

BERITA ACARA

Pada hari ini Kamis, 5 Agustus 2021, telah diselenggarakan ujian sidang skripsi terhadap Peserta didik Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, atas nama :

Nama : Amiruddin Islami MQ.Baba
No. Pokok : 2016730009
Judul Skripsi : Gambaran penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Daruba Kabupaten Pulau Morotai Tahun 2021.

Berdasarkan keputusan moderator/Ketua Penguji dan penguji yang terdiri dari :

Moderator : dr. Rahmini Shabariah, Sp.A
Anggota : Penguji 1 (Materi) dr. Rizqa Haerani Saenong, Sp.KK
Penguji 2 (Metlit) Dr.dr.Amir Syafruddin, M.Med.Ed

Peserta di atas dinyatakan : (pilih salah satu pernyataan di bawah ini)

1. tidak lulus
2. lulus tanpa perbaikan
3. lulus dengan perbaikan sebagai berikut :

.....sesuai masukan dan saran dari penguji

- | | |
|-------------------------------------|-------------------|
| 1. dr. Rahmini Shabariah, Sp.A |RAHMINI..... |
| 2. dr. Rizqa Haerani Saenong, Sp.KK | |
| 3. Dr.dr.Amir Syafruddin, M.Med.Ed | |

Jakarta, 5 Agustus 2021
Moderator/Ketua Penguji,

RAHMINI

dr. Rahmini Shabariah, Sp.A

FORMULIR PENILAIAN UJIAN SKRIPSI

Nama : Amiruddin Islami MQ.Baba
No. Pokok : 2016730009
Judul Skripsi : Gambaran penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Daruba Kabupaten Pulau Morotai Tahun 2021.

Aspek yang dinilai	Nilai*	Bobot	Nilai x Bobot
1. Penyajian Lisan. <ul style="list-style-type: none">– Penggunaan Waktu– Kejelasan Penyajian– Efektifitas, Pemakaian AVA		2	
2. Sistematika Penulisan <ul style="list-style-type: none">– Sesuai Kaidah Ilmiah– Ketepatan Penggunaan Bahasa– Susunan Bahasa		1	
3. Isi Tulisan <ul style="list-style-type: none">– Latar Belakang– Tujuan– Kerangka Teori– Kerangka Konsep– Definisi Operasional (DO)– Desain Penelitian– Metode Pengambilan Data– Analisis Data– Pembahasan– Kesimpulan– Saran		3	
4. Originalitas <ul style="list-style-type: none">– Relevansi– Keterkinian		1	
5. Tanya Jawab & atau unjuk kerja : <ul style="list-style-type: none">– Kejelasan mengemukakan isi skripsi– Penguasaan materi– Ketepatan menjawab pertanyaan		3	
TOTAL			92

Catatan :

- Rentang nilai 0-100

Penguji

(Rahmini Shabariah | SpA)

NILAI UJIAN SKRIPSI

Nama : Amiruddin Islami MQ.Baba
 No. Pokok : 2016730009
 Judul Skripsi : Gambaran penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Daruba Kabupaten Pulau Morotai Tahun 2021.

Moderator /Penguji	Nilai
1. dr. Rahmini Shabariah, Sp.A	92
2. dr. Rizqa Haerani Saenong, Sp.KK	90
3. Dr.dr.Amir Syafruddin, M.Med.Ed	88
TOTAL	270

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Total}}{\sum \text{Penguji}} = \dots\dots 90\dots\dots \boxed{\mathbf{A}}$$

Moderator Ketua penguji

dr. Rahmini Shabariah, Sp.A

Catatan : * ditulis dengan angka
 ** ditulis dengan huruf

Rentang Nilai		Rentang Nilai	
85,00 - 100	A	60,00 - 64,99	C+
80,00 - 84,99	A-	55,00 - 59,99	C
75,00 - 79,99	B+	50,00 - 54,99	C-
70,00 - 74,99	B	45,00 - 49,99	D
65,00 - 69,99	B-	0 - 44,99	E

BERITA ACARA

Pada hari ini Senin, 16 Agustus 2021, telah diselenggarakan ujian sidang skripsi terhadap Peserta didik Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, atas nama :

Nama : Elfan Pudja Sathya
No. Pokok : 2017730141
Judul Skripsi : Gambaran Pola Pembelajaran Anatomi Praktikum dan Kuliah Pada Masa Sebelum dan Saat Pandemi Covid 19 Pada Mahasiswa Kedokteran Universitas Muhammadiyah Jakarta Angkatan 2018.

Berdasarkan keputusan moderator/Ketua Penguji dan penguji yang terdiri dari :

Moderator : dr. Lucky Brilliantina, M.Biomed
Anggota : Penguji 1 (Materi) Dr.dr.Amir Syafruddin, M.Med.Ed
Penguji 2 (Metlit) dr. Atthariq Wahab, MPH

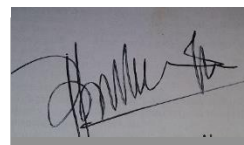
Peserta di atas dinyatakan : (pilih salah satu pernyataan di bawah ini)

1. tidak lulus
2. lulus tanpa perbaikan
3. lulus dengan perbaikan sebagai berikut :

.....**Lulus dengan perbaikan** sesuai masukan dan saran dari penguji Dr dr Amir Syafruddin & dr Atthariq Wahab,MPH

- | | |
|-------------------------------------|----------------|
| 1. dr. Lucky Brilliantina, M.Biomed |80,6..... |
| 2. Dr.dr.Amir Syafruddin, M.Med.Ed |85,5..... |
| 3 dr. Atthariq Wahab, MPH |80..... |

Jakarta, 16 Agustus 2021
Moderator/Ketua Penguji,



dr. Lucky Brilliantina, M.Biomed

FORMULIR PENILAIAN UJIAN SKRIPSI

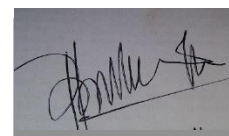
Nama : Elfan Pudja Sathya
No. Pokok : 2017730141
Judul Skripsi : Gambaran Pola Pembelajaran Anatomi Praktikum dan Kuliah Pada Masa Sebelum dan Saat Pandemi Covid 19 Pada Mahasiswa Kedokteran Universitas Muhammadiyah Jakarta Angkatan 2018.

Aspek yang dinilai	Nilai*	Bobot	Nilai x Bobot
1. Penyajian Lisan. <ul style="list-style-type: none">- Penggunaan Waktu- Kejelasan Penyajian- Efektifitas, Pemakaian AVA		2	82
2. Sistematika Penulisan <ul style="list-style-type: none">- Sesuai Kaidah Ilmiah- Ketepatan Penggunaan Bahasa- Susunan Bahasa		1	82
3. Isi Tulisan <ul style="list-style-type: none">- Latar Belakang- Tujuan- Kerangka Teori- Kerangka Konsep- Definisi Operasional (DO)- Desain Penelitian- Metode Pengambilan Data- Analisis Data- Pembahasan- Kesimpulan- Saran		3	80
4. Originalitas <ul style="list-style-type: none">- Relevansi- Keterkinian		1	80
5. Tanya Jawab & atau unjuk kerja : <ul style="list-style-type: none">- Kejelasan mengemukakan isi skripsi- Penguasaan materi- Ketepatan menjawab pertanyaan		3	80
TOTAL			80,6

Catatan :

- Rentang nilai 0-100

Penguji



(dr Lucky Brilliantina, M.Biomed)

NILAI UJIAN SKRIPSI

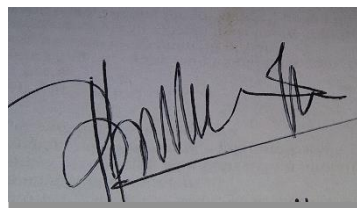
Nama : Elfan Pudja Sathya
No. Pokok : 2017730141
Judul Skripsi : Gambaran Pola Pembelajaran Anatomi Praktikum dan Kuliah Pada Masa Sebelum dan Saat Pandemi Covid 19 Pada Mahasiswa Kedokteran Universitas Muhammadiyah Jakarta Angkatan 2018.

Moderator /Penguji	Nilai
1. dr. Lucky Briliantina, M.Biomed	80,6
2. Dr.dr.Amir Syafruddin, M.Med.Ed	85,5
3. dr. Atthariq Wahab, MPH	80
TOTAL	246,1

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Total}}{\Sigma \text{Penguji}} = 82,3$$

82

Moderator Ketua penguji



dr. Lucky Briliantina, M.Biomed

Catatan : * ditulis dengan angka
** ditulis dengan huruf

Rentang Nilai		Rentang Nilai	
85,00 - 100	A	60,00 - 64,99	C+
80,00 - 84,99	A-	55,00 - 59,99	C
75,00 - 79,99	B+	50,00 - 54,99	C-
70,00 - 74,99	B	45,00 - 49,99	D
65,00 - 69,99	B-	0 - 44,99	E



**GAMBARAN PENDERITA KUSTA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
DARUBA KABUPATEN PULAU MOROTAI TAHUN 2021**

SKRIPSI

AMIRUDDIN ISLAMI MQ. BABA

2016730009

**PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA**

2021



**GAMBARAN PENDERITA KUSTA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
DARUBA KABUPATEN PULAU MOROTAI TAHUN 2021**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi Strata Satu (S1)
pada Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas
Muhammadiyah Jakarta

Oleh:

Amiruddin Islami MQ. Baba

2016730009

**PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
2021**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Laporan Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Amiruddin Islami MQ. Baba

NIM : 2016730009

Tanda Tangan :

Tanggal :

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK**

Sebagai sivitas akademik Universitas Muhammadiyah Jakarta, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Amiruddin Islami MQ. Baba

NIM : 2016730009

Program Studi : Kedokteran

Fakultas : Kedokteran dan Kesehatan

Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Jakarta Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah yang berjudul:

“GAMBARAN PENDERITA KUSTA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
DARUBA KABUPATEN PULAU MOROTAI TAHUN 2021”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Jakarta berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis, pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya:

Dibuat di : Jakarta

Pada Tanggal : 15 Juli 2021

Yang Menyatakan

(Amiruddin Islami MQ. Baba)

I

GAMBARAN PENDERITA KUSTA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS DARUBA KABUPATEN PULAU MOROTAI TAHUN 2021

Amiruddin Islami MQ. Baba*, Rahmini shabaria**

*Mahasiswa Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran dan Kesehatan,
Universitas Muhammadiyah Jakarta

**Dosen Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran dan Kesehatan,
Universitas Muhammadiyah Jakarta

ABSTRAK

Latar Belakang: Kusta adalah penyakit menular kronis yang menyebabkan berbagai macam masalah yang meluas sampai masalah sosial, ekonomi, dan psikologis. Indonesia telah mencapai eliminasi kusta pada tahun 2000, namun masih terdapat wilayah yang memiliki Prevalence Rate > 1/10.000 penduduk yaitu Puskesmas Darubah, Kecamatan Morotai selatan merupakan wilayah dengan kejadian kusta tertinggi selama 2 tahun berturut-turut di tahun 2018 dan 2019.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran penderita kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Daruba Tahun 2021.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian observasioal deskriptif dengan menggunakan desain cross sectional. Sampel penelitian ini adalah seluruh penderita kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Daruba yang berjumlah 20 orang dengan menggunakan metode total sampling. Pengumpulan data dengan melakukan pengisian kuesioner, pengukuran dan observasi. Analisis yang digunakan adalah analisis univariat.

Hasil: Penelitian menunjukkan bahwa karakteristik penderita pada kejadian kusta mayoritas kelompok usia produktif yaitu 95,0%, jenis kelamin laki-laki sebesar 60,0%, tingkat pendidikan rendah sebesar 75,0 %, tingkat pengetahuan rendah sebesar 60,0%, jenis pekerjaan yaitu tidak bekerja sebesar 40,0 %, riwayat kontak berisiko sebesar 65,0%, kebiasaan mandi berisiko sebesar 30,0%, kebiasaan meminjam pakaian berisiko sebesar 45,0%, kebiasaan meminjam handuk berisiko sebesar 50,0% dan kebiasaan membersihkan lantai rumah berisiko sebesar 75,0%. Faktor lingkungan fisik rumah pada penderita kusta paling banyak memiliki suhu rumah berisiko sebesar 50,0%, pencahayaan alami di dalam rumah berisiko sebesar 60,0%, jenis lantai rumah berisiko yaitu 10,0, dan kepadatan hunian yang berisiko 65,0%.

Kesimpulan: Oleh karena itu, masyarakat disarankan untuk melakukan deteksi dini dan pengobatan MDT jika menderita kusta, memakai pakaian panjang, menghindari meminjam handuk, mandi minimal 2 kali sehari dan menghindari

meminjam pakaian. Selain itu masyarakat juga disarankan untuk membersihkan lantai rumah menggunakan antiseptik, menyesuaikan jumlah penghuni di dalam kamar sesuai dengan syarat rumah yang sehat dan membiasakan diri untuk membuka jendela pada siang hari.

DESCRIPTION OF PATIENTS WITH LEPROSY IN THE WORK AREA OF DARUBA PUBLIC HEALTH CENTER, MOROTAI ISLAND IN 2021

Amiruddin Islami MQ. Baba*, Rahmini Shabaria **

* Students of the Medical Study Program, Faculty of Medicine and Health,
Muhammadiyah University, Jakarta

** Lecturer at the Medical Study Program, Faculty of Medicine and Health,
Muhammadiyah University, Jakarta

ABSTRACT

Background: *Leprosy is a chronic infectious disease that causes problems that extend to social, economic, and psychological problems. Indonesia has achieved leprosy elimination in 2000, but there are still areas with Prevalence Rate > 1/10.000 population, those are Daruba Primary Health Care, Morotai Selatan Subdistrict was the region with the highest leprosy for 2 consecutive years in 2019 and 2020.*

Purpose: *This study aims to determine the description of leprosy patients in the Daruba Health Center Working Area in 2021.*

Method: *This research is a descriptive observational research using Cross Sectional design. The sample of this research is all of leprosy patient in the Daruba Health Center Working Area which amounted to 20 people using total sampling method. Data collection by filling out questionnaires, measurements and observations. The analysis used is univariate analysis.*

Result: *Research shows that the characteristics of patients with leprosy are the majority of the productive age group is 95,0%, leprosy in male is 60,0%, low level of education is 75,0%, low knowledge level 60,0%, type of work is workers /farmers 40,0%, 65,0% risky contact, 30,0% risky habit of bathing, 45,0% risky habit of borrowing clothes, 50,0% risky habit of borrowing towels and risk habit of cleaning the floor is 75,0%. Physical environmental of house factors in leprosy at most has house temperature at risk equal to 50,0%, natural lighting in house at risk equal to 60,0%, floor type at risk that is 10,0%, and risky room occupancy density of 65,0%.*

Conclusion: *Therefore, people are advised to do early detection and treatment of MDT if suffering from leprosy, wear long clothes, avoid borrowing towels, bathing at least 2 times a day and avoid borrowing clothes. In addition, people are also advised to clean the floor of the house using antiseptic, adjust the number of occupants in the room in accordance with the requirements of a healthy home and get used to open the window during the day.*

Keywords: *Leprosy, Host, Environment, Cross Sectional*

LEMBAR PERSETUJUAN

Disetujui untuk diajukan pada Sidang Skripsi Penelitian di Program Studi
Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Jakarta

Pada Hari : Jum'at

Tanggal : 16 juli 2021

Pembimbing Utama



(dr. Rahmini Shabaria Sp.A)

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	i
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
DAFTAR ISI	vi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Manfaat Teoritik.....	4
1.4.2 Manfaat Aplikatif.....	4
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	5
BAB II	6
TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Landasan Teori	6
2.1.1 Konsep Kusta.....	6
2.1.1.1 Definisi	6
2.1.1.2 Etiologi Kusta	6
2.1.2 Determinan Kusta Menurut Teori Segitiga Epidemiologi.....	20
2.2 Pengetahuan	27
2.2.2 Faktor Yang Memengaruhi Pengetahuan	28
2.3 Sikap.....	30
2.4 Tindakan (Practice).....	31
2.5 Kerangka Teori.....	33
2.6 Kerangka Konsep.....	34

BAB III.....	35
METODE PENELITIAN	35
3.1 Desain Penelitian	35
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	35
3.3 Definisi Operasional	35
3.4 Populasi dan Sampel.....	39
3.4.1 Populasi	39
3.4.2 Sampel	39
3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	39
3.5.1 Kriteria Inklusi.....	39
3.5.2 Kriteria Eksklusi	39
3.6 Teknik Pengumpulan Data	40
3.7 Alur Penelitian.....	41
3.8 Cara Pengumpulan Data	41
3.9 Analisis Data	41
3.10 Etika Penelitian.....	42
BAB IV	42
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	42
A.Distribusi Karakteristik Responden.....	42
Tabel 4.1.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur	42
Tabel 4.1.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	43
Tabel 4.1.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	43
Tabel 4.1.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan.....	44
Tabel 4.1.5 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan	45
Tabel 4.1.6 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Kontak	45
Tabel 4.1.7 Distribusi Penderita Kusta Berdasarkan Kebersihan Individu	46
Tabel 4.1.8 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Membersihkan Lantai	48
B.Distribusi Respoden Berdasarkan Karakteristik Rumah	48
Tabel 4.1.9 Distribusi Responden Berdasarkan Suhu Dalam Rumah.....	48
Tabel 4.1.9.1 Distribusi Responden Berdasarkan cahaya Alami Rumah.....	49
Tabel 4.1.9.2 Distribusi Responden Berdasarkan Kepadatan Kamar.....	49
Tabel 4.1.9.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Lantai	50
BAB V	51
KESIMPULAN DAN SARAN	52

DAFTAR PUSTAKA.....	53
Lampiran 1.....	55
Lampiran 2.....	57
Lampiran 3.....	58
Lampiran 4.....	59
Lampiran 5	60
Lampiran 6.....	63
Lampiran 7.....	68

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional serta upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik Pemerintah maupun masyarakat (Kemenkes RI, 2009).

