



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

**SKRIPSI**

**Oleh:**

**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 :

A handwritten signature in blue ink is written over a postage stamp. The stamp is a 10,000 Rupiah stamp with the Garuda Pancasila emblem and the text 'MATERAI TEMPEL' and 'A216EA.X323065755'.

Tanggal : 9 Agustus 2021

**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 : 9 Agustus 2021

Yang Menyatakan



(Amiruddin Islami MQ. Baba)

**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:** 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

Kata Kunci : *Kusta, Host, Lingkungan, Cross Sectional*

**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 Muhammadiyah 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:** *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.*

**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 Shabariah Sp.A)

## HALAMAN PENGESAHAN


Tugas Akhir ini diajukan oleh


Nama : Amiruddin Islami MQ. Baba  
NPM : 2016730009  
Program Studi : Kedokteran  
Judul Laporan Tugas Akhir : “ Gambaran Penderita Kusta Di Wilayah Kerja Puskesmas Daruba Kabupaten Pulau Morotai Tahun 2021”

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Sidang Penguji dan diterima Sebagai bagian prasyarat yang diperlukan menyelesaikan studi strata satu dan memperoleh gelar Sarjana Kedokteran di Universitas Muhammadiyah Jakarta

### TIM PENGUJI


Pembimbing : (  )  
(dr. Rahmini Shabariah, Sp.A)

Penguji : (  )  
(dr. Rizqa Haerani S. M.Kes, Sp.KK)

Penguji : (  )  
(Dr. dr. Amir Syafruddin, M. Med.Ed)

Ditandatangani di : Jakarta  
Tanggal : 9 Agustus 2021



(  )  
dr. Robiah Khairani Hasibuan, Sp.S  
Ketua Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran dan Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Jakarta



## KATA PENGANTAR

*Assalamualaikum Wr.Wb*

Alhamdulillah Rabbil `alamin, puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT, dengan rahmat, hidayah dan karunia-Nya kepada kita semua. Tak lupa shalawat serta salam juga tercurah untuk Nabi Muhammad SAW. Dengan segala keterbatasan yang penulis miliki, akhirnya penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi yang berjudul “ Gambaran Penderita Kusta Di Wilayah Kerja Puskesmas Daruba Kabupaten Pulau Morotai Tahun 2021” dengan baik. Tujuan penulisan skripsi ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat kelulusan dalam menempuh pendidikan Strata-1 (S1) Kedokteran pada Program Studi Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Selama proses pembuatan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan masukan, bimbingan, nasihat, motivasi serta doa dari berbagai pihak. Pada kesempatan kali ini dengan segala rasa hormat penulis ingin menyampaikan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada pihak-pihak diantaranya adalah :

1. Pembimbing utama skripsi dr. Rahmini Shabariah, Sp.A yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing dengan sepenuh hati dan sabar dalam memberikan petunjuk, nasihat serta saran sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini dengan baik.
2. dr. Muhammad Fachri, Sp. P, FAPSR, FISR, selaku dekan Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta yang telah memberikan izin untuk dapat melakukan penelitian.
3. dr.Robiah Khairani Hasibuan Sp.S selaku Ketua Program Studi Pendidikan Dokter FK UMJ yang banyak memberikan arahan tentang pembentukan skripsi.
4. Seluruh staff yang berada di FK UMJ yang memberikan arahan yang sangat membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Kepala puskesmas daruba yang telah memberikan izin dan dukungan serta doa dalam menyelesaikan skripsi maupun menjalani Pendidikan dokter ini

6. Kedua orang tua tercinta Ayahanda M. Qubais Baba dan Ibunda Nurhayat Bayan yang senantiasa memberikan dukungan material, motivasi, kasih sayang serta doa yang tiada henti-hentinya mendoakan saya baik dalam menyelesaikan skripsi maupun dalam menjalani Pendidikan kedokteran ini.
7. Istri saya yang terkasih Riska Pradisa S.Ak beserta anak saya yang pertama Aiza Syahilya Azkia Baba yang senantiasa setia menemani saya saat melakukan penelitian dari awal hingga akhir, selalu mendampingi saya saat mencari alamat responden dari rumah ke rumah, rela panas-panasan demi menemani saya, setiap keringat yang keluar Semoga Allah balas dengan pahala yang dilipatgandakan untukmu duhai istriku. Dan juga senantiasa memberikan dukungan, motivasi, arahan, kasih sayang serta doa yang tiada henti-hentinya mendoakan saya baik dalam menyelesaikan skripsi saya maupun dalam menjalani Pendidikan dokter ini.
8. Sahabat saya yang selama ini selalu memberikan dukungan dan medoakan saya seperti keluarga saya sendiri, Nahrul Djafar (Ayung) dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. Ibu Kabid pencegahan dan pengendalian penyakit yang telah membantu saya dalam pengambilan data pada penelitian.

Semoga kebaikan semua pihak yang disebutkan diatas mendapat berkah dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan dan keterbatasan dalam mengerjakan skripsi ini, sehingga penulis memerlukan kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak untuk perbaikan kedepannya. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi diri sendiri, mahasiswa dan institusi pendidikan.

