertimbangkan.

- Antivirus :

Remdesivir 200 mg IV drip (hari ke-1) dilanjutkan 1x100 mg IV drip (hari ke 2-5 atau hari ke 2-10).

Apabila Remdesivir tidak tersedia maka pemberian antivirus disesuaikan dengan ketersediaan obat di fasyankes masing-masing, dengan pilihan sebagai berikut :

- Favipiravir (sediaan 200 mg) loading dose 1600 mg/12 jam/oral hari ke-1 dan selanjutnya 2 x 600 mg (hari ke 2-5), ATAU
- Molnupiravir (sediaan 200 mg, oral), 800 mg per 12 jam, selama 5 hari, ATAU
- Nirmatrelvir/Ritonavir (sediaan 150 mg/100 mg dalam bentuk kombo), Nirmatrelvir 2 tablet per 12 jam, Ritonavir 1 tablet per 12 jam, diberikan selama 5 hari

Saat ini terdapat dua obat antivirus yang baru sebagai pilihan sesuai indikasi dan ketersediaan yaitu molnupiravir dan Nirmatrelvir/Ritonavir (Paxlovid). Kedua obat ini sudah dipakai sebagai obat antivirus untuk Covid-19 di berbagai negara. .⁽²¹⁾

B. PENYAKIT KOMORBID

Komorbid (penyakit penyerta) merupakan suatu kondisi dimana pasien sudah memiliki penyakit bawaan yang sudah ada sebelumnya yang bersifat kronis dan dapat memperburuk perkembangan penyakit.⁽²²⁾ Peningkatan risiko infeksi akibat SARS-CoV-2 dipengaruhi oleh adanya penyakit penyerta yaitu hipertensi, penyakit jantung, kanker, PPOK, diabetes, penyakit ginjal kronis.⁽²³⁾

Dari data kemenkes, Tingkat kematian juga dipengaruhi oleh adanya penyakit bawaan pada pasien. Tingkat 10,5% ditemukan pada pasien dengan penyakit kardiovaskular, 7,3% pada pasien dengan diabetes, 6,3% pada pasien dengan penyakit pernapasan kronis, 6% pada pasien dengan hipertensi, dan 5,6% pada pasien dengan kanker. Selain pengaruh dari lanjut usia, adanya penyakit penyerta (komorbid) memiliki resiko besar untuk mengalami gejala yang lebih berat dan status akhir yang buruk.⁽²⁴⁾

C. TINJAUAN KEISLAMAN

Membicarakan tentang wabah penyakit yang menulari tidak hanya dikenali pada saat ini saja, namun ternyata sudah dikenali sejak dahulu kala yakni zaman Nabi Muhammad SAW. Ayat Al-Quran yang perlu disampaikan adalah ayat mengenai musibah wabah COVID-19 yang terjadi , dimana Allah SWT berfirman dalam surah Al-Hadid ayat 22, berikut :

مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ
مِّن قَبْلُ أَنْ نَبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ ﴿٢٢﴾

Terjemahan : *Tidak ada suatu musibah yang turun di bumi juga yang menimpa diri-diri kalian kecuali telah dituliskan oleh Allah Subhanahu wa Ta'ala. Sesungguhnya hal itu mudah bagi Allah Subhanahu wa Ta'ala. (QS. Al-Hadid [57]: 22)* ⁽²⁵⁾

Kaitannya dengan judul peneliti dimana COVID-19 dan penyakit komorbid merupakan suatu musibah yang menimpa manusia yang telah Allah SWT tetapkan sebelum mereka diciptakan, dimana manusia tidak bisa menolaknya. Semua apa yang terjadi itu telah ditakdirkan Allah SWT. Tidak ada satu musibah pun yang menimpah diri kita, keluarga kita kecuali hal tersebut atas kehendak Allah SWT.

Allah SWT memberitahukan bahwa Dia pasti menimpakan cobaan kepada hamba-hamba-Nya, yakni melatih dan menguji mereka. Dimana, Allah SWT berfirman dalam surah Al-Baqarah ayat 155, berikut :

وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ
وَالْأَنْفُسِ وَالْثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ ﴿١٥٥﴾

Terjemahan : *Dan sungguh akan Kami berikan cobaan kepadamu, dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan. Dan berikanlah berita gembira kepada orang-orang yang sabar.*
 . (QS. Al-Baqarah [2]: 155)

Kaitannya dengan judul peneliti tentang keparahan perawatan pasien COVID-19 yang merupakan ujian yang diberikan Allah SWT. Tentu tidak ada yang menginginkan hal buruk terjadi kepada dirinya, sekalipun ia telah melihat atau mengetahui adanya indikasi hal tersebut akan terjadi. Oleh karena itu, setiap orang akan melakukan langkah antisipasi, baik berupa ikhtiar lahir maupun batin yang berupa doa.

Ayat Al-Quran yang perlu disampaikan adalah ayat tentang kematian yang tidak ada yang tahu kapan, di mana, dan penyebab kematian yang terjadi. Dimana, Allah SWT berfirman dalam surah Ali- Imran ayat 145, berikut :

وَمَا كَانَ لِنَفْسٍ أَنْ تَمُوتَ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ كَتَبَ مُوَجَلًّا وَمَنْ
يُرِدْ ثَوَابَ الدُّنْيَا نُؤْتِهِ مِنْهَا وَمَنْ يُرِدْ ثَوَابَ الْآخِرَةِ نُؤْتِهِ مِنْهَا
وَسَنَجْزِي الشَّاكِرِينَ ﴿١٤٥﴾

Terjemahan : *Sesuatu yang bernyawa tidak akan mati melainkan dengan izin Allah, sebagai ketetapan yang telah ditentukan waktunya. Barang siapa menghendaki pahala dunia, niscaya Kami berikan kepadanya pahala dunia itu, dan barang siapa menghendaki pahala akhirat, Kami*

berikan (pula) kepadanya pahala akhirat itu. Dan kami akan memberi balasan kepada orang-orang yang bersyukur. (QS. Ali- Imran [3]:145)⁽²⁵⁾

Kaitannya dengan judul peneliti tentang status akhir pasien COVID-19 dimana setiap manusia yang bernyawa akan meninggal dunia atas izin Allah SWT. Tidak ada yang mampu menentukan kapan dan cara kematiannya sendiri, sebab kematian merupakan ketetapan yang hanya diketahui oleh Allah SWT. Sama dengan pasien COVID-19 dengan status akhir meninggal yang merupakan cara kematian yang Allah SWT tetapkan untuk memanggil hambanya kembali kepadanya.



D. KERANGKA TEORI

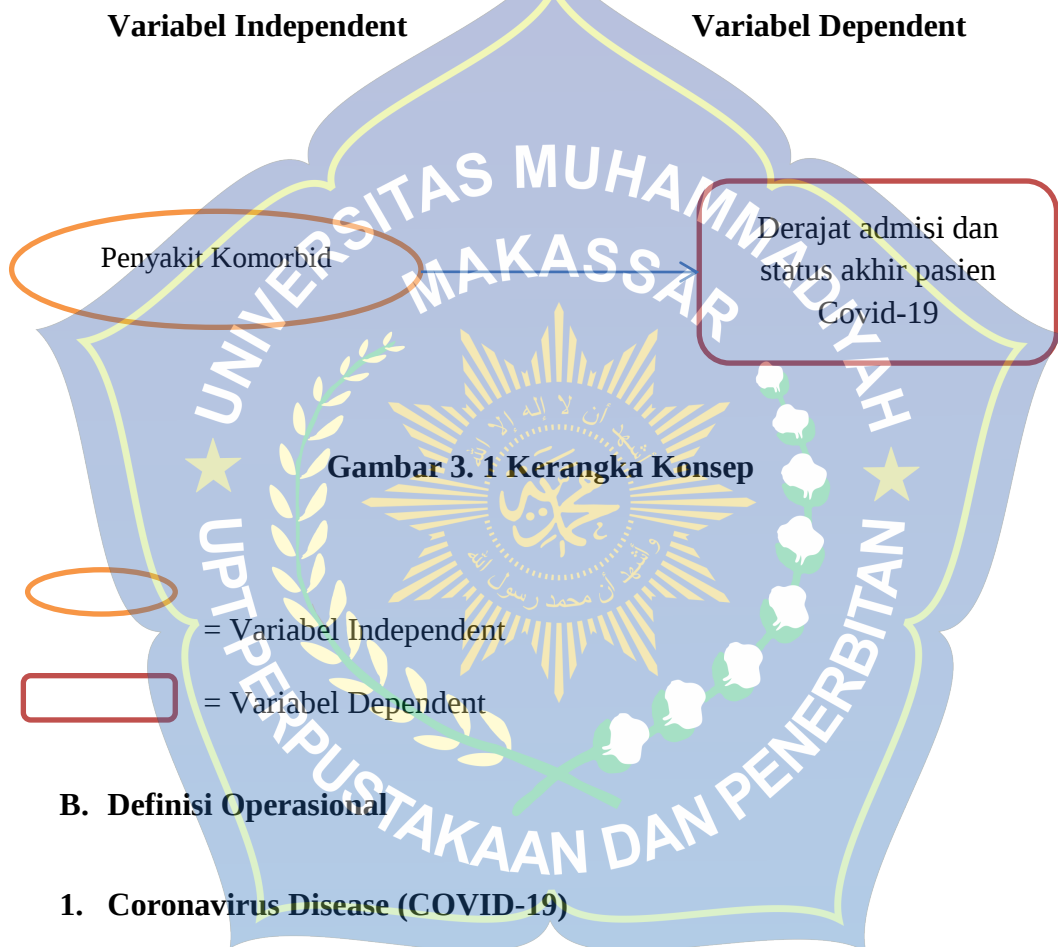


Gambar 2. 2 Kerangka Teori

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Konsep Pemikiran



B. Definisi Operasional

1. Coronavirus Disease (COVID-19)

Pasien positif COVID-19 adalah pasien yang baik bergejala maupun tidak bergejala dengan hasil pemeriksaan PCR positif.