Penyakit berbasis lingkungan merupakan penyebab kesehatan masyarakat yang serius bahkan penyebab utama kematian. Kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kebersihan dan kesehatan masih rendah yang mengakibatkan berbagai penyakit mudah muncul dan berkembang. Penyakit berbasis lingkungan merupakan penyakit yang proses kejadiannya pada sebuah kelompok masyarakat yang memiliki keterkaitan erat dengan satu atau lebih komponen lingkungan dalam sebuah ruang. Laporan WHO menunjukkan bahwa faktor lingkungan berpengaruh secara signifikan terhadap lebih dari 80% penyakit. Masalah kesehatan dan penyakit berbasis lingkungan yang disebabkan oleh kondisi lingkungan yang tidak memadai, baik kualitas maupun kuantitasnya dapat menyebabkan berbagai penyakit salah satunya adalah penyakit kusta.

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang dapat menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi,

budaya, keamanan dan ketahanan nasional. Penyakit kusta pada umumnya terdapat di negara-negara yang sedang berkembang sebagai akibat keterbatasan kemampuan negara itu dalam memberikan pelayanan yang memadai dalam bidang kesehatan, pendidikan, kesejahteraan sosial dan ekonomi pada masyarakat. Penyakit kusta sampai saat ini masih ditakuti masyarakat termasuk sebagian petugas kesehatan. Hal ini disebabkan masih kurangnya pengetahuan atau pengertian, kepercayaan yang keliru terhadap penyakit kusta dan cacat yang ditimbulkannya (Depkes RI, 2006).

Kusta juga memberikan stigma negatif di tengah masyarakat, sehingga penderita kusta tidak hanya menderita karena sakitnya saja, tetapi juga mengalami beban penderitaan psikis dan sosial yang lebih berat. Penyakit kusta sangat ditakuti (leprophobia), bukan karena keganasannya melainkan lebih karena cacat permanen yang ditimbulkannya (Awaluddin,2004).

Kusta atau disebut juga Morbus Hansen (MH) merupakan penyakit yang disebabkan oleh Mycobacterium leprae yang menyerang syaraf tepi, kulit dan jaringan tubuh lainnya kecuali susunan saraf pusat. Dikenal ada dua macam tipe kusta yaitu tipe MB (Multi Basiler atau kusta basah). Dan tipe PB (Pausi Basiler atau kusta kering). Kusta tipe MB merupakan sumber penularan penyakit kusta, namun cara penularan yang pasti belum diketahui. Penularan kusta secara jelas masih belum diketahui tetapi sebagian besar dari peneliti menyimpulkan bahwa penularan utama kusta yaitu melewati saluran pernafasan dan kulit, namun perlu kontak yang akrab dan lama dengan penderita kusta hingga dapat terinfeksi penyakit kusta. Hanya sebagian orang yang dapat terinfeksi oleh bakteri kusta setelah kontak dengan penderita lain karena adanya imunitas dari tubuh masing-masing orang (Emmy S, 2006).

Menurut World Health Organization (WHO) kusta merupakan salah satu dari tujuh belas penyakit tropis yang terabaikan dan membutuhkan perhatian khusus dunia. Kusta dikenal juga sebagai “The Great Imitator Disease” karena manifestasi yang mirip dengan banyak penyakit kulit

lainnya seperti infeksi jamur kulit, sehingga seseorang jarang menyadari bahwa dirinya telah menderita kusta.

Prevalensi penyakit kusta di dunia masih tinggi. World Health Organization (WHO) mencatat pada tahun 2015, sebanyak 210.758 penemuan kasus baru kusta terdeteksi di seluruh dunia dengan kasus tertinggi berada di regional Asia Tenggara yakni sebesar 156.118 kasus. Prevalensi kusta pada awal tahun 2015 didapatkan sebesar 0,61 per 100.000 penduduk. Indonesia menduduki peringkat ketiga tertinggi dengan penderita kusta terbanyak setelah India dan Brazil. Kejadian Kusta masih sangat tinggi di beberapa negara, terutama negara-negara berkembang yang sangat erat kaitannya dengan tingkat kemiskinan dan kepadatan penduduk.

Di Indonesia Sepanjang tahun 2013, kementerian kesehatan RI mencatat 16.825 kasus kusta baru, dengan angka kecacatan 6,82 per 10.000 penduduk. Angka ini menempatkan Indonesia di peringkat tiga dunia dengan kasus baru kusta terbanyak setelah india (134.752 kasus) dan Brasil (33.303 kasus).

Provinsi Maluku Utara tahun 2017 memiliki jumlah penderita baru sebesar 558 kasus dengan Prevalensi Rate (PR) 4.54 per 10.000 penduduk (Kemenkes, 2018). Jumlah kasus baru penderita kusta yang terdaftar pada tahun 2015 sebanyak 544 dengan angka (Case Detection Rate) CDR 46,8% per 100.000 penduduk, sedangkan pada tahun 2016 penderita kusta mengalami penurunan sebanyak 421 dengan angka CDR 35,50% per 100.000 penduduk dan pada tahun 2017 jumlah penderita kusta yang terdaftar mengalami kenaikan menjadi 558 kasus baru dengan angka CDR 46,14% per 100.000 penduduk (Kemenkes, 2018).

Di Kabupaten Pulau Morotai tercatat jumlah kasus baru penderita kusta sepanjang tahun 2019 sebanyak 62 orang. Sedangkan di Puskesmas Daruba Kecamatan Morotai Selatan kasus kusta yang ditemukan dan tercatat akhir tahun 2020 sebanyak 41 orang dengan angka prevalensi rate 32,66 per 10.000 penduduk. pada tahun 2019 tercatat jumlah kasus baru penderita

kusta sebanyak 28 orang dengan angka CDR 128.19% per 100.000 penduduk. terdiri dari tipe PB sebanyak 1 orang dan tipe MB sebanyak 27 orang. Dan pada tahun 2020 tercatat jumlah penderita kusta sebanyak 32 orang dengan angka CDR 254.88% per 100.000 penduduk. Terdiri dari tipe PB 0 orang dan tipe MB sebanyak 32 orang (Dinkes Kab. Pulau Morotai, 2020).

Berdasarkan hasil kunjungan dan wawancara yang dilakukan di puskesmas Daruba, jumlah kasus penderita kusta pada tahun 2019 dan tahun 2020 sebesar 60 kasus. Hal ini menunjukkan bahwa di daruba cenderung meningkat. Kecamatan Morotai Selatan merupakan wilayah yang menduduki kusta tertinggi selama 3 tahun berturut-turut yaitu ditahun 2018,2019 dan 2020. jika dibandingkan dengan kecamatan lain yang ada di kabupaten Pulau Morotai. Di wilayah kecamatan Morotai Selatan merupakan wilayah dengan kejadian kusta atau sebuah kondisi yang menggambarkan keadaan yang tidak merata atau tidak tentu tentang peristiwa kejadian kusta, terkadang peristiwa tersebut naik, turun dan tetap. Rata-rata kondisi fisik rumah penderita kusta di kecamatan Morotai Selatan kurang memenuhi syarat kesehatan. Keadaan ini diduga menjadi perkembangbiakan kuman kusta di dalam rumah penderita dan memungkinkan penularan penyakit kusta dapat berlangsung terus menerus, sementara itu keadaan kebersihan diri penderita juga diduga menjadi hal yang sangat berperan dalam terjadinya penularan penyakit kusta di kecamatan Morotai Selatan. Kecamatan Morotai Selatan memiliki kepadatan hunian yang cukup tinggi, hal ini dapat terlihat dari setiap rumah yang rata-rata memiliki anggota keluarga 4-6 orang dalam satu rumah sederhana. Rumah yang dihuni banyak penghuni akan menimbulkan akibat buruk pada kesehatan dan merupakan sumber yang potensial terhadap penyakit-penyakit infeksi (Dinkes Kab. Pulau Morotai, 2020).

Rumah adalah bangunan yang berfungsi sebagai tempat tinggal atau hunian dan sarana pembinaan keluarga. Beberapa penelitian yang dilakukan memperlihatkan adanya hubungan yang penting antara risiko kusta dengan

kondisi rumah. Kondisi rumah yang baik berhubungan dengan penurunan risiko kusta. Sementara kondisi rumah yang tidak memenuhi syarat, misalnya kelembapan dan pertukaran udara yang kurang berhubungan dengan peningkatan risiko kusta (ILA, 2002). Faktor kepadatan penduduk dan kepadatan anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah mempengaruhi kesempatan seseorang untuk tertular kusta (Izumi, 1999).

Kondisi fisik rumah sangat mempengaruhi kesehatan bagi penghuninya. Rumah Sehat adalah bangunan rumah tinggal yang memenuhi syarat kesehatan yang terdiri dari komponen rumah, sarana sanitasi dan perilaku antara lain yaitu memiliki jamban sehat, tempat pembuangan sampah, sarana air bersih, sarana pembuangan air limbah, ventilasi baik, kepadatan hunian rumah sesuai dan lantai rumah tidak dari tanah. (Profil Kesehatan Indonesia, 2016).

Ketersediaan lingkungan rumah yang sehat perlu diperhatikan karena dapat meminimalisasi penularan penyakit infeksi. Kusta merupakan salah satu penyakit berbasis lingkungan yang disebabkan oleh buruknya keadaan sanitasi lingkungan. Agar terhindar dari penularan penyakit dan kecelakaan di dalam rumah maka rumah yang sehat harus dibangun sedemikian rupa sehingga dapat melindungi penghuni dari kemungkinan terjadinya bahaya atau kecelakaan dan penularan penyakit (Azwar, 1996).

Lingkungan sosial, ekonomi, budaya adalah lingkungan yang timbul sebagai adanya interaksi antar manusia termasuk perilaku, adat istiadat, budaya, kebiasaan dan tradisi penduduk. Semakin dekat jarak rumah maka meningkatkan kemungkinan terjadinya riwayat kontak dengan penderita kusta baik di dalam rumah, di luar rumah, maupun di tempat kerja. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Norlatifah (2010) dan Tarmisi (2016), diketahui bahwa terdapat hubungan antara riwayat kontak dengan kejadian kusta. Penderita kusta yang ditemukan pada narakontak serumah (Izumi, 1999).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Moga Aryo Wicaksono, H. Acmad dan Iwan (2015) mengenai lingkungan fisik rumah dan karakteristik responden yang berhubungan dengan timbulnya penyakit kusta. Faktor yang berhubungan secara bermakna yaitu luas ventilasi, kepadatan hunian, sosial ekonomi, personal hygiene, pekerjaan dan pendidikan.

Sedangkan Menurut penelitian Lia setiani (2014) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kusta, peneliti ini menyatakan ada hubungan yang bermakna antara kepadatan hunian, lama kontak, dan kebersihan individu dengan penyakit kusta. terjadinya suatu penyakit disebabkan oleh empat faktor utama yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan genetik. Secara umum lingkungan dapat dibagi menjadi lingkungan fisik, lingkungan biologik, dan lingkungan sosial, ekonomi, dan budaya. Rumah merupakan bagian dari lingkungan fisik yang dapat mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat, sehingga rumah yang ditempati harus memenuhi syarat kesehatan. Rumah yang tidak sehat dapat meningkatkan resiko penghuninya mengalami berbagai macam penyakit (Wijaya, 2016).

Berdasarkan permasalahan diatas maka perlu memperhatikan mata rantai penularan penyakit kusta, penyakit kusta dapat diputus penularannya melalui intervensi yang sesuai dan hal ini dapat dilakukan jika proses terjadinya infeksi penyakit tersebut diketahui. Menurut Rismawati (2013) yang menunjukkan adanya hubungan antara suhu rumah, pencahayaan, luas ventilasi rumah, kepadatan hunian, kebiasaan membersihkan lantai dan kebiasaan mandi dengan kejadian kusta. Sementara penelitian lain yang dilakukan Noorlatifah, dkk (2010) menunjukkan hubungan antara kondisi fisik rumah, riwayat kontak, dan tingkat pendidikan dengan kejadian kusta.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti Gambaran Penderita Kusta di puskesmas daruba kabupaten pulau morotai Tahun 2021.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Gambaran karakteristik penderita kusta di puskesmas daruba kabupaten pulau morotai tahun 2021.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Diketuainya gambaran penderita kusta di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai tahun 2021.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya distribusi gambaran karakteristik penderita kusta di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai tahun 2021.
2. Diketuainya distribusi lama kontak penderita kusta sebelum sakit di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai tahun 2021.
3. Diketuainya distribusi kebiasaan mandi penderita kusta di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai tahun 2021.
4. Diketuainya distribusi kebiasaan meminjam pakaian penderita kusta di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai tahun 2021.
5. Diketuainya distribusi kebiasaan meminjam handuk penderita kusta di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai tahun 2021.
6. Diketuainya distribusi membersihkan lantai rumah penderita kusta di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai 2021.
7. Diketuainya distribusi suhu rumah penderita kusta di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai tahun 2021.
8. Diketuainya distribusi pencahayaan alami di dalam rumah penderita kusta di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai 2021.
9. Diketuainya distribusi kepadatan kamar penderita kusta di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai tahun 2021.
10. Diketuainya distribusi jenis lantai rumah penderita kusta di puskesmas daruba, kabupaten Pulau morotai tahun 2021.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritik

Dengan penelitian ini diharapkan bisa menjadi bahan pendekatan pentingnya faktor pengetahuan, sikap, kesadaran diri terhadap lingkungan fisik rumah dan personal hygiene.

1.4.2 Manfaat Aplikatif

1.4.2.1 Bagi Peneliti

Bisa meningkatkan khasanah informasi baik berupa data maupun hasil temuan yang berkorelasi terhadap gambaran penderita kusta.

1.4.2.2 Bagi Mahasiswa

Dapat bermanfaat bagi mahasiswa kesehatan agar bisa memperluas pengetahuannya dan informasi yang didapatkan terutama di bidang Kesehatan penyakit kulit.

1.4.2.3 Bagi Institusi

Dalam penelitian ini diharapkan dapat menambah sumber informasi yang dapat digunakan untuk peneliti.

1.4.2.4 Bagi Masyarakat

dalam penelitian ini diharapkan bisa memperluas kesadaran dan pengetahuan masyarakat akan pentingnya menjaga Kesehatan diri dan lingkungan tempat tinggal (Rumah).

1.4.2.5 Bagi puskesmas daruba

dalam penelitian ini bisa memberikan saran kepada terhadap Puskesmas Daruba terutama instansi P2E yaitu temuan hasil penelitian.

1.4.2.6 Bagi peneliti lain

Bisa menjadi sumber referensi dalam meningkatkan pengetahuan bagi peneliti berikutnya dalam rangka melakukan penelitian terutama meneliti tentang gambaran penderita kusta

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian mencakup penderita kusta yang tinggal di puskesmas daruba, kecamatan morotai selatan, kabupaten pulau morotai.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Kusta

2.1.1.1 Definisi Kusta

Istilah kusta berasal dari bahasa sangsekerta, yakni khusta yang artinya kumpulan gejala-gejala sakit kulit secara umum. Nama penyakit ini diberikan nama kusta atau lepra sesuai dengan nama yang menemukan penyakit kusta yaitu Morbus Hansen. Yang menyebabkan kusta adalah infeksi Mycobacterium leprae. Kusta juga menyerang berbagai bagian tubuh diantaranya saraf dan kulit. (Kemenkes RI, 2015). Penyakit kusta adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh kuman Mycobacterium leprae yang pertama kali menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernapasan bagian atas, sistem retikulo endothelial, mata, otot, tulang dan testis. Bila

penderita kusta tidak minum obat secara teratur, maka kuman kusta dalam tubuh penderita akan tumbuh dan berkembang lebih banyak sehingga merusak saraf penderita yang pada akhirnya dapat menimbulkan kecacatan (Widoyono, 2005). Kondisi ini juga dapat ditandai dengan lesi kulit dan kerusakan pada saraf perifer yang menyebabkan cacat fisik dan masalah sosial (Smith W.C., et al, 2015).