Jakarta, 9 Agustus 2021

Amiruddin Islami MQ. Baba

## DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	i
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK .....	ii
ABSTRAK.....	iii
ABSTRACT .....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
HALAMAN PENGESAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
BAB I.....	1
PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.3.1 Tujuan Umum .....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
1.4.1 Manfaat Teoritik.....	8
1.4.2 Manfaat Aplikatif .....	8
1.5 Ruang Lingkup Penelitian .....	9
BAB II .....	10
TINJAUAN PUSTAKA .....	10
2.1 Landasan Teori.....	10
2.1.1 Konsep Kusta .....	10
2.1.1.1 Definisi.....	10
2.1.1.2 Etiologi Kusta.....	10
2.1.2 Determinan Kusta Menurut Teori Segitiga Epidemiologi .....	25
2.2 Pengetahuan .....	31
2.2.2 Faktor Yang Memengaruhi Pengetahuan .....	31
2.3 Sikap .....	34
2.4 Tindakan (Practice) .....	35

2.5 Kerangka Teori .....	37
2.6 Kerangka Konsep .....	38
BAB III .....	39
METODE PENELITIAN .....	39
3.1 Desain Penelitian .....	39
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian .....	39
3.3 Definisi Operasional .....	39
3.4 Populasi dan Sampel .....	43
3.4.1 Populasi .....	43
3.4.2 Sampel .....	43
3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi .....	43
3.5.1 Kriteria Inklusi .....	43
3.5.2 Kriteria Eksklusi .....	43
3.6 Teknik Pengumpulan Data .....	44
3.7 Alur Penelitian .....	45
3.8 Cara Pengumpulan Data .....	45
3.9 Analisis Data .....	45
3.10 Etika Penelitian .....	46
BAB IV .....	47
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....	47
A. Distribusi Karakteristik Responden .....	47
Tabel 4.1.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur .....	47
Tabel 4.1.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin .....	47
Tabel 4.1.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan .....	48
Tabel 4.1.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan .....	48
Tabel 4.1.5 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan .....	49
Tabel 4.1.6 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Kontak .....	50
Tabel 4.1.7 Distribusi Penderita Kusta Berdasarkan Kebersihan Individu .....	50
Tabel 4.1.8 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Membersihkan Lantai .....	52
B. Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Rumah .....	53
Tabel 4.1.9 Distribusi Responden Berdasarkan Suhu Dalam Rumah .....	53
Tabel 4.1.9.1 Distribusi Responden Berdasarkan cahaya Alami Rumah .....	53
Tabel 4.1.9.2 Distribusi Responden Berdasarkan Kepadatan Kamar .....	54
Tabel 4.1.9.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Lantai .....	54

BAB V .....	56
KESIMPULAN DAN SARAN .....	56
DAFTAR PUSTAKA .....	59
Lampiran 1.....	61
Lampiran 2.....	62
Lampiran 3.....	63
Lampiran 4.....	64
Lampiran 5 .....	65
Lampiran 6.....	67
Lampiran 7.....	70
Lampiran 8.....	75



# **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**

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

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Diketuinya distribusi gambaran karakteristik penderita kusta di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai tahun 2021.
2. Diketuinya distribusi lama kontak penderita kusta sebelum sakit di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai tahun 2021.
3. Diketuinya distribusi kebiasaan mandi penderita kusta di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai tahun 2021.
4. Diketuinya distribusi kebiasaan meminjam pakaian penderita kusta di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai tahun 2021.
5. Diketuinya distribusi kebiasaan meminjam handuk penderita kusta di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai tahun 2021.
6. Diketuinya distribusi membersihkan lantai rumah penderita kusta di puskesmas daruba, kabupaten pulau morotai 2021.
7. Diketuinya 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 endogenous dan tidak bisa dibiarkan dalam media buatan, sifat mengikat asamnya dapat diekstraksi dengan pyridine, mampu mengoksidasi zat *D-dihydroxy phenylalanine* (D-DOPA), menginvasi sel Schwann 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  $\alpha$ -2 G receptor sejenis  $\alpha$ -dystroglycan. 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 makrofag mampu menelan *M. Leprae* tetapi tidak mampu mencernanya. Limfosit akan membantu makrofag

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 *Borgerline-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 shcwan, 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 (anasthesi).

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 berkering. 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. Kerusakan saraf perifer.
3. Hasil pemeriksaan laborotarium dan kerokan kulit menunjukkan BTA positif.

Sedangkan indikasi lain seseorang mengalami kusta diantaranya:

1. Kulit mengalami bercak putih seperti panu, pada awalnya hanya sedikit tetapi lama kelamaan semakin lebar dan banyak.
2. Adanya bintil-bintil kemerahan yang tersebar pada kulit.
3. Ada bagian tubuh yang berkeriat.
6. Pelengkap mati rasa akibat saraf tepi gangguan

Gejalanya memang tidak terlalu nampak justru sebaiknya waspada jika ada anggota keluarga yang menderita luka tak kunjung sembuh dalam jangka waktu lama dan juga bila luka ditekan dengan jari tidak terasa sakit.

Kusta terkenal sebagai penyakit yang paling ditakuti karena menyebabkan cacat tubuh. Namun pada tahap awal gejala kusta yang timbul dapat tidak hanya berupa kelainan warna kulit. Kelainan kulit yang dijumpai dapat berupa perubahan warna seperti hipopigmentasi (warna kulit menjadi lebih terang), hiperpigmentasi (warna kulit menjadi lebih gelap), dan eritematosa (kemerahan pada kulit). Gejala-gejala umum pada kusta/lepra, reaksi panas dari derajat yang rendah sampai dengan menggigil, cephalgia (nyeri kepala), kadang-kadang disertai iritasi. Kolompok yang berisiko tinggi terkena kusta adalah yang tinggal di daerah atau pemukiman dengan kondisi yang buruk seperti tempat tidur yang tidak memadai, air yang tidak bersih, asupan gizi yang buruk, dan adanya penyertaan penyakit lain seperti HIV yang dapat menekan system imun (Andareti,obi.2015).