- Alat Ukur : Rekam medis
- Cara Ukur : Pencatatan status pasien melalui rekam medik
- Skala Ukur : Nominal
- Hasil Ukur : Positif Covid-19 (PCR)

2. Umur

Umur merupakan karakteristik data diri yang dimiliki pasien dan terdaftar di rekam medik Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

- Alat Ukur : Rekam medis
- Cara Ukur : Pencatatan status pasien melalui rekam medik
- Skala Ukur : Nominal
- Hasil Ukur :
 - Masa remaja : 17-25 tahun
 - Dewasa awal : 26-35 tahun
 - Dewasa akhir : 36-45 tahun
 - Lansia awal : 46-55 tahun
 - Lansia akhir : 56-65 tahun
 - Manula : > 65 tahun

3. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan karakteristik data diri yang dimiliki pasien dan terdaftar di rekam medik Rumah Sakit Labuang Baji Makassar.

- Alat Ukur : Rekam medis
- Cara Ukur : Pencatatan status pasien melalui rekam medik
- Skala Ukur : Nominal
- Hasil Ukur : Laki-laki/Perempuan

4. Penyakit Komorbid

Penyakit komorbid merupakan penyakit penyerta yang dialami pasien sebelum dan setelah dinyatakan Covid-19 dan terdaftar di rekam medis Rumah Sakit Labuang Baji Makassar. Menurut data kemenkes, komorbid yang sering ditemukan yaitu pada pasien dengan penyakit kardiovaskular, diabetes, penyakit pernapasan kronis, hipertensi, kanker.

- Alat Ukur : Rekam medis
- Cara Ukur : Pencatatan status pasien melalui rekam medik
- Skala Ukur : Nominal
- Hasil Ukur : Ada Komorbid / Tidak terdapat Komorbid

5. Admisi pasien COVID-19

Merupakan derajat dari perkembangan gejala pasien Covid-19 pada saat masuk rumah sakit.

- Alat Ukur : Rekam Medik
- Cara Ukur : Pencatatan status pasien melalui rekam medik
- Skala Ukur : Nominal
- Hasil Ukur :

- Derajat sedang
- Derajat berat

6. Status akhir pasien COVID-19

Merupakan hasil akhir dari derajat perkembangan status klinis yang dialami pasien Covid-19 .

- Alat Ukur : Rekam Medik
- Cara Ukur : Pencatatan status pasien melalui rekam medik
- Skala Ukur : Nominal
- Hasil Ukur :
 - Sembuh
 - Meninggal

C. Hipotesis

Ha : Adanya hubungan antara komorbiditas terhadap derajat keparahan admisi dan status akhir pasien COVID-19 di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar .

H0 : Tidak adanya hubungan antara komorbiditas terhadap derajat keparahan admisi dan status akhir pasien COVID-19 di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar .

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian deskriptif analitik tipe observasional dengan desain analitik *cross-sectional* adalah metode yang akan digunakan. Di mana semua informasi dikumpulkan secara sekunder dari rekam medis pasien COVID-19 komorbid.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

4. Tempat Penelitian

Rumah Sakit Laburan Baji Makassar menjadi tempat penelitian ini.

5. Waktu Penelitian

01 November 2022 – 30 Januari 2023

C. Populasi dan Sampel

A. Populasi

Pasien dengan kasus konfirmasi COVID-19 antara 3/2/2020 dan 30/12/2022 dimasukkan dalam populasi penelitian dari bagian rekam medis Rumah Sakit Laburan Baji Makassar.

B. Sampel

Rekam medis pasien yang dinyatakan positif COVID-19 pada tes reaksi berantai polimerase (PCR) di Rumah Sakit Laburan Baji Makassar digunakan untuk sampel penelitian ini.

d) Kriteria Inklusi

Adapun pasien positif COVID-19 di RS Laburan Baji Makassar memiliki jendela paparan 2/Maret 2020 hingga 30/12/2022.

e) Kriteria Eksklusi

Pasien dengan COVID-19 memiliki catatan medis yang tidak lengkap karena informasi identifikasi yang hilang (seperti usia dan jenis kelamin), tidak adanya penyakit penyerta, dan kurangnya data mengenai tingkat keparahan masuk dan status akhir.

f) **Besar Sampel**

Rumus untuk menghitung jumlah sampel yang diperlukan adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + (N \times d)^2}$$

$$n = \frac{970}{1 + (970 \times 5\%)^2}$$

$$n = \frac{970}{2,353}$$

$$n = 412,23 = 412$$

Keterangan :

N= Besarnya populasi (populasi kasus konfirmasi COVID-19 Rumah Sakit Labuang Baji Makassar)

n = Besarnya sampel

d = Tingkat kepercayaan/ ketepatan yang di inginkan (5%)

Jadi, $n = 412$ adalah jawaban yang benar menggunakan rumus di atas. Akibatnya, 412 lembar informasi dari catatan medis yang sebenarnya diperlukan untuk ukuran sampel penelitian ini.

D. Teknik Pengambilan Sampel

Penelitian ini menggunakan strategi pengambilan sampel *purposive*, dengan peserta dalam sampel memberikan evaluasi mereka sendiri terhadap populasi tempat mereka diambil. Jika kriteria topik penelitian terpenuhi, maka dilakukan evaluasi. Pasien yang memenuhi kriteria dan dirawat di Rumah Sakit Laburan Baji Makassar antara 2 Maret 2020 dan 30 Desember 2022 diikutsertakan dalam penelitian.

E. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data secara langsung digunakan dalam penelitian ini, dengan informasi yang diperoleh dari rekam medis pasien yang terdiagnosis COVID-19 di RS Laburan Baji Makassar antara Maret 2020 dan Desember 2022.

F. Teknik Analisis Data

1. Analisis Univariat

Setiap variabel menjadi sasaran analisis univariat untuk memberikan gambaran tentang distribusi. Data sekunder dari rekam medis pasien di RS Laburan Baji Makassar digunakan untuk penelitian ini.

C. Analisis Bivariat

Variabel independen dan variabel dependen dianalisis menggunakan korelasi bivariat. Uji *Chi-square* kemudian digunakan untuk menentukan

apakah keduanya berhubungan secara statistik. Data sekunder berasal dari tempat-tempat seperti rekam medis yang dapat diakses peneliti setelah fakta. Pada penelitian ini akan digunakan software statistik SPSS untuk melakukan uji *Chi-Square* signifikansi = 0,05 untuk menguji hipotesis komparatif. Dalam studi ini, kita akan melihat dua set informasi: yang menunjukkan bagaimana kondisi komorbiditas pasien COVID-19 memengaruhi rawat inap mereka, dan yang menunjukkan bagaimana kondisi komorbiditas pasien COVID-19 memengaruhi status kesehatan akhir mereka.