2.1.1.2 Etiologi Kusta

Penyebab penyakit kusta adalah *Mycobacterium leprae* yang berbentuk batang dengan ukuran Panjang 1-8 mikron. Lebar 0.2-0.5 mikron, biasanya berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel. Dan bersifat tahan asam (BTA). Kuman tersebut tidak membentuk spora, tidak bergerak dan mempunyai bermacam-macam bentuk (pleomorfik). *Mycobacterium Leprae* belum bisa dibiakkan pada media bakteri atau kultur sel, Bakteri ini dapat dibiakkan pada jaringan telapak kaki tikus. Penyakit kusta bersifat menahun karena bakteri kusta memerlukan waktu 12-21 hari untuk membelah diri dan masa tunasnya rata-rata 2-5 tahun. Kuman ini pertama kali ditemukan oleh G.H. Armanuer Hansen pada tahun 1873. Kuman *Mycobacterium leprae* ditemukan teruama di dalam kulit dan saraf, penularan dari orang ke orang diyakini melalui aerosol dari kuman yang berada pada lesi di traktus respiratorius atas. *Mycobacterium Leprae* mempunyai lima sifat penting yang perlu diketahui yaitu kuman merupakan organisme obligat endegeous dan tidak bisa dibiarkan dalam media buatan, sifat mengikat asamnya dapat diekstrasi dengan pyridine, mampu mengoksidasi zat D-dihydroxy phenylalanine (D-DOPA), menginvasi sel shcwan dari system saraf tepi terutama di perineum, permukaan membrane mengandung phenolic glycopid I (PGL-I) dan lipoarabinomannan (LAM) (Helmut Hahn, Stefan H. E. kaufmann, 2009).

Mycobacterium leprae hidup dalam sel terutama jaringan bersuhu dingin dan membelah secara biner. Kuman ini mempunyai afinitas yang besar pada sel saraf (Schwann cell) dan sel sistem retikuloendotelial, waktu pembelahan sel yang lama mengakibatkan masa inkubasi penyakit kusta

yang Panjang yaitu 40 hari sampai dengan 4 tahun dengan rata-rata 3,5 tahun. Secara mikroskopis, tampak basil yang bergerombol seperti ikatan cerutu, sehingga disebut packet of cigars (globi) yang terletak intraseluler dan ekstraseluler. Pada pewarnaan Ziehl-Neelsen (ZN) akan tampak berwarna merah yang merupakan basil tahan asam. (Rao dkk., 2012).

2.1.1.3 Patogenesis

Manusia merupakan satu-satunya reservoir alamiah *Mycobacterium Leprae*. Kuman ini masuk ke dalam tubuh manusia sampai timbulnya gejala dan tanda membutuhkan waktu yang sangat lama bahkan bertahun-tahun, masa inkubasinya bisa 3-20 tahun, sering kali penderita tidak menyadari adanya proses penyakit dalam tubuhnya. Umumnya penduduk yang tinggal di daerah endemis mudah terinfeksi, namun banyak orang punya kekebalan alamiah dan tidak menjadi penderita kusta (Agusni, 2001).

Sampai saat ini masih belum diketahui dengan pasti cara masuk *Mycobacterium Leprae* ke dalam tubuh, tetapi menurut beberapa sumber menjelaskan setelah kuman masuk seterusnya bersarang di sel schwan yang terletak di perineum, karena basil kusta suka daerah yang dingin yang dekat dengan kulit dengan suhu sekitar 27-30°C. *Mycobacterium Leprae* mempunyai kapsul yang dibentuk dari protein 21 KD, yang mampu berikatan dengan reseptor yang dimiliki sel schwan yaitu laminin a-2 G receptor sejenis a-dystroglycam. Kemampuan adhesi tersebut merupakan cara invasi basil kusta pada perineum, sel schwan sendiri merupakan sejenis fagosit yang bisa menangkap antigen seperti *M. Leprae*, tetapi tidak dapat menghancurkannya karena sel tersebut tidak mempunyai MHC kelas II yang mampu berikatan dengan CD4 limfosit, akibatnya basil kusta dapat berkembang biak di sel schwan (Yawalkar SJ, 2009).

Sel schwan seterusnya mengalami kematian dan pecah, lalu basil kusta dikenali oleh sistem imunitas tubuh host, tubuh melakukan proteksi melalui 2 (dua) aspek yaitu imunitas non-spesifik dan spesifik, dimana makrofag

menjadi aktif memfagosit dan membersihkan dari semua yang tidak dikenali (non-self). Peran Cell Mediated Immunity sebagai proteksi kedua tubuh mulai mengenali DNA mengidentifikasi antigen dari *Mycobacterium Leprae*. Ternyata magrofag mampu menelan *M. Leprae* tetapi tidak mampu mencernanya. Limfosit akan membantu magrofag untuk menghasilkan enzim dan juices agar proses pencernaan dan pelumatan berhasil. Keterkaitan humoral immunity dan Cell Mediated Immunity dalam membunuh basil kusta dapat memunculkan rentangan spektrum gambaran klinis penyakit kusta seperti tipe Tuberkuloid-Tuberkuloid (TT), tipe Borderline Tuberkuloid (BT), tipe Borderline-Borderline (BB), tipe Borderline Lepromatous (BL) dan tipe Lepromatous-Lepromatous (LL) (Jopling, 2003).

Kusta tipe MB merupakan sumber infeksi yang lebih penting dibanding PB. Jumlah bakteri pada kusta tipe lepromatosa dikatakan mencapai 7000 juta basil per gram jaringan, sedangkan jumlah basil pada kusta tipe yang lain dikatakan lebih rendah, namun semua kasus kusta yang aktif harus dipertimbangkan sebagai sumber infeksi yang potensial (Eichelmann, 2013; Rao, 2012; Thorat, 2010).

Bila basil *Mycobacterium Leprae* masuk ke dalam tubuh, maka tubuh akan bereaksi mengeluarkan magrofag (berasal dari monosit darah, sel mononuclear histiosit) untuk memfagositnya. Sel Schwan merupakan sel target pertumbuhan *Mycobacterium Leprae*, disamping itu sel Schwan berfungsi sebagai fagositosis. Jadi bila terjadi gangguan imunitas tubuh dan sel shewan, basil dapat bermigrasi dan beraktifitas akibatnya aktifitas regenerasi sel saraf berkurang dan kerusakan saraf yang progresif. (Amiruddin,1997)

Sedangkan menurut pendapat lain saluran pernafasan terutama hidung merupakan tempat masuk utama *M. leprae*, sehingga inhalasi melalui droplet merupakan metode transmisi utama. Faktor risiko terjadinya kusta

antara lain kontak yang erat dan lama, lingkungan padat penduduk, usia, jenis kelamin, serta ras dan etnis tertentu. Beberapa penelitian telah memperlihatkan bahwa yang tersering ialah melalui kulit yang lecet pada bagian tubuh yang bersuhu dingin dan melalui mucosa nasal (Eichelmann, 2013; Thorat, 2010).

2.1.1.4 Diagnosis Kusta

Masa inkubasi berkisar antara 9 bulan sampai 20 tahun dengan rata-rata adalah 4 tahun untuk kusta *Lepromatosa*. Penyakit ini jarang sekali ditemukan pada anak-anak dibawah usia 3 tahun, meskipun lebih dari 50 kasus telah ditemukan pada anak-anak dibawah usia 1 tahun, yang paling muda adalah usia 2.5 bulan (Sutedja Endang. Dkk, 2003). Untuk mendiagnosis kusta dengan mencari kelainan-kelainan yang berhubungan dengan gangguan saraf tepi dan kelainan yang tampak pada permukaan kulit. Diantara tanda-tanda utama atau cardinal sign penyakit kusta berupa:

1. lesi (kelainan kulit) yang mati rasa

kelainan kulit/lesi dapat berupa bercak keputih-putihan (hypopigmentasi) atau kemerah-merahan (erithematous) yang mati rasa (anesthesi).

2. Penebalan saraf tepi yang disertai gangguan fungsi saraf yang diakibatkan adanya peradangan kronis saraf tepi (neuritis perifer). Gangguan saraf ini bisa berupa gangguan fungsi sensoris (mati rasa), gangguan fungsi motoris (kelemahan otot atau kelumpuhan) dan gangguan fungsi saraf otonom (kulit kering dan retak-retak).

3. Adanya bakteri tahan asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (BTA positif) (Adhi Djuanda,1997)

Seseorang dinyatakan sebagai penderita kusta apabila terdapat satu atau lebih tanda-tanda diatas.

2.1.1.5 Klasifikasi/Tipe

Terdapat berbagai klasifikasi penyakit kusta sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan. Mulai dari klasifikasi Pre manila, Pan amerika, Havana, Madrid, Indian, Job dan Chacko, Ridley dan Jopling, serta Klasifikasi menurut WHO.

Sampai saat ini untuk klasifikasi yang dipakai pada penelitian terbanyak adalah klasifikasi Ridley dan Jopling. Klasifikasi tersebut berdasarkan gambaran klinis, bakterologis, histopatologis, dan mempunyai korelasi dengan tingkat imunologis, yaitu membagi penyakit kusta dalam 5 tipe yaitu:

- a. Tipe Tuberkuloid (TT)
- b. Tipe Borderline Tuberkuloid (BT)
- c. Tipe Boerderline (BB)
- d. Tipe Borderline Lepramatous (BL)
- e. Tipe Lepramatous (LL)

Klasifikasi penyakit kusta dibagi menjadi tipe Pausibasiler (PB) dan Multibasiler (MB). Tipe Paucibacillary atau tipe kering memiliki ciri bercak-bercak dengan warna keputihan, ukurannya kecil dan besar, batas tegas, dan terdapat di satu atau beberapa tempat di badan (pipi, punggung, dada, ketiak, lengan, pinggang, pantat, paha, betis atau pada punggung kaki), dan permukaan bercak tidak berkeriat. Kusta tipe ini jarang menular tetapi apabila tidak segera diobati menyebabkan kecacatan (Depkes RI, 2006).

Tipe yang kedua yaitu Multibacillary atau tipe basah memiliki ciri-ciri berwarna kemerahan, tersebar merata diseluruh badan, kulit tidak terlalu kasar, batas tidak begitu jelas, terjadi penebalan kulit dengan warna kemerahan, dan tanda awal terdapat pada telinga dan wajah.

Dalam pemakaian Obat dan kombinasi (MDT) untuk pemberantasan penyakit kusta, maka WHO mengelompokan penyakit kusta atas dua kelompok berdasarkan jumlah lesi kulit dan pemeriksaan apusan lesi kulit, yaitu:

1. Tipe Pausibasiler (PB) terdiri atas tipe Intermediate (I), Tuberkuloid (TT), Borderline Tuberkuloid (BT), jumlah lesi sebanyak 1-5 lesi kulit. Hasil pemeriksaan basil tahan asam (BTA) negative.

2. Tipe Multibasiler (MB) terdiri atas tipe Borderline (BB), Borderline Lepramatous (BL), Lepramatous (LL). Jumlah lesi lebih atau sama dengan 6 lesi kulit. Hasil pemeriksaan (BTA) positif.

Dalam program pemberantasan penyakit kusta nasional di Indonesia. Maka Departemen Kesehatan Republik Indonesia mengambil kebijaksanaan dalam penyederhanaan metode pelaksanaan pengobatan. Bila klasifikasi meragukan maka penderita kusta digolongkan dalam klasifikasi MB.

2.1.1.6 Gejala Kusta

Tiga efek samping utama (indikasi utama) penyakit adalah: (Widoyono, 2005)

1. Makula kulit yang hipopigmentasi atau sedatif
2. saraf tepi rusak.
3. Hasil pemeriksaan fasilitas penelitian berupa kulit dikerok menunjukkan hasil yang positif.

Sedangkan indikasi lain seseorang mengalami kusat diantaranya:

1. Bintik-bintik putih seperti jamur versikolor pada kulit, mulanya sedikit namun lama kelamaan menjadi lebih luas dan lebih beragam.
2. Kenop merah yang jelas menghilang di bagian luar kulit.

3. gambaran beberapa bagian anggota badan yang terlihat basah oleh keringat.
4. Sebuah kecenderungan menggigil di pelengkap atau tampilan.
5. fasies leomina biasa disebut (wajah singa).
6. Pelengkap mati rasa akibat saraf tepi gangguan

Indikasinya tidak sepenuhnya terlihat, sebaiknya berhati-hati jika ada kerabat yang mengalami sakit luka yang tidak sembuh-sembuh dalam waktu yang cukup lama dan apalagi jika luka dijepit dengan jari tidak ada salahnya.

M. Leprae dikenal sebagai infeksi menakutkan karena menimbulkan ketidakmampuan yang sebenarnya. Bagaimanapun, proses dimulainya gejala infeksi yang muncul tidak hanya pewarnaan kulit. Perkumpulan yang memiliki bahaya tinggi menimbulkan kusta adalah individu yang tinggal di daerah padat penduduk atau pemukiman dengan kondisi tidak berdaya misalnya tempat tidur tidak kurang bagus, air kotor, akses kesehatan buruk, pejanan penyerta lainnya, misalnya HIV dapat melumpuhkan kerangka yang tidak dapat diterima. (Andra, 2014).

2.1.1.7 Pengobatan Kusta

Sasaran mendasar dari program pemusnahan infeksi adalah untuk memutus mata rantai penularan dan menurunkan angka kesakitan, mengobati dan memperbaiki pasien serta mencegah terjadinya kecacatan. Untuk mencapai tujuan ini, metodologi masih bergantung pada lokasi awal dan pengobatan pasien, yang sebenarnya diperlukan meskipun fakta bahwa antibodi penyakit yang kuat dapat diakses kemudian.

MDT (Multi Medication Treatment) adalah jenis pengobatan yang disarankan oleh World Wellbeing Association (WHO) untuk mengurangi nominal orang yang sedang sakit atau terjangkit. Pemberian terapi yang tepat memerlukan informasi tentang alasan, sifat obat yang dipakai dan perjalanan penyakit yang normal.

Manfaat MDT:

- a) Mencegah oposisi obat
- b) Mengubah gagasan pengobatan jangka panjang sesuai kemampuan mencegah penyebaran infeksi menjadi pengobatan sementara yang memperbaiki penyakit.
- c) Meningkatkan kepatuhan pengobatan 50% menjadi 95%. Selanjutnya, Kurangi jumlah kasus setiap tahun
- d) Dengan cepat menyebabkan pasien menjadi tidak tertahankan.

DS = Diamino Diphenyl Sulphone, diperkenalkan di Jerman pada tahun 1908. Pada tahun 1941 mulai digunakan untuk mengobati pasien penyakit. Di Indonesia, penggunaan DDS dimulai pada tahun 1950. DDS merupakan obat yang saat ini dikenal sebagai obat terbaik untuk pengobatan infeksi, biayanya umumnya murah dan hasilnya dapat diterima. Pengguna obat ini harus diminum secara rutin karena jika tidak dapat menyebabkan resistensi. Takaran untuk dewasa (15 tahun ke atas): 300-600 mg tujuh hari, porsi untuk anak-anak: 150-300 mg tujuh hari.

Berikutnya adalah jenis obat untuk infeksi:

1. CIBA (Thiambutosine): Sebuah porsi 500 mg diperlukan setiap hari di sisi lain selama 3 minggu dan dapat diambil selama kira-kira dua tahun.

2. B 663 = Lamperene (Clofazamine): Sebuah porsi 100 mg diperlukan tiga kali setiap minggu. Obat ini sangat baik untuk pasien yang memiliki respon (100-600 mg setiap hari). Hasilnya kulit gelap, kesemutan, kulit kering, sensasi ingin upchuck, kencing berturut-turut. Pemberian setelah makan malam. Lamperene adalah obat mahal namun berguna untuk pasien dengan respon.

3. Streptomisin: Dosis 1 gram per hari selama beberapa bulan, digunakan secara konsisten dengan obat-obatan tertentu lainnya. Obat ini digunakan jika ada bekas luka atau pangkal tenggorokan (laring) terganggu.