#### **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.

Keuntungan MDT :

- a) Mencegah resistensi obat
- b) Mengubah konsep dari terapi jangka panjang yang hanya mencegah perluasan penyakit ke terapi jangka pendek yang menyembuhkan penyakit.

- c) Meningkatkan ketaatan berobat dari 50% ke 95%. Dan Menurunkan jumlah kasus-kasus setiap tahunnya
- d) Cepat membuat penderita menjadi tidak infeksius. .

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

Respon kusta adalah adegan intens dalam perkembangan kontaminasi infeksi yang berfungsi dan yang langsung disebabkan oleh penyakit, yang merupakan respon imun (reaksi sel) atau respon agen anti-antigen (reaksi humoral) dengan konsekuensi yang tidak ramah bagi pasien. Respon 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 simptomatis (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 *Alaetics*, 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 syntomatis 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 simptomatis 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 dapsona 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 ditunjukkan 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) Sasaran yang ditunjukkan pada faktor penyebab kusta yang bertujuan untuk mengurangi penyebab atau menurunkan pengaruh penyebab serendah mungkin dengan usaha antara lain: desinfektan, pasteurisasi. Sterilisasi yang bertujuan untuk menghilangkan mikroorganisme penyebab penyakit, menghilangkan sumber penularan maupun memutuskan rantai penularan, serta mengurangi atau menghindari perilaku yang dapat meningkatkan risiko perorangan atau masyarakat..

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)

Sasaran yang ditujukan kepada mereka yang menderita atau yang dianggap menderita (suspek) atau yang terancam menderita (masa tunas). Adapun tujuan tingkat ini meliputi diagnosis dini dan pengobatan yang tepat agar dapat dicegah meluasnya penyakit atau untuk mencegah timbulnya wabah, dan mencegah proses penyakit lebih lanjut/ komplikasi.

## 3. Pencegahan (Tersier)

Sasaran pencegahan adalah penderita kusta dengan tujuan mencegah jangan sampai mengalami kecacatan. Pada tingkat ini juga dilakukan usaha rehabilitasi. Rehabilitasi adalah usaha pengembalian fungsi fisik, psikologis, dan sosial penderita kusta seoptimal mungkin.

### **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 penyakit kusta telah banyak dilakukan dimana-mana dengan maksud mengembalikan penderita kusta menjadi manusia yang berguna, mandiri, produktif dan percaya diri. Metode penanggulangan ini terjadi dari metode rehabilitasi yang terdiri dari rehabilitasi medis, rehabilitasi sosial, dan metode pemasyarakatan yang merupakan tujuan akhir dari rehabilitasi, dimana penderita dan masyarakat membaaur sehingga tidak ada kelompok tersendiri. Ketiga metode tersebut merupakan

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

- a) Penemuan penderita secara dini.
- b) Pengobatan penderita
- c) Penyuluhan kesehatan dibidang kusta
- d) Peningkatan keterampilan petugas kesehatan dibidang kusta
- e) Rehabilitasi penderita kusta

#### **2.1.1.10 Masalah yang dihadapi Penderita kusta**

Permasalahan penyakit kusta bila dikaji mempunyai masalah yang sangat kompleks dan merupakan permasalahan kemanusiaan seutuhnya. Masalah yang dihadapi pada orang yang menderita kusta bukan hanya dilihat dari kacamata medis saja tetapi juga adanya masalah psikososial sebagai akibat penyakitnya. Dalam kondisi ini warga masyarakat berupaya untuk menghindari orang yang menderita atau tetangga yang memiliki riwayat kusta. masalah yang muncul tersebut akan memiliki efek jangka panjang serta berpengaruh terhadap kehidupan bangsa dan negara, karena masalah-masalah tersebut memiliki dampak besar yang mengakibatkan

penderita kusta menjadi tuna sosial, tuna wisma, tuna karya dan ada kemungkinan lain yang mempunyai resiko berbahaya terhadap tatanan dalam masyarakat, dikhawatirkan mengarah untuk melakukan kejahatan atau gangguan di lingkungan masyarakat.

Dampak sosial terhadap penyakit kusta sangat besar, sehingga menimbulkan dilema dan keresahan yang mendalam di tengah masyarakat. Tidak hanya pada penderita sendiri, tetapi pada kerabat dan keluarga dekat, warga masyarakat dan negara. Informasi yang keliru serta kurangnya pengetahuan baik bagi masyarakat maupun penderita kusta, sehingga masih banyak menganggap bahwa penyakit kusta merupakan penyakit menular, tidak dapat diobati, penyakit turunan, kutukan Tuhan, najis dan menyebabkan kecacatan. Akibat prespektif yang salah ini membuat penderita kusta merasa putus asa sehingga tidak tekun dan teratur dalam pengobatan. Kondisi seperti ini kemungkinan disebabkan karena adanya faktor rasa takut yang berlebihan terhadap kusta (Lephrophobia).

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

- a. Dengan segera mencari pertolongan pengobatan.
- b. Mengulur-ngulur waktu karena ketidaktahuan atau malu bahwa dia atau keluarganya menderita penyakit kusta.
- c. Mengasingkan diri dari masyarakat sekelilingnya termasuk keluarganya.
- d. Banyaknya masalah (menjadi penyebab), pada akhirnya penderita bertingkah masa bodoh terhadap penyakit yang dideritanya.