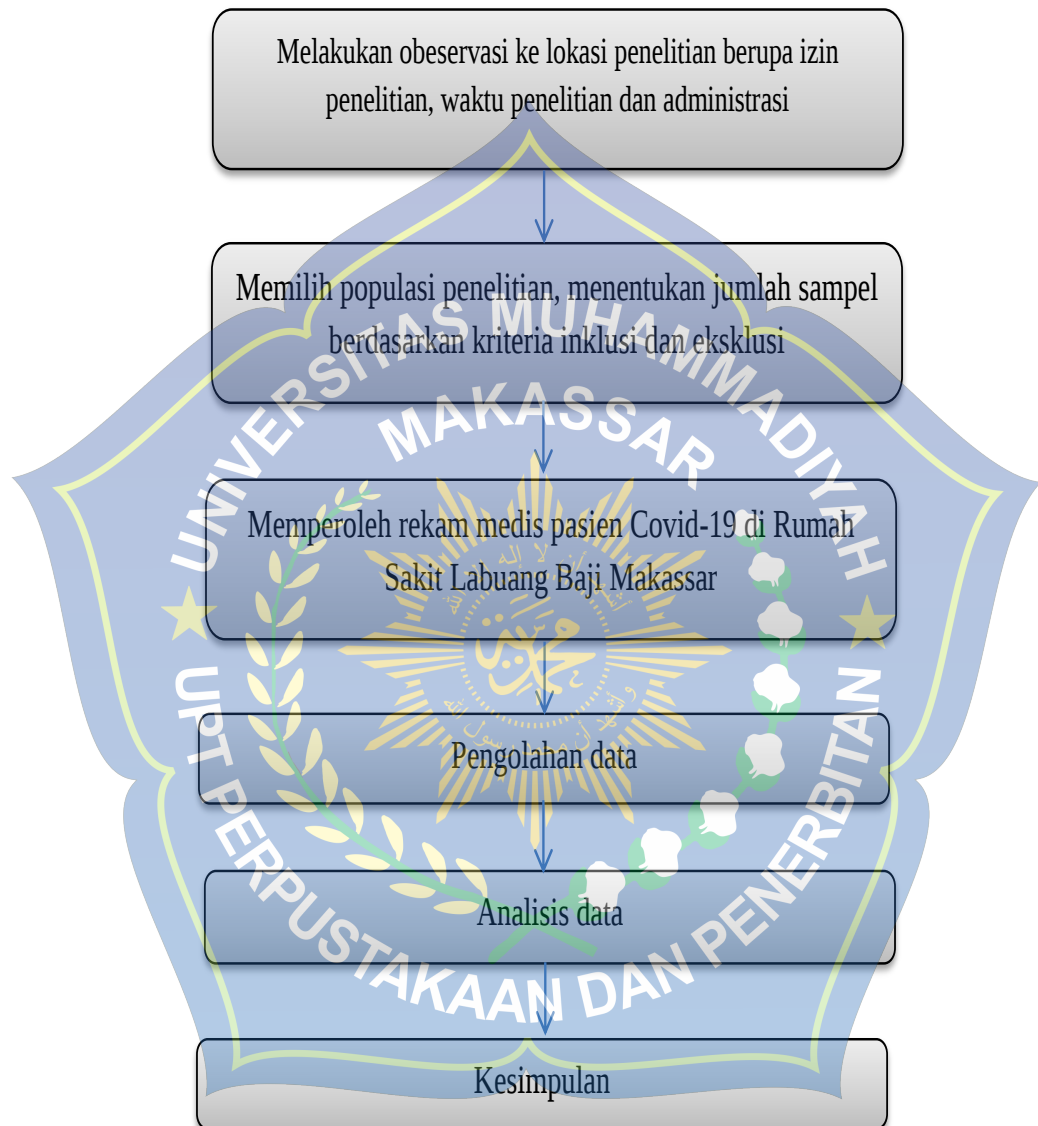
G. Instrumen Penelitian

Informasi akan dikumpulkan dari rekam medis RS Makassar sebagai bagian dari metodologi penelitian.

H. Etika Penelitian

4. Melampirkan surat pengantar yang akan merangkap sebagai permohonan izin untuk melakukan penelitian di RS Laburan Baji Makassar.
5. Untuk memastikan bahwa tidak ada yang tersinggung dengan penelitian ini, syarat-syarat berikut harus dipenuhi: Identitas pasien, sebagaimana dicatat dalam rekam medis, akan dijaga kerahasiaannya.
6. Diharapkan semua pihak yang terlibat mendapatkan manfaat dari penelitian ini sesuai dengan yang sudah disebutkan.

I. Alur Penelitian



Gambar 4. 1 Alur Penelitian

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Populasi/ Sampel

Pasien COVID-19 dirawat di Rumah Sakit Labuang Baji di Kota Makassar pada 2020-2022 telah memiliki status penyakit komorbiditas dan disposisi pelepasan. Penelitian ini menggunakan informasi yang dikumpulkan dari pasien di Rumah Sakit Labuang Baji di Kota Makassar antara November 2022 dan Januari 2023. Informasi dikumpulkan melalui pengumpulan data yang diinformasikan oleh catatan medis pasien. Setelah pengumpulan data, program seperti *Microsoft Excel* digunakan untuk mengatur informasi menjadi tabel induk. Informasi dalam tabel induk disalin ke komputer, di mana ia diproses oleh program SPSS, dan ditampilkan dalam tabel frekuensi atau tabel silang (tabel silang).

B. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Labuang Baji di Mamajang, Kota Makassar, Sulawesi Selatan, pada akhir JL. Dr. Ratulangi.

C. Analisis

Studi ini di Rumah Sakit Labuang Baji di Makassar, Indonesia, melihat sejumlah faktor berbeda yang terkait dengan pasien COVID-19, termasuk keparahan penerimaan mereka dan hasil utama mereka.

Pengambilan sampel purposive digunakan untuk mengumpulkan 421 sampel representatif.

Berikut ini adalah tabel yang berisi temuan penelitian, bersama dengan penjelasan tentang temuan tersebut:

D. Hasil Analisis Data Kuantitatif

1. Analisis Univariat

A. Usia dan Jenis Kelamin

Table 5. 1. Distribusi jenis kelamin dan umur berdasarkan derajat keparahan admisi

Karakteristik	Semua	Admisi		P value
	Pasien (n= 421)	Sedang (n=393)	Barat (n=28)	
Jenis Kelamin				0,179
Perempuan	217 (51,5%)	206 (48,9%)	11 (2,6%)	
Laki-Laki	204 (48,5%)	187 (44,4%)	17 (4,0%)	
Umur				0,017
17-25 tahun	45 (10,7%)	44 (10,5%)	1 (0,2%)	
26-35 tahun	56	55	1	

	(13,3%)	(13,1%)	(0,2%)
36-45 tahun	68	66	2
	(16,2%)	(15,7%)	(0,5%)
46-55 tahun	80	74	6
	(19%)	(17,6%)	(1,4%)
56-65 tahun	81	76	5
	(19,2%)	(18,1%)	(1,2%)
> 65 tahun	91	78	13
	(21,6%)	(18,5%)	(3,1%)

Data pada tabel di atas memberi tahu kita bahwa semua 421 orang yang terlibat adalah laki-laki, dan 206 dari mereka diperlakukan sebagai kompeten mental (40,9%), 11 diperlakukan sebagai tidak mampu mental (2,6%), 187 diperlakukan sebagai kompeten mental (44,4%). %, dan 17 diperlakukan sebagai tidak mampu mental (14%). Kemudian untuk data umur pasien 17-25 tahun dengan admisi kategori sedang sebanyak 44 orang (10,5%), pasien yang berumur 17-25 tahun dengan admisi kategori berat sebanyak 1 orang (0,2%), pasien yang berumur 26-35 tahun dengan admisi kategori sedang sebanyak 55 orang (13,1%), pasien yang berumur 26-35 tahun dengan admisi kategori berat sebanyak 1 orang (0,2%), pasien yang berumur 36-45 tahun dengan admisi kategori sedang sebanyak 66 orang (15,7%), pasien yang berumur 36-45 tahun dengan admisi kategori berat sebanyak 2 orang (0,5%), pasien yang berumur 46-55 tahun dengan admisi kategori sedang sebanyak 74 orang (19,6%), pasien yang berumur 46-55 tahun dengan admisi kategori berat sebanyak 6 orang (1,4%), pasien yang

berumur 56-65 tahun dengan admisi kategori sedang sebanyak 76 orang (18,1%), pasien yang berumur 56-65 tahun dengan admisi kategori berat sebanyak 5 orang (1,2%), pasien yang berumur > 65 tahun dengan admisi kategori sedang sebanyak 78 orang (18,5%), dan pasien yang berumur > 65 tahun dengan admisi kategori berat sebanyak 13 orang (3,1%) dari total keseluruhan 421 orang (100%). Terdapat hubungan umur dengan derajat keparahan admisi pada pasien Hasil uji statistik diperoleh bahwa nilai $p < 0,05$ ($0,017 < 0,05$), sehingga dapat disimpulkan ada hubungan umur dengan derajat keparahan admisi

Table 5. 2 Distribusi jenis kelamin dan umur berdasarkan status akhir

Karakteristik	Semua	Status Akhir		P value
	Pasien (n= 421)	Sembuh (n=375)	Meninggal (n=46)	
Jenis Kelamin				0,074
Perempuan	217 (51,5%)	199 (47,3%)	18 (4,3%)	
Laki-Laki	204 (48,5%)	176 (41,8%)	28 (6,7%)	
Umur				0,007
17-25 tahun	45 (10,7%)	45 (10,7%)	0 (0,0%)	

26-35 tahun	56 (13,3%)	54 (12,8%)	2 (0,5%)
36-45 tahun	68 (16,2%)	60 (14,3%)	8 (1,9%)
46-55 tahun	80 (19%)	71 (16,9%)	9 (2,1%)
56-65 tahun	81 (19,2%)	72 (17,1%)	9 (2,1%)
> 65 tahun	91 (21,6%)	73 (17,3%)	18 (4,3%)