4. Rifampisin: 600 mg setiap hari; 450 mg untuk berat badan di bawah 35 kg. Dalam 5 minggu pasien bisa negatif, obat ini sangat mahal dan frekuensi hasil dapat terjadi karena kepekaan pasien, edema, dan pucat.

2.1.1.8 Reaksi Kusta

Respons kusta adalah adegan intens dalam perkembangan kontaminasi infeksi yang berfungsi dan yang langsung disebabkan oleh penyakit, yang merupakan respons imun (reaksi sel) atau respons agen anti-antigen (reaksi humoral) dengan konsekuensi yang tidak ramah bagi pasien. Respons ini dapat terjadi sebelum atau sesudah pengobatan. Ada tiga macam tanggapan tipe yang mendasar diantaranya.

a) Erythema Nodosum Leprosum (ENL)

Tipe yang paling umum dari reaksi. Hal ini terjadi pada penderita-penderita bentuk Lepromatous dan penderita-penderita *Borderline Lepromatous*. ENL berlangsung baik dalam jangka pendek, yaitu antara beberapa hari hingga lebih lama dan kambuh lagi 1-2 bulan hingga bertahun-tahun. Pathogenesis dari ENL diakibatkan dari antigen-antibodi terhadap reaksi pada dinding pembuluh darah, antibody tersebut merupakan hasil dari (*product*) kuman-kuman kusta. ENL sering terjadi pada penderita yang telah berhenti minum dapson. Tanda dan gejalanya berupa demam, nyeri pada persendian dan benjolan-bejolan (*nodules*) sebesar biji kacang terdapat pada kulit merupakan keadaan yang paling umum, rasa sakit yang merata pada kelenjar getah bening (*Lymphadenopathy*), sakit pada saraf tepi, dan *Iridocyclitis*. Komplikasi yang disebabkan dapat berupa Ulserasi, kelumpuhan pada tangan dan kaki (*Foot-drop*) atau (*lagophthalmos*), kebutaan (peradangan pada iris) bila kambuh berulang, kerusakan ginjal (*urenal damage*). Pengobatan (*Treatment*) sekedar simtomatis (pengobatan yang ditujukan pada gejala penyakit semata-mata), Analgesik (untuk menghilangkan nyeri), *Antipyretic* (menurunkan demam), dan

Sedative (penenang). Obat-obat anti peradangan (*anti inflammatory agents*) sering kali digunakan pada penderita dengan ENL.

b) Reaksi-Reaksi Lepra (Lepra Reaction)

Reaksi yang paling umum terjadi adalah tipe kusta *Borderline*. Ada dua tipe reaksi lepra yang dikenal, yaitu reaksi penurunan derajat (*The downgrading reaction*) dan reaksi pembalikan (*The reversal reaction*). Pathogenesis reaksi Lepra berasal dari penurunan imunitas terhadap kuman kusta menjadi penyebab reaksi penurunan derajat, kuman-kuman kusta berkembang biak dan menyebar luas (*disseminate*). Sedangkan reaksi reversal terjadi suatu penyusutan kuman-kuman kusta apabila reaksi penurunan mereda, dalam hal ini berhubungan dengan status imunologis penderita dan masih banyak hal lain yang masih belum jelas. Tanda dan gejala berupa kemerahan, pembengkakan, dan terdapat lesi-lesi kulit yang baru merupakan sesuatu hal yang sering dijumpai, gejala konstitusional seperti demam, lesu, lemah, dan nyeri pada persendian jarang terjadi. Komplikasi yang disebabkan berupa kelumpuhan (*paralysis*) akut, Ulcerasi namun hal ini jarang terjadi. Pengobatan dapat diberikan *Alagetics*, obat anti-peradangan (*Chloroquin*), *Diuretic*, *Physiotherapy* perlu bagi penderita dengan kerusakan saraf, latihan seperti spalk, gips (*plaster*), tergantung jenis dan tipe kelumpuhan yang ada.

c) Reaksi Lepra Progresif

Dalam beberapa kasus *Lepramatous* yang parah, kemajuan penyakit ini dihubungkan dengan gejala-gejala seperti demam, malaise (perasaan tidak enak), dan kadang-kadang pemborokan dan nodule-nodule. Reaksi tersebut dikenal sebagai reaksi lepra progresif (*Peogressive Lepra Reaction*). Pengobatan antkusta yang efektif, obat-obat symtomatis dan pengobatan yang

supportif adalah yang paling penting diperlukan dalam menangani penderita-penderita seperti ini.

Reaksi -reaksi dalam penyakit kusta banyak bentuknya. Pathogenesis dari masing-masing tipe itu sama sekali belum cukup dimengerti. DDS tidak menimbulkan reaksi dan tidak memperburuk suatu keadaan reaksi. Semua reaksi membatasi dengan sendirinya. Oleh karena itu, mereka hanya perlu memerlukan pengobatan simtomatis karena reaksi terjadi hanya pada penderita yang masih aktif. Obat antikusta terbaik yang masih tersedia sekarang ini untuk digunakan dan ditinjau dari berbagai segi adalah dapsone atau DDS.

2.1.1.9 Pencegahan dan Penanggulangan

2.1.1.9.1 Pencegahan

Pencegahan secara umum adalah mengambil tindakan terlebih dahulu sebelum kejadian. Dalam rangka Pencegahan Kusta, Pemerintah Pusat menetapkan target Eliminasi Kusta. Pencegahan Kusta bertujuan untuk mencapai Eliminasi Kusta tingkat provinsi pada tahun 2019 dan tingkat kabupaten/kota pada tahun 2024. Upaya pencegahan dan pengendalian berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan tahun 2019 meliputi promosi kesehatan, surveilans, kemoprofilaksis, dan tatalaksana penderita kusta (Kemenkes, 2019). Ada tiga tingkatan pencegahan penyakit menular secara umum yaitu :

1. Pencegahan (Primer)

Pada pencegahan tingkat pertama yang paling penting adalah sasaran yang ditujukan pada faktor penyebab, lingkungan serta faktor pejamu yang masih menjadi masalah yang krusial dewasa ini. Sehingga mencari sebab sejak dini menjadi hal yang paling penting dalam kesehatan serta pencegahan.

a) Tujuan difokuskan pada unsur-unsur penyebab penyakit yang diharapkan dapat mengurangi komorbid atau mengurangi dampak penyebab serendah mungkin dengan upaya, misalnya

pembersih, pemurnian. Pembersihan dimaksudkan untuk menghapuskan mikroorganisme kusta, membunuh sumber penularan atau menghilangkan sebab dari penularan, dan mengurangi atau menjauhi praktik yang dapat memperluas bahaya individu atau area lokal.

b) Mengatasi/Modifikasi lingkungan melalui perbaikan lingkungan fisik seperti peningkatan air bersih, sanitasi lingkungan, dan perumahan serta bentuk pemukiman lainnya.

c) Meningkatkan daya tahan penjamu melalui perbaikan status gizi, status kesehatan umum dan kualitas hidup penduduk, serta berbagai bentuk pencegahan khusus lainnya serta peningkatan ketahanan fisik melalui olahraga

2. Pencegahan (Sekunder)

Tujuannya difokuskan pada individu-individu yang sakit atau yang dipandang sebagai (suspek) atau yang beresiko dengan penderitaan (periode pertumbuhan). Tujuan dari tingkat ini mengingat deteksi dini dan pengobatan yang sesuai dosis dan waktu agar mencegah penyebaran penyakit atau untuk mencegah kambuh, dan mencegah tindakan / komplikasi penyakit lebih lanjut

3. Pencegahan (Tersier)

Tujuan dari pencegahan di sini adalah untuk individu dengan penyakit, tujuannya adalah untuk menjaga ketidakmampuan terjadi. Tahap ini, upaya restorasi juga dilakukan. Pemulihan adalah dorongan untuk membangun kembali kapasitas fisik, mental, dan sosial.

2.1.1.9.2 Penanggulangan

Berdasarkan Peraturan Kementerian Kesehatan tahun 2019 tentang penanggulangan kusta. Upaya pencegahan dan pengendalian berdasarkan meliputi promosi kesehatan, surveilans, kemoprofilaksis, dan tatalaksana penderita kusta (Kemenkes, 2019). Kegiatan promosi kesehatan diarahkan

untuk memberdayakan masyarakat agar mampu berperan aktif dalam mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan untuk pencegahan dan pengendalian kusta. Kegiatan promosi kesehatan dilaksanakan dalam bentuk memberikan informasi kepada masyarakat tentang tanda dan gejala dini kusta, serta teknis kegiatan Penanggulangan Kusta. Menjelaskan tentang penyakit kusta baik kepada individu, keluarga, dan masyarakat untuk penghapusan stigma dan menghilangkan diskriminasi pada Penderita kusta dan orang yang pernah mengalami kusta (kemenkes, 2019)

Penanggulangan Infeksi telah selesai sepenuhnya berniat mengembalikan korban penyakit menjadi individu yang bermanfaat, berharga, religius, berguna dan pasti. Strategi adaptasi ini terjadi dari teknik pemulihan yang terdiri dari restorasi klinis, restorasi sosial, dan strategi remedial yang merupakan tujuan definitif pemulihan, sehingga pasien dan lingkungan berbaur sehingga hilang stigma yang buruk dan tidak terjadi lagi pertemuan yang berbeda.

berbagai upaya harus dilakukan untuk memusnahkan bakteri penyebab lepra, antara lain:

- a) deteksi dini.
- b) pemberian obat kusta sesuai dosis dan tepat sasaran
- c) akses informasi seputar kusta terhadap pasien
- d) meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan khususnya kusta
- e) Fase Rehabilitasi bagi yang sudah cacat atau masih utuh

2.1.1.10 Masalah yang dihadapi Penderita kusta

Masalah kusta jika dibahas memiliki masalah yang sangat tidak terduga dan merupakan masalah manusia yang sudah selesai. Masalah yang dilihat oleh individu yang mengalami sakit dilihat dari sudut pandang klinis serta masalah psikososial karena penyakitnya. Dalam kondisi ini, masyarakat

setempat berusaha untuk menjauhkan diri dari orang-orang yang menderita atau tetangga yang memiliki masa lalu yang penuh dengan penyakit. Isu-isu yang muncul akan berdampak jangka panjang dan mempengaruhi eksistensi berbangsa, dengan alasan isu-isu tersebut memiliki efek signifikan yang membuat individu dengan penyakit menjadi lemah secara sosial, melarat, pengangguran dan ada potensi hasil yang berbeda yang mewakili bahaya yang berisiko terhadap permintaan di arena publik, diharapkan akan memicu kesalahan atau pengaruh yang meresahkan secara lokal.

Efek sosial dari infeksi ini spektrum yang cukup luas, menyebabkan kesulitan dan kekacauan yang mendalam secara lokal. Tidak hanya kepada korban itu sendiri, tetapi juga kepada kerabat dan keluarganya secara langsung, individu-individu daerah setempat dan negara. Kebohongan dan tidak adanya informasi baik untuk daerah setempat maupun individu yang sakit, sehingga banyak yang benar-benar percaya bahwa penyakit ini adalah infeksi yang tak tertahankan, tidak dapat diatasi, penyakit genetik, celaan Tuhan, berantakan dan menyebabkan ketidakmampuan. Karena pandangan yang menyimpang ini, korban sakit merasa sedih sehingga tidak tabah dan normal dalam menjalani terapi. Kondisi ini mungkin disebabkan oleh ketakutan yang berlebihan terhadap infeksi (Leprophobia).

Orang yang menderita penyakit kusta juga mengalami trauma psikis (Zulfikar, 2003). Sebagai akibat trauma psikis ini, penderita antara lain sebagai berikut :

- a. Cepat mencari bantuan klinis (pengobatan).
- b. Berlama-lama karena belum tau atau aib bahwa dia atau keluarganya mengalami kusta
- c. Memisahkan diri dari lingkungan sekitarnya, termasuk kerabat sendiri.
- d. Banyaknya problema (berubah menjadi alasan), pada akhirnya bertindak tidak sadar akan penyakit yang sedang diderita.

berbagai macam yang disebutkan di atas, muncul masalah pada individu dengan penyakit, antara lain:

1. Masalah dengan individu (diri)

Ketika semua dikatakan selesai, individu dengan penyakit merasa kurang percaya diri, merasakan faktor tekanan mental, takut akan penyakit dan ketidakmampuan mereka, ragu-ragu untuk menghadapi atau berjumpah keluarga dan lokal karena disposisi pengakuan yang tidak wajar. Ragu-ragu untuk mencari pengobatan karena minder, karena cacat tidak bisa bebas sehingga tidak lain adalah beban bagi orang lain.

2. Masalah dengan keluarga

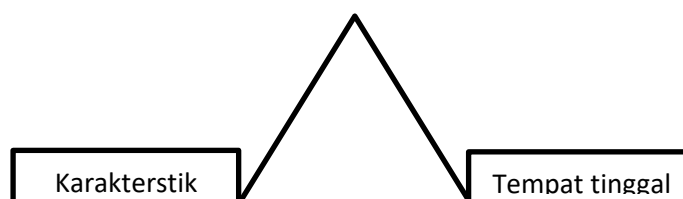
Keluarga mencari bantuan, dukun dan obat kampung, keluarga takut dipisahkan oleh lingkungan sekitar, berusaha menyimpan pasien kusta dari keluarga karena ketakutan paranoid terhadap kontaminasi.

3. Masalah dengan masyarakat

Ketika semua dikatakan selesai, individu mengetahui terinfeksi dari praktik sosial dan ketat, sehingga penilaian penyakit adalah penyakit menular, berlepas tangan, menimbulkan cacat. Karena tidak adanya informasi atau data tentang penyakit, sulit bagi korban untuk dikenali secara lokal.

2.1.2 Determinan Kusta Menurut Teori Segitiga Epidemiologi

Hubungan masing-masing penyebab penyakit dapat dibedah dengan memanfaatkan segitiga epidemiologi (Tinmreck, 2005). Hipotesis ini menjelaskan apakah infeksi *M. Lepare* yang dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu orang tertentu, Mycobacterium leprae dan wilayah (area) (Rajak, 2008)..



Bagan 2.1.2 Segitiga Epidemiologi

Berikutnya merupakan klarifikasi dari faktor-faktor penentu penyakit yang bergantung pada hipotesis segitiga epidemiologis..

1. Karakteristik Responden

a. Umur

Kusta diketahui terjadi pada semua umur yang berkisar antara bayi sampai dengan usia lanjut atau dengan kata lain kusta dapat menyerang dari umur tiga minggu sampai dengan umur lebih dari 70 tahun, namun penderita kusta yang terbanyak adalah pada usia produktif (Kemenkes RI, 2012).

Berdasarkan penelitian Nabila, dkk (2012) menunjukkan hasil yang sama yang dilakukan di Rumah Sakit Kusta Kediri, mayoritas penderita kusta adalah usia dewasa dengan presentase 90%.

b. Orientasi Seksual (JK)

Beberapa penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa jumlah penderita kusta yang berjenis kelamin laki-laki lebih sering terjadi dibandingkan dengan perempuan. Penelitian yang dilakukan Peter (2002) menyatakan bahwa terdapat perbedaan jumlah penderita kusta antara pria dan wanita. Kusta lebih sering terjadi pada pria dibanding wanita dengan perbandingan masing-masing adalah 2:1.

c. Tingkat Pendidikan

Instruksi adalah upaya dengan pengaruh atau cara belajar untuk berurusan dengan lingkungan sehingga individu akan bergerak (berusaha) untuk mengikuti (mengalahkan berbagai persoalan) bertekad untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Tingkat pendidikan merupakan suatu komponen yang mengungkapkan kepada orang lain tentang cara-cara dan

informasi khalayak, baik dalam bagi diri maupun dalam iklim sosial (Notoatmodjo, 2006; Budioro, 1998).

Sebagaimana ditunjukkan oleh Undang-Undang No. 20 Tahun 2003 Tingkat sekolah dipisahkan menjadi: Pelatihan dasar/rendah (SD – SMP/MTs); Instruksi Opsional (SMA/SMK/Sama); dan Pendidikan Lanjutan (kampus).