Sebagai akibat dari hal-hal tersebut diatas timbullah berbagai masalah antara lain:

1. Masalah terhadap diri penderita kusta

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

2. Masalah terhadap keluarga

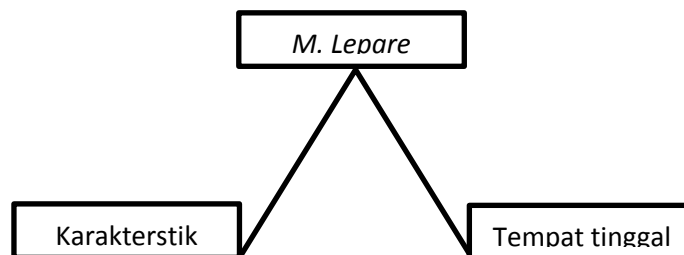
Keluarga mencari pertolongan termasuk dukun dan pengobatan tradisional, keluarga merasa takut diasingkan oleh masyarakat disekitarnya, berusaha menyembunyikan penderita dari keluarga karena takut ketularan.

3. Masalah terhadap masyarakat

Pada umumnya masyarakat mengenal penyakit kusta dari tradisi kebudayaan dan agama, sehingga pendapat tentang kusta merupakan penyakit yang sangat menular, tidak dapat diobati, menyebabkan kecacatan. Sebagai akibat kurangnya pengetahuan atau informasi tentang penyakit kusta, maka penderita sulit untuk diterima di tengah-tengah masyarakat.

**2.1.2 Determinan Kusta Menurut Teori Segitiga Epidemiologi**

Hubungan masing-masing penyebab penyakit dapat dibedah dengan memanfaatkan segitiga epidemiologi (Timmreck, 2005). Hipotesis ini menjelaskan apakah infeksi muncul pada orang dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu orang karakteristik penderita, *Mycobacterium leprae* dan tempat tinggal (wilayah) (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**

Pendidikan merupakan upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah-masalah) dan meningkatkan kesehatannya. Tingkat pendidikan dianggap sebagai salah satu unsur yang menentukan pengalaman dan pengetahuan seseorang, baik dalam ilmu pengetahuan maupun kehidupan sosial (Notoatmodjo, 2005; Budioro, 1997).



Tingkatan pendidikan menurut Undang-Undang No 20 Tahun 2003 adalah: Pendidikan dasar/rendah (SD – SMP/MTs); Pendidikan Menengah (SMA/SMK/Sederajat); dan Pendidikan Tinggi (Perguruan Tinggi).

Dari hasil penelitian oleh Martomijoyo (2014) diperoleh data sebanyak 29 (80,6 %) responden memiliki tingkat pendidikan rendah (< SD-SMP) dan setelah dilakukan uji statistik, menunjukkan adanya hubungan antara faktor pendidikan dengan kejadian penyakit kusta. Artinya dengan memiliki pendidikan yang rendah akan berisiko lebih tinggi terjangkit penyakit kusta. Jadi, pendidikan merupakan faktor yang sangat berperan dalam penyebaran dan penularan penyakit kusta. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin mudah menerima dan memahami berbagai macam informasi yang diberikan kepadanya.

d. Tingkat Informasi (Pengetahuan)

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, mulut, telinga dan sebagainya). Secara sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2005).

Berdasarkan penelitian, pengetahuan yang rendah tentang penyakit kusta secara tidak langsung dapat menimbulkan stigma yang negatif terhadap penyakit kusta. Rendahnya pengetahuan tentang penyakit kusta, mengakibatkan penderita kusta tidak mengetahui akibat buruk yang ditimbulkan oleh penyakit kusta seperti cacat fisik. Stigma yang buruk disebabkan karena kecacatan fisik yang tampak jelas pada penderita kusta inilah yang menyebabkan para penderita dijauhi oleh masyarakat disekitarnya (Das, 2006).

e. Jenis Pekerjaan

Berdasarkan penelitian Muchtar, dkk (2009) di Poliklinik Kulit dan Kelamin RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode 2002-2003 diperoleh data jenis pekerjaan yang terbanyak adalah petani dengan persentase 57,5%.

Menurut penelitian Yuniarasari (2014) tentang faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian kusta hasilnya adalah terdapat hubungan antara jenis pekerjaan dengan kejadian kusta. Sementara itu menurut penelitian Norlatifah, dkk. tahun 2010, hasil uji statistik didapatkan bahwa jenis pekerjaan bukan merupakan faktor risiko penularan kusta.

Notoatmodjo (2012) mengungkapkan bahwa jenis pekerjaan dibagi menjadi :1) Pedagang; 2) Buruh/Tani; 3) PNS; 4) TNI/POLRI; 5) Pensiunan; 6) Wiraswasta dan 7) Ibu Rumah Tangga.

f. Riwayat Kontak

Meskipun cara penularannya yang pasti belum diketahui dengan jelas, penularan di dalam rumah tangga dan kontak/hubungan dekat dalam waktu yang lama tampaknya sangat berperan dalam penularan (Chin, 2000).

Menurut Depkes RI (2007) kontak dengan penderita kusta dikatakan berisiko jika >2 tahun dan tidak berisiko jika kontak terjadi <2 tahun. Hasil penelitian Norlatifah, dkk. tahun 2010 menunjukkan bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara riwayat kontak dengan kejadian kusta pada responden. Peluang orang dengan riwayat kontak serumah tertular penyakit kusta 5,06 kali lebih besar dibandingkan dengan tidak ada riwayat kontak serumah.

g. Kebersihan Individu (*Personal Hygiene*)

Personal hygiene atau kebersihan diri adalah tindakan pencegahan yang meliputi tanggung jawab individu untuk

meningkatkan kesehatan serta membatasi menyebarnya penyakit menular, terutama yang ditularkan secara kontak langsung (Noor, 2006).