Menurut data yang disajikan di atas, 199 pasien (47,4% dari total) adalah perempuan dan memiliki status akhir sembuh, sedangkan 18 pasien (4,3%) memiliki status akhir "meninggal" dan pasien yang tersisa adalah laki-laki. - Secara keseluruhan, 421 pasien (100%), 176 (41,8%) diklasifikasikan sembuh, dan 28 (6,7%) diklasifikasikan meninggal. Hasil pasien tidak tergantung pada jenis kelamin pasien. Hasil uji statistik diperoleh bahwa nilai $p > 0,05$ ($0,074 > 0,05$), sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan jenis kelamin dengan status akhir. Kemudian untuk data umur pasien 17-25 tahun dengan status akhir kategori sembuh sebanyak 45 orang (10,7%), tidak terdapat pasien yang berumur 17-25 tahun dengan status akhir kategori meninggal, pasien yang berumur 26-35 tahun dengan status akhir kategori sembuh sebanyak 54 orang (12,8%), pasien yang berumur 26-35 tahun dengan status akhir kategori meninggal sebanyak 2 orang (0,5%), pasien yang berumur 36-45 tahun dengan status akhir kategori

sembuh sebanyak 60 orang (14,3%), pasien yang berumur 36-45 tahun dengan status akhir kategori meninggal sebanyak 8 orang (1,9%), pasien yang berumur 46-55 tahun dengan status akhir kategori sembuh sebanyak 71 orang (16,9%), pasien yang berumur 46-55 tahun dengan status akhir kategori meninggal sebanyak 9 orang (2,1%), pasien yang berumur 56-65 tahun dengan status akhir kategori sembuh sebanyak 72 orang (17,1%), pasien yang berumur 56-65 tahun dengan status akhir kategori meninggal sebanyak 9 orang (2,1%), pasien yang berumur > 65 tahun dengan status akhir kategori sembuh sebanyak 73 orang (17,3%), dan pasien yang berumur > 65 tahun dengan status akhir kategori meninggal sebanyak 18 orang (4,3%) dari total keseluruhan 421 orang (100%). Terdapat hubungan umur dengan status akhir pada pasien. Hasil uji statistik diperoleh bahwa nilai $p < 0,05$ ($0,007 < 0,05$), sehingga dapat disimpulkan ada hubungan umur dengan status akhir pada pasien.

B. Komorbid

Komorbid dibagi menjadi dua kategori yakni tanpa komorbid dan ada komorbid. Selengkapnya distribusi frekuensi komorbid adalah sebagai berikut.

Table 5. 3 Distribusi Frekuensi Komorbid

Komorbid	Jumlah	Persentase (%)
Tanpa Komorbid	331	78,6
Ada Komorbid	90	21,4
Total	421	100

Distribusi komorbid menunjukkan distribusi tertinggi adalah tanpa komorbid yaitu sebanyak 331 pasien (78,6%) dari total 421 pasien (100%).

C. Admisi

Admisi dibagi menjadi dua kategori yakni sedang dan berat. Selengkapnya distribusi frekuensi admisi adalah sebagai berikut.

Table 5. 4 Distribusi Frekuensi Admisi

Admisi	Jumlah	Persentase (%)
Sedang	393	93,3
Berat	28	6,7
Total	421	100

Distribusi admisi pada pasien menunjukkan distribusi tertinggi adalah admisi kategori sedang yaitu sebanyak 393 pasien (93,3%) dari total 421 pasien (100%).

D. Status Akhir

Status Akhir dibagi menjadi dua kategori yakni sembuh dan meninggal. Selengkapnya distribusi frekuensi status akhir adalah sebagai berikut.

Table 5. 5 Distribusi Frekuensi Status Akhir

Status Akhir	Jumlah	Persentase (%)
Sembuh	375	89,1
Meninggal	46	10,9
Total	421	100

Distribusi status akhir pada pasien menunjukkan distribusi tertinggi adalah kategori sembuh yaitu sebanyak 375 pasien (89,1%) dari total 421 pasien (100%).

C. Analisis Bivariat

a) Hubungan Komorbiditas Terhadap Derajat Keparahan Admisi

Table 5. 6 Hubungan Komorbiditas Terhadap Derajat Keparahan Admisi

Komorbitas	Admisi				Total		P value	OR (95% C1)
	Sedang		Berat					
	N	%	n	%				
Tanpa	320	76	11	2,6	331	78,6	0,000	6,775
Komorbid								3,044-
Ada	73	17,3	17	4	90	21,4		15,075
Komorbid								
Jumlah	393	93,3	28	6,7	421	100		

Penyakit penyerta pada pasien tanpa penyakit penyerta dengan masuk dalam kategori sedang sebanyak 320 (76%), penyakit penyerta pada pasien tanpa penyakit penyerta dengan masuk dalam kategori berat sebanyak 11 (2,6%), penyakit penyerta pada pasien dengan adanya penyakit penyerta masuk dalam kategori sedang sebanyak 73 (17,3%), dan pasien komorbid dalam kategori rawat inap komorbid dengan kategori berat sebanyak 17 (4%) dari total 476 rawat inap. Terdapat hubungan komorbid dengan derajat keparahan admisi pada responden. Hasil uji statistik diperoleh bahwa nilai $p < 0,05$ ($0,000 < 0,05$), sehingga dapat disimpulkan ada hubungan komorbid dengan derajat keparahan admisi.

b) Hubungan Komorbiditas Terhadap Status Akhir

Table 5. 7 Hubungan Komorbiditas Terhadap Status Akhir

Komorbitas	Status Akhir				Total		P value	OR (95% C1)
	Sembuh		Meninggal					
	N	%	n	%				
Tanpa	301	71,5	30	7,1	331	78,6	0,019	2,169
Komorbid								1,124-
Ada	74	17,6	16	3,8	90	21,4		4,188
Komorbid								
Jumlah	375	89,1	46	10,9	421	100		

Tabel di atas menunjukkan bahwa 301 pasien (71,5% dari total) tanpa penyakit penyerta memiliki status akhir "sembuh", 30 pasien (7,1%) tanpa penyakit penyerta memiliki status akhir "meninggal", 74 pasien (17,5%) dengan

kategori komorbiditas memiliki status akhir "sembuh", dan 30 pasien (7,1%) dengan kategori komorbiditas memiliki status akhir "kematian". Konsekuensi untuk kondisi akhir pasien saling terkait. Ada korelasi antara komorbiditas dan outcome, dibuktikan dengan nilai p kurang dari 0,05 ($0,019 < 0,05$).

Hasil uji bivariat terangkum pada Tabel 1 dan 2, keduanya menunjukkan nilai p kurang dari 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa H_a diterima yaitu adanya hubungan antara penyakit penyerta dengan derajat keparahan masuk ($p = 0,000 < 0,05$) dan antara komorbiditas dan status akhir ($p = 0,019 < 0,05$).



BAB VI

PEMBAHASAN

Sebanyak 421 sampel dikumpulkan dari pasien di RSUD Laburan Baji Kota Makassar berdasarkan hasil pendataan dan pengolahan sebelumnya. Di mana informasi berasal dari sumber sekunder, seperti rekam medis pasien yang diambil dari repositori pusat untuk file tersebut. Pengumpulan informasi akan dimulai pada November 2022 dan berlanjut hingga Januari 2023.

Ringkasan status pasien dalam rekam medis dianalisis dan dicocokkan dengan jurnal yang ada untuk mengungkap korelasi antara komorbiditas, tingkat keparahan saat masuk, dan status pemulangan di antara pasien COVID-19 yang dirawat di Rumah Sakit Laburan Baji Makassar di Makassar.

a) Jenis Kelamin dan Usia

6. Jenis Kelamin dan Usia berdasarkan Admisi

Pengaruh Usia dan Gender pada Penerimaan

Hasil dari analisis jenis kelamin pasien COVID-19 dalam kaitannya dengan kategori keparahan masuk menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan secara statistik antara kedua jenis kelamin ($p > 0,05$). Ada lebih banyak wanita daripada pria, tepatnya 51,5%. Sementara itu, pria merupakan 48,5% dari populasi. Temuan saat ini menguatkan temuan Putri et al. (2021), yang menemukan bahwa di Sumatera Barat $p\text{-value} = 0,485$ ($p > 0,05$) menunjukkan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki risiko yang sama untuk tertular COVID-19.⁽²⁶⁾ Karena perbedaan jumlah kromosom X dan sistem imun adaptif bawaan,

Peckham et al. (2020) mengklaim bahwa laki-laki yang terinfeksi lebih mungkin masuk ke Unit Perawatan Intensif (ICU) dan mengalami kematian dibandingkan perempuan yang terinfeksi. ⁽²⁷⁾