Berdasarkan hasil pemeriksaan dari Martomijoyo (2012) diperoleh informasi tentang tingkat pengajaran ke atas dari 29 (81,0%) responden memiliki tingkat pelatihan yang rendah (< SD-SMP) dan setelah tes penyelidikan faktual, menunjukkan hubungan antara latar belakang sejarah elemen instruktif dan penyakit. Melihat gambaran di atas, menyiratkan bahwa dengan memiliki instruksi yang rendah, ada bahaya yang lebih serius untuk tertular kuman infeksi. Oleh karena itu, pengajaran adalah sumbu utama dan berperan penting dalam eksistensi penolakan infeksi dari masyarakat. tingkat pengajaran yang tinggi, semakin sederhana apa pun kecuali seorang individu untuk mendapatkan dan memahami berbagai jenis khasanah kumpulan data yang diperoleh.

d. Tingkat Informasi (Pengetahuan)

Informasi adalah akibat dari pendeteksian manusia atau yang didapatkan individu kepada objek melalui fasilitas diri orang tersebut meliputi (bacaan, pendengaran, penglihatan, dan sebagainya) secara bebas, mulai dari saat mendeteksi hingga menyampaikan informasi dan pemahaman terhadap orang lain. dihasut oleh secara montras dan intens, pertimbangan dan ketajaman (bayangan) dari berbagai item (Notoatmodjo, 2004).

Seperti yang ditunjukkan oleh penelitian, rendahnya informasi yang diidentifikasi dengan penyakit dapat secara tidak langsung mengarah pada pandangan pesimis individu dengan infeksi. Ketiadaan informasi dan pemahaman tentang infeksi menyebabkan penderita penyakit tidak tahu dampak dari akibat yang dapat timbul akibat penyakit tersebut, misalnya cacat yang sebenarnya. Rasa malu dan wawasan yang mengerikan dapat disebabkan oleh ketidakmampuan aktual yang jelas terlihat pada individu dengan penyakit. Hal inilah yang melatarbelakangi mengapa korban dihindari oleh penduduk lokal (Dast, 2004).

e. Jenis Pekerjaan

Sesuai temuan yang dipimpin oleh Mukhtar (2008) mendapatkan informasi jenis pekerjaan yang umumnya peternak(tani) dengan tingkat hasil 56,4%. Pemeriksaan lain juga dipimpin oleh Yuniar (2013) mengenai faktor bahaya yang diidentifikasi dengan terjadinya penyakit. Ditemukan bahwa ada hubungan antara pekerjaan dan tingkat penyakit. Laporan serupa juga dipimpin oleh Norla, et al. Pada tahun 2011, efek samping dari uji investigasi terukur menjelaskan bahwa rak terdapat hubungan antara jenis pekerjaan dan faktor bahaya penularan penyakit.

Notoetmidjo (2013) menjelaskan terkait pekerjaan dibagi kedalam beberapa opsi: 1.pedagang, 2 Pekerjaan/Peternak, 3 pegawai pemerintah (PNS), 4 TNI/POLRI, 5 Pensiunan, 6 Bisnis visioner, dan 7 Ibu Rumah Tangga.

f. Riwayat Kontak

Meskipun alat penularan secara spesifik belum diketahui secara pasti, ada penelitian yang menjelaskan bahaya penularan pada

keluarga yang tinggal serumah dan memiliki kontak/hubungan dekat yang tampaknya berlangsung lama.

Menurut Dinas Kesehatan Republik Indonesia (2008), kontak dengan orang yang sakit dianggap berbahaya jika melebihi 2 tahun dan tidak dalam bahaya jika kontak kurang dari 2 tahun. Konsekuensi pemeriksaan (Norla, 2011) juga memperlihatkan hasil hubungan yang sangat besar antara riwayat kontak dengan jumlah pasien penderita pada sampel. Kemungkinan individu dengan latar belakang yang ditandai oleh kontak dalam keluarga yang sama tertular infeksi adalah 6,06x lebih penting daripada individu yang tidak memiliki serangkaian pengalaman kontak keluarga.

g. Kebersihan Individu (*Personal Hygiene*)

Kebersihan individu atau demonstrasi menjaga kebersihan rumah merupakan kegiatan preventif mengingat tugas setiap orang untuk mempertahankan kesejahteraan untuk menjaga penyebaran penyakit yang tak tertahankan, khususnya penularan melalui tatap muka atau berhadapan dengan korban (Noor, 2005).

Alat penularan penyakit, menurut beberapa ahli tertentu, adalah melalui/via udara bagian atas dan kontak, mikroba penyakit dapat sampai ke daerah sekitar kulit melalui organ keringat (Mansjor, 2001)

Seperti yang ditunjukkan oleh penelitian Yudied, dkk. Pada tahun 2008 dijelaskan adanya faktor bahaya ekologis yang juga bersifat persuasif, khususnya kondisi ruangan yang tidak berdaya, kecenderungan untuk tidur bersama (dalam satu ruangan), kecenderungan untuk memakai pakaian ganti, kecenderungan untuk menggunakan handuk bersama-sama lagi

dan buang air besar di hutan. pembibitan dapat menjadi sebab penularan yang tak tertahankan. tidak bisa dianggap remeh dan kemungkinan infeksiya tinggi.

i. Kecenderungan Mandi (kebiasaan)

Sesuai hasil pemeriksaan yang dipimpin oleh Rismawati (2012). ada hubungan antara sterilisasi iklim aktual rumah dan kebersihan individu dengan frekuensi penyakit multibasiler.

Seperti yang ditunjukkan oleh Mendikbud (1987) kebersihan pasien sendiri berperan penting dalam mencegah infeksi yang tak tertahankan. Mencuci adalah pekerjaan untuk menjaga manajemen kesehatan kulit. Ini diakhiri dengan keramas setiap hari 2x sehari, pada pagi dan sore hari memakai air jernih dan padat. Benar-benar fokus pada kulit adalah komitmen utama (Depdikbud, 1987).

ii. Kecenderungan Meminjam Pakaian (kebiasaan)

Efek samping dari eksplorasi yang disutradarai oleh Yudi, dkk. Pada tahun 2008 dijelaskan ada faktor-faktor bahaya yang mempengaruhi, khususnya kecenderungan untuk memakai pakaian khas (umum) yang dapat memicu penularan berbagai jenis penyakit yang tidak dapat dicegah, termasuk penyakit. Faktor bahaya sebagai kebersihan individu juga mempengaruhi penularan penyakit, salah satunya penggunaan pakaian di sisi lain dalam satu iklim keluarga (Endang, 2001).

iii. Kecenderungan Meminjam Handuk (kebiasaan)

Eksplorasi disutradarai oleh Yadi, dkk. Pada tahun 2008 dijelaskan faktor bahaya bagi kebersihan individu di dalam satu kamar atau ruangan yang berdampak adalah

penggunaan handuk mandi di sisi lain. dapat menyebabkan penularan penyakit yang berbeda yang tidak menghalangi adalah orang yang terinfeksi kusta.

Sesuai hipotesis yang dikemukakan oleh Endang (2001), sangat berbahaya kebersihan individu yang mempengaruhi penularan penyakit adalah mennggubakan handuk bersama-sama.

h. Kebiasaan Membersihkan Lantai Rumah

Residu, tanah dan kotoran mikroba di atas lantai tidak enak dilihat dan sekaligus menjadi sumber kontaminasi kuman. infeksi atau mikroba. Dengan cara ini, membersihkan lantai dan membersihkan debu lantai sangat perlu untuk mengurangi jumlah mikroorganisme dan menciptakan iklim yang sempurna (Tietjen, 2004). Kusta dapat ditemukan pada kotoran di sekitar iklim rumah individu yang mengalami sakit, dapat diketahui dengan temuan yang memanfaatkan bagian bawah kaki mencit sebagai tempat biakan, *M. leprae* dapat bertahan hidup dalam waktu yang cukup lama. sementara dalam iklim saat ini. Selain itu, *M. leprae* juga dapat ditemukan di lantai rumah pasien atau di area rumah pasien (Yunita, 2010).

2. Lingkungan Fisik Rumah

a. Iklim (Suhu)

Mikroorganisme *M. leprae* yang dapat terjadi dalam waktu yang cukup lama pada suhu kamar atau suhu ruangan dapat menimbulkan bahaya penyebaran infeksi sesama kerabat dalam satu rumah. Perkembangan *M. leprae* paling ekstrim terjadi pada suhu 27' – 30' (Depkes RI, 2014).

Berdasarkan hasil eksplorasi yang diarahkan oleh Rinawati bahwa ada hubungan antara iklim ruangan pasien dengan tingkat MB di dalam rumah (Rinawati, 2010)

b. Cahaya Alami Ruangan

Penerangan di ruangan responden dapat diperkirakan dengan memakai suatu alat, tepatnya (luxmeter). Penerangan paling tidak tergantung pada undang-undang resmi di rumah adalah lebih dari 60 lux. sesuai dengan Pedoman Nomor 1077/Menkes/Per/V/2011 tentang Tata Tertib Tata Udara Ruangan. Selanjutnya, pencahayaan adalah salah satu kelas berbahaya.

c. Kepadatan penghuni kamar

Dari hasil pemeriksaan yang dipimpin oleh Rinawati (2010), terdapat ada hubungan meliputi ketebalan penghuni kamar dengan frekuensi infeksi. Pasien dengan kebersihan dengan ketebalan ruang yang tidak memenuhi kebutuhan kesehatan mempunyai bahaya 3.221x resiko serius untuk mengalami penyakit tipe MB jika disamakan pada pasien penyakit kusta lain dengan ketebalan ruang yang sesuai standar

d. Jenis Lantai

Berdasarkan Pedoman kemenkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999 aturan Pedoman Kebutuhan Kesejahteraan “Rumah Pribadi sebagaimana disarankan. menyatakan bahwa lantai rumah harus tahan air dan gampang dibersihkan.

Berdasarkan penelusuran Emil (2011), dilacak bahwa atribut rumah pribadi yang dikaitkan dengan kasus penyakit termasuk jenis lantai.

2.2 Pengetahuan

Pengetahuan adalah produk kesadaran dan diperoleh ketika objek-objek tersebut dirasakan oleh individu. Ini sangat mempengaruhi perilaku individu. Ada 6 tahapan pengetahuan, yaitu: mengetahui,

mendapatkan/memahami, aplikasi, penyelidikan/analisis, penggabungan/sintesis dan penilaian/evaluasi (Notoadmojo, 2017).

2.2.2 Faktor Yang Memengaruhi Pengetahuan

1. Faktor Internal

a. Tingkat Pendidikan

Pendidikan mungkin menawarkan kebijaksanaan atau informasi kepada orang lain. Pendidikan berdampak pada metode pembelajaran. Semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin gampang suatu individu memperoleh pengetahuan. bertambah banyak data yang masuk, semakin banyak pengalaman yang dapat dikumpulkan. Informasi terkait erat dengan pendidikan, di mana akan ada pengetahuan yang lebih komprehensif bagi mereka yang memiliki pendidikan tinggi. Tingkat pendidikan juga menentukan apakah seseorang mudah menyerap informasi (Notoadmojo, 2017).

b. Usia

Usia adalah periode waktu sejak lahir hingga saat ini seseorang mengalami kehidupan. Semakin tua, tingkat pemahaman dan kedewasaan orang tersebut maka akan semakin baik dalam memikirkan dan menerima ilmu. Tetapi orang yang lebih tua tidak selalu lebih berpengalaman daripada orang yang lebih muda. Dewasa awal, dewasa menengah dan dewasa lanjut adalah pembagian usia dewasa berdasarkan teori ini (Notoadmojo, 2017).

c. Tempat tinggal

Lokasi tempat tinggal responden secara teratur adalah rumah. Seseorang yang tinggal di daerah yang rawan penyakit menular akan lebih sering mengalami kasus demam, sehingga masyarakat memiliki tingkat kewaspadaan yang lebih tinggi di daerah tersebut (Notoadmojo, 2017).

d. Pekerjaan

Lingkungan kerja dapat secara langsung atau tidak langsung membuat individu memperoleh pengalaman dan pengetahuan. Orang dengan pekerjaan medis, misalnya, akan tahu lebih banyak tentang demam dan cara mengobatinya daripada orang yang tidak bekerja di bidang medis (Notoadmojo, 2017).

e. Tingkat Ekonomi

Tingkat ekonomi tidak secara langsung mempengaruhi tingkat pendidikan seseorang. Namun, semakin tinggi tingkat ekonomi suatu entitas, semakin mampu menyediakan atau membeli fasilitas sumber informasi (Notoadmojo, 2017).

2. Faktor Eksternal

a. Faktor Lingkungan

Baik itu fisik, biologis atau sosial, iklim adalah semua yang melingkupi orang tersebut. Iklim saat ini mempengaruhi proses memasukkan informasi ke orang-orang di lingkungan itu. Bisa saja nyata karena adanya mekanisme untung-rugi yang ada untuk memperoleh informasi sebagai respon yang dibuat oleh individu tersebut. Orang tua yang tinggal di lingkungan yang selalu dinasehati cara mengatasi demam misalnya akan jauh lebih mampu mengatasi demam dibandingkan orang tua yang tinggal di lingkungan yang tidak ada pendidikannya (Notoadmojo, 2017).

b. Kepercayaan atau tradisi

Keyakinan adalah sesuatu yang dilakukan seseorang tanpa mengetahui baik atau buruknya, sebagai bentuk keyakinan terhadap sesuatu. Sudut pandang agama atau ras lainnya termasuk pandangan atau praktik yang dirujuk. Keyakinan atau tradisi yang dianut oleh orang tertentu,

misalnya, dapat menentukan cara seseorang menangani demam yang timbul dan berbeda dengan individu yang menganut kepercayaan atau tradisi lain (Notoadmojo, 2017).

c. Informasi

Informasi yang diperoleh seseorang dapat berpengaruh, baik formal maupun informal, sehingga memungkinkan adanya penyesuaian atau peningkatan kesadaran. Media informasi seperti radio, majalah, TV, radio, surat kabar, dan layanan penyuluhan dapat memiliki pengaruh yang sangat besar pada penciptaan kesadaran (Notoadmojo, 2017).

2.3 Sikap

Dalam psikologi sosial, sikap merupakan istilah terpenting yang membahas unsur-unsur sikap, baik sebagai individu maupun kelompok. Telah dipahami proses kesadaran melalui sikap, yang mendefinisikan tindakan dan perilaku nyata yang akan diambil orang dalam kehidupan sosial mereka (Notoadmojo, 2017).

Sedangkan menurut Notoatmodjo, watak adalah reaksi/respon rahasia yang belum dibuka kepada sesuatu rangsangan atau target oleh seseorang. watak menunjukkan dengan jelas konotasi tanggapan yang sesuai terhadap rangsangan tersebut, dan merupakan reaksi emosional terhadap rangsangan sosial dalam kehidupan sehari-hari. Sikap bukanlah suatu tindakan atau operasi tetapi tindakan tersebut cenderung pada suatu perilaku (Notoadmojo, 2017).

Dalam Notoatmodjo, Allport mengatakan bahwa sikap memiliki tiga komponen utama, yaitu (Notoadmojo, 2017):

1. Sebuah. Keyakinan, pertimbangan dan gagasan/konsep tentang suatu zat.
2. Keberadaan emosional suatu objek atau penilaian antusias.
3. Kecenderungan untuk bertindak

Bersama-sama ketiga bagian ini membentuk watak penuh (mentalitas lengkap). Kesadaran, perasaan, nilai, dan emosi memainkan peran penting dalam menentukan sikap penuh. Sikap terdiri dari tingkatan yang berbeda-beda, menurut Notoatmodjo sebagai yang dimiliki oleh kecerdasan, yaitu (Notoadmojo, 2017):

a. Terima (*Receiving*)

Menerima artinya seseorang atau subjek mampu mempertimbangkan suatu rangsangan yang ditawarkan oleh suatu subjek dan memperhatikannya.

b. Menanggapi (Membalas)

Ini adalah indikator dan sikap untuk memberikan jawaban ketika ditanyai, melakukan dan menyelesaikan misi yang ditugaskan.

c. Mengakui (valuasi)

Mengundang individu lain untuk memecahkan masalah atau mendiskusikannya dengan seseorang adalah contoh tingkat sikap ketiga.

d. Sadar tanggung jawab (*Liability*)

Bertanggung jawab atas semua yang dia ambil, bahaya adalah mentalitas tertinggi.

2.4 Tindakan (Practice)

Praktek atau kegiatan dapat diisolasi menjadi 3 tingkatan yang ditunjukkan oleh konsistensi menurut Notoatmodjo, khususnya (Notoadmojo, 2017):

1. Praktek terbimbing (respon terbimbing)

Ketika sesuatu telah dilakukan oleh subjek atau orang lain tetapi masih mengandalkan arahan atau menggunakan panduan.

2. Praktek dengan jelas (mekanisme)

Jika subjek mengetahui bahwa seseorang telah secara otomatis melakukan atau mempraktikkan sesuatu, itu disebut praktik atau perilaku seseorang.