Penularan penyakit kusta menurut sebagian ahli melalui saluran pernafasan dan kulit (kontak langsung yang lama dan erat), kuman mencapai permukaan kulit melalui folikel rambut dan kelenjar keringat (Mansjoer, 2000).

Penelitian yang dilakukan oleh Yudied, dkk. tahun 2007 menyatakan bahwa faktor risiko lingkungan yang berpengaruh yaitu kondisi sanitasi yang kurang baik meliputi fasilitas sanitasi yang jelek, kebiasaan masyarakat tidur bersama-sama, memakai pakaian bergatian, handuk mandi secara bergatian dan buang air besar di kebun juga dapat memicu terjadinya penularan berbagai macam penyakit yang tidak menutup kemungkinan penyakit kusta.

i. Kebiasaan Mandi

Personal hygiene atau kebersihan diri adalah tindakan pencegahan yang meliputi tanggung jawab individu untuk meningkatkan kesehatan serta membatasi menyebarnya penyakit menular, terutama yang ditularkan secara kontak langsung (Noor, 2006).

Penularan penyakit kusta belum diketahui secara pasti, tetapi menurut sebagian ahli melalui saluran pernafasan dan kulit (kontak langsung yang lama dan erat), kuman mencapai permukaan kulit melalui folikel rambut, kelenjar keringat, dan diduga melalui saluran air susu ibu (Mansjoer, 2000).

Menurut penelitian Rismawati (2013) tentang hubungan antara sanitasi rumah dan personal hygiene dengan kejadian kusta multibasiler diperoleh bahwa ada hubungan antara kebiasaan mandi dengan kejadian kusta multibasiler.

Menurut Depdikbud (1986) mandi merupakan upaya perawatan kulit yang dilakukan dengan cara mandi minimal 2 kali sehari yaitu pagi dan sore menggunakan air yang bersih. Perawatan kulit merupakan keharusan yang mendasar (Depdikbud, 1986).

ii. Kebiasaan Meminjam Pakaian

Penelitian yang dilakukan oleh Yudied, dkk. tahun 2007 menyatakan bahwa faktor risiko lingkungan yang berpengaruh yaitu memakai pakaian bergantian dapat memicu terjadinya penularan berbagai macam penyakit yang tidak menutup kemungkinan penyakit kusta.

Faktor risiko higiene perorangan yang mempengaruhi terhadap penularan penyakit kusta diantaranya adalah memakai pakaian secara bergantian (Entjang, 2000).

iii. Kebiasaan Meminjam Handuk

Penelitian yang dilakukan oleh Yudied, dkk. tahun 2007 menyatakan bahwa faktor risiko lingkungan yang berpengaruh yaitu memakai handuk mandi secara bergantian dapat memicu terjadinya penularan berbagai macam penyakit yang tidak menutup kemungkinan penyakit kusta.

Menurut teori yang dikemukakan oleh Entjang (2000) faktor risiko higiene perorangan yang mempengaruhi terhadap penularan penyakit kusta diantaranya adalah penggunaan handuk secara bergantian.

h. Kebiasaan Membersihkan Lantai Rumah

Akumulasi debu, tanah atau kontaminasi mikroba lain pada permukaan secara estetik tidak menyenangkan sekaligus merupakan sumber infeksi. Maka membersihkan debu ini menjadi penting untuk mengurangi jumlah mikroorganisme serta mengupayakan lingkungan yang bersih (Tietjen, 2004). *M. leprae* ditemukan pada tanah di sekitar lingkungan rumah

penderita, hal ini dibuktikan dengan salah satu penelitian menggunakan telapak kaki mencit sebagai media kultur, *M. leprae* juga mampu hidup beberapa waktu di lingkungan. Selain itu, *M. leprae* juga dapat ditemukan pada debu rumah penderita (Yuniarti, 2011).

## 2. Lingkungan Fisik Rumah

### a. Iklim (Suhu)

*M. Leprae* yang bertahan hidup lama dalam temperatur kamar dapat mempertinggi risiko penularan kusta antar anggota keluarga yang menderita penyakit kusta. Pertumbuhan optimal kuman kusta pada suhu 27° – 30° C (Depkes RI, 2006).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rismawati didapatkan bahwa ada hubungan antara suhu rumah dengan kejadian kusta multibasiler (Rismawati, 2011).

### b. Cahaya Alami Ruangan

Pencahayaan di dalam rumah diukur menggunakan luxmeter. Pencahayaan minimal yang ada di dalam rumah yaitu 60 lux. Hal ini ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1077/Menkes/Per/V/2011 Tentang Pedoman Penyehatan Udara Dalam Ruang Rumah.

### c. Kepadatan penghuni kamar

Menurut penelitian yang dilakukan Rismawati (2013) didapatkan bahwa ada hubungan antara kepadatan hunian kamar dengan kejadian kusta multibasiler. Responden dengan kepadatan hunian kamar tidak memenuhi syarat memiliki risiko 3,231 kali lebih besar menderita kusta multibasiler bila dibandingkan responden dengan kepadatan hunian kamar memenuhi syarat.

### d. Jenis Lantai

Menurut Kepmenkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang ketentuan persyaratan kesehatan rumah tinggal menyatakan bahwa lantai rumah harus kedap air dan mudah dibersihkan.