Menurut analisis pasien COVID-19 berdasarkan kategori keparahan masuk, ada 91 kasus COVID-19 yang dikonfirmasi di antara mereka yang berusia 65 tahun ke atas. Pasien berusia antara 17 dan 45 tahun memiliki prevalensi kasus ringan COVID-19 tertinggi, sedangkan mereka yang berusia antara 55 dan 65 tahun memiliki prevalensi kasus parah tertinggi. Tingkat signifikansi uji statistik adalah $p = 0,05$ ($0,017 < 0,05$), menunjukkan bahwa ada korelasi antara usia pasien dan kebutuhan rawat inap. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Guan et al. (2020), terdapat total 490 kasus ringan COVID-19 pada orang berusia 15 hingga 49 tahun (57,8%). ⁽²⁸⁾ Sebagian besar kasus positif COVID-19, seperti yang dilaporkan oleh Vermonte et al. studi, terjadi pada pasien berusia 50 sampai 59 tahun di Indonesia. Hal ini menunjukkan bahwa ada risiko besar tertular COVID-19 di antara orang berusia 46 hingga 65 tahun. Risiko tertular COVID-19 yang lebih tinggi dikaitkan dengan usia lanjut karena fakta bahwa kekebalan menurun seiring bertambahnya usia dan bahwa, pada Secara umum, penyakit penyerta juga ditemukan pada lansia, membuat risiko tertular virus semakin tinggi di antara demografi ini. ⁽²⁹⁾

7. Jenis Kelamin dan Usia berdasarkan Status Akhir

Dalam menganalisis pasien Covid-19 berdasarkan kategori keparahan dan status akhir, kami tidak menemukan perbedaan yang signifikan secara statistik

antara jenis kelamin dan keparahan masuk ($P>0,05$). Ada lebih banyak wanita daripada pria (tepatnya 51,5%). Di sisi lain, pria merupakan 48,5% dari populasi. Temuan penelitian ini bahwa laki-laki dan perempuan di Sumatera Barat memiliki risiko yang sama untuk tertular Covid-19 di lokasi penelitian dengan P-value = 0,485 ($P>0,05$) sejalan dengan temuan Putri et al (2021).⁽²⁶⁾ Ada bukti yang kontradiktif di sini, karena penelitian sebelumnya menemukan bahwa laki-laki lebih mungkin terinfeksi daripada perempuan. Menurut meta-analisis studi yang melihat korelasi antara jenis kelamin dan kemungkinan tertular Covid-19, kita tahu bahwa pria memiliki risiko infeksi 28% lebih tinggi daripada wanita. Korelasi antara jenis kelamin dan risiko kematian dini serupa, menunjukkan bahwa pria memiliki risiko kematian 1,86 poin persentase lebih tinggi daripada wanita⁽³⁰⁾

Usia pasien Covid-19 dan hasil studi status akhir menunjukkan 375 pasien dinyatakan sembuh dan 46 pasien dinyatakan meninggal dunia. Pasien di atas usia 65 tahun memiliki tingkat kematian yang lebih tinggi pada tahap akhir pengobatan mereka. Menurut du et al. (2020), pasien berusia di atas 65 tahun memiliki risiko kematian yang lebih tinggi dibandingkan mereka yang berusia di bawah 65 tahun. kasus COVID-19 di antara orang berusia 50 hingga 59 tahun merupakan jumlah kasus yang lengkap.⁽³¹⁾ Hal ini menunjukkan bahwa ada risiko infeksi COVID-19 yang signifikan di antara orang berusia 46 hingga 65 tahun. Covid-19 menimbulkan risiko infeksi yang sangat tinggi pada lansia karena seiring bertambahnya usia, kekebalan mereka secara alami menurun dan, lebih sering

daripada tidak, mereka juga mengembangkan penyakit penyerta, membuat mereka lebih rentan terhadap infeksi.⁽²⁹⁾

b) **Komorbid**

Mayoritas peserta dalam studi Covid-19 ini (n=331) tidak memiliki kondisi komorbiditas apapun. Sebaliknya, 90 (21,4% dari 421) pasien memiliki kelainan yang terjadi bersamaan. Hipertensi, diabetes, penyakit paru obstruktif kronik, penyakit arteri koroner, tuberkulosis, asma bronkial, kardiomegali, pneumonitis bilateral, hipertensi paru, dan human immunodeficiency virus semuanya ada pada pasien Covid-19 yang diteliti di Rumah Sakit Labuang Baji di Makassar, Indonesia, antara 2020 dan 2022. Pasien Covid-19 dengan komorbid terkait dengan mekanisme masuknya sel SARS-COV-2, yang memiliki reseptor dengan afinitas pengikatan tinggi untuk enzim pengonversi angiotensin 2 (ACE2). Hal ini dilaporkan oleh Ng et al. pada tahun 2020. Sel epitel di paru-paru, usus, ginjal, dan pembuluh darah adalah tempat umum untuk deteksi reseptor ACE2.⁽³³⁾⁽³⁴⁾

c) **Admisi**

Analisis data penelitian mengungkapkan bahwa 393 pasien (atau 93,3% dari total) telah dirawat di rumah sakit sebagai peserta penelitian. Sebaliknya, dari total 421 pasien (100%), 28 (6,7%) pasien masuk dalam kategori kelebihan berat badan. Untuk Covid-19, pasien yang tidak menderita kondisi tambahan apa pun memiliki peluang sembuh yang lebih baik daripada mereka yang menderita. Penelitian Mayoritas dari 103 pasien Covid-19 yang dirawat antara Maret dan Juni 2020 memiliki tingkat keparahan 70 (67,96%) atau lebih rendah, menurut

penelitian Bozkurt et al. di Rumah Sakit Penelitian dan Pelatihan Mehmet Akif Inan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Vshegani et al. di Rumah Sakit Di Daneshvari di Teheran, Iran antara 1 April dan 31 Juni 2021, mayoritas (217) dari 508 pasien Covid-19 hanya mengalami gejala ringan hingga sedang.⁽³⁵⁾

Ada berbagai variasi dalam presentasi klinis dan tingkat keparahan penyakit COVID-19; sementara sekitar 80% kasus memerlukan bedah ringan dan sekitar 5% atau lebih pasien dengan derajat kritis parah memerlukan perawatan di Unit Perawatan Intensif (ICU), angka kematian antara 1-2%. 24 Kasus COVID yang paling parah (tingkat 19) sering disertai dengan badai sitokin, juga dikenal sebagai sindrom pelepasan sitokin (CRS). Interleukin-6 (IL-6) adalah mediator utama sindrom ini dan dikaitkan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas pada pasien COVID-19.⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾

d) **Status Akhir**

Analisis data penelitian mengungkapkan bahwa 375 pasien (89,1% dari total) diklasifikasikan sebagai sembuh pada kesimpulan penelitian. Di antara 421 pasien, 46 (10,9%) meninggal dunia. Pasien dengan penyakit penyerta memiliki risiko kematian yang lebih tinggi daripada mereka yang tidak memiliki penyakit penyerta, menurut penelitian Ge et al. (2021) ($OR=2.80<95\% \text{ CI } 2.35-3.34<p0.001$). Komorbiditas dikaitkan dengan status akhir penyakit yang lebih parah pada pasien yang terinfeksi SARS-CoV-2, seperti yang ditunjukkan oleh perbandingan pasien dengan dan tanpa komorbiditas⁽³⁹⁾ Karena tingkat kematian yang tinggi terkait dengan infeksi SARS-CoV-2, pasien dengan kondisi yang

sudah ada sebelumnya harus melakukan tindakan pencegahan ekstra untuk menghindari tertular virus.⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾

e) Hubungan Penyakit Komorbid terhadap Derajat Keparahan Admisi dan Status Akhir Pasien Covid-19

Mayoritas dari 421 pasien COVID-19 memiliki penyakit penyerta dengan tingkat keparahan saat masuk, seperti yang ditunjukkan oleh temuan studi bivariat (90 pasien, atau 21,4%). Karena nilai p untuk uji statistik kurang dari 0,05 (0,000 0,05), kita dapat menyimpulkan bahwa ada korelasi antara adanya komorbiditas dan tingkat rawat inap yang diperlukan. Ada 73 kasus (17,3%) derajat sedang dan 17 kasus (4,0%) derajat berat di antara pasien COVID-19 yang memiliki penyakit penyerta saat masuk. Tidak ada hubungan yang signifikan secara statistik yang ditemukan antara ada atau tidak adanya komorbiditas dan hasil untuk pasien COVID-19. Dari total 421, 90 pasien (21,4%) dengan penyakit penyerta memiliki status akhir sembuh, dan 74 pasien (17,6%) dengan penyakit penyerta lainnya memiliki status akhir kematian (3,8%). Dalam kasus COVID-19, pasien yang tidak menderita kondisi medis tambahan apa pun memiliki peluang pemulihan yang lebih baik daripada mereka yang menderita. Hal ini sesuai dengan temuan penelitian oleh Khedr et al. (2020) yang menemukan pasien dengan penyakit penyerta memiliki parameter laboratorium yang jauh lebih buruk. Dibandingkan dengan pasien tanpa komorbiditas, mereka yang memilikinya secara signifikan lebih mungkin memerlukan perawatan unit perawatan intensif ($p < 0,001$). Pasien dengan penyakit penyerta juga memiliki angka kematian yang lebih tinggi dalam penelitian ini ($p < 0,001$)⁽⁴²⁾ Pasien dengan penyakit penyerta memiliki risiko

kematian yang lebih tinggi daripada mereka yang tidak memiliki penyakit penyerta (OR=2,80;95% CI 2,35-3,34; $p<0,001$).⁽³⁹⁾

Pasien dalam penelitian ini yang memiliki COVID-19 dan satu atau lebih penyakit penyerta memiliki tingkat keparahan rawat inap yang lebih tinggi dan status akhir kematian yang lebih tinggi daripada mereka yang tidak. Pasien dengan COVID-19 yang memiliki banyak penyakit penyerta cenderung memiliki rawat inap yang lebih parah dan hasil yang lebih buruk. Seperti yang dikemukakan oleh Ng et al. (2020), mekanisme masuknya SARS-ACE2 CoV-2 dapat menyebabkan rawat inap yang parah dan status akhir yang buruk.⁽³²⁾ Pemahaman menyeluruh tentang riwayat medis pasien sangat penting untuk manajemen COVID-19 yang efektif, karena hal ini akan memungkinkan identifikasi awal pasien yang paling berisiko mengembangkan COVID-19 parah dan status akhir yang buruk.