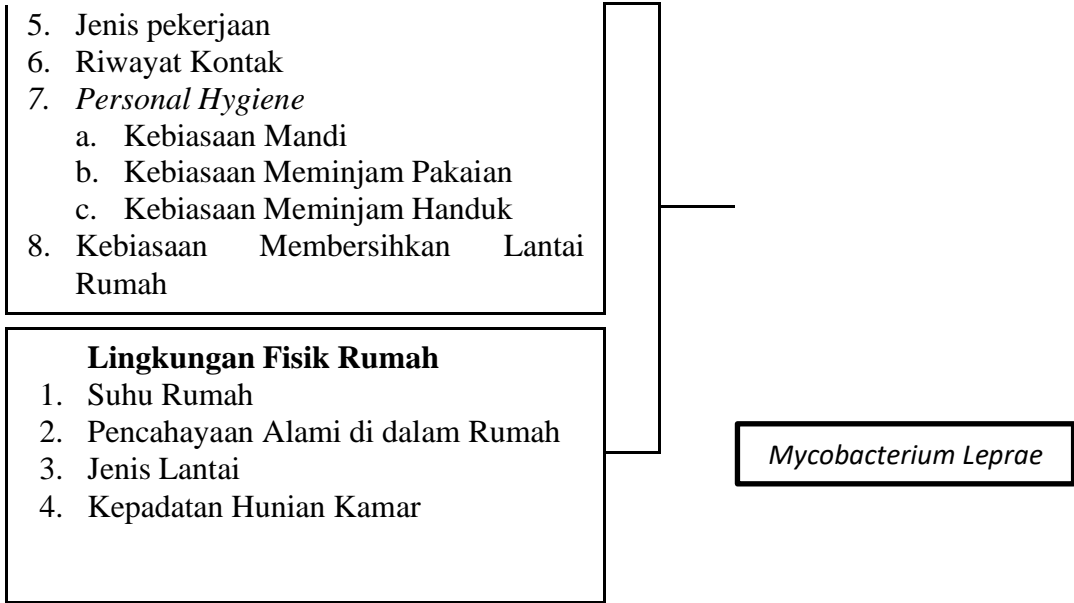
3. Adoptment (adopsi)

Adopsi adalah demonstrasi atau gerakan yang berkreasi tanpa bantuan orang lain. Berarti, hal yang dilakukan bukan hanya sekedar latihan atau ujian sehari-hari, tetapi telah terjadi penyesuaian atau sifat dari kegiatan atau kegiatan tersebut.

2.5 Kerangka Teori

Karakteristik Penderita

1. Umur
2. Jenis Kelamin
3. Tingkat Pendidikan
4. Tingkat Pengetahuan

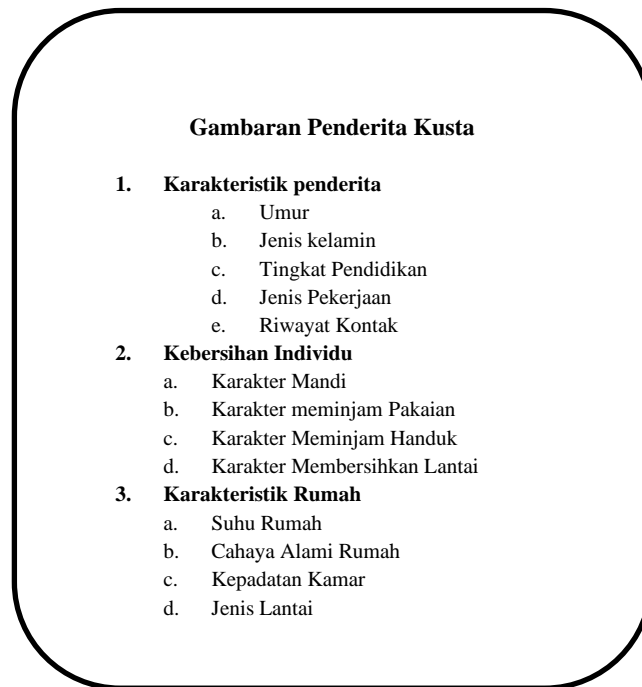


Keterangan :

Diteliti : _____

Tidak Diteliti: - - - - -

2.6 Kerangka Konsep



BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian observasional deskriptif. Pendekatan yang digunakan pada desain penelitian ini adalah “cross sectional study” dengan menggunakan data primer.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Daruba dengan batas waktu penelitian pada bulan April-Mei 2021

3.3 Definisi Operasional

Definisi Operasional variabel adalah rumusan pengertian variabel-variabel yang diamati, diteliti dan diberi batasan. Untuk mendapatkan kesamaan penafsiran dan pengertian serta untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel yang diamati atau diteliti agar tidak meluas sehingga terdapat persamaan persepsi, maka peneliti memberikan batasan-batasan istilah yang digunakan, yaitu:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Umur	Angka harapan hidup responden sejak lahir sampai mengalami kusta	Wawan cara	Kuesioner	1=Produktif (15-64 tahun) 2=Tidak Produktif (<15 tahun dan >64 tahun) (Kemenkes RI, 2012)	Ordinal
2.	Jenis Kelamin	Kondisi yang sesuai sifat/jenis kelamin tergantung pada kondisi anatomis	Wawan cara	Kuesioner	1= Laki-laki 2= Perempuan	Nominal
3.	Tingkat Pendidikan	Pelatihan terakhir yang bersifat formal dan terjadi di sekolah diambil oleh responden	Wawan cara	Kuesioner	1=Rendah(Tidak Sekolah, SD, SMP) 2=Menengah(SMA/SMK/Sederajat) 3=Tinggi (perguruan Tinggi)	Ordinal

(Undang-Undang No 20 Tahun 2003)

4.	Tingkat Pengetahuan	Sesuatu yang diketahui responden diidentifikasi dengan infeksi	Wawancara	Kuesioner	1=Rendah (skor \leq mean/median) 2=Tinggi (skor $>$ mean/median).	Ordinal
5.	Jenis pekerjaan	Latihan berusaha untuk mendapatkan bayaran.	Wawancara	Kuesioner	1= Pedagang 2= Buruh/Tani 3= PNS 4= TNI/POLRI 5= Pensiunan 6= Wiraswasta 7= Ibu Rumah Tangga (Notoatmodjo, 2012). 8=Lain-lain.	Nominal
6.	Riwayat	Jumlah waktu	Wawancara	Kuesioner	1=Berisiko (>2 tahun)	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
	Kontak	Pada tahun responden berhubungan dengan korban kusta yang menghuni rumah sebelum responden dinyatakan terinfeksi			2=Tidak Berisiko (≤ 2 tahun) (Depkes RI, 2007).	

7.	Personal Hygiene	Upaya untuk mencegah infeksi melalui pembersihan diri				
7a.	Kebiasaan Mandi	Kegiatan membersihkan diri dilakukan oleh responden.	Wawancara	Kuesioner	1=Buruk (<2 kali sehari) 2=Baik (≥ 2 kali sehari) (Depdikbud, 1986).	Ordinal
7b.	Kebiasaan Meminjam Pakaian	Demonstrasi mengenakan pakaian orang lain	Wawancara	Kuesioner	1=Berisiko (jika memiliki kebiasaan meminjam pakaian) 2=Tidak Berisiko (jika tidak memiliki kebiasaan meminjam pakaian) (Entjang,2000).	Ordinal
7c.	Kebiasaan Meminjam Handuk	Demonstrasi memanfaatkan handuk orang lain.	Wawancara	Kuesioner	1=Berisiko (Jika Memiliki kebiasaan meminjam Handuk) 2=Tidak Berisiko (jika tidak memiliki kebiasaan meminjam handuk) (Entjang,2000).	Ordinal
8.	Kebiasaan Membersihkan Lantai	terlepas dari apakah penggunaan bahan pembersih pada saat itu membersihkan lantai rumah	Wawancara	Kuesioner	1=Berisiko (Tidak menggunakan antiseptik) 2=Tidak berisiko (menggunakan antiseptik) (Rismawati, 2013).	Ordinal
9.	Suhu Rumah	Angka muncul Kehangatan udara (dalam Celcius) di dalam rumah diperkirakan menggunakan Thermohygro-meter	Pengukuran	<i>Termo- hygro-meter</i>	1=Berisiko (27^0 C – 30^0 C) 2=Tidak Berisiko (< 27^0 C dan > 30^0 C)	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
(Dinkes RI, 2007)						
10.	Pencahayaan Alami di dalam Rumah	Kekuatan cahaya di rumah responden diperkirakan menggunakan Luxmeter	Pengukuran	<i>Luxmeter</i>	1=Berisiko (<60 lux) 2=Tidak Berisiko (≥60 lux)	Ordinal
					(Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1077/MENKES/PER/V/2011)	
11.	Jenis Lantai	jenis material yang digunakan sebagai premis sebuah ruangan.	Wawancara	Kuesioner	1= Kedap Air 2=Tidak Kedap Air (KepmenkesNo. 829/Menkes/SK/VII/1 999 tentang ketentuan persyaratan kesehatanrumah tinggal).	Ordinal
12.	Kepadatan Kamar	Hubungan antara luas lantai ruangan dengan jumlah penyewa ruangan.	Pengukuran	Meteran	1=Berisiko (<4m ² /orang) 2=Tidak Berisiko (≥4m ² /orang)	Ordinal
					(KepmenkesRI No.829/Menkes/SK/VII/1999)	

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi

Populasi adalah seluruh subjek pemeriksaan (Ari, S, 2005). Populasi dalam penelitian ini adalah populasi kasus, yaitu 34 pasien kusta yang tercatat di puskesmas pada tahun 2021.

3.4.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari sejumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang digunakan untuk penelitian (Sujarweni, 2014). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007). Alasan mengambil total sampling karena menurut sugiono (2007) jumlah populasi yang kurang dari 100 orang seluruh populasi dijadikan sampel penelitian semuanya. Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah 20 orang pasien kusta di puskesmas daruba, Kecamatan Morotai Selatan tahun 2021.

3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.5.1 Kriteria Inklusi

- Warga yang berdomisili di kecamatan Morotai Selatan
- Warga yang terdaftar di puskesmas daruba
- Bersedia menjadi responden
- Mengisi inform consent
- Mengisi kuisisioner

3.5.2 Kriteria Eksklusi

- Subjek tidak ada dilokasi/pindah
- Subjek yang bersedia diinterview namun menolak di observasi rumahnya

3.6 Teknik Pengumpulan Data

1. Cara Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer yang dikumpulkan langsung dari subjek penelitian. Data primer yang dikumpulkan adalah data karakteristik responden dan semua komponen yang tercantum dan dibutuhkan dalam pengambilan sampel melalui

kuesioner, observasi, dan pengukuran. Pada umumnya data primer ini belum tersedia, sehingga seorang peneliti harus melakukan pengumpulan data sendiri berdasarkan kebutuhannya. Data primer dari penelitian ini meliputi wawancara dengan menggunakan kuesioner, observasi yang dilakukan oleh peneliti secara langsung serta pengukuran.

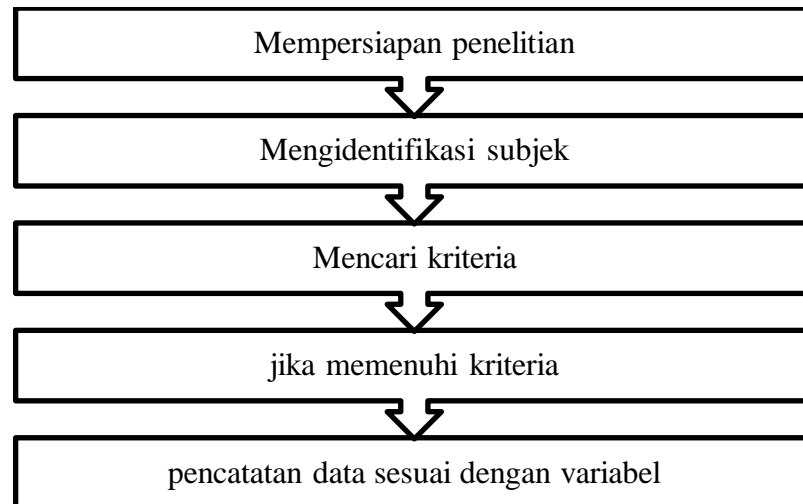
2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari hasil pengumpulan sumber lain atau pihak lain yaitu dengan mengadakan studi kepustakaan dengan obyek penelitian atau dapat dilakukan dengan menggunakan data yang diperoleh dari instansi yang terkait. Data sekunder pada penelitian ini meliputi data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pulau Morotai, Puskesmas Daruba, dan berbagai sumber lainnya.

3. Cara kerja

Penelitian dilakukan mulai bulan Mei-Juni dengan mencari sampel penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi secara total sampling. Sampel yang bersedia mengikuti penelitian dibuktikan dengan kesanggupannya menandatangani informed consent. Kuesioner dibacakan langsung kepada responden dan diberi penjelasan secara lisan mengenai tiap butir pertanyaan. Pencarian data dihentikan setelah jumlah sampel yang dibutuhkan terpenuhi kemudian dilakukan input data ke komputer untuk pengolahan dan analisis data.

3.7 Alur Penelitian



3.8 Cara Pengumpulan Data

- Data didapat dengan melihat informasi pasien yang didiagnosis kusta
- Peneliti kemudian akan memilih sampel yang sudah sesuai kriteria inklusi
- Sampel yang sudah memenuhi kriteria inklusi kemudian akan dicatat datanya sesuai dengan tiap variabel penelitian
- Setelah pencatatan selesai kemudian akan dilanjutkan dengan analisis data

3.9 Rencana Analisis Data

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah analisis univariat. Analisis data ini bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel dalam penelitian ini. Analisis data pada penelitian ini menggunakan analisis distribusi frekuensi. Variabel dengan skala nominal dan ordinal (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, jenis pekerjaan, riwayat kontak, kebiasaan mandi, kebiasaan meminjam pakaian, kebiasaan meminjam handuk, kebiasaan membersihkan lantai rumah, suhu rumah, pencahayaan alami di dalam rumah, jenis lantai, luas ventilasi rumah dan kepadatan hunian kamar) akan digunakan nilai frekuensi (%), kemudian data akan disajikan dalam bentuk tabel.

3.10 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, tentunya perlu mendapatkan proposal atau rekomendasi ijin dari berbagai instansi atau perkumpulan dengan mengajukan izin kepada Yayasan untuk situasi ini kepada Fakultas Kedokteran dan Kesehatan, Perguruan Tinggi Muhammadiyah Jakarta dan Puskesmas Daruba. Dengan mempertimbangkan penelitian moral/etik, menonjolkan isu-isu moral/*inform consent*, *Anonimity* dan *Confidentiality* (privasi) dari isu-isu moral/masalah etik.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Distribusi Karakteristik Responden

Penelitian ini dilakukan terhadap 20 responden di Puskesmas Daruba, Pulau Morotai pada bulan mei-juni 2021. Pada bab ini, peneliti menyajikan hasil penelitiannya analisis data univariat, sebagaimana ditampilkan pada tabel dibawah ini.

4.1.1 Hasil penelitian Umur Responden

Tabel 4.1.1

Distribusi Responden Berdasarkan Umur Responden

Umur	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Produktif	19	95.0%
Tidak Produktif	1	5.0%
Total	20	100.0%

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan hampir seluruh responden memiliki umur produktif yaitu berjumlah 19 orang dengan presentase (95.0%) dan sisanya ada 1 orang (5.0%) berusia 13 tahun yang memiliki umur tidak produktif.

4.1.2 Hasil penelitian Jenis Kelamin

Tabel 4.1.2
Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin Responden

Jenis Kelamin	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Laki-Laki	12	60.0%
Perempuan	8	40.0%
Total	20	100.0%

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan setengah dari responden yang memiliki jenis kelamin laki-laki berjumlah 12 orang dengan presentase (60.0%) dan perempuan berjumlah 8 orang dengan presentase (40.0%). Sejalan dengan hasil penelitian dan disamakan dengan penelitian dan pendapat terdahulu juga menjelaskan bahwa kebanyakan orang yang sakit lebih banyak mengenai laki-laki dari pada perempuan.