Menurut penelitian Enis (2009) ditemukan bahwa karakteristik rumah yang berhubungan dengan terjadinya penyakit kusta diantaranya adalah jenis lantai.

Tidak memenuhi syarat, bila sebagian/seluruh lantai terbuat dari tanah dan plester yang retak. Memenuhi syarat, bila jenis lantai terbuat dari semen/ubin/kramik (Kepmenkes RI, 1999).

## **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.

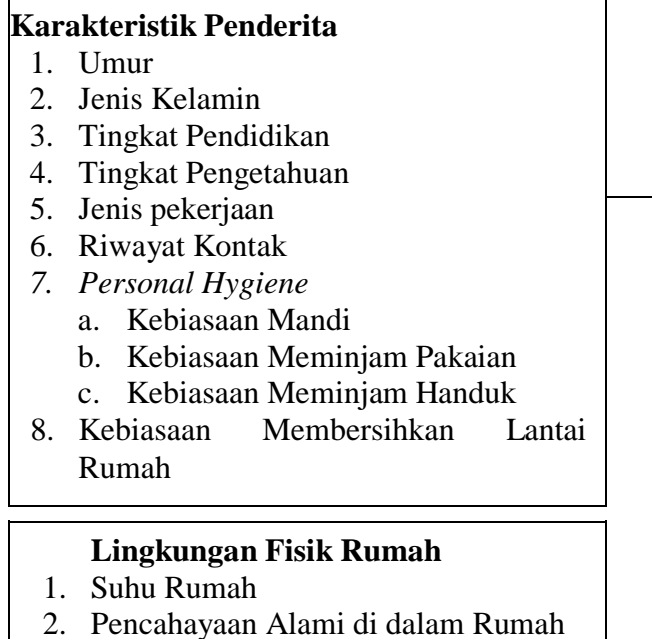
2. Praktek dengan jelas (mekanisme)

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



3. Jenis Lantai
4. Kepadatan Hunian Kamar

*Mycobacterium Leprae*

Keterangan :

Diteliti : \_\_\_\_\_

Tidak Diteliti: -----

## 2.6 Kerangka Konsep

### Gambaran Penderita Kusta

1. Karakteristik penderita
  - a. Umur
  - b. Jenis kelamin

Gambar 2.7 Kerangka Konsep Penelitian

**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	<b>1=Produktif</b> (15-64 tahun) <b>2=Tidak Produktif</b> (<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	<b>1= Laki-laki</b> <b>2= Perempuan</b>	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)  (Undang-Undang No 20 Tahun 2003)	Ordinal
4.	Tingkat Pengetahuan	Sesuatu yang diketahui responden diidentifikasi dengan infeksi	Wawan cara	Kuesioner	<b>1=Rendah</b> (skor $\leq$ mean/median) <b>2=Tinggi</b> (skor $>$ mean/median).	Ordinal
5.	Jenis pekerjaan	Latihan berusaha untuk mendapatkan bayaran.	Wawan cara	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	Wawan cara	Kuesioner	<b>1=Berisiko</b> ( $>2$ 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			<b>2=Tidak Berisiko</b> ( $\leq 2$ 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	<b>1=Buruk</b> (<2 kali sehari) <b>2=Baik</b> ( $\geq 2$ kali sehari) (Depdikbud, 1986).	Ordinal
7b.	Kebiasaan Meminjam Pakaian	Demonstrasi mengenakan pakaian orang lain	Wawancara	Kuesioner	<b>1=Berisiko</b> (jika memiliki kebiasaan meminjam pakaian) <b>2=Tidak Berisiko</b> (jika tidak memiliki kebiasaan meminjam pakaian) (Entjang,2000).	Ordinal
7c.	Kebiasaan Meminjam Handuk	Demonstrasi memanfaatkan handuk orang lain.	Wawancara	Kuesioner	<b>1=Berisiko</b> (Jika Memiliki kebiasaan meminjam Handuk) <b>2=Tidak Berisiko</b> (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	<b>1=Berisiko</b> (Tidak menggunakan antiseptik) <b>2=Tidak berisiko</b> (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>	<b>1=Berisiko</b> ( $27^0$ C – $30^0$ C) <b>2=Tidak Berisiko</b> ( $<27^0$ C dan $>30^0$ C)	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
----	----------	----------------------	------	-----------	------------	-------



<b>Ukur</b>					
				(Depkes RI, 2006, Buku Pedoman Pemberantasan Penyakit Kusta)	
10.	Pencahayaan Alami di dalam Rumah	Kekuatan cahaya di rumah diperkirakan menggunakan Luxmeter	Pengukur <i>Luxmeter</i>	<b>1=Berisiko</b> (<60 lux) <b>2=Tidak Berisiko</b> (≥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	<b>1= Kedap Air</b> <b>2=Tidak Kedap Air</b> (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.	Pengukur Meteran	<b>1=Berisiko</b> (<4m <sup>2</sup> /orang) <b>2=Tidak Berisiko</b> (≥4m <sup>2</sup> /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 20 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**