BAB VII

PENUTUP

A. Kesimpulan

Jenis kelamin didapatkan positif covid-19 lebih banyak Perempuan di bandingkan Laki laki. Untuk umur pasien positif COVID-19 didapatkan hasil dimana usia terbanyak yang ditemukan yaitu usia >65 sebanyak. Penyakit komorbid pada pasien COVID-19 yaitu Hipertensi, DM, PPOK, CAD, TB, Asma bronchiale, Cardiomegali, Pneumonia bilateral, PJK, HIV. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien COVID-19 dengan komorbid memiliki tingkat keparahan admisi penyakit yang lebih berat dan status akhir yang buruk dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki komorbid. Pasien COVID-19 yang tidak memiliki komorbid kemungkinan besar menjadi sembuh dibandingkan dengan pasien yang memiliki komorbid.

B. Saran

Peneliti menyarankan penelitian selanjutnya untuk menganalisis setiap komorbid pasien COVID-19 untuk mengetahui seberapa besar risiko keparahan admisi dan status akhir pasien COVID-19.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. WHO-convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2 : China Part (14 January-10 February 2021)LI, Q. et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. New England Journal of Medicine, v. 382, n. 13, p. 1199–1207,. Jt WHO-China Study Team Rep. 2021;(February):120.
2. Ejaz H, Alsrhani A, Zafar A, Javed H, Junaid K. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ' s public news and information. J Infect Public Health. 2020;13(January):1833–9.
3. WHO. Tatalaksana klinis infeksi saluran pernapasan akut berat (SARI) suspek penyakit COVID-19. World Heal Organ [Internet]. 2020;4(13 Maret):1–25. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/covid19/tatalaksana-klinis-suspek-penyakit-covid-1935867f18642845f1a1b8fa0a0081efcb.pdf?sfvrsn=abae3a22_2
4. Histologi B, Kedokteran F. COVID-19. 2021;60–8.
5. kementerian Kesehatan. buletin-Situasi-Covid-19_opt.pdf. 2020.
- 6.WHO. 2020. *Who timeline COVID-19*. Diakses padaa 21 September 2022, dari <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

7. Munawaroh NR. Wabah dan virus dalam perspektif ulumul qur'an. 2020;(191370012):1–10.
8. Muhammad Rasyid Ridho, Wabah Penyakit Menular Dalam Sejarah Islam dan Relevansinya Dengan Covid-19. Program Studi Pendidikan Agama Islam, Universitas Ahmad Dahlan. Indonesia JUSPI (Jurnal Sejarah Peradaban Islam). Volume 4, nomor 1. juli 2020.
9. Satgas Covid-19. Pengendalian Covid-19 Dengan 3M,3T,Vaksinasi,Disiplin,Kompak,Konsisten. Vol. 53, Satuan Tugas Penanganan Covid-19. 2021. 84 p.
10. Uddin M, Mustafa F, Rizvi TA, Loney T, Suwaidi HA, Al-Marzouqi AHH, Eldin AK, Alsabeeha N, Adrian TE, Stefanini C, Nowotny N, Alsheikh-Ali A, Senok AC. SARS-CoV-2/COVID-19: Viral Genomics, Epidemiology, Vaccines, and Therapeutic Interventions. Viruses. 2020 May 10;12(5):526. doi: 10.3390/v12050526. PMID: 32397688; PMCID: PMC7290442.
11. World Health Organization. Origin of SARS-CoV-2 [Internet]. WHO; 2020 [cited 2022 22 September]. Available from: WHO/2019-nCoV/FAQ/Virus_origin/2020.1.
12. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). Indian J Pediatr. 2020;87(4):281–6.
13. Duan G. Intuition on virology, epidemiology, pathogenesis, and control of

COVID-19. Nov Res Microbiol J. 2020;4(5):955–67..

14. Teresa M, Montero V, Rowe K, Kirton R, Jr FK. Epidemiology , pathogenesis , clinical presentations , diagnosis and treatment of COVID-19 : a review of current evidence. Expert Rev Clin Pharmacol [Internet]. 2021;00(00):1–21. Available from: <https://doi.org/10.1080/17512433.2021.1902303>
15. WHO.2020. Knowing The Risks for COVID-19. Diakses pada 21 September 2022, dari <https://www.who.int/indonesia/news/detail/08-03-2020-knowing-the-risk-for-covid-19#:~:text=People%20who%20are%20aged%20over,if%20infected%20with%20the%20virus.>
16. Rashedi J, Poor BM, Asgharzadeh V, Pourostadi M, Kafil HS, Vegari A, et al. Risk factors for covid-19. Infez Med. 2020;28(4):469–74.
17. Liang, X, Feng, Z & Li, L. Panduan Menghadapi Penyakit Virus Corona 2019 Model RRC, Beijing : People' s Medical Publishing House. 2020
18. PDPI, PERKI, PAPDI, PERDATIN, IDAI. Pedoman tatalaksana COVID-19 Edisi 3 Desember 2020 [Internet]. Pedoman Tatalaksana COVID-19. 2020. 36–37 p. Available from: <https://www.papdi.or.id/download/983-pedoman-tatalaksana-covid-19-edisi-3-desember-2020>
19. Adityo Susilo, C, dkk (2020). Coronavirus Disease 2019: Tinjauan Literatur Terkini. Jurnal Penyakit Dalam Indonesia. Vol. 7 No. 1 Maret 2020
20. WHO. Therapeutics and COVID-19: Living guideline, 22 April 2022.

2022;(July).

21.Burhan E, Agus Dwi Susanto, Nasution SA, Ginanjar E, Pitoyo CW, Susilo A, et al. Pedoman Tatalaksana COVID-19 Edisi 4. Jakarta: PDPI, PERKI, PAPDI, PERDATIN, IDAI; 2022.

19.Kemenkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/446/2020 Tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan Pelayanan Corona Virus Disease 2019 (C. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indones [Internet]. 2020;1(1):4–23. Available from: <https://wellness.journalpress.id/wellness/article/view/21026>

23.Gansevoort RT, Hilbrands LB. CKD is a key risk factor for COVID-19 mortality. *Nat Rev Nephrol*. 2020;16(12):705–6.

24.Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MenKes/413/2020 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019 (Covid-19). *MenKes/413/2020*. 2020;2019:207.

25.Supriatna E. Wabah Corona Virus Disease (Covid 19) Dalam Pandangan Islam. *SALAM J Sos dan Budaya Syar-i*. 2020;7(6).

26.Putri, N. A., Putra, E. A., dan Mariko, R. 2021. Hubungan Usia, Jenis Kelamin dan Gejala dengan Kejadian COVID-19 di Sumatera Barat. *Majalah Kedokteran Andalas*, Volume. 44 Nomor. 2, halaman. 104–111.

27. Peckham, H., et al. 2020. Male sex identified by global COVID-19 meta analysis as a risk factor for death and ICU admission. *Nature Communications*, Volume. 11 Nomor. 1, halaman. 1-10.
28. Guan, W., Ni, Z., Hu, Y., Liang, W., Ou, C., He, J., Liu, L., Shan, H., Lei, C., Hui, D.S.C., Du, B., Li, L., Zeng, G., Yuen, K.-Y., Chen, R., Tang, C., Wang, T., Chen, P., Xiang, J., Li, S., Wang, Jin-lin, Liang, Z., Peng, Y., Wei, L., Liu, Y., Hu, Ya-hua, Peng, P., Wang, Jian-ming, Liu, J., Chen, Z., Li, G., Zheng, Z., Qiu, S., Luo, J., Ye, C., Zhu, S., Zhong, N., 2020. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1708–1720.
29. Vermonte Philips TYW. Karakter dan Persebaran Covid-19 di Indonesia. *CSIS Comment*. 2020;(April):1–12.
30. Biswas M, S. Rahaman, T.K Biswas, Z. Haque dan B. Ibrahim. Association of Sex, Age, and Comorbidities with Mortality in COVID-19 Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Intervirology*; 2020. 64 : 36-47.
31. Du, R.H., Liang, L.R., Yang, C.Q., Wang, W., Cao, T.Z., Li, M., Guo, G.Y., Du, J., Zheng, C.L., Zhu, Q., Hu, M., Li, X.Y., Peng, P., Shi, H.Z., 2020. Predictors of mortality for patients with COVID-19 pneumonia caused by SARS-CoV-2: A prospective cohort study. *European Respiratory Journal*, 55(5).
32. Ng WH, Tipih T, Makoah NA, Vermeulen JG, Goedhals D, Sempa JB, Burt FJ, Taylor A, Mahalingam S. Comorbidities in SARS-CoV-2 Patients: a