4.1.3 Hasil Penelitian Tingkat Pendidikan

Tabel 4.1.3
Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Responden

Tingkat Pendidikan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Rendah	15	75.0%
Sedang	5	25.0%
Total	20	100.0%

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan lebih dari separuh responden memiliki tingkat Pendidikan yang rendah berjumlah 15 orang dengan presentase (75.0%) dan sisanya memiliki Pendidikan sedang berjumlah 5 orang (menengah) (25.0%)

4.1.4 Hasil Penelitian Tingkat Pengetahuan

Tabel 4.1.4

Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Responden		
Tingkat Pengetahuan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Rendah	12	60.0%
Tinggi	8	40.0%
Total	20	100.0%

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan lebih dari Sebagian responden memiliki pengetahuan terhadap kusta rendah yaitu berjumlah 12 orang (60.0%) dan sisanya memiliki pengetahuan baik berjumlah 8 orang (40.0%). Didapatkan hampir seluruh dari responden mengatakan penyebab kusta bukan M. Lepare (95.0%). Hampir seluruh responden mengatakan tanda kulit (putih/merah) (95.0%), hampir seluruh responden mengatakan kelainan kering dan retak (85.0%), hampir seluruh responden mengatakan kulit nyeri dan melepuh (80.0%), separuh dari responden mengatakan tidak ada gangguan pada pergerakan anggota tubuh (65.0%), hampir seluruh dari responden mengatakan ada pembengkakan pada kulit (90.0%), hampir seluruh dari responden mengatakan organ yang terinfeksi adalah mata dan otot (80.0%), hampir dari seluruh responden menjawab tempat penularan bukan saluran pernapasan (85.0%), setengah dari responden mengatakan ditularkan lewat transfuse darah (60.0%), setengah dari responden mengatakan tidak akan terinfeksi akibat kontak yang lama dan erat (65.0%), setengah dari responden mengatakan terinfeksi pada usia 15 sampai 65 tahun (55.0%), hampir seluruh responden mengatakan tidak mudah menyebar bagi ruangan yang lembab (80.0%), hampir seluruh responden menjawab kusta tidak menyebar bagi lingkungan yang sehat (90.0%), Sebagian responden mengatakan ada Riwayat kontak (65.0%), hampir separu reponden mengatakan mandi lebih dari dua kali dalam sehari (70.0%), Sebagian dari responden mengatakan tidak bergonta ganti pakaian (55.0%), Sebagian dari responden mengatakan tidak terbiasa menggunakan

handuk secara Bersama (50.0%), hampir seluruh responden menjawab tidak menggunakan antiseptik saat mengepel (75.0%).

4.1.5 Hasil Penelitian Jenis Pekerjaan

Tabel 4.1.5
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan Responden

Jenis Pekerjaan	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Pedagang	3	15.0%
Buru/Tani	6	30.0%
Wiraswasta	1	5.0%
IRT	2	10.0%
Lain-Lain	8	40.0%
Jumlah	20	100.0%

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan jenis pekerjaan buru/tani berjumlah 6 orang (30.0%) dan jenis pekerjaan lain-lain (tidak sekola, pensiunan, pengangguran) berjumlah 8 orang (40.0%), pedagang berjumlah 3 orang (15.0%), IRT berjumlah 2 orang (10.0%), dan wiraswasta 1 orang (5.0%).

4.1.6 Hasil Penelitian Riwayat Kontak

Tabel 4.1.6
Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Kontak Responden

Riwayat Kontak	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Beresiko	13	65.0%
Tidak Beresiko	7	35.0%

Total	20	100.0%
-------	----	--------

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan Sebagian dari responden beresiko berjumlah 13 orang (65.0%) dan tidak beresiko berjumlah 7 orang (35.0%). Dalam peneltian peneliti mendapat informasi dari responden bahwa rata-rata responden tidak mengetahui bahwa mereka terpapar kusta bahkan ada juga yang belum perna kontak dengan penderita kusta.

4.1.7 Hasil Penelitian Kebersihan Individu

a. Hasil penelitian Karakteristik mandi

Tabel 4.1.7.1

Distribusi Respoden Berdasarkan Kebersihan Individu: Kebiasaan Mandi

Kebiasaan Mandi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Buruk	6	30.0%
baik	14	70.0%
Total	20	100.0%

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan hampir sebagian memiliki kebiasaan mandi baik berjumlah 14 orang (70.0%) dan tidak baik atau buruk berjumlah 6 orang (30.0%).

b. Hasil penelitian karakteristik meminjam pakaian

Tabel 4.1.7.2

Distribusi Responden Berdasarkan Kebersihan Individu: Kebiasaan Meminjam Pakaian

Kebiasaan Meminjam Pakaian	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Beresiko	9	45.0%
Tidak Beresiko	11	55.0%
Total	20	100.0%

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan hampir separuh responden tidak beresiko terhadap pemakaian pakaian yaitu berjumlah 11 orang (55.0%) dan responden yang beresiko berjumlah 9 orang (45.0%).

c. Hasil Penelitian karakteristik meminjam handuk

Tabel 4.1.7.3
Distribusi Responden Berdasarkan Kebersihan Individu: Kebiasaan
Meminjam Handuk

Kebiasaan Meminjam Handuk	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Beresiko	10	50.0%
Tidak Beresiko	10	50.0%
Total	20	100.0%

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan separuh dari responden beresiko terhadap pemakaian handuk yaitu berjumlah 10 orang (50.0%) dan yang tidak beresiko berjumlah 10 orang (50.0%).

4.1.8 Hasil Penelitian Karakteristik Membersihkan Lantai Rumah

Tabel 4.1.8

Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Membersihkan Lantai Responden

Kebiasaan Membersihkan Lantai Rumah	Frekuensi(n)	Persentase(%)
Beresiko	15	75.0%
Tidak Beresiko	5	25.0%
Total	20	100.0%

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan hampir seluruh responden beresiko karena tidak menggunakan antiseptik yaitu berjumlah 15 orang (75.0%) dan tidak beresiko berjumlah 5 orang (25.0%).

B. Distribusi Responden Berdasarkan Rumah

4.1.9 Hasil Penelitian Komponen Rumah

1. Hasil Penelitian Suhu dalam rumah

Tabel 4.1.9

Distribusi Responden Berdasarkan Suhu Rumah Responden

Suhu	Frekuensi(n)	Persentase(%)
Beresiko	11	55.0%
Tidak Beresiko	9	45.0%
Total	20	100.0%

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan Sebagian responden beresiko terhadap suhu dalam rumah yaitu berjumlah 11 orang (55.0%) dan tidak beresiko berjumlah 9 orang (45.0%).

2. Hasil penelitian cahaya Alami Kamar

Tabel 4.1.9.1

Distribusi Responden Berdasarkan cahaya alami rumah Responden

Cahaya alami rumah	Frekuensi(n)	Persentase(%)
Beresiko	12	60.0%
Tidak Beresiko	8	40.0%
Total	20	100.0%

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan hampir sebagian responden beresiko terhadap pencahayaan dalam rumah yaitu berjumlah 12 orang (60.0%) dan tidak beresiko berjumlah 8 orang (40.0%).

3. Hasil Penelitian Kepadatan Hunian Kamar

Tabel 4.1.9.2

Distribusi Responden Berdasarkan kepadatan kamar Responden

Kepadatan Hunian Kamar	Frekuensi(n)	Persentase(%)
Beresiko	13	65.0%
Tidak Beresiko	7	35.0%
Total	20	100.0%

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan Sebagian responden beresiko terhadap kepadatan dalam kamar responden yaitu berjumlah 13 orang (65.0%) dan tidak beresiko berjumlah 7 orang (35.0%).

Di wilayah kerja puskesmas daruba peneliti mendapatkan bahwa ada hubungan antara kondisi ekonomi dengan jumlah penghuni dalam satu kamar yang bisa terdiri dari 3-6 orang hal ini ditunjukkan karena jumlah kamar yang terbatas dan kondisi ekonomi tidak baik sehingga tidak memungkinkan untuk membuat beberapa kamar.

4. Hasil Penelitian Jenis Lantai

Tabel 4.1.9.3
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Lantai

Jenis Lantai	Frekuensi(n)	Persentase(%)
Kedap Air	18	90.0%
Tidak Kedap Air	2	10.0%
Total	20	100.0%

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan hampir keseluruhan responden memiliki lantai yang kedap air yaitu berjumlah 18 orang (90.0%) dan tidak kedap air berjumlah 2 orang (10.0%).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

a. Distribusi Karakteristik Penderita

Didapatkan seluruh responden mayoritas pada kelompok umur produktif berjumlah 19 orang (95.0%) dan tidak produktif 1 orang (5.0%). Berdasarkan jenis kelamin laki-laki berjumlah 12 orang (60.0%) dan jenis kelamin perempuan berjumlah 8 orang (40.0%). Didapatkan Tingkat pendidikan rendah berjumlah 15 orang (75.0 %) dan tingkat Pendidikan sedang(menengah) berjumlah 5 orang (25.0%). Didapatkan Tingkat pengetahuan rendah yaitu berjumlah 12 orang (60.0%) dan tingkat pengetahuan tinggi berjumlah 8 orang (40.0%). Didapatkan Jenis pekerjaan yang tidak bekerja/pengangguran/pensiunan berjumlah 8 orang 40.0% sedangkan yang bekerja sebagai buru/tani berjumlah 6 orang (30.0%) pedagang 3 orang (15.0%), IRT 2 orang (10.0%) dan wiraswasta 1 orang ((5.0%). Didapatkan riwayat kontak berisiko

berjumlah 13 orang (65.0%) dan tidak beresiko berjumlah 7 orang (35.0%). Didapatkan jadwal mandi beresiko berjumlah 6 orang (30.0%) dan tidak beresiko berjumlah 14 orang (70.0%). Didapatkan pemakaian pakaian yang beresiko berjumlah 9 orang (45.0%) dan tidak beresiko berjumlah 11 orang (55.0%). Didapatkan pemakaian handuk yang beresiko berjumlah 10 orang (50.0%) dan tidak beresiko berjumlah 10 orang (50.0%). Didapatkan cara membersihkan lantai yang beresiko berjumlah 15 orang (75.0%) dan tidak beresiko berjumlah 5 orang (25.0%).

b. Distribusi Karakteristik Rumah

Didapatkan suhu rumah beresiko berjumlah 11 orang (55.0%) dan tidak beresiko berjumlah 9 orang (45.0%). Didapatkan pencahayaan alami yang beresiko berjumlah 12 orang (60.0%) dan tidak beresiko berjumlah 8 orang (40.0%). Didapatkan kepadatan hunian yang beresiko berjumlah 13 orang (65.0%) dan tidak beresiko berjumlah 7 orang (35.0%). Didapatkan jenis lantai yang beresiko berjumlah 2 orang (10.0%) dan tidak beresiko berjumlah 18 orang (90.0%).

5.2 Saran

Untuk Puskesmas Daruba

- a. Merutinkan sosialisasi terkait kusta terhadap khalayak maupun terhadap orang yang menderita kusta. Dengan adanya sosialisasi yang intens diharapkan bisa membuat adanya rasa kesadaran dalam diri tiap masyarakat sehingga bisa terhindar dan bisa berkontribusi dalam upaya untuk mencegah.
- b. Menjalani kerja sama semua pihak terkait, agar setiap orang yang sakit bisa di ajak aktif dalam pemeriksaan.
- c. Menulis data-data orang yang sakit kusta dan alamat yang lengkap supaya mudah mencari jika ada keperluan dari pihak terkait.

Bagi Masyarakat

- a. Melakukan skrining terhadap cakupan orang yang dicurigai memiliki Riwayat kusta. Dan dirutinkan melakukan pengobatan jika menderita kusta.
- b. Mengawasi bersama dan melaksanakan program pemberantasan penyakit sehingga upaya untuk membuang stigma dapat terlaksana
- c. Spesialis yang berbeda diperlukan untuk mendorong eksplorasi yang diidentifikasi dengan infeksi dan menjadikan pemeriksaan ini sebagai eksplorasi primer. Informasi yang diperoleh dari berbagai daerah dapat mengurangi homogenitas yang ada dalam pemeriksaan ini, sehingga hasil eksplorasi ke depan dapat menciptakan gambaran yang lebih terikat satu sama lain

DAFTAR PUSTAKA

1. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. <https://pusdatin.kemkes.go.id/article/view/18053000001/infodatin-kusta-2018.html>
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. Pedoman Penanggulangan Kusta. Jakarta: Kemenkes RI
3. Dinskes Provinsi Maluku Utara. 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Maluku Utara 2018*. Ternate
4. All Africa Leprosy and Rehabilitation Training Center. 1975. *A Guide to Leprosy for Field staff*. Ethiopia: Addis Ababa.
5. Anderson, Milles. 1970. "Clinical Protheis for Physicians and Therapist." Cillespie, J.A (ed): *Modern Trends in Vascular Surgery*. Vol I. London: Butterwoth & co.
6. Browne, Stanly G. 1976. *Parthers. India: The Leprosy Mission*.
7. Brycesion, Anthony, Roy E, Pfaltzgraff. 1973. *Leprosy For Students Of Medicine*. Edingburgh: Churchiil Livingstone.

8. Das, V. P. 1975. *Text Book Of Leprosy For Students*. India: The Leprosy Mission.
9. Dichipalli, L. M. Hogerzeil. 1976. *Parthers*. India : The Leprosy Mission.
10. Fritchi, Ernest P. 1971. *Reconstructive Surgery in Leprosy*. Bristol: J. Wright
11. H., Thangaraj R. 1970. *Surgical Procedur Book. A Manual Of Leprosy*. New Delhi: The Leprosy Mission.
12. Kumar, R. Pram. *Pre-operative Therry Measure For Lambrical and Oppenens Replacement Surgery in Leprosy*. Karigiri, S. India : Schieffelin Leprosy Research & Training Centre.
13. Longnecker, David E. 1972. *Introduction to Anesthesia: Dripps-Eckenbeef Vandam*. 4 Edition. Toronto: W. B. Saunders Company Canada L,td.
14. R., Mathai. 1975. *Text Book Of Leprosy For Student*. India: The Leprosy Mission.
15. Ramanujan, K. 1975. *Text Book Of Leprosy For Student and Para Medical Worker*. India: The Leprosy Mission.
16. Wilson, E. S. 1975. *Text Book Of Leprosy* . India The Leprosy Mision.
17. Widoyono, 2005. *Penyakit Tropis (Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan pemberantasannya)*, Airlangga; Jakarta
18. Sutedja Endang dkk, 2003. *Kusta, Edisi II* Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
19. Srinivasan H. 2004. *Management Of Ulcer in Neurologically Impaired Feet in Leprosy Affected Person*. Katamandu, Nepal: Ekta Books Distributors Pvt Ltd: 193-223.
20. Murtiastutik, Dwi, 2008. *Buku Ajar Infeksi Menular*, Cetakan 1, Surabaya: Airlangga University Press, 12: 109-114.
21. Depkes RI. 2009. *Informasi Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan*.

LAMPIRAN

Lampiran 1


UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
No : 089/PE/KE/FKK-UMJ/IV/2021

PERSETUJUAN ETIK
ETHICAL CLEARANCE

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subjek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul:

The Commission of the Health Research Ethics of the Faculty of Medicine and Health, University of Muhammadiyah Jakarta, with the regards of the protection of human rights and welfare in health research, has carefully reviewed the protocol entitled:

**GAMBARAN PENDERITA KUSTA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS DARUBA
KABUPATEN PULAU MOROTAI TAHUN 2021**

Nama peneliti utama : **Amiruddin Islami MQ. Baba**
Name of the principal investigator

Jenis Penelitian : **Skripsi**
Type of research

Nomor Induk Mahasiswa : **2016730009**
Student Registration Number

Program Studi : **S1 Kedokteran**
Program

dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
and approved the above mentioned protocol.