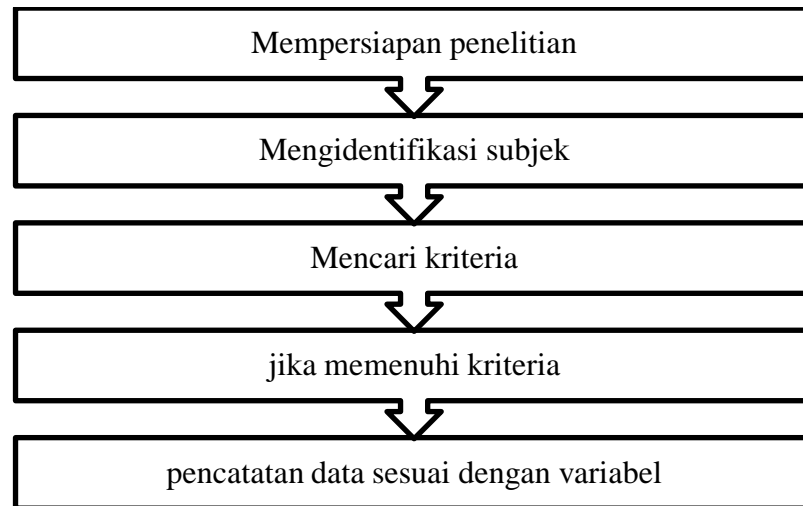
Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer yang dikumpulkan langsung dari subjek penelitian. Data primer yang dikumpulkan adalah data karakteristik responden dan semua komponen yang tercantum dan dibutuhkan dalam pengambilan sampel melalui kuesioner, observasi, dan pengukuran. Pada 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. 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 bukam 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%), hampi 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%



<b>Jumlah</b>	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 penelitian peneliti mendapat informasi dari responden bahwa rata-rata responden tidak mengetahui bahwa mereka terpapar kusta bahkan ada juga yang belum pernah 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	Frekue nsi (n)	Persenta se (%)
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 Membersikan Lantai Rumah**

Tabel 4.1.8  
Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Membersikan Lantai  
Responden

Kebiasaan Membersikan Lantai Rumah	Frek uens(n)	Persen tase(%)
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 berisiko berjumlah 7 orang (35.0%). Didapatkan jadwal mandi berisiko berjumlah (6 orang (30.0%) dan tidak berisiko berjumlah 14 orang (70.0%). Didapatkan pemakaian pakaian yang berisiko berjumlah 9 orang (45.0%) dan tidak berisiko berjumlah 11 orang (55.0%). Didapatkan pemakaian handuk yang berisiko berjumlah 10 orang (50.0%) dan tidak berisiko berjumlah 10 orang (50.0%). Didapatkan cara membersihkan lantai yang berisiko berjumlah 15 orang (75.0%) dan tidak berisiko berjumlah 5 orang (25.0%).

b. Distribusi Karakteristik Rumah

Didapatkan suhu rumah berisiko berjumlah 11 orang (55.0%) dan tidak berisiko berjumlah 9 orang (45.0%). Didapatkan pencahayaan alami yang berisiko berjumlah 12 orang (60.0%) dan tidak berisiko berjumlah 8 orang (40.0%). Didapatkan kepadatan hunian yang berisiko berjumlah 13 orang (65.0%) dan tidak berisiko berjumlah 7 orang (35.0%). Didapatkan jenis lantai yang berisiko berjumlah 2 orang (10.0%) dan tidak berisiko 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. Menjalin 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. Meningkatkan usaha mewujudkan lingkungan yang bersih dan sehat dengan cara 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. Usaha-usaha tersebut dilakukan untuk mengurangi potensi perkembangan kuman kusta di dalam lingkungan rumah.

## 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. Departemen Kesehatan R.I. 2006. Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta. Cetakan XVIII.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1077/Menkes/Per/V/2011 Tentang Pedoman Penyehatan Udara Dalam Ruang Rumah.
6. All Africa Leprosy and Rehabilitation Training Center. 1975. *A Guide to Leprosy for Field staff*. Ethiopia: Addis Ababa.
7. Anderson, Milles. 1970. "Clinical Prothesis for Physicians and Therapist." Cillespie, J.A (ed): *Modern Trends in Vascular Surgery*. Vol I. London: Butterwoth & co.
8. Browne, Stanly G. 1976. *Parthers*. India: *The Leprosy Mission*.
9. Brycesion, Anthony, Roy E, Pfaltzgraff. 1973. *Leprosy For Students Of Medicine*. Edingburgh: Churchiil Livingstone.
10. Das, V. P. 1975. *Text Book Of Leprsoy For Students*. India: The Leprosy Mission.
11. Dichipalli, L. M. Hogerzeil. 1976. *Parthers*. India : The Leprosy Mission.
12. Fritchi, Ernest P. 1971. *Reconstructive Surgery in Leprosy*. Bristol: J. Wright
13. H., Thangaraj R. 1970. *Surgical Procedur Book. A Manual Of Leprosy*. New Delhi: The Leprosy Mission.
14. Kumar, R. Pram. *Pre-operative Therry Measure For Lambrical and Oppenens Replacement Surgery in Leprosy*. Karigiri, S. India : Schieffelin Leprosy Research & Training Centre.