- Systematic Review and Meta-Analysis. *mBio*. 2021 Feb 9;12(1):e03647-20. doi: 10.1128/mBio.03647-20. PMID: 33563817; PMCID: PMC7885108.
33. Noor FM, Islam MM. Prevalence and Associated Risk Factors of Mortality Among COVID-19 Patients: A Meta-Analysis. *J Community Health*. 2020 Dec;45(6):1270–82.
34. Wortham JM, Lee JT, Althomsons S, Latash J, Davidson A, Guerra K, et al. Characteristics of Persons Who Died with COVID-19 - United States, February 12-May 18, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Jul;69(28):923–9. 17. Palmieri L,
35. Vasheghani M, Nasrin J, Parvaneh B, Mitra R, Majid M. The Association of 25 (OH) Vitamin D Levels and Severity and Outcome of COVID-19: A Cross-sectional Study | Research Square. *Sci Rep [Internet]*. 2021;25:1–20. Available from: <https://www.researchsquare.com/article/rs-141034/v1>
36. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497–506.
37. Betts BC, Young JW. Less Can Be More When Targeting Interleukin-6-Mediated Cytokine Release Syndrome in Coronavirus Disease 2019. *Crit care Explor*. 2020 Jun;2(6):e0138.
38. Ge, E., Li, Y., Wu, S., Candido, E., Wei, X., 2021. Association of pre-existing

comorbidities with mortality and disease severity among 167,500 individuals with COVID-19 in Canada: A population-based cohort study. PLoS ONE, 16(10), 1–18.

39. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA -J Am Med Assoc. 2020;323(11):1061–9.
40. Sanyaolu A, Okorie C, Marinkovic A, Patidar R, Younis K, Desai P, et al. Comorbidity and its Impact on Patients with COVID-19. SN Compr Clin Med. 2020 Jun;1–8.
41. Khedr EM, Daef E, Mohamed-Hussein A, Mostafa EF, Zein M, Hassany SM, Galal H, Hassan SA, Galal I, Zarzour AA, Hetta HF, Hassan HM, Amin MT, Hashem MK. Impact of comorbidities on COVID-19 outcome. medRxiv [Preprint]. 2020 Nov 30;2020.11.28.20240267. doi: 10.1101/2020.11.28.20240267. Update in: Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg. 2022;58(1):92. PMID: 34013292; PMCID: PMC8132266.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Permohonan Izin Penelitian

 **MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH**
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
LEMBAGA PENELITIAN PENGEMBANGAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
Jl. Sultan Alauddin No. 259 Telp. 866972 Fax 10411963588 Makassar 90721 E-mail: ipk@umh.ac.id



Nomor : 3018/05/C.4-VIII/IX/1444/2022
Lamp : 1 (satu) Rangkap Proposal
Hal : Permohonan Izin Penelitian

25 Safar 1444 H
21 September 2022 M

Kepada Yth.
Bapak Gubernur Prov. Sul-Sel
Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Prov. Sul-Sel
di
Makassar

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Berlaksunya surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar, nomor: 850/05/A.6-III/IX/1444/2022 tanggal 16 September 2022, menerangkan bahwa mahasiswa tersebut di bawah ini:

Nama : **NURUL ATMHIITHA MOUDYA LATIF**
No. Stambuk : **10542 1109819**
Fakultas : **Fakultas Kedokteran**
Jurusan : **Pendidikan Kedokteran**
Pekerjaan : **Mahasiswa**

Bermaksud melaksanakan penelitian/pengumpulan data dalam rangka penulisan Skripsi dengan judul:

"Hubungan Penyakit Komorbid terhadap Derajat Admini dan Status Aktif Pasien Covid-19 di Rumah Sakit Labuang Buji Makassar Tahun 2020-2022"

Yang akan dilaksanakan dari tanggal 25 September 2022 s/d 25 November 2022.

Sehubungan dengan maksud di atas, kiranya Mahasiswa tersebut diberikan izin untuk melakukan penelitian sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan Jazakumullahu khaeran katziraa.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Ketba LP3M,


Dr. Ir. Abubakar Idhan, MP.
NBM 101.7716

09-22

Lampiran 2. Rekomendasi Persetujuan Etik

**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**
Alamat: Lt.3 KEDPK-Jl. Sultan Ma'uddin No. 259, E-mail: ethics@med.unismuh.ac.id, Makassar, Sulawesi Selatan

REKOMENDASI PERSetujuan ETIK
Nomor : 286/UM/PKE/XII/44/2022

Tanggal: 23 Desember 2022

Dengan ini Menyatakan bahwa Protokol dan Dokumen yang Berhubungan dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik

No Protokol	UM204122022	No Sponsor Protokol	-
Peneliti Utama	Nurul Armin Moudya Latif	Sponsor	-
Judul Penelitian	Hubungan Penyakit Komorbid Terhadap Derajat Kepunahan Admisi dan Status Akhir Pasien Covid-19 di Rumah Sakit Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2020-2022		
No Versi Protokol	1	Tanggal Versi	23 Desember 2022
No Versi PSP	1	Tanggal Versi	23 Desember 2022
Tempat Penelitian	Rumah Sakit Labuang Baji Kota Makassar		
Jenis Review	☒ Exempted ☐ Expedited ☐ Fullboard		
Ketua Komisi Etik Penelitian FKIK Unismuh Makassar	Nama: dr. Muh. Hisan Kitta, M.Kes., Sp.OT(K)	Masa Berlaku	23 Desember 2022
Sekretaris Komisi Etik Penelitian FKIK Unismuh Makassar	Nama: Juliani Ibrahim, N.Sc, Ph.D	Sampai Tanggal	23 Desember 2023
		Tanda tangan	23 Desember 2022
		Tanda tangan	23 Desember 2022

Kewajiban Peneliti Utama:

- Menyerahkan Amandemen Protokol untuk Persetujuan sebelum di implementasikan
- Menyerahkan laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 jam dan di lengkapi dalam 7 hari dan Laporan SUSAR dalam 72 jam setelah Peneliti Utama menerima laporan
- Menyerahkan Laporan Kemajuan (Progress report) setiap 6 bulan untuk penelitian setahun untuk penelitian resiko rendah
- Menyerahkan laporan akhir setelah penelitian berakhir
- Melaporkan penyimpangan dari protokol yang disetujui (Protocol deviation/violation)
- Mematuhi semua peraturan yang ditentukan

Lampiran 3. Surat izin pengambilan data awal



Lampiran 4. Surat Keterangan Bebas Plagiat

 **MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
UPT PERPUSTAKAAN DAN PENERBITAN**
Alamat Kantor: Jl. Sultan Alauddin NO.259 Makassar 90221 Tlp.(0411) 866972,881593, Fax.(0411) 865588

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIAT

**UPT Perpustakaan dan Penerbitan Universitas Muhammadiyah Makassar,
Menerangkan bahwa mahasiswa yang tersebut namanya di bawah ini:**

Nama : Nurul atmitha moudya latif
NIM : 105421109819
Program Studi : Kedokteran

Dengan nilai:

No	Bab	Nilai	Ambang batas
1	Bab 1	10 %	10 %
2	Bab 2	17 %	25 %
3	Bab 3	2 %	10 %
4	Bab 4	2 %	10 %
5	Bab 5	6 %	10 %
6	Bab 6	3 %	10 %
7	Bab 7	0 %	5 %

Dinyatakan telah lulus cek plagiat yang diadakan oleh UPT- Perpustakaan dan Penerbitan Universitas Muhammadiyah Makassar Menggunakan Aplikasi Turnitin.
Demikian surat keterangan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan seperlunya.

Makassar, 01 Maret 2023
Mengetahui
Kepala UPT- Perpustakaan dan Penerbitan,

Nursafha Dhuwani, UPT
NBM. 964.501

Jl. Sultan Alauddin no 259 makassar 90222
Telepon (0411)866972,881 593,fax (0411)865 588
Website: www.library.unismuh.ac.id
E-mail : perpustakaan@unismuh.ac.id

The logo of Universitas Muhammadiyah Makassar is a blue shield-shaped emblem. It features a central yellow sunburst with Arabic calligraphy. The text "UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR" is written in white around the top half of the shield, and "UPT PERPUSTAKAAN DAN PENERBITAN" is written around the bottom half. Two yellow stars are positioned on the left and right sides of the shield.