Jakarta, 26 April 2021

Ketua
Chairman
dr. Rahmi Shabarrah, Sp.A

Program Studi : Kampus A • Kedokteran (S1) • Profesi Dokter
Jl. KH. Ahmad Dahlan, Cirendeu, Ciputat Timur - Tangerang Selatan
Banten Kode Pos 15419, Telp : 749-2135 Fax : 749-2168

Kampus B • Kedokteran (S1) • Profesi Dokter • Profesi Bidan
• Sarjana Gizi (S1) • Diploma III Kebidanan (DIII)
Jl. Cempaka Putih Tengah XXVII, No. 46, Jakarta, Telp/Fax : 424-0857
Jl. Cempaka Putih Tengah 1/1, Jakarta, Telp/Fax : 421-6417

Lampiran2



PEMERINTAH KABUPATEN PULAU MOROTAI
DINAS KESEHATAN DAN KELUARGA BERENCANA
Jln. Puskesmas No. 5 - Yayasan ☒ 0923-2221090
MOROTAI SELATAN

E.mail: dinkes.morotai@yahoo.co.id

Nomor : 858/433 /V/2021
Lampiran : 1 (satu) rangkap
Perihal : **Penyampaian Izin Penelitian**

Kepada Yth.
Kepala Puskesmas Daruba
di-
Tempat

Menindaklanjuti Surat Permohonan Izin Penelitian Skripsi dari Universitas Muhammadiyah Jakarta, Fakultas Kedokteran dan Kesehatan, Dengan Nomor : 04/F.7-UMJ/V/2021, Tanggal 03 Mei 2021, maka dengan ini kami meminta kesediaan Kepala Puskesmas Daruba Kec. Morotai Selatan. agar dapat menerima dan memfasilitasi yang bersangkutan selama kegiatan penelitian tersebut, adapun identitas Mahasiswa sebagai berikut :

Nama : Amiruddin Islami MQ. Baba
NIM : 2016730009
Judul : “ Gambaran Penderita Kusta di Wilaya Kerja Puskesmas Daruba Kab. Pulau Morotai.”
Lokasi : Puskesmas Daruba

Demikian surat pemberitahuan ini disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Morotai Selatan, 24 Mei 2021
Kepala Dinas Kesehatan dan KB
Kabupaten Pulau Morotai

dr. Julys Gisbert Kroons
NIP. 198007042008041001

Lampiran3



**PEMERINTAH KABUPATEN PULAU MOROTAI
DINAS KESEHATAN DAN KELUARGA BERENCANA
PUSKESMAS DARUBA**

Kompleks CBD Desa Gotalamo, Kec. Morotai Selatan, Kode Pos 97771
Email: darubasmariipkm@gmail.com Hp 0821 9014 9649



Nomor : 004.5 /t62/ V // 2021
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi Izin Penelitian


Kepada Yth.
Dekan Fakultas Kedokteran Universitas
Muhammadiyah Jakarta
Di
Tempat

Dengan Hormat,

Menindak lanjuti permohonan izin penelitian Skripsi Mahasiswa atas nama **Amiruddin Islami MQ. Baba** di Puskesmas Daruba. Dengan ini kami memberikan Rekomendasi kepada yang bersangkutan untuk melaksanakan penelitian di Puskesmas Daruba Kecamatan Morotai Selatan Kabupaten Pulau Morotai dengan Judul "**Gambaran Penderita Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Daruba Kabupaten Pulau Morotai Tahun 2021**".

Demikian rekomendasi ini dibuat dengan sebenar-benarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Di Keluarkan di : Daruba
Pada Tanggal : 24 Mei 2021
Kepala Puskesmas Daruba


dr. Adil Makmur
Nip. 498506232014101001

Lampiran 4

Lembar Persetujuan Penelitian

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Amiruddin Islami MQ, Baba

NIM : 2016730009

Pekerjaan : (Mahasiswa) Program Studi Kedokteran S1 Fakultas Kedokteran Dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta

Bermaksud melakukan penelitian mengenai “Gambaran Penderita Kusta di Puskesmas Daruba Kabupaten Pulau Morotai Tahun 2021”.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran karakteristik kusta di puskesmas daruba pulau morotai.

Data yang diperoleh dalam penelitian ini akan sangat membantu untuk menambah khasanah pengetahuan tentang kusta. Dengan penelitian ini responden diharapkan bisa membantu untuk mencegah penularan dedngan presentase yang besar sehingga kedepannya tidak ditemukan lagi kasus kusta baru. Untuk itu saya mohon kesediannya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan keadaan sadar, dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Jakarta,..... 2021

Amiruddin Islami MQ Baba

(NIM :2016730009)

Lampiran 5 KUISIONER DATA DEMOGRAFI

1. No Responden : _____
2. Hari/Tanggal : _____
3. Nama Responden : _____
4. Umur : _____ Tahun
5. Jenis Kelamin : _____
6. Pendidikan : _____
7. Jenis Pekerjaan : _____

KUISIONER PENELITIAN PENGETAHUAN KUSTA

Petunjuk pengisian

1. Pilihlah salah satu jawaban yang menurut anda benar benar dan sesuai dengan yang anda ketahui.
2. Semua pertanyaan jangan ada yang terlewat
3. Jika ada yang ibu tidak mengerti bisa menanyakan pada peneliti.
4. Beri tanda silang (X) pada opsi jawaban yang sudah disediakan.

Etiologi Kusta

1. Apakah anda tahu, penyebab kusta adalah *Mycobacterium Lepare*?
 - a. Ya
 - b. Tidak

Manifestasi Klinis Kusta

2. Masalah pada kulit berupa warna merah atau putih yang kehilangan rasa (mati rasa)?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Masalah pada kulit berupa kulit yang kering dan pecah-pecah?
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Masalah pada kulit berupa kulit yang nyeri dan melepuh?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Masalah berupa gangguan pada anggota gerak (bandan)?
 - a. Ya
 - b. Tidak
6. Masalah pada kulit berupa kulit yang menebal dan bengkak?
 - a. Ya
 - b. Tidak
7. Masalah pada mata, kulit, dan otot?
 - a. Ya
 - b. Tidak

Mekanisme Penularan

8. Apakah saluran pernapasan atas merupakan tempat masuknya kusta?

l

3.	Kepadatan Kamar	<i>p</i>	<i>l</i>	L	Penghuni	

No.	Variabel	Pengamatan	Keterangan
4	Tipe Lantai		

Lampiran 6

HASIL STATISTIKA: OUTPUT SPSS

1. Umur

		Umur Responden			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Produktif	19	95.0	95.0	95.0
	Tidak Produktif	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

2. Jenis Kelamin

		Jenis Kelamin			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	12	60.0	60.0	60.0
	Perempuan	8	40.0	40.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

3. Tingkat Pendidikan

		Tingkat Pendidikan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	15	75.0	75.0	75.0
	Sedang	5	25.0	25.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

4. Tingkat Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	12	60.0	60.0	60.0
	Tinggi	8	40.0	40.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

5. Jenis Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pedagang	3	15.0	15.0	15.0
	Buru/Tani	6	30.0	30.0	45.0
	Wiraswasta	1	5.0	5.0	50.0
	IRT	2	10.0	10.0	60.0
	lain-lain	8	40.0	40.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

6. Riwayat Kontak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Beresiko	13	65.0	65.0	65.0
	Tidak Beresiko	7	35.0	35.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

7. Kebersihan Individu

a. Karakter Mandi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	6	30.0	30.0	30.0
	Baik	14	70.0	70.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

b. Karakter Meminjam Pakaian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Beresiko	9	45.0	45.0	45.0
	Tidak Beresiko	11	55.0	55.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

c. Karakter Meminjam Handuk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Beresiko	10	50.0	50.0	50.0
	Tidak Beresiko	10	50.0	50.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

8. Karakter Membersihkan Lantai Rumah

Menggunakan Antiseptik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Beresiko	15	75.0	75.0	75.0
	Tidak beresiko	5	25.0	25.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Tipe lantai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kedap Air	18	90.0	90.0	90.0
	Tidak Kedap Air	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

9. Suhu Rumah**Suhu Rumah**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Beresiko	11	55.0	55.0	55.0
	Tidak Beresiko	9	45.0	45.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

10. Cahaya Alami**Cahaya Alami dalam Rumah**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Beresiko	12	60.0	60.0	60.0
	Tidak Beresiko	8	40.0	40.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

11. Kepadatan Kamar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Beresiko	13	65.0	65.0	65.0
	Tidak Beresiko	7	35.0	35.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

12. Jenis Lantai

		Jenis Lantai			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Kedap Air	18	90.0	90.0	90.0
	Tidak Kedap Air	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Lampiran 7

DOKUMENTASI



Wawancara dengan responden



Pengukuran kepadatan Hunian Kamar



Rumah responden tampak depan



Lantai Responden yang terbuat dari semen

BERITA ACARA

Pada hari ini Kamis, 5 Agustus 2021, telah diselenggarakan ujian sidang skripsi terhadap Peserta didik Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, atas nama :

Nama : Amiruddin Islami MQ.Baba
No. Pokok : 2016730009
Judul Skripsi : Gambaran penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Daruba Kabupaten Pulau Morotai Tahun 2021.

Berdasarkan keputusan moderator/Ketua Penguji dan penguji yang terdiri dari :

Moderator : dr. Rahmini Shabariah, Sp.A
Anggota : Penguji 1 (Materi) dr. Rizqa Haerani Saenong, Sp.KK
Penguji 2 (Metlit) Dr.dr.Amir Syafruddin, M.Med.Ed

Peserta di atas dinyatakan : (pilih salah satu pernyataan di bawah ini)

1. tidak lulus
2. lulus tanpa perbaikan
3. lulus dengan perbaikan sebagai berikut :

.....sesuai masukan dan saran dari penguji

- | | |
|-------------------------------------|-------------------|
| 1. dr. Rahmini Shabariah, Sp.A |RAHMINI..... |
| 2. dr. Rizqa Haerani Saenong, Sp.KK | |
| 3. Dr.dr.Amir Syafruddin, M.Med.Ed | |

Jakarta, 5 Agustus 2021
Moderator/Ketua Penguji,

RAHMINI

dr. Rahmini Shabariah, Sp.A

FORMULIR PENILAIAN UJIAN SKRIPSI

Nama : Amiruddin Islami MQ.Baba
No. Pokok : 2016730009
Judul Skripsi : Gambaran penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Daruba Kabupaten Pulau Morotai Tahun 2021.

Aspek yang dinilai	Nilai*	Bobot	Nilai x Bobot
1. Penyajian Lisan. <ul style="list-style-type: none">- Penggunaan Waktu- Kejelasan Penyajian- Efektifitas, Pemakaian AVA		2	
2. Sistematika Penulisan <ul style="list-style-type: none">- Sesuai Kaidah Ilmiah- Ketepatan Penggunaan Bahasa- Susunan Bahasa		1	
3. Isi Tulisan <ul style="list-style-type: none">- Latar Belakang- Tujuan- Kerangka Teori- Kerangka Konsep- Definisi Operasional (DO)- Desain Penelitian- Metode Pengambilan Data- Analisis Data- Pembahasan- Kesimpulan- Saran		3	
4. Originalitas <ul style="list-style-type: none">- Relevansi- Keterkinian		1	
5. Tanya Jawab & atau unjuk kerja : <ul style="list-style-type: none">- Kejelasan mengemukakan isi skripsi- Penguasaan materi- Ketepatan menjawab pertanyaan		3	
TOTAL			92

Catatan :

- Rentang nilai 0-100

Penguji

(Rahmini Shabariah | SpA)

NILAI UJIAN SKRIPSI

Nama : Amiruddin Islami MQ.Baba
 No. Pokok : 2016730009
 Judul Skripsi : Gambaran penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Daruba Kabupaten Pulau Morotai Tahun 2021.

Moderator /Penguji	Nilai
1. dr. Rahmini Shabariah, Sp.A	92
2. dr. Rizqa Haerani Saenong, Sp.KK	90
3. Dr.dr.Amir Syafruddin, M.Med.Ed	88
TOTAL	270

$$\text{Nilai Akhir} = \frac{\text{Total}}{\sum \text{Penguji}} = \dots\dots 90\dots\dots \boxed{\mathbf{A}}$$

Moderator Ketua penguji

dr. Rahmini Shabariah, Sp.A

Catatan : * ditulis dengan angka
 ** ditulis dengan huruf

Rentang Nilai		Rentang Nilai	
85,00 - 100	A	60,00 - 64,99	C+
80,00 - 84,99	A-	55,00 - 59,99	C
75,00 - 79,99	B+	50,00 - 54,99	C-
70,00 - 74,99	B	45,00 - 49,99	D
65,00 - 69,99	B-	0 - 44,99	E



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN

No : 3 / F.7.-UMJ /VII/2021
Lamp. : 1 (satu) berkas
Perihal : *Menjadi Penguji 1 (satu) Skripsi*

Kepada Yth.,
dr. Rizqa Haerani Saenong, Sp.KK
di-
Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dalam rangka ujian skripsi bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta Program Studi Pendidikan Dokter, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi penguji 1 (satu) skripsi, mahasiswa :



Nama : Amiruddin Islami MQ.Baba
No. Pokok : 2016730009
Judul Skripsi : Gambaran penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Daruba Kabupaten Pulau Morotai Tahun 2021..
Hari/Tanggal : Kamis, 05 Agustus 2021
Waktu : 07.30 WIB
Tempat : Online Google Meet

Mengingat pentingnya acara tersebut, mohon hadir tepat waktu. Atas perhatian dan bantuan saudara, kami ucapkan terima kasih.

*Wabillahit taufiq walhidayah,
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.*

Jakarta, 2 Agustus 2021

Dekan,

Dr. dr. Muhammad Fachri, Sp.P., FAPSR., FISR
NID/NIDN : 20.1096/0308097905



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN

No : 4 / F.7.-UMJ /VII/2021
Lamp. : 1 (satu) berkas
Perihal : *Menjadi Penguji 2 (dua) Skripsi*

Kepada Yth.,
Dr.dr.Amir Syafruddin, M.Med.Ed
di-
Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

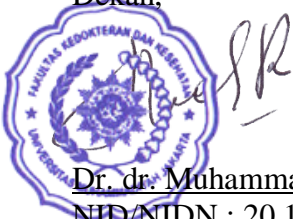
Dalam rangka ujian skripsi bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta Program Studi Pendidikan Dokter, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi penguji 2 (dua) skripsi, mahasiswa :

Nama : Amiruddin Islami MQ.Baba
No. Pokok : 2016730009
Judul Skripsi : Gambaran penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Daruba Kabupaten Pulau Morotai Tahun 2021..
Hari/Tanggal : Kamis, 05 Agustus 2021
Waktu : 07.30 WIB
Tempat : Online Google Meet

Mengingat pentingnya acara tersebut, mohon hadir tepat waktu. Atas perhatian dan bantuan saudara, kami ucapkan terima kasih.

*Wabillahit taufiq walhidayah,
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.*

Jakarta, 2 Agustus 2021
Dekan,



Dr. dr. Muhammad Fachri, Sp.P., FAPSR., FISR
NID/NIDN : 20.1096/0308097905



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN

No : 46 / F.7.-UMJ /VIII/2021
Lamp. : 1 (satu) berkas
Perihal : *Menjadi Penguji 1 (satu) Skripsi*

Kepada Yth.,
. Dr.dr.Amir Syafruddin, M.Med.Ed
di-
Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

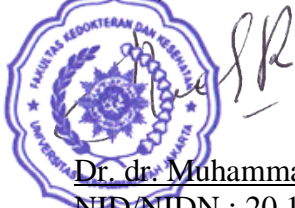
Dalam rangka ujian skripsi bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta Program Studi Pendidikan Dokter, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi penguji 1 (satu) skripsi, mahasiswa :

Nama : Elfan Pudja Sathya
No. Pokok : 2017730141
Judul Skripsi : Gambaran Pola Pembelajaran Anatomi Praktikum dan Kuliah Pada Masa Sebelum dan Saat Pandemi Covid 19 Pada Mahasiswa Kedokteran Universitas Muhammadiyah Jakarta Angkatan 2018.
Hari/Tanggal : Kamis, 12 Agustus 2021
Waktu : 13.00 WIB
Tempat : Online Google Meet

Mengingat pentingnya acara tersebut, mohon hadir tepat waktu. Atas perhatian dan bantuan saudara, kami ucapkan terima kasih.

*Wabillahit taufiq walhidayah,
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.*

Jakarta, 7 Agustus 2021
Dekan,



Dr. dr. Muhammad Fachri, Sp.P., FAPSR., FISR
NID/NIDN : 20.1096/0308097905



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN

No : 47 / F.7.-UMJ / VIII/2021
Lamp. : 1 (satu) berkas
Perihal : *Menjadi Penguji 2 (dua) Skripsi*

Kepada Yth.,
. dr. Atthariq Wahab, MPH
di-
Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

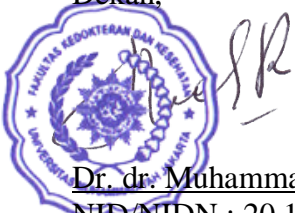
Dalam rangka ujian skripsi bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta Program Studi Pendidikan Dokter, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi penguji 2 (dua) skripsi, mahasiswa :

Nama : Elfan Pudja Sathya
No. Pokok : 2017730141
Judul Skripsi : Gambaran Pola Pembelajaran Anatomi Praktikum dan Kuliah Pada Masa Sebelum dan Saat Pandemi Covid 19 Pada Mahasiswa Kedokteran Universitas Muhammadiyah Jakarta Angkatan 2018.
Hari/Tanggal : Kamis, 12 Agustus 2021
Waktu : 13.00 WIB
Tempat : Online Google Meet

Mengingat pentingnya acara tersebut, mohon hadir tepat waktu. Atas perhatian dan bantuan saudara, kami ucapkan terima kasih.

*Wabillahit taufiq walhidayah,
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.*

Jakarta, 7 Agustus 2021
Dekan,



Dr. dr. Muhammad Fachri, Sp.P., FAPSR., FISR
NID/NIDN : 20.1096/0308097905