15. Longnecker, David E. 1972. *Introduction to Anesthesia: Dripps-Eckenbeef* Vandam. 4 Edition. Toronto: W. B. Saunders Company Canada L,td.
16. R., Mathai. 1975. *Text Book Of Leprosy For Student*. India: The Leprosy Mission.
17. Ramanujan, K. 1975. *Text Book Of Leprosy For Student and Para Medical Worker*. India: The Leprosy Mission.
18. Wilson, E. S. 1975. *Text Book Of Leprosy* . India The Leprosy Mision.
19. Widoyono, 2005. *Penyakit Tropis (Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan pemberantasannya)*, Airlangga; Jakarta
20. Sutedja Endang dkk, 2003. *Kusta, Edisi II* Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
21. Srinivasan H. 2004. *Management Of Ulcer in Neurologically Impaired Feet in Leprosy Affected Person*. Katamandu, Nepal: Ekta Books Distributors Pvt Ltd: 193-223.
22. Murtiastutik, Dwi, 2008. *Buku Ajar Infeksi Menular*, Cetakan 1, Surabaya: Airlangga University Press, 12: 109-114.
23. 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 : **SI Kedokteran**  
*Program*

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

Jakarta, 26 April 2021

  
Ketua  
Komisi Etik  
dr. Tahariz Shuburrah, Sp.A

Program Studi : **Kampus A** • Kedokteran (S1) • Profesi Dokter  
Jl. KH. Ahmad Dahlan, Cirebon, Candi Timur - Tangerang Selatan  
Banten Kode Pos 15418, 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 : 421-8417

## 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. Julius Gisbert Kroons**  
NIP. 198607042008041001

### Lampiran3



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

Kompleks CBD Desa Gotalamo, Kec. Morotai Selatan, Kode Pos 97771  
Email: [darubasmariptkn@gmail.com](mailto:darubasmariptkn@gmail.com), Hp 0821 9014 9649



Nomor : 004.5 It&D/ 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. Adji Makmur  
Nip. 486506232014101001

## Lampiran 4

### KUESIONER PENELITIAN

Penjelasan sebelum wawancara

Selamat pagi/siang/sore. Saya mahasiswa/I Prodi Kedokteran Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Pada saat ini saya sedang melaksanakan penelitian untuk keperluan skripsi saya tentang kesehatan. Oleh karena itu saya mohon kesedian ibu untuk meluangkan waktunya untuk dapat membantu saya dalam mengisi kuesioner tentang gambaran penderita kusta di wilayah kerja puskesmas daruba kabupaten pulau morotai tahun 2021 . Saya ucapkan terimakasih atas partisipasi ibu dalam pelaksanaan penelitian ini.

Nomor Responden :

Tanggal Wawancara :

## Lampiran 5

### Lembar Persetujuan Penelitian

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Amiruddin Islami MQ, Baba

NIM : 2016730009

Status : (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 kusta dengan presentase yang besar sehingga kedepannya tidak ditemukan lagi kasus kusta baru. Untuk itu saya mohon kesediannya untuk ikut berpartisipasi dalam mengisi lembar pertanyaan yang sudah disediakan dan dijawab dengan jujur tanpa ada keterpaksaan.

Informasi atau keterangan yang akan diberikan nanti akan dijamin kerahasiannya, dan hanya akan diketahui oleh peneliti dan pihak yang berkompeten.

Dalam mengisi lembaran persetujuan, responden tidak dipaksa untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Responden berhak untuk menolak jika tidak ingin mengikuti penelitian ini.

Responden dapat melakukan pengaduan kepada Komisi Etik Kedokteran Universitas Muhammadiyah Jakarta bila merasa penelitian ini tidak menjaga kerahasiaan identitas dan Informasi yang telah diberikan



responden. Responden dapat menghubungi nomor telepon peneliti (081340273097).

Sebagai rasa terimakasih peneliti kepada responden yang sudah bersedia menjadi bagian dalam penelitian ini, responden akan diberikan souvenir di akhir pengisian kuesioner.

SETUJU/TIDAK SETUJU

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

Jakarta ,.....2021

Peneliti

Responden

Amiruddin Islami MQ. Baba

( )

## Lampiran 6

### 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?
  - a. Ya
  - b. Tidak
9. Apakah kusta bisa ditularkan lewat transfusi darah?
  - a. Ya
  - b. Tidak
10. Apakah kontak kulit yang sangat lama dan erat bisa menularkan kusta?
  - a. Ya
  - b. Tidak

**Usia**

11. Apakah kusta bisa menginfeksi pada usia 15-64 tahun?
  - a. Ya
  - b. Tidak

**Tempat Penularan**

12. Apakah bakteri kusta dapat menular di tempat yang lembab jauh dari paparan sinar matahari?
  - a. Ya
  - b. Tidak
13. Apakah rumah yang di jaga kebersihan bisa ditularkan bakteri kusta?
  - a. Ya
  - b. Tidak

**Riwayat Kontak**

14. Apakah anda pernah, kontak dengan penderita kusta sebelumnya?...tahun

**Kebersihan Individu**

15. Apakah anda mandi dua kali dalam sehari?
  - a. Ya
  - b. Tidak
16. Apakah anda suka meminjam pakaian antar anggota keluarga?
  - a. Ya
  - b. Tidak
17. Apakah anda meminjam handuk antar anggota keluarga?
  - a. Ya
  - b. Tidak
18. Apakah anda selalu menggunakan antiseptik ketika anda membersihkan lantai?
  - a. Ya
  - b. Tidak

**LEMBAR PENGUKURAN**

No.	Variabel	Hasil Pengamatan				Keterangan
		1	2	3	Rata-rata	
1.	Suhu Rumah					
	Cahaya Alami Rumah	1	2	3	Rata-rata	

2.						
3.	Kepadatan Kamar	<i>p</i>	<i>l</i>	L	Penghuni	

No.	Variabel	Pengamatan	Keterangan
4	Tipe Lantai	a. Semen b. Keramik c. Papan/kayu d. Tanah	

## Lampiran 7

### HASIL STATISTIKA: OUTPUT SPSS

#### 1. Umur

		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

		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

		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 8

### DOKUMENTASI



Wawancara dengan responden



Pengukuran kepadatan Hunian Kamar



Rumah responden tampak depan



Lantai Responen yang terbuat dari semen