BAB 1 Nurul atmitha moudya latif 105421109819

by Tahap Skripsi

Submission date: 01-Mar-2023 09:05AM (UTC+0700)

Submission ID: 2025762140

File name: BAB_I_UPDATE.docx (134.6K)

Word count: 810

Character count: 5033

SAB 1 Nurul atmitha moudya latif 105421109819

ORIGINALITY REPORT

10%

SIMILARITY INDEX

8%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

6%

STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

3%

★ muslim.okezone.com

Internet Source

Exclude quotes

Off

Exclude matches

< 2%

Exclude bibliography

On



The logo of Universitas Muhammadiyah Makassar is a large, blue, five-pointed star with a yellow border. Inside the star, there is a circular emblem with a sunburst design and Arabic calligraphy. The text "UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH" is written in white along the top curve of the star, and "MAKASSAR" is written in white along the bottom curve. Two yellow stars are positioned on the left and right sides of the star.

BAB 2 Nurul atmitha moudya latif.105421109819

by Tahap Skripsi

Submission date: 01-Mar-2023 09:07AM (UTC+0700)

Submission ID: 2025763294

File name: BAB_II_update.docx (111.27K)

Word count: 2360

Character count: 14392

BAB 2 Nurul atmitha moudya latif 105421109819

ORIGINALITY REPORT

17%

SIMILARITY INDEX

15%

INTERNET SOURCES

6%

PUBLICATIONS

10%

STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

2%

★ repository.poltekkesbengkulu.ac.id
Internet Source

Exclude quotes

Off

Exclude matches

Exclude bibliography

Off



BAB 3 Nurul atmitha moudya latif 105421109819

by Tahap Skripsi

Submission date: 01-Mar-2023 09:08AM (UTC+0700)

Submission ID: 2025763811

File name: BAB_III_update.docx (32.84K)

Word count: 420

Character count: 2135

BAB 3 Nurul atmitha moudya latif 105421109819

ORIGINALITY REPORT

2%

SIMILARITY INDEX

2%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

0%

STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

2%

★ ojs.poltekkes-medan.ac.id

Internet Source



turnitin

Exclude quotes

Off

Exclude matches

< 2%

Exclude bibliography

Off



BAB 4 Nurul atmitha moudya latif 105421109819

by Tahap Skripsi

Submission date: 01-Mar-2023 09:10AM (UTC+0700)

Submission ID: 2025765485

File name: BAB_IV_update.docx (758.34K)

Word count: 540

Character count: 3434

AB 4 Nurul atmitha moudya latif 105421109819

ORIGINALITY REPORT

2%

SIMILARITY INDEX

2%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

0%

STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

2%

★ adoc.pub

Internet Source



turnitin

Exclude quotes

Off

Exclude matches

< 2%

Exclude bibliography

Off



BAB 5 Nurul atmitha moudya latif 105421109819

by Tahap Skripsi

Submission date: 01-Mar-2023 09:10AM (UTC+0700)

Submission ID: 2025765520

File name: BAB_V_update.docx (15.72K)

Word count: 1407

Character count: 8007

BAB 5 Nurul atmitha moudya latif 105421109819

ORIGINALITY REPORT

6%

SIMILARITY INDEX

6%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

0%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

123dok.com
Internet Source

3%

2

jurnal.unimus.ac.id
Internet Source

3%

Exclude quotes

Off

Exclude matches

< 1%

Exclude bibliography

Off



The logo of Universitas Muhammadiyah Makassar is a blue shield-shaped emblem. It features a central golden sunburst with Arabic calligraphy. The text 'UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH' is written in white along the top curve, and 'MAKASSAR' is written along the bottom curve. Two yellow stars are positioned on the left and right sides. A green laurel wreath encircles the central sunburst.

BAB 6 Nurul atmitha moudya latif 105421109819

by Tahap Skripsi

Submission date: 01-Mar-2023 09:13AM (UTC+0700)

Submission ID: 2025767539

File name: BAB_VI_update.docx (14.16K)

Word count: 1415

Character count: 8734

BAB 6 Nurul atmitha moudya latif 105421109819

ORIGINALITY REPORT

3%

SIMILARITY INDEX

3%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

0%

STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

2%

★ www.tempo.co

Internet Source



Exclude quotes

Off

Exclude matches

< 2%

Exclude bibliography

Off



BAB 7 Nurul atmitha moudya latif 105421109819

by Tahap Skripsi

Submission date: 01-Mar-2023 09:25AM (UTC+0700)

Submission ID: 2025777370

File name: BAB_VII_2.docx (17.42K)

Word count: 116

Character count: 790

BAB 7 Nurul atmitha moudya latif 105421109819

ORIGINALITY REPORT

0%

SIMILARITY INDEX

0%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

0%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

Exclude quotes

Off

Exclude bibliography

Off



Lampiran 5. Analisis SPSS

UNIVARIAT

Statistics				
		Komorbid	Admisi	Status Akhir
N	Valid	421	421	421
	Missing	0	0	0
Mean		1.2138	1.0665	1.1093
Std. Deviation		.41046	.24946	.31234
Minimum		1.00	1.00	1.00
Maximum		2.00	2.00	2.00

		Komorbid		Valid Percent	Cumulative Percent
		Frequency	Percent		
Valid	Tanpa Komorbid	331	78.6	78.6	78.6
	Ada Komorbid	90	21.4	21.4	100.0
	Total	421	100.0	100.0	

		Admisi		Valid Percent	Cumulative Percent
		Frequency	Percent		
Valid	Sedang	393	93.3	93.3	93.3
	Berat	28	6.7	6.7	100.0
	Total	421	100.0	100.0	

		Status Akhir		Valid Percent	Cumulative Percent
		Frequency	Percent		
Valid	Sembuh	375	89.1	89.1	89.1
	Meninggal	46	10.9	10.9	100.0

Total	421	100.0	100.0
-------	-----	-------	-------

BIVARIAT

Case Processing Summary						
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komorbid * Admisi	421	100.0%	0	0.0%	421	100.0%

Komorbid * Admisi Crosstabulation				
		Admisi		Total
		Sedang	Berat	
Komorbid Tanpa Komorbid	Count	320	11	331
	% of Total	76.0%	2.6%	78.6%
	Total			
Ada Komorbid	Count	73	17	90
	% of Total	17.3%	4.0%	21.4%
	Total			
Total	Count	393	28	421
	% of Total	93.3%	6.7%	100.0%
	Total			

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	27.614 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	25.164	1	.000		
Likelihood Ratio	22.126	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000

Linear-by-Linear Association	27.549	1	.000		
N of Valid Cases	421				

- a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,99.
b. Computed only for a 2x2 table

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Cochran's	27.614	1	.000
Mantel-Haenszel	25.104	1	.000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate	6.775
ln(Estimate)	1.913
Standard Error of ln(Estimate)	.408
Asymptotic Significance (2-sided)	.000

Asymptotic 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	3.044
		Upper Bound	15.075
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	1.113
		Upper Bound	2.713

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.

Case Processing Summary

	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komorbid * Status Akhir	421	100.0%	0	0.0%	421	100.0%

Komorbid * Status Akhir Crosstabulation

		Status Akhir		Total
		Sembuh	Meninggal	
Komorbid Tanpa Komorbid	Count	301	30	331
	% of Total	71.5%	7.1%	78.6%
Ada Komorbid	Count	74	16	90
	% of Total	17.6%	3.8%	21.4%
Total	Count	375	46	421
	% of Total	89.1%	10.9%	100.0%

Chi-Square Tests

		Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
	Value	df		

Pearson Chi-Square	5.521 ^a	1	.019		
Continuity Correction ^b	4.662	1	.031		
Likelihood Ratio	4.976	1	.026		
Fisher's Exact Test				.034	.019
Linear-by-Linear Association	5.508	1	.019		
N of Valid Cases	421				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,83.

b. Computed only for a 2x2 table

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Cochran's	5.521	1	.019
Mantel-Haenszel	4.651	1	.031

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			2.169
ln(Estimate)			.774
Standard Error of ln(Estimate)			.336
Asymptotic Significance (2-sided)			.021
Asymptotic 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	1.124
		Upper Bound	4.188
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	.117
		Upper Bound	1.432

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.

Case Processing Summary

	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Admisi	421	100.0%	0	0.0%	421	100.0%
Umur * Admisi	421	100.0%	0	0.0%	421	100.0%

Crosstab

			Admisi		
			Sedang	Berat	Total
Jenis Kelamin	Perempuan	Count	206	11	217
		% of Total	48.9%	2.6%	51.5%
	Laki-Laki	Count	187	17	204
		% of Total	44.4%	4.0%	48.5%
Total		Count	393	28	421
		% of Total	93.3%	6.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1.805 ^a	1	.179		
Continuity Correction ^b	1.317	1	.251		
Likelihood Ratio	1.813	1	.178		
Fisher's Exact Test				.240	.126
Linear-by-Linear Association	1.800	1	.180		
N of Valid Cases	421				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,57.

b. Computed only for a 2x2 table

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Breslow- Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Cochran's	1.805	1	.179
Mantel- Haenszel	1.314	1	.252

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			1.702
ln(Estimate)			.532
Standard Error of ln(Estimate)			.400
Asymptotic Significance (2-sided)			.183
Asymptotic 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.777
		Upper Bound	3.728
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-.252
		Upper Bound	1.316

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.